

Introducción: El bloqueo subdural es reconocido como causa de fallo de la anestesia neuroaxial. Sumándose a la colocación fallida de un catéter epidural en el espacio subaracnoideo o en un vaso, el compartimento subdural ha sido descrito como “el tercer lugar a extraviarse” durante dicho procedimiento. Posteriormente, también se ha descrito la potencialidad de un bloqueo intradural como una cuarta posibilidad. Siendo menester la realización de un mielograma para su diagnóstico de certeza, la incidencia real del bloqueo subdural permanece incierta, aproximándose a 1 en 3000 casos. El estudio de las meninges con microscopía electrónica sugiere que el espacio subdural no existe como tal, si no que se produce como resultado del trauma tisular generado por la disección con aire o líquido. La región dura-aracnoides está compuesta por células neuroteliales rodeadas de sustancia amorfa. Distintos tipos de disección traumática explican la heterogeneidad de las presentaciones clínicas. El objetivo de esta publicación es describir un caso ocurrido en nuestro servicio y sugerir conductas para su reconocimiento y prevención.

Presentación: Paciente de 27 años, primípara, sin antecedentes.

Se decide la realización de anestesia peridural en sala de partos. Punción con aguja de Tuohy 18G en L1-L2 utilizando técnica de pérdida de resistencia. A los 6 cm de profundidad la paciente refiere parestesias en pierna izquierda. Se intenta otra punción medial a la previa, insatisfactoriamente.

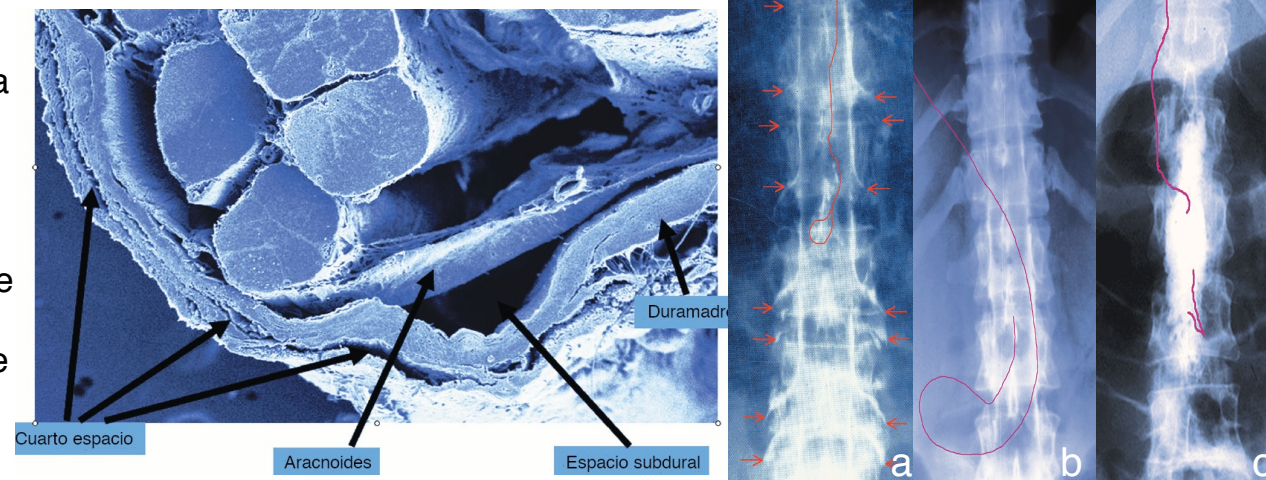
Se cambia de espacio por uno inferior, avanzando ciegamente hasta los 6 cm de profundidad. Al remover el mandril, se observa salida de LCR. Se retira parcialmente y es constatada resistencia peridural.

Realización de dosis test y progresión de catéter. Aspiración negativa e inyección de 10 ml de bupivacaína 0,125%.

La paciente presenta parestesias en los pies y a los cinco minutos, refiere disnea. Administración de oxígeno suplementario. El cuadro persiste; la paciente moviliza miembros superiores pero no fona. A los 20 minutos, continúa ventilando pero deja de responder.

Pensando en un posible bloqueo subdural, se decide realización de anestesia general y cesárea en quirófano. Monitoreo según normas. TA 120/80 mmHg, fc 90 lpm y SpO₂ 98%. Inducción de secuencia rápida. Nace recién nacido vivo. Transcurren dos horas en quirófano hasta suspensión de drogas anestésicas. Respuesta a órdenes y ventilación espontánea, extubación sin eventualidades. No presenta dolor ni bloqueo motor.

Conclusión: Debe sospecharse la posibilidad de bloqueo subdural ante un bloqueo peridural que no se comporta con las características típicas. El bloqueo subdural típicamente es descrito como un bloqueo desproporcionado al volumen inyectado, con ausencia de bloqueo simpático y posible depresión respiratoria. El bloqueo intradural en cambio presenta un bloqueo limitado y parcheado. Existe también la posibilidad de bloqueos multicompartimentales. Son factores de riesgo un bloqueo dificultoso y la punción deliberada o accidental de la duramadre. De producirse fuga de LCR, debería ser utilizado otro espacio intervertebral para la colocación de un catéter peridural.



Estudios radiológicos contrastados que demuestran: (a) distribución epidural normal, en “árbol de navidad” rodeando nervios espinales en su emergencia; (b) distribución subdural, en “vías de tren” y (c) distribución intradural, bien delimitada y con escasa extensión. Los distintos patrones, incluyendo formas mixtas y al espacio subaracnoideo, responden a las posibles presentaciones clínicas.