



Hematoma subdural secundario a anestesia neuroaxial

Subdural hematoma secondary to neuraxial anesthesia

Alejandro Castillo Ordoñez,^{*,‡} Ana Paula Reyes Caudillo,^{*,§} Alexia Vargas Gálvez^{*,§}

Citar como: Castillo OA, Reyes CAP, Vargas GA. Hematoma subdural secundario a anestesia neuroaxial. Acta Med GA. 2025; 23 (1): 72-74. <https://dx.doi.org/10.35366/119353>

Resumen

El hematoma subdural secundario a anestesia neuroaxial es una complicación rara pero mortal si no se trata a tiempo. Un sujeto de 37 años fue sometido a anestesia neuroaxial con una aguja de calibre 20. Cuarenta y ocho horas después presentó fotofobia, cefalea, náuseas y vómitos, respondiendo a posición decúbito, hidratación y analgesia. La tomografía mostró un hematoma subdural. El paciente mejoró sin descompresión quirúrgica. Este caso describe un hematoma subdural posterior a anestesia neuroaxial con aguja fina en un paciente sin factores de riesgo. Los dolores de cabeza intensos deben considerarse una señal de advertencia de una complicación intracraneal.

Palabras clave: anestesia neuroaxial, hematoma subdural, cefalea postpunción dural, fotofobia, tomografía axial computarizada.

Abstract

Subdural hematoma secondary to neuraxial anesthesia is a rare but potentially life-threatening complication if not diagnosed and treated promptly. A 37-year-old man underwent neuraxial anesthesia with a 20-gauge needle. Forty-eight hours after the procedure, he presented photophobia, intense headache, nausea, and vomiting, responding to the recumbent position, hydration, and analgesia. The tomography showed the presence of a subdural hematoma. The patient improved without surgical decompression. This case describes a subdural hematoma following neuraxial anesthesia with a fine needle in a patient with no risk factors. Severe headaches and other symptoms should be considered a warning sign of an intracranial complication.

Keywords: neuraxial anesthesia, subdural hematoma, postdural puncture headache, photophobia, computed axial tomography.

Abreviaturas:

CPPD = cefalea postpunción dural.
tomografía axial computarizada (TAC)

INTRODUCCIÓN

El bloqueo neuroaxial proporciona a los pacientes un alivio óptimo del dolor, pero también pueden ocasionar daños. La complicación más común es la cefalea postpunción dural (CPPD) que se resuelve en su mayoría con analgésicos, hidratación y evitando la posición erguida.¹ Una complicación rara a la anestesia neu-

roxial es el hematoma subdural. De acuerdo con lo reportado por un informe sueco, en un periodo entre 1990 y 1999 se documentaron cinco casos de hematoma subdural craneal después de bloqueos neuroaxiales en 1'710,000 procedimientos entre bloqueos espinales y epidurales. El diagnóstico puede pasar desapercibido ya que los síntomas son similares a la CPPD, por lo que el tratamiento conlleva a un abordaje mínimo que puede culminar en alteraciones neurológicas severas.² En este reporte, describimos la presentación clínica y el manejo de un paciente con hematoma subdural secundario a anestesia neuroaxial para un procedimiento quirúrgico por lesión de menisco.

* Hospital Angeles Lindavista, Ciudad de México, México.

‡ Médico internista adscrito al Servicio de Medicina Interna. ORCID: 0000-0003-4287-1616

§ Médico Interno de Pregrado.

Correspondencia:

Dr. Alejandro Castillo Ordoñez
Correo electrónico: dr.castillo.alejandro@gmail.com



PRESENTACIÓN DEL CASO

Hombre de 37 años sin antecedentes de relevancia para el caso. Ingresa por lesión de menisco, previo al procedimiento quirúrgico, se aplica anestesia neuroaxial con aguja calibre 20, en posición decúbito lateral derecho, a nivel de L2-L3, 48 horas posteriores presenta fotofobia, cefalea holocraneal intensa, 10 de 10, acompañada de náusea, vómito, que mejora con la posición decúbito, con criterios clínicos para diagnóstico de cefalea postpunción: orbitaria, temporal y acompañada de cervicalgia. Al ser la fotofobia un síntoma no común, se solicita estudio de tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo simple, corroborando la presencia de un hematoma subdural (*Figura 1*).

Además, se describen los hallazgos encontrados en la resonancia magnética (*Figura 2*).

Para el tratamiento farmacológico, se implementó opioide de rescate con esteroide de tipo dexametasona y analgesia con ergotamina. En interconsulta, neurocirugía descarta manejo quirúrgico. Se realiza terapia de posición en la que el paciente muestra evolución favorable.

DISCUSIÓN

Un rasgo de la CPPD es su relación con la postura, empeorando en posición erguida y mejorando en posición decúbito supino, debido a cambios en la presión intracraneal. El dolor de cuello, problemas auditivos, fotofobia o náusea pueden acompañarla. Los signos neurológicos o dolor de cabeza no postural deben excluir un hematoma subdural, el cual puede tratarse conservadora o quirúrgicamente acorde al tamaño y a los síntomas de cada paciente; el pronóstico es bueno diagnosticándose y tratándose a tiempo.³

Se desconocen los factores etiopatológicos que favorecen la aparición de un hematoma subdural, sin embargo,

existen factores de riesgo como el embarazo, múltiples punciones y el uso de determinados calibres de aguja.⁴ Nuestro paciente no mostraba factores asociados, no obstante, un caso similar reportó el desarrollo de hematoma debido probablemente a la dinámica alterada del líquido cefalorraquídeo (LCR), ocasionando la ruptura de una vena cerebral.⁵

CONCLUSIONES

Se describe la aparición de un hematoma subdural posterior a anestesia neuroaxial con una aguja fina en un paciente sin factores de riesgo para el sangrado. Se debe considerar a

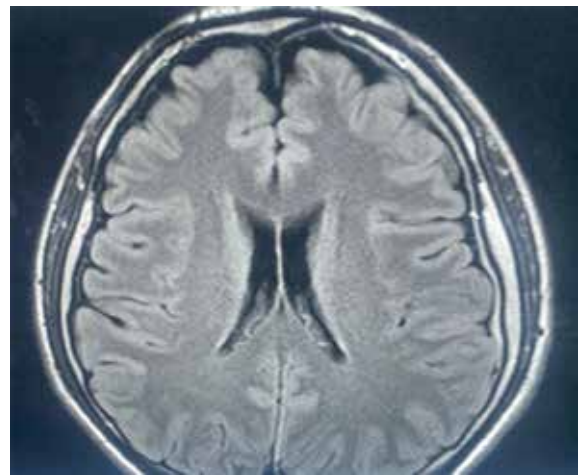


Figura 2: Resonancia magnética. Hallazgos compatibles con hipotensión endocraneana con colecciones subdural frontal izquierda e interhemisférica, con realce paquimeníngeo y dilatación de senos venosos y venas corticales, sin evidencia de trombosis ni desplazamientos internos.

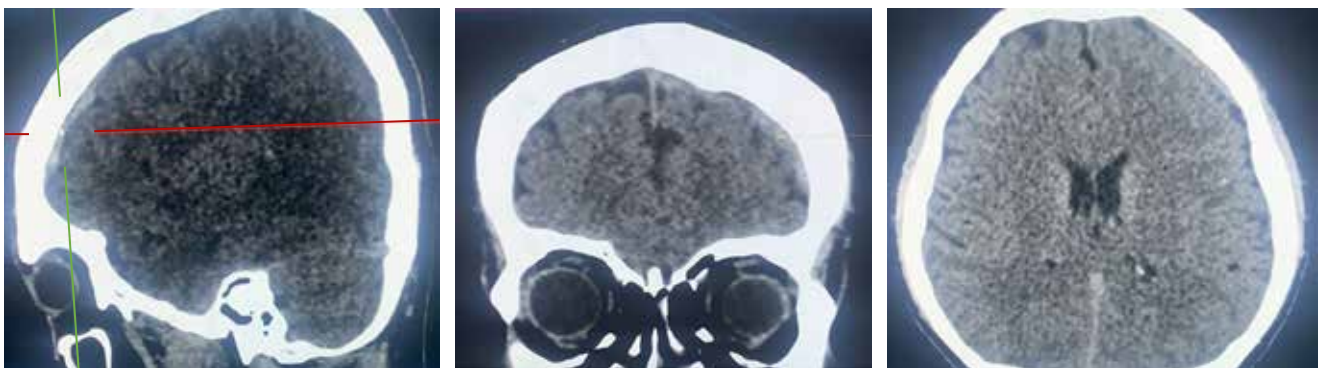


Figura 1: Tomografía axial computarizada de cráneo simple. Se reporta hipotensión intracraneal hematoma subdural laminar en la región frontal izquierda, disminución en la amplitud de los ángulos interpeduncular y pontomesencefálico, así como disminución en la distancia mamilopontina.

la CPPD intensa, acompañada de fotofobia, como señales de advertencia de un hematoma subdural, recomendando la implementación de TAC de cráneo simple además de una consulta neuroquirúrgica temprana.

REFERENCIAS

1. Plewa MC, McAllister RK. Postdural Puncture Headache. [Updated 2023 Aug 17]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024.
2. Moen V, Dahlgren N, Irestedt L. Severe neurological complications after central neuraxial blockades in Sweden 1990-1999. *Anesthesiology*. 2004; 101 (4): 950-959.
3. Kale A, Emmez H, Piskin O, Durdag E. Postdural puncture subdural hematoma or postdural puncture headache?: two cases report. *Korean J Anesthesiol*. 2015; 68 (5): 509-512.
4. Bekele D, Bayable M, Bedane A. Chronic intracranial subdural hematoma after spinal anesthesia for a cesarean section: a case report. *J Med Case Rep*. 2021; 15 (1): 492.
5. Acharya R, Chhabra SS, Ratra M, Sehgal AD. Cranial subdural haematoma after spinal anaesthesia. *Br J Anaesth*. 2001; 86 (6): 893-895.