



A PROPÓSITO DE UN CASO: CONSIDERACIONES SOBRE EL BLOQUEO SUBDURAL

Arturo Clavijo;

Hospital de Tortosa, Departamento de Anestesiología

Antecedents: El bloqueig subdural segueix sent una complicació infreqüent i potencialment greu a l'anestèsia neuroaxial, en la qual el diagnòstic primerenc i la prevenció segueixen sent els pilars fonamentals per evitar complicacions greus. En aquest cas volem revisar els punts claus per considerar un diagnòstic primerenc i maneig òptim davant seu.

Informe del cas: Es va realitzar analgèsia epidural en una gestant de 39 setmanes, punció amb tècniques de pèrdua de resistència i aspirat negatiu sense incidències. Als 30 minuts va presentar una Síndrome de Horner esquerra amb taquipnea lleu. Es va aturar la PCA, retirar catèter epidural i monitora la pacient amb desaparició de la Síndrome d'Horner a les 2 hores i resolució d'analgèsia a les 8 hores.

Discussió: El bloqueig subdural és un diagnòstic clínic infreqüent (1 cas entre 4200 puncions) que compleix els criteris de Lubenow (2 majors + 1 menor) amb una sensibilitat del 93%. Per al diagnòstic es poden utilitzar ajudes radiològiques amb el risc de distendre l'espai i augmentar futures puncions subdurals accidentals. Actualment no hi ha un maneig específic, pel que el pilar fonamental és la sospita clínica, monitorització del pacient i el tractament simptomàtic.

Punts clau d'aprenentatge:

- Temps d'acció intermedi entre punció intradural i punció epidural
- Aturar PCA i retirar catèter immediatament
- Monitorització fins a desaparició de símptomes i control simptomàtic
- NO és recomanable verificar-ho amb contrastos i imatges radiològiques