



REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DEL DOLOR

www.elsevier.es/resed



EDITORIAL

Dolor y déficits neurológicos tras procedimientos anestésicos espinales

J.A. López López

Unidad del Dolor, Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz, España

En el número actual de la revista, tenemos la suerte de contar con un nuevo artículo del grupo de médicos que rodean al Dr. Aldrete en su cruzada contra el dolor crónico secundario a la aracnoiditis iatrogénica en sus diferentes variaciones¹.

En este artículo de análisis de una serie de casos de tipo retrospectivo, se valoran los aspectos clínicos de 8 pacientes que desarrollaron déficits neurológicos propios del cono medular y de la cauda equina, y dolor severo de relación inmediata con un procedimiento de anestesia raquídea.

Hay diversos aspectos de dicha serie que me han llamado la atención, la primera es la severidad de la afectación neurológica, que tiene su clara correlación con los hallazgos neurorradiológicos: la afectación parenquimatosa del cono medular se acredita en, al menos, la mitad de los casos, mientras que en casi todos se constata además afectación de las raíces que forman la cauda equina.

Por ello, resulta sorprendente el considerable retraso en la obtención de las imágenes en la mayoría de los casos, muchos meses después del desarrollo de un cuadro neurológico tan importante.

También es llamativa la escasa entidad del tratamiento analgésico previo, dado (repito) lo severo del cuadro clínico presente desde el principio. En nuestra unidad hemos tenido la oportunidad de tratar casos parecidos desde el punto de vista patogénico, en los que predominaba el dolor inmediato durante el procedimiento espinal. Sin embargo, no coincidían con los déficits neurológicos ni las alteraciones de imagen o neurofisiológicas. Su curso clínico, a largo plazo, fue a la curación.

Aldrete y sus colaboradores sostienen la importancia clave que representa la presencia de sangre subaracnoidea en la patogénesis de este proceso, de donde deriva una particular aversión a la realización del "parche hemático" tan ampliamente utilizado en el tratamiento de la cefalea postpunción. He tenido la suerte de poder comentar personalmente con ellos mis dudas al respecto. Los neurocirujanos abrimos la duramadre en muchas ocasiones durante la cirugía de co-

lumna: unas veces a propósito (p. ej., para extirpar un tumor) y otras de forma accidental, como puede suceder en un 2-5% de los casos de cirugía discal. Desde luego, la incidencia de los dolores descritos en este artículo no tiene lugar.

Las aracnoiditis obtenidas en animales de experimentación por Ramírez Bermejo et al¹ requieren de la presencia de sangre y de un factor neurólítico: en su caso el fenol. Uniendo este largo circunloquio con el artículo actual, muy probablemente la presencia de sangre junto con fármacos no formulados para ser aplicados en el espacio subaracnoideo (el factor neurólítico) son los responsables del desarrollo de un proceso neurítico agudo que, al no ser adecuadamente tratado, desemboca en un cuadro de dolor crónico muy intenso.

Las acertadas observaciones clínicas descritas, en particular la aparición inmediata de parestesias y de sensación de quemazón, deben alertar al realizador del procedimiento anestésico raquídeo acerca de la posibilidad de la producción de estos efectos neurológicos tan devastadores. Y si desgraciadamente esto sucede, aplicar de la forma más precoz posible la pauta de tratamiento con megadosis de metilprednisolona y demás medicación complementaria.

Los autores lo advierten desde el principio de su artículo: enfocar adecuadamente la complicación que ha sucedido en lugar de negarla o minimizarla conduce, inexorablemente, a muchos mejores resultados, primero para el paciente y después para nuestros intereses profesionales, económicos y legales.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Ramírez Bermejo AR, Aldrete JA, Godínez Cubillo NC, Sánchez SB, Ghaly R, Kassian Rank A. Déficit neurológicos y aracnoiditis secundarios a anestesia neuroaxial: rol de parestesias, punciones durales, anestésicos locales y género. Protocolo para su tratamiento. Rev Soc Esp Dolor. 2009;16:330-43.

Correo electrónico: josea.lopez100@gmail.com