

Rev. Soc. Esp. Dolor
5: 355-357; 2007

Bloqueo del ganglio estrellado y anestesia subaracnoidea. Caso Clínico

L. San Norberto¹, F. Hernández-Zaballos¹, J. Santos², F. J. Sánchez-Montero², M. Vaquero²,
E. Sánchez-Barrado², C. Muriel³

San Norberto L.; Hernández-Zaballos F., Santos J.,
Sánchez-Montero F. J., Vaquero M.,
Sánchez-Barrado E., Muriel C.

Bloqueo del ganglio estrellado y anestesia subaracnoidea. Caso Clínico

ABSTRACT

The stellate ganglion refers to the ganglion formed by fusion of the inferior cervical and the first thoracic ganglion. Stellate ganglion blockade is a procedure mainly used for the diagnosis and treatment of chronic painful syndromes. This technique with local anesthetic is a safe procedure, his risk, though infrequent; include seizures, pneumothorax, spinal block and others. These complications can be minimized with adequate monitoring, surveillance and resources in order to diagnostic and treatment of complications

We present a case with spinal block following stellate ganglion blockade.

Key words: Stellate ganglion blockade, complications, spinal block.

RESUMEN

El ganglio estrellado está formado por la unión del ganglio cervical inferior y el primer ganglio torácico. El bloqueo de dicho ganglio es usado para el diagnóstico y tratamiento

¹ Residente de Anestesiología y Reanimación

² FEA de Anestesiología y Reanimación

³ Catedrático y Jefe de Servicio de Anestesiología y Reanimación

Servicio de Anestesiología y Reanimación
Hospital Universitario de Salamanca

Recibido: 15/03/2007

Aceptado: 01/04/2007

de diversos síndromes dolorosos crónicos. Esta técnica con anestésicos locales suele ser segura aunque no exenta de complicaciones como convulsiones, neumotórax o anestesia espinal entre otras. Estas complicaciones pueden minimizarse con una adecuada vigilancia, monitorización y recursos adecuados. Para un correcto diagnóstico y tratamiento de las posibles complicaciones.

Presentamos el caso de un bloqueo espinal completo tras la realización de un bloqueo del ganglio estrellado.

Palabras clave: Bloqueo del ganglio estrellado, complicaciones, anestesia espinal total.

INTRODUCCIÓN

El ganglio estrellado o ganglio cervicotorácico forma parte de la cadena simpática cervicotorácica. Está conformado por la unión del ganglio cervical inferior, situado a la altura de la primera costilla, con el primer ganglio torácico. Da ramas que forman los plexos subclavio, tiroideo inferior y vertebral, siendo punto de origen del nervio cardíaco inferior.

El bloqueo de la actividad simpática dependiente de este ganglio produce una vasodilatación de los vasos de la extremidad superior, cabeza y cuello que es la base de su utilidad para el diagnóstico y tratamiento tanto de insuficiencias vasculares agudas como de síndromes dolorosos crónicos de las zonas inervadas.

Se ha utilizado ampliamente en los últimos años en el control del dolor en pacientes con el llamado síndrome doloroso regional complejo siendo considerado aún tratamiento de referencia en dicho síndrome. Se trata de una técnica sencilla pero cuyas complicaciones pueden ser potencialmente mortales, motivo por el cual hay que extremar la vigilancia durante su realización y el periodo inmediatamente posterior a la misma. Presentamos un caso que ilustra esta necesidad.

CASO CLÍNICO

Paciente de 57 años, hipertensa e intervenida de un síndrome del túnel del carpo en mano derecha en 2005, que desarrolló tras una segunda intervención por el mismo cuadro un año después, un Síndrome Doloroso Regional Complejo tipo I en miembro superior derecho.

Remitida a nuestra unidad se decide la realización de una serie de cinco bloqueos del ganglio estrellado como tratamiento de su cuadro algico. Los cuatro primeros fueron eficaces y se realizaron sin ninguna incidencia.

Los bloqueos se realizaron mediante técnica de abordaje anterior de la cadena simpática cervical: El paciente se coloca en decúbito supino, se identifican cartílago cricoides y más lateralmente el tubérculo de Chaussignac (6ª vértebra cervical). Se introduce la aguja entre carótida y tráquea hasta contactar con apófisis espinosa de C6, retirando a continuación la aguja 1-2 mm y tras aspirar para excluir localización intravascular se inyecta una cantidad variable de anestésico local (entre 5-15 cc) aspirando cada 3-5 cc para minimizar riesgo de inyección intravascular por movilización inadvertida de la aguja. La técnica se realiza siempre en quirófano con monitorización de FC, EKG, PANI y sat O₂ y venoclisis. En nuestro caso se inyectaron 50 mg de ropivacaína en un volumen de 15 cc aspirando cada 3 cc para descartar punción arterial o intradural inadvertida.

Durante la realización del quinto de los bloqueos la paciente presentó, a los tres minutos de la inyección de la dosis completa de ropivacaína, parestesias en ambos brazos y dificultad respiratoria que evolucionan a bloqueo motor completo por lo que la paciente es sedada e intubada y trasladada a reanimación con ventilación mecánica, donde ingresa con el diagnóstico de anestesia espinal total tras bloqueo de ganglio estrellado. Permanece hemodinámicamente estable, permitiendo su extubación a las nueve horas del ingreso, tras recuperación del bloqueo motor. A su ingreso en reanimación la paciente presentaba síndrome de Horner derecho. Veinticuatro horas después de su extubación, tras ser constatada la recuperación sin secuelas la paciente es dada de alta a su domicilio.

DISCUSIÓN

El uso del bloqueo del ganglio estrellado para los distintos síndromes dolorosos de la extremidad su-

perior es una práctica habitual, especialmente en el síndrome de dolor regional complejo tipo I, en el cual se ha considerado durante mucho tiempo la técnica de elección, con valor diagnóstico y terapéutico. (1). Aunque publicaciones recientes ponen de manifiesto la falta de ensayos clínicos que permitan establecer con exactitud la eficacia de esta técnica (2), la práctica clínica nos permite conocer que un porcentaje de pacientes con SDRC tipo I responderá de manera satisfactoria (3), obteniendo periodos variables de mejoría, motivo por el que este bloqueo se realiza de forma habitual en muchas unidades de tratamiento del dolor. Las condiciones de realización varían mucho de unas unidades a otras, pudiendo realizarse en consulta externa, salas de hospitalización convencionales o en quirófano, como es nuestro caso. Sin embargo, dadas las posibles complicaciones de este bloqueo (4-7) (inyección intraarterial de anestésico local, inyección intradural inadvertida, neumotórax por punción pleural, ronquera por bloqueo del recurrente laríngeo, punción accidental de la faringe, anestesia del brazo por bloqueo del plexo braquial, sordera repentina y desarrollo de síndrome de Meniere) y la gravedad de alguna de ellas consideramos que el bloqueo del ganglio estrellado debe realizarse siempre en un ambiente controlado, con monitorización básica y disponibilidad inmediata de todo el material necesario para una reanimación urgente, siendo el quirófano el lugar que mejor cumple todos estos requisitos. Podría argumentarse en contra que desconocemos la incidencia real de las complicaciones más graves siendo ésta muy baja, pero teniendo en cuenta que no existen predictores que nos indiquen qué pacientes corren más riesgo de desarrollarlas; que en la mayoría de casos documentados de complicaciones graves no se describen incidencias durante la técnica que hicieran sospechar la aparición de la complicación; y la necesidad de reanimación inmediata, en el caso de presentarse alguna de las complicaciones, creemos que la relación riesgo beneficio para la realización de esta técnica en un entorno que no reúna las características antes mencionadas resulta inaceptable.

CORRESPONDENCIA

francisjsm@hotmail.com

Financiación: Ninguna

Conflictos de interes: No declarados

BLOQUEO DEL GANGLIO ESTRELLADO Y ANESTESIA SUBARACNOIDEA
CASO CLÍNICO

357

BIBLIOGRAFÍA

1. López Alarcón MD, De Andrés J. Bloqueo del ganglio estrellado: aplicaciones en el tratamiento del dolor crónico. *Rev. Soc. Esp. Dolor* 1999; 6: 449-453
2. Cepeda MS, Carr DB, Lau J. Bloqueo simpático anestésico local para el síndrome de dolor regional complejo (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2006 Número 4. Oxford: Update Software Ltd.
3. Rodríguez F.R., Bravo LE y cols. Determinación de la eficacia analgésica de los bloqueos del ganglio estrellado en el alivio del dolor mediado por el sistema nervioso simpático en pacientes con síndrome doloroso regional complejo del miembro superior. *Rev. Col. Anest.* 33:153-159. 2005
4. Bruyns T, Devulder J, Vermeulen H, De Colvenaer L, Rolly G. Possible inadvertent subdural block following attempted stellate ganglion blockade. *Anaesthesia.* 1991;46:747-9.
5. Stannard CF, Glynn CJ, Smith SP. Dural puncture during attempted stellate ganglion block. *Anaesthesia.* 1990;45:952-4.
6. Peng AT, Bufalo J, Blancato LS. Rare complication during stellate ganglion block: a case report. *Can Anaesth Soc J.* 1970;17:640-2
7. Mahli A, Coskun D, Akcali DT. Aetiology of convulsions due to stellate ganglion block: a review and report of two cases. *Eur J Anaesthesiol.* 2002;19:376-80.