

Síndrome de Irritación Radicular Transitoria (SIRT): Reporte de un caso.

Federico Santos Oehlert¹

¹Profesor Agregado de Farmacología, Profesor Titular en Farmacología y Dolor del Postgrado en Anestesiología, Facultad de Medicina de la Universidad Central. Experto en Dolor (UFRGS).

Paciente femenina, 52 años, divorciada, instrucción secundaria completa, con ocupación en quehaceres domésticos.

Antecedentes personales: hace cuatro años y teniendo como causa aparente un acceso de ira presenta "pérdida de la visión", por un día, que cede espontáneamente, gastritis aguda hace dos años; enfermedades que requirieron hospitalización, historia de frecuentes cefaleas acompañadas de dolor cervical y limitación funcional, hace tres meses dolor lumbar de intensidad EVA 2-3 que cede espontáneamente e historia negativa para alergias.

Antecedentes quirúrgicos: se realizó ligadura de trompas hace 18 años, safenectomía hace 10 años e histerectomía en marzo 16 de 2001.

La paciente fue sometida 8 días antes a una histerectomía abdominal, bajo anestesia espinal con bupivacaína al 0.5% con epinefrina, el procedimiento quirúrgico transcurre sin complicaciones, inmediatamente de terminado el efecto anestésico presenta dolor cuantificado mediante la Escala Análoga Visual (EVA) de 7 y que se exacerba al decúbito dorsal hasta llegar a 10, de tipo punzante (puñalada), ubicado según la enferma a nivel del sitio en que se realizó la punción. Recibe medicación: diclofenaco 75 mg IM c/12h, metamizol 500 mg asociado a difenhidramina 50 mg c/6h, Pentazocina 30 mg IV c/12h. Con lo cual el dolor disminuye a una EVA de 6 pero mientras se mantiene la medicación, al suspenderla el dolor aumenta a 10.

A las 48 horas del evento el dolor se irradia a miembros inferiores, acompañado de parestesias (hormigueo) en sus caras anteriores y pérdida de sensibilidad a la temperatura (frío según informó), ésta última se extiende además a la cara lateral de muslo izquierdo, donde la sintomatología es más acentuada. El dolor aumenta al caminar, con el decúbito dorsal y la baja de temperatura ambiente e impide el sueño. A las 72 horas del procedimiento anestésico, ingresa al Hospital de la Seguridad Social Carlos Andrade Marín, con dolor lumbar EVA de 10, se inicia tratamiento con analgésicos diclofenaco 75 mg IM c/8h y dextropropoxifeno 75 mg IM c/12h, con el cual ce-

dió inicialmente hasta una EVA de 6 que impide incluso la alimentación y el sueño, durante este tiempo se realizó una consulta a urología debido a que la paciente presenta polaquiuria y disuria prescribiendo trimetoprim mas sulfametoxazol. Al cabo de 48 horas, de la admisión, somos consultados encontrando a una paciente con dolor EVA de 9, de iguales características a las ya descritas, que se queja además de intenso rash alérgico en cara, al examen físico se encuentran signos vitales normales, afebril, ligeros trastornos de sensibilidad en los muslos, debilidad de miembro inferior izquierdo, reflejos normales, no Babinsky, suspendemos la medicación anteriormente descrita y solicitamos una Resonancia Magnética (RMN) de región lumbar.

Inicia tratamiento con difenhidramina 50 mg IV inmediatamente y prednisolona 50 mg VO, QD y amitriptilina VO 25 mg HS. Al cabo de 24 horas la paciente consigue dormir y el dolor se sitúa en EVA de 4.

El reporte de la RMN es normal, se solicita consulta con neurología quien coincide con nosotros en el diagnóstico de Síndrome de Irritación Radicular Transitoria (SIRT). Permanece en el hospital por 24 horas más permaneciendo su dolor con una EVA de 3 en actividad, razón para autorizar el alta.

Quince días después es controlada en el ambulatorio del hospital, donde constatamos que se encuentra sin dolor, se suspende la medicación y proporciona el alta definitiva.

Discusión

Las complicaciones neurológicas secundarias a técnicas anestésicas perimedulares son raras pero potencialmente graves, desgraciadamente en nuestro país estas complicaciones no son reportadas razón por la cual no se dispone de estadísticas.

Existen largas series de estudios de pacientes, donde se valora la incidencia de complicaciones neurológicas, uno de ellos recoge 505.000 bloqueos epidurales obstétricos, con una incidencia de complicaciones neurológicas permanentes de 0.1/10.000 pacientes. Dhalgren y cols reportan una muestra de tres años, período en el que se analizan 17.733 bloqueos regionales, de los que 8.501 fueron intradurales y 9.232 epidurales. Hubo 20 complicaciones neu-

Dirección para correspondencia: Dr. Federico Santos. Cátedra de Farmacología, Facultad de Ciencias Médicas, Sodiro N14-121 e Iquique, Quito-Ecuador.

rológicas, de las que 7 fueron intradurales y 13 extradurales. De las intradurales, 4 fueron reversibles (1 meralgia parestésica y 3 por trauma neuronal) y solucionadas a los pocos días. De las extradurales 10 fueron irreversibles, siendo tres de ellas debido a hematomas epidurales en pacientes con alteración hemostática. En definitiva esta serie presenta una incidencia de 7,6/10.000 complicaciones neurológicas persistentes. Otro estudio, de origen francés en el que Auroy y cols realizan un estudio prospectivo, multicéntrico recoge la incidencia de complicaciones de un total de 103.730 actos anestésicos, 40.640 fueron intradurales y 30.410 extradurales. Encontraron 34 complicaciones neurológicas (radiculopatía, síndrome de cauda equina, paraplejía) de las cuales 29 fueron transitorias y 5 irreversibles. La incidencia fue significativamente superior en anestesia intradural ($6 \pm 1/10.000$ casos) en comparación con $1,6 \pm 0,5/10.000$ en otros tipos de anestesia regional entre ellas la epidural.

De los estudios revisados⁴ existen varios factores de riesgo a ser tenidos en cuenta al realizar un bloqueo nervioso regional:

1. Patología vascular (aterosclerosis)
2. Enfermedades de columna vertebral y articulaciones
3. Polineuropatías previas
4. Trastornos de la coagulación
5. Infecciones
6. Embarazo
7. Tratamiento previo (quimioterapia)
8. Malformaciones vasculares
9. Punciones traumáticas
10. Antecedentes de cefaleas o lumbalgias
11. Antecedentes de enfermedades neurológicas
12. Enfermedades metabólicas
13. Condiciones físicas del paciente (bajo peso corporal)
14. Operación (duración, trauma, sección nerviosa)
15. Vicios de posición

Existiendo además causas⁵ y mecanismos de las lesiones asociadas con bloqueos nerviosos:

1. Traumatismo de meninges
2. Infección del espacio epidural
3. Efectos tóxicos (anestésicos locales, adyuvantes)
4. Isquemia
5. Compresión, tracción y elongación
6. Perforación de duramadre
7. Embarazo
8. Enfermedades neurológicas preexistentes
9. Malformaciones congénitas
10. Desconocidas

Se define al Síndrome de Irritación Radicular Transitoria (SIRT) a un cuadro caracterizado por dolor lumbar con irradiación a nalgas y disestesias en miembros inferiores sin manifestaciones motoras o sensitivas luego de la recuperación completa de aneste-

sia regional. La sintomatología revierte dentro de los 7-8 días de la instauración del cuadro. El cuadro suele tener una incidencia de entre el 2-10% en anestesia epidural y de entre el 30-37% en anestesia subaracnoidea. Schneider y cols describieron cuatro casos luego de anestesia subaracnoidea de dolor en región lumbar e irradiación a la porción externa y dorsal de miembros inferiores. Estos casos tuvieron las siguientes características en común:

- a) El dolor se inicia una vez recuperados del efecto de la anestesia regional.
- b) Fuera del dolor lumbar y de una ligera disestesia de miembros inferiores, el resto del examen neurológico fue normal.
- c) La resolución de síntomas fue total al cabo de 7-8 días.
- d) A todos los pacientes se les administró lidocaína 5% y dextrosa
- e) Fueron colocados en posición de litotomía.

Se ha determinado que en la posición supina la concentración de la solución anestésica hiperbárica es mayor en la región más declive del fondo de saco dural y podría ser la causa del cuadro, por otro lado Hampl y col. reportaron el mismo cuadro algico pero con bupivacaína, en la que la incidencia solo llega al 1%, por otro lado no se han encontrado evidencias atribuibles a la dextrosa (solución que determina la baricidad del anestésico).

Por lo tanto se puede observar, que el SIRT se manifiesta con mayor frecuencia en los pacientes a los cuales se administró lidocaína, mientras que fueron muy raros los casos en los que se administró bupivacaína.

La conclusión a la que se puede llegar como causa de este síndrome es neurotoxicidad atribuible a la lidocaína, debido a la cercanía de las raíces nerviosas con el momento de la salida del anestésico local pues se ha visto, que a este nivel local, la concentración es mayor en tanto, que las raíces distantes encuentran concentraciones menores al ser distribuidas en el líquido céfalo-raquídeo.

Bibliografía

1. Dhalgren N, Tornebrandt K. Neurological complications after anaesthesia. A follow-up of 180.000 spinal and epidural anesthetics performed over three years. *Acta Anaesthesiol Scand* 1995; 39:872-80.
2. Auroy Y, Narchi P, Messiah A, Litt L, Rouvier B. Serious complications to regional anesthesia. *Anesthesiology* 1997; 87: 479-86.
3. Hampl KF, Schneider CM, Ummerholder W and col. Transient neurological symptoms after spinal anesthesia. *Anesth Analg* 1995; 81: 1148-1153.
4. Usubiaga JE. Neurological complications following epidural anesthesia. *Int Anesth Clin* 1975;13 (2).
5. Renck H. Neurological complications of central nerve blocks. *Acta Anaesthesiol Scand* 1995; 39:859-868.