



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Síndrome de Horner después de analgesia epidural para el trabajo del parto

G. Castilla Peinado^{a,*}, P.L. García Saura^a, E.I. Parrilla Ruiz^b, J.J. Hijona Elósegui^c,
A. Contreras Rodríguez^c y J.M. Torres Martí^d

^aFEA Anestesiología-Reanimación, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

^bDUE, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

^cFEA Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

^dServicio Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario de Jaén, Jaén, España

Recibido el 26 de mayo de 2008; aceptado el 17 de junio de 2008

Disponible en Internet el 27 de marzo de 2009

PALABRAS CLAVE

Síndrome de Horner;
Analgesia epidural;
Anestesia;
Obstetricia

Resumen

El síndrome de Horner es una lesión oculosimpática que ocurre de forma ocasional como complicación de la anestesia/analgesia epidural obstétrica y que tiene un curso de carácter benigno, tanto para la madre, como para la viabilidad del feto.

Su incidencia aumenta cuando esta técnica se aplica en procedimientos obstétricos, debido a las modificaciones anatomofisiológicas que presentan estas pacientes y que favorecen una extensión mayor del anestésico local.

Este síndrome pasa a menudo desapercibido, dado que presenta una clínica poco florida que debemos tener presente para evitar intervenciones innecesarias, ya que tiene un curso favorable y una resolución espontánea.

© 2008 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Horner's syndrome;
Epidural analgesia;
Anesthesia;
Obstetrics

Horner's syndrome after epidural analgesia for labor

Abstract

Horner's syndrome is a rare oculosympathetic lesion that occurs as a complication of obstetric epidural analgesia-anesthesia. The clinical course is benign for both the mother and fetus. The incidence of this entity increases when this technique is applied in obstetric procedures, due to the anatomical and physiological modifications associated with pregnancy, which favor greater spread of the local anesthetic. This syndrome is often unrecognized, as clinical manifestations are frequently mild. The prognosis is favorable

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: castillagabriel@hotmail.com (G. Castilla Peinado).

and resolution is spontaneous. These characteristics should be taken into account to avoid unnecessary interventions.

© 2008 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La analgesia epidural se considera la técnica de elección en el tratamiento del dolor del trabajo del parto. Aunque generalmente es un método seguro e inocuo, puede ser causa de complicaciones neurológicas y oftalmológicas, y se han descrito casos de síndrome de Horner asociados a anestesia epidural¹⁻³.

El síndrome de Horner se caracteriza por ser una lesión oculosimpática que se manifiesta por miosis unilateral, con respuesta normal frente a la luz directa, ptosis ipsilateral, enoftalmos y con frecuencia se acompaña de vasodilatación y anhidrosis.

Caso clínico

Mujer de 29 años de edad, primigesta, con 71 kg de peso y 167 cm de altura y sin antecedentes personales de interés. Ingresa a las 38 semanas de gestación con dinámica de parto y 3 cm de dilatación cervical, y solicita analgesia epidural lumbar. Tras informarle del procedimiento técnico, así como de las complicaciones posibles más frecuentes, comprobamos su último hemograma y coagulación con los valores siguientes: hemoglobina 10 mg/dl, hematocrito 29,8%, plaquetas 185.000, actividad de protrombina 92%, tiempo de tromboplastina activada 33 s (control 35 s) y fibrinógeno 550 mg/dl.

La paciente recibía una perfusión de 20 U de oxitocina en 500 ml de suero fisiológico a una velocidad de 27 ml/h. Esta perfusión se había iniciado antes a 9 ml/h, y se incrementó la velocidad de perfusión cada 30 min. Se realizó el seguimiento de la frecuencia cardíaca, la presión arterial y la saturación de oxígeno mediante pulsioximetría. Administramos 1.000 ml de suero Ringer lactado y realizamos punción epidural en espacio L₃-L₄ con aguja de Tuohy n.º 18, con la técnica de pérdida de resistencia con aire para su localización. La punción fue atraumática, y se halló el espacio a 4 cm. Se introdujo catéter epidural hasta dejar 3 cm dentro del espacio epidural y se administró una dosis prueba de 3 ml de bupivacaína al 0,25% con adrenalina 1:200.000 a través del catéter. Una vez descartada la localización intravascular e intrarraquídea, y para establecer el bloqueo inicial, se inyectó un bolo de 9 ml de ropivacaína 0,2% más 50 µg de fentanilo y continuamos con una perfusión de ropivacaína 0,2% asociada a 2 µg/ml de fentanilo a un ritmo de 8 ml/h. A los 8 min del bolo inicial, comprobamos el grado sensitivo alcanzado que se situó a nivel de T₁₀ sin bloqueo motor significativo de las extremidades inferiores. Realizamos un seguimiento materno de la presión arterial, frecuencia cardíaca y pulsioximetría, además de cardiotocografía fetal continua. Aproximadamente a las 3 h de iniciar la perfusión del anestésico local, la paciente presentó cuadro de miosis, ptosis y enoftalmos del ojo derecho, y el resto de la exploración neurológica fue normal. Se descartó nuevamente bloqueo motor y el grado

sensitivo quedó establecido a nivel de T₈. Desde un punto de vista hemodinámico, la paciente permaneció estable. Retiramos la perfusión anestésica epidural y el cuadro neurológico se resolvió de forma gradual, que desapareció por completo a las 3 h después de suprimir la perfusión epidural. A las 4 h después de iniciar el bloqueo epidural, nació un varón con Apgar de 8 al minuto. A la madre y al recién nacido (RN) se les dio de alta al segundo día del parto, sin presentar complicaciones durante su estancia en el hospital.

Discusión

La analgesia epidural obstétrica es un procedimiento habitual para el anestesiólogo. Las complicaciones de esta técnica son poco frecuentes y, entre ellas, las que más se observan son náuseas, vómitos, temblores, hipotensión arterial o cefalea pospunción dural. Otras más raras son las de origen infeccioso, como meningitis o absceso epidural; las derivadas de problemas de coagulación (hematoma epidural), o las relacionadas con la inserción del catéter, como punciones dures, canalizaciones de venas epidurales², etc.

El síndrome de Horner se produce por la interrupción de la innervación oculosimpática y se caracteriza por la tríada antes mencionada de ptosis, miosis y enoftalmos, acompañada a veces de anhidrosis facial. Este síndrome es una complicación rara de la analgesia y la anestesia epidural que se produce con más frecuencia en mujeres embarazadas que en otros pacientes⁴.

Se han postulado una gran variedad de mecanismos para explicar la relación entre el síndrome de Horner y la anestesia epidural. La primera hipótesis se basa en la migración epidural cefálica de la solución anestésica (por su inyección a más velocidad, disminución del espacio epidural, cambios anatómicos en el espacio, como la aparición de la plica mediana dorsalis). Como en el caso que presentamos, la bibliografía describe la mayoría de casos de síndrome de Horner como unilaterales⁵. Durante el embarazo, el volumen del espacio epidural disminuye debido a la oclusión parcial de la vena cava inferior y la hiperlordosis lumbar; además, se produce una disminución significativa de las dosis de anestésicos locales no sólo cuando el embarazo está a término, sino también durante sus fases tempranas. Ello hace pensar que, tanto la ingurgitación del plexo venoso epidural (como causa de la menor distensibilidad del espacio epidural), como también cambios hormonales significativos (progesterona), contribuyen a que en pacientes embarazadas se logren valores de bloqueo iguales con un 40% menos de la dosis necesaria que en pacientes no embarazadas⁶⁻⁷.

La segunda hipótesis se basa en la migración subdural del catéter epidural. En estos casos, la clínica suele acompañarse de hipotensión y fallo respiratorio con hipoventilación y apnea⁸. Nuestra paciente no presentó esos síntomas.

La incidencia de síndrome de Horner se estima en un 1,33% en la analgesia del parto y un 4% en la anestesia epidural para cesáreas⁹. Hay autores que indican que ante la ausencia de otros signos neurológicos, y una vez excluida la inyección subdural accidental, no es necesario realizar más técnicas diagnósticas durante las primeras 24 h. En nuestro caso, no hubo ningún síntoma neurológico asociado y pensamos que este síndrome se debió a la difusión craneal del anestésico local.

En conclusión, el síndrome de Horner es una posible complicación de la analgesia/anestesia epidural, más frecuente en procedimientos obstétricos. Su incidencia es muy variable, ya que muchos casos pasan desapercibidos, debido a su escasa sintomatología¹⁰. Debemos tenerla presente para evitar maniobras diagnósticas innecesarias y tranquilizar al paciente, dado su curso benigno y transitorio. Ante la aparición de este síndrome después de analgesia epidural, debemos hacer un seguimiento más exhaustivo del paciente por si aparecen otros síntomas secundarios al bloqueo simpático que impliquen más riesgo para la paciente. Tampoco podemos olvidar que puede formar parte de otros cuadros que supongan una morbilidad mayor y necesiten un tratamiento específico.

Conclusión

El síndrome de Horner es una entidad rara después de administrar la analgesia epidural obstétrica, y suele tener un curso benigno y favorable.

Bibliografía

1. Dahlgren N, Tornebrandt K. Neurological complications after anesthesia. A follow-up of spinal and epidural anesthetics performed over three years. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1995;39:872-80.
2. Santiago Martín FM. Síndrome de Horner y analgesia epidural. Cuadernos de casos clínicos en Anestesia y Reanimación. 2004;1:18-21.
3. Day CJ, Shutt LE. Auditory, ocular and facial complications of central neural block. A review of possible mechanisms. *Reg Anesth.* 1996;21:197-201.
4. Chandrasekhar S, Peterfreund RA. Horner's syndrome following very low concentration bupivacaine infusion for labor epidural analgesia. *J Clin Anesth.* 2003;15:217-9.
5. Biousse V, Guevara R, Newman N. Transient Horner's syndrome after lumbar epidural anesthesia. *Neurology.* 1998;51:1473-5.
6. Cousin MJ, Bridenbaugh PO. Neural Blockade, Chapter 8. En: *Epidural Blockade.* New York: Lippincott; 1998.
7. Barash P, Cullen B. Clinical Anesthesia. En: *Epidural and Spinal Anesthesia.* Cap. 26. New York: Lippincott-Raven; 1997. p. 645-65.
8. Merrison FA, Lhatoo SD. Horner's syndrome postpartum. *Br J Obstet Gynaecol.* 2004;111:86-8.
9. Anadón MP, Zaballos N, Rubio C, Anadón MT. Consideraciones sobre el síndrome de Horner en el trabajo del parto. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 1999;46:367-8.
10. Calle AB, Marín F, Marengo ML. Síndrome de Horner y analgesia epidural. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2004;51:461-4.