



CASOS CLÍNICOS

Caso: Infección cutánea en el punto de punción de anestesia subaracnoidea

López Pérez J (1), Castañer Ramón-Llín C (1), Furones Tormo B (1), Fernández Fernández A (1), J García Ferreira J (2), Fayos de la Asuncion ME (3)

Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia

Hospital Rafael Méndez. Lorca. Murcia.

Hospital Vega Baja de Orihuela, Valencia.

Resumen

Mujer de 76 años de edad, con antecedentes de asma bronquial en tratamiento con bromuro de ipatropio e hipertiroidismo tratado con carbimazol. Artrosis generalizada y gonartrosis bilateral.

Propuesta para cirugía traumatológica de prótesis total de rodilla derecha. Se realiza técnica locorregional mediante anestesia subaracnoidea resultando exitosa tras 4 intentos fallidos de punción, confirmando salida de LCR transparente. Se administra bupivacaina isobárica 14 mg. más 20 mcg de fentanilo. Se administra Amchafibrin (según protocolo de la Unidad de Anestesia y Reanimación del Hospital Vega Baja de Orihuela).

Introducción

Mujer de 76 años de edad, con antecedentes de asma bronquial en tratamiento con bromuro de ipatropio e hipertiroidismo tratado con carbimazol. Artrosis generalizada y gonartrosis bilateral.

Propuesta para cirugía traumatológica de prótesis total de rodilla derecha. Se realiza técnica locorregional mediante anestesia subaracnoidea resultando exitosa tras 4 intentos fallidos de punción, confirmando salida de LCR transparente. Se administra bupivacaina isobárica 14 mg. más 20 mcg de fentanilo. Se administra Amchafibrin (según protocolo de la Unidad de Anestesia y Reanimación del Hospital Vega Baja de Orihuela).



Figura 1.- Paciente con infección cutánea tras desbridamiento y cura.

La intervención transcurre sin incidencias. En el postoperatorio se realiza bloqueo femoral y ciático por vía anterior ecoguiados. Evoluciona favorablemente siendo trasladada a la planta de traumatología por la tarde, donde se le administra de forma

protocolizada anticoagulación con Arixtra 2,5 mg. sc cada 24 horas.

La paciente presenta en el lugar de punción un pequeño hematoma que evoluciona favorablemente durante el ingreso. Es dada de alta por traumatología a los 5 días de la intervención.

A la semana acude a consulta de traumatología para revisión, presentando infección cutánea en el punto de punción de la anestesia espinal (Figura 1). Es valorada por el traumatólogo, realizándose desbridamiento quirúrgico, verificándose que la infección sólo afecta tejido subcutáneo. Se pauta tratamiento con antibioterapia, Ciprofloxacino 500mg. cada 12 horas durante 10 días, realizándose posteriormente curas de la herida hasta su completa cicatrización a las 7 semanas (Figura 2 y 3).



Figura 2.- Imagen ampliada antes de las curas.



Figura 3.- Cicatrización a las 6 semanas.

Discusión

Para evitar la infección durante una anestesia subaracnoidea es fundamental realizar la técnica bajo condiciones higiénicas adecuadas¹. La causa más frecuente de dicha contaminación es la producida por los gérmenes de la piel, siendo el más frecuente el *Staphylococcus Aureus*, a pesar de que el *Staphylococcus Epidermidis* es el más prevalente en la piel². Esta diferencia puede deberse a la resistencia a los antisépticos del *S. Aureus*. Otro mecanismo de infección descrito es la contaminación por *Streptococo viridans*, desde la mucosa bucal del operador.

También es importante tener en cuenta las características propias del paciente, tales como la toma continuada de corticoides, pacientes politraumatizados, con insuficiencia renal, diabéticos, neoplasias, etc.

Para evitar en la medida de lo posible esta contaminación, es fundamental seguir las normas básicas para una correcta técnica aséptica:

- Lavado de manos correcto con clorhexidina o povidona yodada.
- Usar bata, guantes estériles, gorro y mascarilla.
- Colocar en la mesa de campo un paño estéril sobre el que se colocará todo el material necesario para realizar la técnica.
- Desinfectar la zona lumbar con clorhexidina o povidona yodada. Dejar actuar al menos 3-4 minutos. Aunque generalmente no se consiguen eliminar todos los organismos patógenos, sí se disminuyen a niveles que no suelen causar infección.
- Retirar el exceso de desinfectantes con una gasa esteril antes de la punción.

- Manipular lo mínimo posible el material de punción.
- No realizar más de 3 punciones
- Finalizar la técnica cubriendo el punto de punción con un apósito plástico estéril.

Aunque se cumplan todas las medidas de asepsia existe un significativo índice de contaminación de las agujas, ya sea peridural o raquídea, como lo demuestra el trabajo realizado por Raedler et col., en el que encontraron que hasta el 17,9% de las agujas estaban contaminadas tras la punción³.

En nuestro caso consideramos que la técnica se realizó bajo las medidas de asepsia habituales, aunque no descartamos que al ser una punción dificultosa (obesidad, edad, falta de colaboración, etc.), los repetidos intentos de punción hayan desencadenado la contaminación del campo o de la aguja.

Bibliografía

- 1.- Complicaciones del bloqueo neuroaxial. Ben-David B, Rawa R. Clínicas Anestesiológicas de Norteamérica. México: Mc Graw-Hill Interamericana, 2003: 639-662.
- 2.- Horlocker TT, Wedel DJ. Infectious complications of regional anesthesia. Best Pract Res Clin Anaesthesiol. 2008 Sep;22(3):451-75. ([PubMed](#))
- 3.- Raedler C, Lass-Flörl C, Pühringer F, Kolbitsch C, Lingnau W, Benzer A. Bacterial contamination of needles used for spinal and epidural anaesthesia. Br J Anaesth. 1999 Oct;83(4):657-8 ([Pubmed](#)) ([pdf](#))

Correspondencia al autor

Jesús López Pérez
jesuslpm@gmail.com
 Adjunto Servicio de Anestesiología y Reanimación.
 Hospital Virgen de la Arrixaca. Murcia

[Publicado en AnestesiaR el 2 de enero de 2012](#)