

# Cuando la analgesia epidural no es lo esperado: Bloqueo subdural en obstetricia

Sonsoles Úbeda, Anna Berbis, Aiyana Daraktchiev, Aida González, María Sempere

## Introducción

La analgesia epidural es la técnica de elección para el control del dolor durante el trabajo de parto, con un amplio perfil de seguridad. Aunque las complicaciones son poco frecuentes, pueden ser potencialmente graves, como el bloqueo subdural; entidad poco frecuente e infradiagnosticada.

La administración de anestésico local en el espacio subdural puede producir una distribución impredecible; generando un bloqueo sensitivo extenso y desproporcionado en relación a la dosis administrada. La disociación entre el bloqueo sensitivo y motor junto con una instauración progresiva constituye una de las claves diagnósticas del bloqueo subdural.

## Descripción del caso I

Se presenta el caso de una mujer de 31 años, embarazada de 41 semanas, que ingresa por trabajo de parto. Se realiza analgesia epidural bajo condiciones de esterilidad mediante técnica de pérdida de resistencia con aire. Se encuentra espacio epidural a 6 cm y se deja el catéter epidural a 10 cm de piel. Se realiza aspiración negativa para líquido cefalorraquídeo y dosis test con 3 mL de bupivacaína 0.25%, resultado negativa.

Se pauta analgesia epidural con bolo intermitente de 8 mL cada 45 minutos y analgesia controlada por el paciente. Inicialmente la paciente presenta adecuado nivel sensitivo entorno a T10 sin bloqueo motor. A los 20 minutos se objetiva elevado nivel sensitivo T1 con escaso bloqueo motor por lo que se suspende la tasa de infusión epidural. Progresivamente la paciente presenta miosis, ptosis y enoftalmos derecho sugerentes de síndrome de Horner; todo ello compatible con bloqueo subdural.



## Descripción del caso II

Ante sospecha de bloqueo subdural se extrae catéter epidural y se realiza nueva punción sin complicaciones y con adecuado control analgésico posterior sin nuevos signos de bloqueo subdural.

## Discusión

Los bloqueos espinales altos se producen como consecuencia de una sobredosificación de la analgesia epidural o una difusión subdural del anestésico local. El cuadro clínico florido es el bloqueo espinal total, caracterizado por un bloqueo simpático completo y parada cardiorrespiratoria.

El síndrome de Horner asociado a la analgesia epidural se debe a una extensión anómala del anestésico local, siendo autolimitado y sin secuelas. Típicamente se manifiesta de manera aislada. Sin embargo, puede ser un signo temprano de bloqueo anestésico alto. Por tanto es importante su detección para prevenir la evolución a complicaciones más graves cardiorrespiratorias.

Si bien es cierto que el bloqueo subdural es poco frecuente, dada la gravedad de las complicaciones derivadas de un diagnóstico y tratamiento tardíos, es fundamental conocer la entidad y su manejo terapéutico. El presente caso refleja la importancia de la vigilancia clínica estrecha tras la administración de analgesia epidural y la necesidad de considerar el bloqueo subdural dentro del diagnóstico diferencial ante un bloqueo epidural atípico.

## Bibliografía

[1] Protocolos asistenciales de la sección de anestesia obstétrica de la SEDAR [Internet]. 3<sup>a</sup> ed. Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor; 2021 [citado 2026 Ene 14].

[2] Agarwal D, Mohta M, Tyagi A, Sethi AK. Subdural block and the anaesthetist. Anaesth Intensive Care. 2010 Jan;38(1):20-6. doi: 10.1177/0310057X1003800105. PMID: 20191772.