

Hematoma espinal secundario a punción lumbar en paciente anticoagulado con rivaroxabán

Spinal hematoma secondary to lumbar puncture in a patient anticoagulated with rivaroxaban

Avila JA¹; Rivarola S¹; Oliveros K¹; Flegler N¹; Sernaque C¹; Bonardo P²; Bala M²; Miquelini L³; Stemmelin G¹; Ceresetto JM.¹

¹Servicio de Hematología, Hospital Británico de Buenos Aires

²Servicio de Neurología, Hospital Británico de Buenos Aires

³Servicio de Diagnóstico por Imágenes, Hospital Británico de Buenos Aires

jaavilar@gmail.com

Fecha recepción: 19/12/2019

Fecha aprobación: 29/12/2019



IMÁGENES
EN HEMATOLOGÍA

HEMATOLOGÍA

Volumen 23 n° 3: 93-96

Septiembre - Diciembre 2019

Palabras claves: Hematoma Espinal, rivaroxabán, punción lumbar.

Keywords: Spinal hematoma, rivaroxaban, lumbar puncture.

Resumen

Los anticoagulantes orales directos (DOACS) son un grupo de fármacos con actividad inhibitoria selectiva sobre la trombina o sobre el factor X activado. Como ventajas ofrecen: su rápido inicio de acción, la no necesidad de monitoreo continuo, su dosis fija y su efecto predecible. Sin embargo, existe un alto riesgo de sangrado si no son suspendidos adecuadamente previo a la realización de cualquier procedimiento invasivo.

Presentamos el caso de una paciente de sexo femenino de 57 años de edad, con diagnóstico de FA paroxística anticoagulada con rivaroxabán 20 mg por día a quien se realizó una punción lumbar diagnóstica intratratamiento anticoagulante presentando posteriormente un hematoma espinal.

Abstract

Direct oral anticoagulants (DOACS) are a group of drugs with selective inhibitory activity on thrombin or on activated factor X. As advantages they offer: its rapid onset of action, no need for continuous

monitoring, its fixed dose and its predictable effect. However, there is a high risk of bleeding if they are not properly discontinued before performing any invasive procedure. We present the case of a 57-year-old female patient with a diagnosis of paroxysmal AF, anticoagulated with rivaroxaban 20 mg per day to whom a diagnostic lumbar puncture was performed during anticoagulant treatment, subsequently presenting a spinal hematoma.

Introducción

Los anticoagulantes orales directos (DOACS) corresponden a un grupo de fármacos con actividad inhibitoria selectiva sobre la trombina (dabigatrán etexilato) o sobre el factor X activado (rivaroxabán, apixabán, edoxabán). Desde su aprobación en 2008 son empleados para la prevención y tratamiento del tromboembolismo venoso (TEV), así como la prevención de accidente cerebrovascular en pacientes con fibrilación auricular (FA) no valvular. Dentro de sus ventajas podemos mencionar su rápido inicio de acción, la no necesidad de monitoreo con-

tinuo, su dosis fija y su efecto predecible con menor incidencia de sangrado en SNC⁽¹⁾.

Sin embargo, tienen igualmente riesgo de sangrado, por ejemplo cuando no son suspendidos previo a un procedimiento invasivo.

Según datos publicados por un estudio retrospectivo en 2004 en Suecia, de un total de 450.000 punciones lumbares (PL) realizadas durante lapso de 10 años se produjeron 33 hematomas espinales (HE), 33% de ellos en pacientes con administración interrumpida de anticoagulantes al momento del procedimiento⁽²⁾. Otro estudio multicéntrico realizado en 2013 evidenció 7 casos de HE entre 142.287 PL realizadas donde el 60% habían recibido tratamiento con anticoagulación peri procedimiento⁽³⁾. Este riesgo de sangrado espinal, que en muchas ocasiones provoca secuelas irreversibles como paraparesia o plejía de miembros inferiores, ha llevado a la recomendación de evitar la anestesia neuroaxial si el paciente recibió una dosis de 40 mg de enoxaparina 18 a 24 horas antes del procedimiento. En relación a los DOACS, se recomienda su suspensión 2 a 3 días –según la depuración de creatinina y el agente en cuestión- previo a la realización de un procedimiento con alto riesgo de sangrado como es una PL⁽¹⁾.

Caso clínico

Paciente de sexo femenino de 57 años de edad, con antecedentes de hipertensión arterial y diag-

nóstico de FA paroxística en 2017, en tratamiento con rivaroxabán 20 mg por día. La paciente consultó en otro centro por cuadro clínico de dolor dorsolumbar de inicio súbito, de intensidad 10/10 en la escala de dolor, sin respuesta a analgésicos no esteroideos, asociado a debilidad de miembro inferior izquierdo (MII). Se realizó RNM de columna cervico-dorso-lumbar sin evidencia de sangrados ni alteraciones de relevancia (Figura 1). Por sospecha de mielitis transversa se intentó realizar una PL que fue frustra, con posterior empeoramiento de la debilidad de MII y aparición de cefalea holocraneana. Se decidió su derivación a nuestra institución.

A su ingreso presentaba un hematoma subcutáneo evidente a nivel L3-L4 (área de la punción lumbar) de 2 cm de diámetro, debilidad en miembro inferior izquierdo, asociado a limitación funcional por dolor lumbar. La RNM mostró imágenes compatibles con hematoma subdural perimedular a nivel cervico-dorso-lumbar (Figura 2), y hemorragia subaracnoidea a nivel occipital (Figura 3).

La paciente tomaba rivaroxabán 20 mg día vía oral al momento en que realizó la punción lumbar y continuó con el medicamento hasta el día previo al ingreso en nuestro hospital. Se interpretó el cuadro como hematoma espinal extenso secundario a trauma por PL potenciado por el efecto anticoagulante del rivaroxabán.



Figura 1. Resonancia magnética de columna -corte sagital-: las imágenes 1, 2 y 3 corresponden a una resonancia magnética de columna cervical, torácica y lumbosacra sin contraste, realizada a la paciente durante su primera consulta. En las mismas no se observan imágenes sugerentes de la presencia de algún proceso patológico agudo.

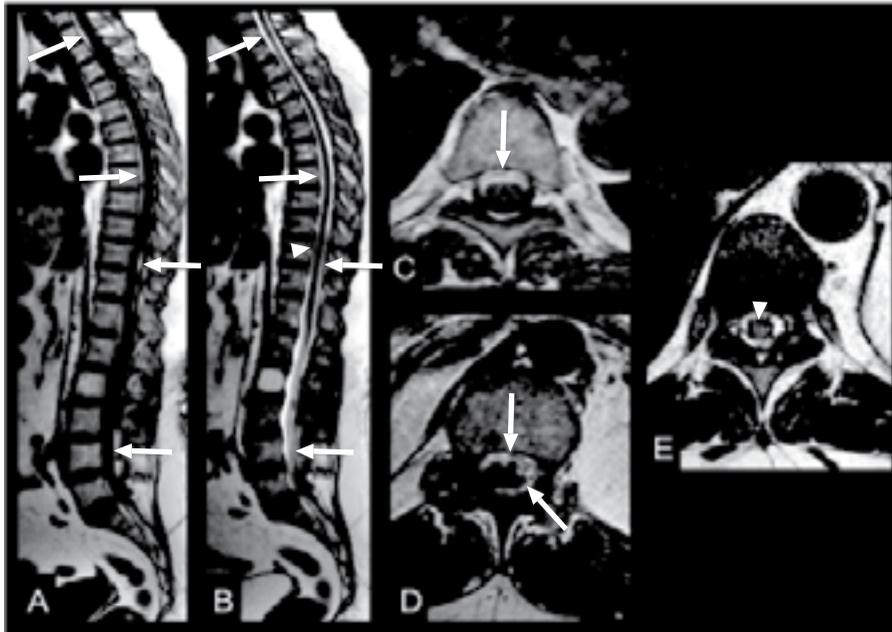


Figura 2. RNM de columna torácica y lumbosacra. En cortes sagitales en secuencias T1 y T2 se evidencia una colección laminar intrarraquídea extramedular, extendida desde la transición cervico-torácica hasta L4-5, con señal predominantemente hiperintensa, compatible con hematoma subdural en estadio subagudo (A y B, flechas). En cortes axiales en secuencia T1, en los niveles T6 y T12 se evidencia la localización de la colección hemática subdural, respecto a la médula espinal (C y D, flechas). Se puede observar además en secuencia T2 la presencia de imágenes hiperintensas en distintos cuerpos vertebrales, el de mayor tamaño a nivel de L2, vinculables a hemangiomas.

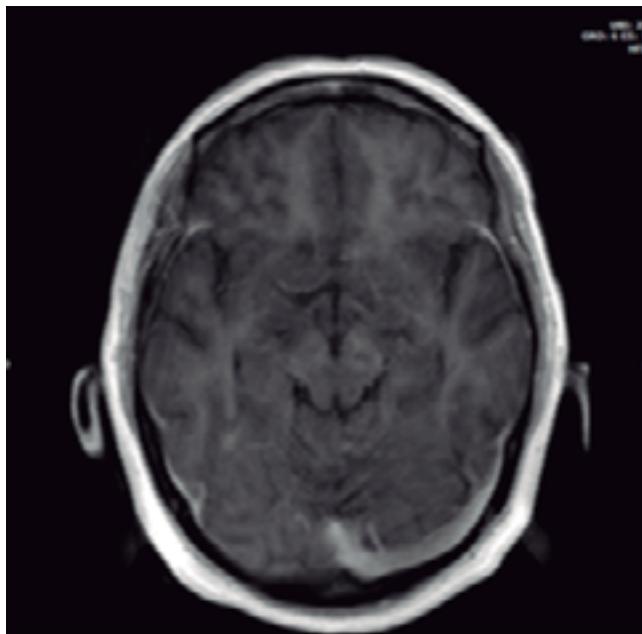


Figura 3. Resonancia Magnética de Cerebro -corte axial-: nótese la presencia de una imagen hiperintensa que rodea la región occipital del lado izquierdo, correspondiente a una hemorragia subaracnoidea (HSA).

Discusión

Los hematomas espinales son una entidad clínica grave que puede potencialmente causar un daño neurológico duradero y discapacidad si no son reconocidos y tratados de manera inmediata. Los HE abarcan una variedad de afecciones, que incluyen hematoma epidural, hematoma subdural, hemorragia subaracnoidea espinal y la hemorragia intramedular, de acuerdo a en qué parte del canal espinal se origina la hemorragia. A menudo son idiopáticos; sin embargo, entre otras causas se incluyen traumatismos, complicaciones de intervenciones instrumentales como una PL diagnóstica o asociada a un catéter epidural para manejo del dolor, malformaciones vasculares y coagulopatía o uso de medicamentos anticoagulantes. Estas condiciones pueden manifestarse con síntomas de dolor lumbar y déficit

neurológico de acuerdo al nivel del cordón medular afectado. Los más pequeños pueden manejarse de manera conservadora, pero pueden llegar a requerir descompresión quirúrgica. Si el hematoma es diagnosticado en forma precoz y tratado a tiempo el cuadro neurológico puede ser reversible. Por el contrario, si no se lleva a cabo rápidamente una descompresión, los déficits neurológicos pueden ser permanentes y tan graves como la paraplejía y/o la tetraplejía⁽³⁾. El riesgo de esta complicación puede incrementarse en pacientes anticoagulados con una suspensión inadecuada del medicamento previo al procedimiento. Si bien no hay datos concretos sobre la prevalencia de HE en pacientes bajo tratamiento con DOACS, el riesgo de esta grave complicación debe ser considerado y suspender su uso al menos 48 horas previo al procedimiento⁽⁴⁾.

Conflictos de interés: Los autores declaran no poseer conflictos de interés.

Bibliografía

1. Kahn SR et al. Prevention of VTE in Nonsurgical Patients: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest*. 2012;141:e195S-e226S.
2. Moen V, Dahlgren N, Irestedt L. Severe neurological complications after central neuraxial blockades in Sweden 1990-1999. *Anesthesiology*. 2004;101(4):950-9.
3. Bateman BT et al. The risk and outcomes of epidural hematomas after perioperative and obstetric epidural catheterization: a report from the Multicenter Perioperative Outcomes Group Research Consortium. *Anesth Analg*. 2013;116(6):1380-5.
4. Fernández Hernández M et al. Protocolo de sustitución de anticoagulantes y antiagregantes en las infiltraciones para el tratamiento del dolor crónico, atendiendo al riesgo hemorrágico y trombótico. *Rev Soc Esp Dolor*. 2017;24(6):333-355.



Atribución – No Comercial – Compartir Igual (by-nc-sa): No se permite un uso comercial de la obra original ni de las posibles obras derivadas, la distribución de las cuales se debe hacer con una licencia igual a la que regula la obra original. Esta licencia no es una licencia libre.