



## Un caso clínico internacional describe una complicación cardíaca infrecuente tras anestesia supraclavicular

Un equipo internacional de especialistas ha publicado recientemente un caso clínico que documenta una complicación cardíaca extremadamente infrecuente asociada a una técnica anestésica de uso habitual en cirugía del miembro superior. Entre los coautores del artículo se encuentran Dr. Carlos Ramírez-Paesano, anestesiólogo del Servicio central de Anestesia de Centro Médico Teknon (Anestalia) y

el Dr. Antonio Berruezo, director del Departamento de Arritmias y de Investigación e Innovación del Instituto del Corazón Quirónsalud Teknon, junto con otros profesionales médicos de España y Colombia.

El artículo, titulado Third-degree atrioventricular block after supraclavicular brachial plexus block: a case report, ha sido publicado en HeartRhythm Case



Reports y describe un caso clínico extremadamente inusual: la aparición de un bloqueo auriculoventricular (AV) de tercer grado —una interrupción completa de los impulsos eléctricos del corazón— tras la aplicación de un bloqueo del plexo braquial por vía supraclavicular. Se trata del segundo caso descrito en la literatura médica internacional con estas características.

El bloqueo del plexo braquial por vía supraclavicular es una técnica estándar, segura y ampliamente utilizada para cirugías de extremidad superior (codo, antebrazo o mano). Aunque se conocen efectos secundarios leves, como el síndrome de Horner (caída del párpado o contracción de la pupila), las complicaciones cardiovasculares graves son casi inexistentes.

El caso corresponde a una mujer de 50 años, sin antecedentes cardiovasculares conocidos, intervenida para una artroplastia de codo izquierdo. Las pruebas preoperatorias, incluido el electrocardiograma, se encontraban dentro de la normalidad.

Tras la realización de un bloqueo supraclavicular ecoguiado con anestésico local, se logró un bloqueo anestésico eficaz y aparecieron signos clínicos de síndrome de Horner. Aproximadamente 25 minutos después, durante el procedimiento quirúrgico, el monitor anestésico detectó un bloqueo AV completo con un ritmo de escape lento, sin signos clínicos de toxicidad sistémica por anestésicos locales.

Ante esta situación, el procedimiento se interrumpió de inmediato y se activaron los protocolos de seguridad establecidos. El análisis posterior permitió identificar que el bloqueo simpático transitorio había des-

enmascarado un trastorno de la conducción eléctrica cardíaca previamente no diagnosticado. Un estudio electrofisiológico confirmó un retraso de conducción infra-hisiano, lo que llevó a la indicación de implantar un marcapasos permanente. La evolución clínica fue favorable y la paciente permanece asintomática al año de seguimiento.

En palabras del Dr. Carlos Ramírez-Paesano, anestesiólogo del Centro Médico Teknon: “Este caso pone de relieve que una técnica anestésica ampliamente utilizada y considerada segura puede, en situaciones muy concretas, revelar patologías cardíacas subyacentes no diagnosticadas. El artículo describe con detalle el manejo clínico y propone una explicación fisiopatológica basada en una teoría neuroquímica que implica el sistema nervioso simpático y el núcleo del tracto solitario”.

Por su parte, el Dr. Antonio Berruezo, cardiólogo especialista en arritmias del Instituto del Corazón Quirónsalud Teknon, destaca: “La aparición de un bloqueo auriculoventricular completo en un paciente sin cardiopatía conocida debe hacer sospechar un trastorno de la conducción previamente silente. Este caso subraya la importancia de una evaluación cardiológica exhaustiva cuando se producen eventos de este tipo, incluso si el desencadenante inicial es transitorio”.

Este caso clínico internacional pone de relieve que, aunque de forma extremadamente rara, el bloqueo supraclavicular del plexo braquial, especialmente cuando se asocia a síndrome de Horner, puede revelar alteraciones avanzadas de la conducción cardíaca en pacientes sin cardiopatía conocida.

