

Síndrome de Nicolau en gestante tras amniocentesis

Castaña Ruiz, I; Moreno Sánchez, C; Jiménez Velázquez, R; Araico Rodríguez, F; Delgado Marín, J.L; Blanco Carnero, J.E; Nieto Díaz, A.



Hospital clínico universitario virgen de la Arrixaca

Introducción

El Síndrome de Nicolau, o embolia cutis medicamentosa, es un vasoespasmo agudo debido a inyección intraarterial de anestésico u otra medicación como AINES, penicilinas, etc.; lleva a un dolor acentuado en el lugar de la punción, seguido de la formación de una placa liveloide que evoluciona a necrosis del tejido subsidiario a esta arteria progresivamente. A veces se puede complicar con la contaminación bacteriana secundaria. El tratamiento es tópico con clorhexidina y betametasona durante 10 días

Dada la escasa prevalencia de esta entidad, consideramos interesante elaborar una revisión bibliográfica sobre este síndrome.

Caso Clínico

Tratamos a una gestante de 40 años, primigesta, de 12+6 semanas, sin alergias conocidas.

Durante el cribado de la semana 12, presentó riesgo elevado de trisomía 21, y se procedió a la realización de biopsia corial. Para ello, se instila mepivacaína al 2% en el lugar de la punción.

Tras la inyección y extracción de muestra, comenzó con dolor agudo en hemiabdomen derecho, junto con la aparición en la zona del pinchazo de una placa blanquecina que fue cambiando a eritematosa en minutos.

Consultamos con la unidad de dermatología, que la describió como: "úlceras de fondo ajamonado y bordes sobreelevados violáceos, de naturaleza dolorosa, secundaria a biopsia corial, con inyección de mepivacaína"

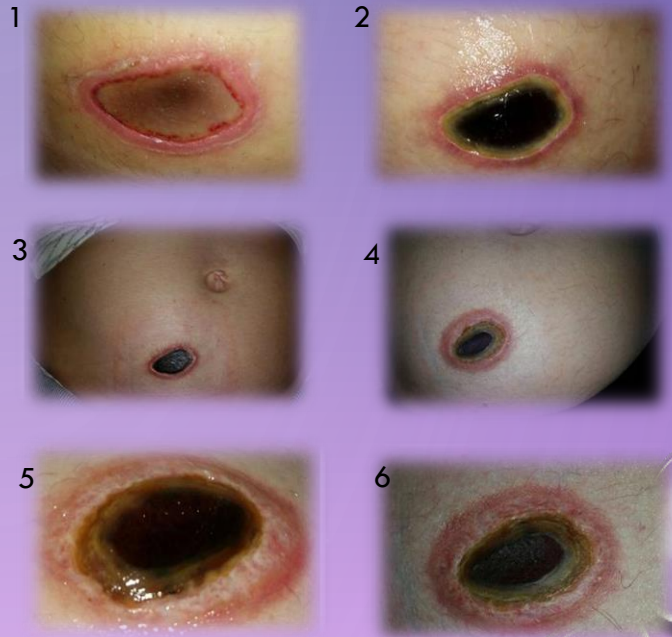


Fig.1. Evolución de la placa liveloide tras la punción con mepivacaína al 2% para una biopsia corial.

Al ver la evolución tan rápida de la necrosis y su dolor al inicio del cuadro, se revisó la bibliografía. Nos encontrábamos ante un Síndrome de Nicolau, secundario a la inyección intraarterial de anestésico local, ocasionando un vasoespasmo agudo, produciendo la necrosis posterior del tejido. Anatomía patológica confirmó el diagnóstico.

Tras necrosectomía y curas con clorhexidina, se consiguió el cierre de la lesión ulcerosa. Nuestra paciente, en sus antecedentes, se trató con mepivacaína en extracciones molares. Nunca le había pasado aquella reacción con el mismo anestésico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ozcan A, Senol M, Aydin EN, Aki T. Embolia cutis medicamentosa (nicolau syndrome): Two cases due to different drugs in distinct age groups. Clin Drug Investig 2005;25:481-3.
2. Luton K, Garcia C, Poletti E, Koester G. Nicolau Syndrome: Three cases and review. Int J Dermatol 2006;45:1326-8.
3. Koklu E, Sarici SU, Altun D, Erdeve O. Nicolau syndrome induced by intramuscular vitamin K in a premature newborn. Eur J Pediatr 2009;168:1541-2.
4. Erkek E, Tuncez F, Sanli C, Duman D, Kurtipek GS, Bagci Y, et al. Saheb DM, Salome, Madhav, Reddy KC, Sridevi, Lakshmi, et al. Nicolau Syndrome. Indian J Dermatol Venereol Leprol 2002;68:45-6.
5. Garcia FV, Sanz-Sanchez T, Aragues M, Blasco A, Fraga J, Garcia-Diez A. Cutaneous embolization of cardiac myxoma. Br J Dermatol 2002;147:379-82.
6. OcaS, Ekcic B, CamH, TaştanY. Nicolausíndrome afterintramuscular benzathine penicillin treatment. Pediatr Infect Dis J 2006;25:749.