

MEDICINA PERIOPERATORIA

BLOQUEO CIÁTICO SUBGLÚTEO EN PACIENTE CON MPOX SOMETIDO A AMPUTACIÓN INFRACONDÍLEA DE MIEMBRO INFERIOR: REPORTE DE CASO

Subgluteal Sciatic Nerve Block in a Patient with MPOX Undergoing Below-Knee Amputation: A Case Report

AUGUSTO ALFONSO CABALLERO MARTINEZ^{1,2}; MARIA ALEJANDRA MENDEZ CHONG^{1,3}; MARY EUGENIA DEL MAR CORTEZ RAMIREZ^{1,4}; STEFANY LUZ LOPEZ VELAZCO^{1,5}; RUTH MARIELA MEDINA ALGORTA^{1,6}



1. Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins

2. <https://orcid.org/0009-0002-8752-0422>

3. <https://orcid.org/0009-0007-0942-5661>

4. <https://orcid.org/0009-0009-7050-0696>

5. <https://orcid.org/0009-0004-8953-2878>

6. <https://orcid.org/0009-0001-0707-5051>

Correspondencia: Enviar correspondencia a la Dra. Eva Luisa Torres Quispe mediante correo electrónico eva.luisa.torres@gmail.com

Como citar este documento: Caballero Martínez AA, Méndez Chong MA, Cortez Ramírez MEM, López Velazco SL, Medina Algorta RM. Bloqueo ciático subglúteo en paciente con MPOX sometido a amputación infracondílea de miembro inferior: reporte de caso. Actas Peruanas de Anestesiología. 2025;23(2):50–56. doi:10.65016/rmetwe98

Recibido: 16/09/2025

Aceptado: 22/12/2025

RESUMEN

Introducción: La MPOX es una zoonosis viral emergente, caracterizada por lesiones cutáneas dolorosas y riesgo de transmisión al personal de salud. El manejo anestésico de estos pacientes es un reto debido a la escasa evidencia disponible y a la frecuente presencia de comorbilidades. **Presentación del caso:** Se presenta el caso de un varón de 42 años con diagnóstico de MPOX, antecedente de VIH con recuento de CD4 de 50 células/mm³ y lesiones pustulosas activas en cara, espalda y extremidades, programado para amputación infracondílea de miembro inferior izquierdo por necrosis séptica. Se realizó bloqueo ciático subglúteo ecoguiado con lidocaína al 1% y bupivacaína al 0,5% (30 mL), complementado con sedoanalgesia con propofol y ventilación espontánea. El procedimiento transcurrió sin complicaciones hemodinámicas ni respiratorias, con adecuado control del dolor intra y postoperatorio. **Discusión:** La anestesia regional permitió evitar la manipulación de la vía aérea en un paciente con lesiones pustulosas faciales e inmunosupresión severa, reduciendo además la exposición del personal a secreciones potencialmente infecciosas. La técnica utilizada se ajusta a las recomendaciones actuales para pacientes con MPOX y alto riesgo perioperatorio. **Conclusiones:** Este caso muestra que la anestesia regional constituye una alternativa segura y eficaz en pacientes con MPOX e inmunosupresión, aportando evidencia clínica que puede guiar el manejo anestésico en contextos similares.

Palabras clave: Anestesia regional, Bloqueo del nervio ciático, MPOX, VIH, Amputación

ABSTRACT

Introduction: MPOX is an emerging viral zoonosis characterized by painful skin lesions and a risk of transmission to healthcare personnel. Anesthetic management in these patients is challenging due to the limited available evidence and the frequent presence of comorbidities. **Case Presentation:** We report the case of a 42-year-old male diagnosed with MPOX, with a history of HIV infection and a CD4 count of 50 cells/mm³, presenting with active pustular lesions on the face, back, and extremities. He was scheduled for infracondylar amputation of the left lower limb due to septic necrosis. An ultrasound-guided subgluteal sciatic nerve block was performed using 1% lidocaine and 0.5% bupivacaine (30 mL), supplemented with propofol-based sedation and spontaneous ventilation. The procedure was completed without hemodynamic or respiratory complications, with adequate intraoperative and postoperative pain control. **Discussion:** Regional anesthesia avoided airway manipulation in a patient with facial pustular lesions and severe immunosuppression, while also reducing healthcare personnel exposure to potentially infectious secretions. The technique used is consistent with current recommendations for patients with MPOX and high perioperative risk. **Conclusions:** This case shows that regional anesthesia is a safe and effective alternative in patients with MPOX and immunosuppression, providing clinical evidence that may guide anesthetic management in similar settings.

Keywords: Anesthesia, Conduction; Sciatic Nerve Block; Monkeypox; HIV Infections; Amputation

PERSPECTIVA DEL EDITOR

¿Qué sabemos del tema?	¿Cuál es el aporte novedoso del artículo?
<ul style="list-style-type: none"> La MPOX representa un reto emergente para la anestesiología debido a las lesiones cutáneas extensas, el riesgo de transmisión al personal de salud y la frecuente coexistencia de inmunosupresión. La evidencia sobre el manejo anestésico perioperatorio es limitada y carece de recomendaciones estandarizadas, especialmente en cirugías de emergencia. En este contexto, la anestesia general puede implicar riesgos adicionales por la manipulación de la vía aérea. 	<ul style="list-style-type: none"> Este reporte documenta el uso exitoso de un bloqueo ciático subglúteo ecoguiado como técnica anestésica principal en un paciente con MPOX e inmunosupresión severa. La anestesia regional permitió evitar la vía aérea, reducir la exposición del personal y asegurar un adecuado control analgésico. Constituye uno de los primeros reportes nacionales que aporta evidencia clínica aplicable a escenarios similares.

Copyright © 2025. Publicado por Actas Peruanas de Anestesiología, en nombre de la Sociedad Peruana de Anestesia, Analgesia y Reanimación. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Atribución-No Comercial-Sin Derivadas 4.0 (CC BY-NC-ND), que permite descargar y compartir la obra siempre que se cite adecuadamente la obra original. La obra no puede modificarse de ninguna manera ni usarse con fines comerciales sin el permiso de la revista.

INTRODUCCIÓN

La MPOX (anteriormente denominada viruela del mono) es una zoonosis viral causada por el virus de la viruela símica (Orthopoxvirus), relacionada con el virus de la viruela. Desde mayo de 2022 se ha reportado un incremento sostenido de casos en múltiples países, considerándose una emergencia sanitaria de importancia internacional (1). Para agosto de 2022, Perú se ubicaba entre los países con mayor tasa de incidencia en la región, con predominio en hombres jóvenes y en pacientes con antecedente de VIH. La transmisión del virus ocurre principalmente a través del contacto directo con lesiones cutáneas o secreciones (2), lo que representa un riesgo significativo para el personal de salud durante la atención quirúrgica.

Las manifestaciones clínicas más frecuentes incluyen lesiones en las áreas anogenital y perioral, que posteriormente se extienden a cara, tronco (3), espalda y región sacra. Estas lesiones pueden dificultar procedimientos anestésicos básicos (4) como la colocación de mascarillas, el acceso venoso, el uso de torniquetes o la monitorización estándar. A ello se suma que, debido a la erradicación de la viruela y la baja frecuencia de brotes previos, el equipo quirúrgico y anestésico carece de experiencia en el manejo de estos pacientes.

El presente caso resulta relevante ante la ausencia de reportes en la literatura nacional y latinoamericana sobre el uso de anestesia regional en pacientes con MPOX sometidos a cirugía de emergencia. La aplicación exitosa de un bloqueo ciático subglúteo guiado por ecografía permitió realizar una amputación infracondílea de forma segura en un paciente con inmunosupresión severa y lesiones cutáneas activas, constituyendo un aporte novedoso y clínicamente útil para el manejo anestésico en contextos similares.

CASO CLÍNICO

Varón de 42 años, natural de Chincha y procedente de Lima, diagnosticado con MPOX. Entre sus antecedentes destacaban infección por VIH desde 2005 con tratamiento irregular (lopinavir/ritonavir

más emtricitabina/tenofovir, con mala adherencia), último recuento de CD4 de 50 células/mm³ en abril de 2022, sífilis tratada en 2022, hepatitis B crónica desde 2021 y antecedente de neumonía por *Pneumocystis jirovecii* en 2022. No presentaba antecedentes quirúrgicos previos. No existían antecedentes de neuropatía periférica documentada ni clínica previa, lo cual reduce el riesgo de sesgos en la valoración de la eficacia del bloqueo y en la evolución neurológica postoperatoria.

La enfermedad actual tenía aproximadamente 21 días de evolución. El cuadro inició con una lesión esfacelada en el pie izquierdo que progresó a necrosis con secreción purulenta, sin respuesta a antibióticos de amplio espectro. Se añadieron lesiones pustulosas y costrosas dolorosas en cara, espalda, brazo y muslo derecho, además de un absceso glúteo con secreción purulenta. La PCR para MPOX fue positiva, confirmando el diagnóstico. Debido al empeoramiento de la lesión necrótica en el pie izquierdo, la junta médica decidió realizar amputación infracondílea de urgencia.

En el examen físico se observaron pústulas umbilicadas y lesiones costrosas de 1–1,5 cm en espalda, muslo y brazo (Figuras 1 y 2), así como necrosis en el pie izquierdo con secreción purulenta (Figura 3). Desde el punto de vista subjetivo, el paciente refería dolor intenso en el pie con limitación funcional y molestias en las lesiones pustulosas. Manifestaba cansancio, preocupación por su estado de inmunosupresión, ansiedad ante el procedimiento anestésico, temor a complicaciones derivadas de la anestesia general, inquietud por el riesgo de contagiar al personal de salud y angustia frente a la amputación y sus repercusiones en la vida diaria. Se categorizó como ASA III-E. Los datos antropométricos del paciente varón adulto, 75 kg, 1,73 m (IMC ≈ 25).

El nervio ciático fue identificado a nivel del espacio subglúteo, a una profundidad aproximada de 5,5 cm, utilizándose un abordaje en plano (in-plane) bajo guía ecográfica. Se empleó una aguja aislada de 100 mm con neuroestimulación, obteniéndose respuesta motora compatible con estimulación del nervio ciático a una intensidad menor de 0,5 mA. Se

administró un volumen total de 30 mL de anestésicos locales (lidocaína al 1% y bupivacaína al 0,5%) mediante inyección incremental y con aspiración negativa intermitente, observándose un adecuado patrón de hidrodissección y diseminación circunferencial del anestésico alrededor del nervio, sin evidencia ecográfica de inyección intraneural.

Figura 1. Lesión pustulosa umbilicada en zona lumbar y lesión en región glútea con secreción activa.



Nota: Imagen tomada en sala de operaciones que muestra lesiones cutáneas activas en región glútea y lumbar, lo que condicionó la elección del abordaje subglúteo para el bloqueo ciático, evitando áreas infectadas.

Figura 2. Lesión costrosa en muslo derecho.



Nota: Lesión necrótico-costrosa en la cara interna del muslo derecho, observada en el intraoperatorio, que obligó a seleccionar un sitio de punción alejado de áreas infectadas para minimizar la diseminación.

Figura 3. Pie izquierdo con lesión necrótica en base de los cinco dedos, asociada a secreción purulenta.



Nota: Aspecto clínico previo a la cirugía que motivó la indicación de amputación infracondílea de urgencia por falta de respuesta a antibióticos y progresión de la necrosis.

El procedimiento se complementó con oxígeno por cánula binasal (FiO_2 0,28) y sedoanalgesia con propofol en infusión continua a 1–2 mg/kg/h. La sedación se tituló según la escala de Ramsay con un objetivo de 3–4. El paciente fue monitorizado mediante capnografía nasal, presión arterial no invasiva y oximetría de pulso durante todo el procedimiento, sin requerir soporte ventilatorio adicional. La dosis total de propofol administrada quedó registrada en la hoja anestésica, aunque no se incluye en este reporte.

La eficacia clínica del bloqueo fue evaluada mediante la pérdida de sensibilidad al tacto y al pinchazo en los territorios tibial y peroneo. El inicio del acto quirúrgico se realizó aproximadamente 15 minutos después de completado el bloqueo, una vez confirmada la anestesia adecuada de la extremidad.

La cirugía tuvo una duración de una hora, el bloqueo anestésico fue adecuado y la estabilidad hemodinámica se mantuvo en todo momento. No se presentaron episodios de apnea ni hipotensión. Se administraron 1 L de cristaloides, metamizol 1 g EV, tramadol 100 mg SC y dimenhidrinato 50 mg EV

como analgesia complementaria. El sangrado estimado fue de 10 mL. No se registraron complicaciones anestésicas ni quirúrgicas. La infusión de propofol se suspendió 15 minutos antes del cierre. En la unidad de recuperación postanestésica se evaluó mediante el índice de Aldrete, obteniendo un puntaje ≥ 9 . El dolor postoperatorio fue valorado mediante la escala visual análoga (EVA), manteniéndose en 0/10 durante las primeras 48 horas.

DISCUSIÓN

El caso descrito representó un desafío significativo para el equipo anestésico, dada la limitada evidencia disponible sobre el manejo perioperatorio de pacientes con MPOX. La literatura existente se compone principalmente de revisiones y reportes aislados, sin protocolos estandarizados que orienten la elección de la técnica anestésica en cirugías de emergencia (5,7).

En este paciente, la anestesia general implicaba riesgos adicionales relacionados con la manipulación de la vía aérea, incluyendo traumatismo de lesiones orales y faciales, edema, sangrado y generación de aerosoles, lo que podría incrementar la exposición del personal de salud a secreciones potencialmente infectantes. Estos aspectos han sido señalados como críticos en pacientes con MPOX, especialmente en escenarios quirúrgicos urgentes (7).

La inmunosupresión severa secundaria a VIH incrementaba además el riesgo de complicaciones respiratorias e infecciones oportunistas, lo que reforzó la elección de una técnica regional. En este contexto, los bloqueos nerviosos periféricos constituyen una estrategia anestésica eficaz y segura en amputaciones infracondíleas, asociándose con adecuado control del dolor, menor requerimiento de opioides y estabilidad hemodinámica, lo que resulta particularmente beneficioso en pacientes de alto riesgo anestésico (8–10).

El bloqueo ciático subglúteo ecoguiado permitió un abordaje alejado de las principales lesiones cutáneas activas, reduciendo el riesgo de

diseminación infecciosa. Asimismo, la presencia de lesiones en la región lumbar y glútea hacía poco recomendable la anestesia neuroaxial, considerando el riesgo teórico de diseminación viral al sistema nervioso central durante la fase de viremia (6).

Aunque se han descrito volúmenes de 15–20 mL para este abordaje, en el presente caso se empleó un volumen total de 30 mL con el objetivo de asegurar una adecuada difusión del anestésico, dada la profundidad del nervio y la necesidad de evitar múltiples punciones en áreas con compromiso cutáneo (8,9). No obstante, este reporte no permite establecer conclusiones comparativas sobre la eficacia o seguridad de la mezcla utilizada.

Debe considerarse que el abordaje subglúteo del nervio ciático no bloquea el nervio safeno, responsable de la sensibilidad del territorio anteromedial de la pierna. En el caso presentado, la zona quirúrgica correspondió predominantemente al territorio inervado por el nervio ciático, lo que explicaría la ausencia de dolor intraoperatorio; sin embargo, en otros procedimientos infracondíleos podría ser necesario complementar el bloqueo con un abordaje femoral o del canal de los aductores para lograr una cobertura sensitiva completa (12).

Un aspecto clínicamente relevante fue la participación del paciente en la toma de decisiones. La ansiedad frente a la anestesia general y la preocupación por el riesgo de contagio al personal quirúrgico influyeron en la aceptación de una técnica regional, lo que resalta la importancia de la comunicación efectiva y del consentimiento informado en contextos de alto riesgo.

Durante el seguimiento inmediato, el paciente no presentó dolor postoperatorio ni signos de cronificación del dolor. Sin embargo, la ausencia de un seguimiento sistemático a mediano y largo plazo limita la evaluación del dolor persistente postamputación, una complicación descrita con frecuencia tras amputaciones mayores (11,13,14). Al tratarse de un único caso, los hallazgos no pueden generalizarse; no obstante, este reporte aporta un

antecedente clínico relevante que puede servir como base para futuras series de casos o estudios multicéntricos.

Las manifestaciones clínicas relevantes para el manejo anestésico se resumen en la Tabla 1.

Tabla 1. Manifestaciones clínicas asociadas con preocupaciones anestésicas en la MPOX y su manejo.

Manifestaciones	Preocupaciones de anestesia	Manejo sugerido
Exantemas faciales (98%)	a) Dificultad en el sellado de la mascarilla por la presencia de lesiones.	a) Pre oxigenación con Oxígeno al 100% usando cánula binasal durante 3-5 minutos.
	b) Generación de aerosoles durante la ventilación con Bolsa-Mascarilla.	b) Inducción e intubación de secuencia rápida
Exantemas de extremidades (97-98%)	a) Dificultad en la canulación de vías periféricas, muestreo, colocación de manguitos de PA, sondas de SpO ₂ y electrodos de ECG.	a) Colocación cuidadosa en áreas libres de lesiones
	b) Los exantemas son una fuente potencial de infección.	b) Equipo de protección personal recomendado por la OMS (guantes, bata, protección ocular, respiradores N95)
Exantemas orales (56%)	a) Riesgo de traumatismo, edema de la vía aérea y sangrado durante la instrumentación de la vía aérea	a) Manejo de la vía aérea por un anestesiólogo senior, laringoscopia suave, succión suave, taponamiento de garganta.
	b) Riesgo de sangrado y aspiración con dispositivos de vía aérea supraglótica	b) Laringoscopia suave e intubación endotraqueal con taponamiento faríngeo.
Exantemas de tronco y espalda	a) Riesgo de contaminación viral del LCR con un anestésico neuroaxial.	a) Punción en áreas libres de lesiones. Uso de agujas espinales de punta de lápiz de gasa más pequeñas. Recomendación teórica de evitar mientras dure la viremia (21 días del inicio de los síntomas).
	b) Trauma en la piel y riesgo de infección en puntos de presión, especialmente en sitios con lesiones y úlceras.	b) Acolchado adecuado y precauciones asépticas durante la manipulación.
Úlcera oral dolorosa	a) Disminución de la ingesta oral y diselectrolitemia	a) Analgésicos, líquidos intravenosos si están indicados.
		b) Monitorización de electrolitos y valoración del estado hídrico durante el control preanestésico.

CONCLUSIONES

La anestesia regional mediante bloqueo ciático subglúteo ecoguiado permitió realizar de forma segura una amputación infracondílea en un paciente con MPOX e inmunosupresión severa por VIH, evitando los riesgos asociados a la anestesia general y a la manipulación de la vía aérea, y proporcionando un adecuado control analgésico intra y postoperatorio.

No obstante, al tratarse de un reporte de un solo caso, los hallazgos no pueden generalizarse. Sin embargo, esta experiencia aporta evidencia clínica preliminar que puede servir como referencia para el manejo anestésico de pacientes con MPOX en contextos similares y resalta la necesidad de continuar documentando casos que permitan

desarrollar recomendaciones más sólidas.

DECLARACIONES

Financiamiento

Esta investigación no recibió fondos externos ni apoyo económico de instituciones públicas o privadas.

Aprobación ética

El presente estudio corresponde a un reporte de caso. Se respetaron los principios éticos de la Declaración de Helsinki.

Consentimiento informado

El paciente otorgó su consentimiento informado por escrito para la publicación de este caso clínico e imágenes asociadas, garantizando en todo momento su anonimato y confidencialidad.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de intereses relacionados con la realización y publicación de este manuscrito.

Disponibilidad de Datos

Los datos clínicos que respaldan este reporte se encuentran disponibles bajo solicitud razonable al autor correspondiente, respetando la confidencialidad del paciente.

Contribuciones de autoría

Augusto Alfonso Caballero Martínez participó en la concepción y diseño del estudio, revisión crítica del manuscrito y aprobación de la versión final. María Alejandra Méndez Chong contribuyó a la recolección de datos clínicos, redacción inicial del manuscrito y aprobación final. Mary Eugenia del Mar Cortez Ramírez apoyó en la revisión bibliográfica, análisis de la literatura y aprobación final. Stefany Luz López Velazco participó en la atención anestésica del caso, elaboración de tablas y figuras, y aprobación final. Ruth Mariela Medina

Algorta realizó la revisión crítica del contenido científico, edición final del manuscrito y aprobación de la versión final enviada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Thornhill JP, Barkati S, Walmsley S, Rockstroh J, Antinori A, Harrison LB, et al. Monkeypox virus infection in humans across 16 countries—April–June 2022. *N Engl J Med*. 2022;387(8):679-91. doi: [10.1056/NEJMoa2207323](https://doi.org/10.1056/NEJMoa2207323)
2. Tarín-Vicente EJ, Alemany A, Agud-Dios M, Ubals M, Suñer C, Antón A, et al. Clinical presentation and virological assessment of confirmed human monkeypox virus cases in Spain: a prospective observational cohort study. *Lancet*. 2022;400(10353):661-669. doi: [10.1016/S0140-6736\(22\)01436-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01436-2)
3. Patel A, Bilinska J, Tam JCH, Da Silva Fontoura D, Mason CY, Daunt A, et al. Clinical features and novel presentations of human monkeypox in a central London centre during the 2022 outbreak: descriptive case series. *BMJ*. 2022;378:e072410. doi: [10.1136/bmj-2022-072410](https://doi.org/10.1136/bmj-2022-072410)
4. Adler H, Gould S, Hine P, Snell LB, Wong W, Houlihan CF, et al. Clinical features and management of human monkeypox: a retrospective observational study in the UK. *Lancet Infect Dis*. 2022;22(9):1153-1162. doi: [10.1016/S1473-3099\(22\)00228-6](https://doi.org/10.1016/S1473-3099(22)00228-6)
5. Mitjà O, Ogoina D, Titanji BK, Galvan C, Muyembe JJ, Marks M, et al. Monkeypox. *Lancet*. 2023;401(10370):60-74. DOI: [10.1016/S0140-6736\(22\)02075-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)02075-X)
6. Pastula DM, Copeland MJ, Hannan MC, Kern C, Mongkolrattanothai T, Reynolds MG, et al. Two cases of monkeypox-associated encephalomyelitis: Colorado and the District of Columbia, July–August 2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2022;71(38):1212-5.
7. Malviya AK, Gupta A, Singh A, Gupta A. Anesthesia concerns for a patient with monkeypox requiring emergency surgery: a review. *Saudi J Anaesth*. 2022;16(4):440-3. doi: [10.4103/sja.sja_509_22](https://doi.org/10.4103/sja.sja_509_22)
8. Shevlin S, Johnston D, Turbitt L. The sciatic nerve block. *BJA Educ*. 2020;20(9):312-20.
9. Karmakar MK, Kwok WH, Ho AM, Tsang K, Chui PT, Gin T. Ultrasound-guided sciatic nerve block: description of a new approach at the subgluteal space. *Br J Anaesth*. 2007;98(3):390-5. doi: [10.1016/j.bjae.2020.04.004](https://doi.org/10.1016/j.bjae.2020.04.004)
10. Hussien AM, Shamaa AA, Abdelkhalek M, Elsayed E. Ultrasound-Guided Sciatic Nerve Block in Below-Knee Amputation Surgery: A Comparative Study. *Open Anesth J*. 2018;12:19–26.
11. Kehlet H, Jensen TS, Woolf CJ. Persistent postsurgical pain: risk factors and prevention. *Lancet*. 2006;367(9522):1618–25. doi: [10.1016/S0140-6736\(06\)68700-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)68700-X)
12. Jæger P, Nielsen ZJ, Henningsen MH, et al. Adductor canal block versus femoral nerve block and quadriceps strength. *Anesthesiology*. 2013;118(2):409–15. doi: [10.1097/ALN.0b013e318279fa0b](https://doi.org/10.1097/ALN.0b013e318279fa0b)
13. Nikolajsen L, Jensen TS. Phantom limb pain. *Br J Anaesth*. 2001;87(1):107. doi: [10.1093/bja/87.1.107](https://doi.org/10.1093/bja/87.1.107)
14. Hsu E, Cohen SP. Postamputation pain: epidemiology, mechanisms, and treatment. *J Pain Res*. 2013;6:121–36. doi: [10.2147/JPR.S32299](https://doi.org/10.2147/JPR.S32299)