

HOSPITAL CLÍNICO QUIRÚRGICO DOCENTE
"MANUEL FAJARDO RIVERO"
SANTA CLARA, VILLA CLARA

CARTA AL EDITOR

ALTERNATIVA NOVEDOSA DE TRATAMIENTO DE LA CEFALEA
POSPUNCIÓN LUMBAR

Por:

Dr. Salvador Torres Fraguera¹, Dra. Clara Esther Hernández Manso² y Dra. Carmen Bellot Finalés³

1. Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Hospital Clínico-Quirúrgico Docente "Manuel Fajardo Rivero". Santa Clara, Villa Clara. Instructor. UCM-VC.
2. Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Máster en Medicina Bioenergética y Natural. Hospital Clínico-Quirúrgico Docente "Manuel Fajardo Rivero" Santa Clara, Villa Clara. Instructora. UCM- VC.
3. Especialista de I Grado en Anestesiología y Reanimación. Máster en Gestión de la Ciencia. Hospital Clínico-Quirúrgico Docente "Manuel Fajardo Rivero" Santa Clara, Villa Clara. Profesora Auxiliar. UCM- VC.

Descriptor DeCS:

CEFALEA POSPUNCIÓN DE LA
DURAMADRE/terapia

Subject headings:

POST-DURAL PUNCTURE
HEADACHE/therapy

Señor Editor:

Existen pruebas de que la mayoría de las cefalalgias inducidas por anestesia espinal se deben a la baja presión del líquido cerebroespinal, consecutiva a su salida por el orificio practicado en la duramadre¹⁻².

El principal factor relacionado con la cefalea pospunción es el diámetro de la aguja empleada. Para evitar esta complicación, la Asociación Americana de Neurología recomienda utilizar agujas de diámetro pequeño, orientar el bisel paralelo a las fibras de la duramadre, no retirar la aguja sin reponer el estilete central, y emplear en lo posible diseños de agujas atraumáticas³.

Aunque el parche hemático epidural (PHP) produce las tasas más altas de éxito para la desaparición de la cefalea, este no debiera ser colocado de forma sistemática. La decisión de colocar un parche hemático dependerá de la información obtenida de la historia clínica y de los resultados del examen físico³⁻⁵. Se han descrito complicaciones severas posteriores a la realización de un parche hemático epidural^{6,7}. Teniendo en cuenta el efecto de la fuerza de gravedad, hemos tratado de disminuir la presión en el orificio de la duramadre, con un método sencillo, para que el cierre de este a través del proceso natural de cicatrización no sea interferido.

Nuestro propósito ha sido usar un método más seguro y natural de tratamiento de las cefaleas pospunción espinal como una alternativa novedosa ante las variaciones observadas en otros tratamientos convencionales y evitar el uso sistemático del parche epidural en el tratamiento de dicha complicación, que puede efectuarse después que esta aparece, y utilizarse de forma profiláctica en pacientes tratados de forma ambulatoria.

Desde noviembre de 2005 hasta marzo de 2008, en el Hospital Clínico-Quirúrgico Docente "Manuel Fajardo Rivero", de Santa Clara, se trataron 43 pacientes que presentaron cefalea, después de

procedimientos en los que fue necesario realizar punción espinal. El método usado no se describe en la literatura consultada^{1,9}, y consistió en colocar a los pacientes en decúbito prono, cuando esto es posible, como en las punciones realizadas con fines diagnósticos, intervenciones en la parte posterior de los miembros inferiores y operaciones coloproctológicas bajas; en los casos de intervenciones abdominales, deben ser colocados en decúbito lateral, con una ligera inclinación ventral, para lo cual se apoyó el tórax en una almohada, de forma tal que la herida quirúrgica en los operados quedara suspendida.

Todos los pacientes a los que se les realiza punción lumbar diagnóstica y terapéutica reciben tratamiento profiláctico, lo cual ha reducido a niveles ínfimos la incidencia de la cefalea pospunción. El tratamiento que se ha aplicado hasta ahora con el paciente en decúbito supino, con la cabeza hacia abajo^{3,8,9} no ha resuelto el problema, porque la presión de las vísceras abdominales sobre la parte alta del abdomen comprime los plexos venosos paravertebrales y transmiten esta presión al espacio intradural; esto incrementa la presión del líquido cefalorraquídeo por el agujero de la duramadre, que continúa en una posición en que la fuerza de gravedad favorece su salida y, por tanto, la pérdida de líquido cefalorraquídeo al espacio peridural, que es el mecanismo de producción de la cefalea, con el cual coincide la mayoría de los autores¹⁻⁹. Hemos encontrado una incidencia de cefalea por punción de la duramadre en técnicas diagnósticas terapéuticas y anestésicas entre 1 y 3 %, resultados similares a los informados en la literatura consultada.

Evitar la cefalea es el mejor tratamiento^{1,8}, y los factores que más han reducido su incidencia son el utilizar agujas de diámetro pequeño y no retirarla sin reponer el estilete central; esta última forma no permite el arrastre de las fibras colágenas que intervienen en el cierre del orificio abierto a la duramadre; consideramos que reponer el estilete central evita la comunicación del espacio peridural, tanto con el espacio intradural como con el exterior y, por tanto, la formación de un espacio real mayor, lo que facilitaría el gradiente de presión y la circulación del líquido cefalorraquídeo.

Aunque no disponemos de un suministro sistemático de agujas de diámetro fino; sin embargo, con las de calibre 22 hemos logrado reducir la incidencia de cefalea por punción de la duramadre de un 2,6 %, hace dos años y medio, a 0,3 % solamente; además, reponiendo el estilete central antes de retirar la aguja y colocando a los pacientes que han recibido punción diagnóstica o terapéutica y a los operados con anestesia espinal subdural, en las posiciones antes mencionadas.

En 42 de los 43 pacientes tratados tuvimos éxito mediante este tratamiento y no apareció cefalea. Las limitaciones de nuestro estudio están relacionadas con una muestra que no es amplia, aunque uno de los objetivos es disminuir la incidencia de esta molesta complicación que limita la movilización temprana de los pacientes operados.

Es un tratamiento sencillo y novedoso^{5,9} que no necesita recursos importantes y se puede extrapolar al domicilio de los pacientes que han recibido tratamiento quirúrgico.

Referencias bibliográficas

1. Churchill-Davidson W. Anestesiología. La Habana: Revolucionaria; 1985.
2. Moral Turiel M, Rodríguez Simón MO. Tratamiento de la cefalea pospunción dural con hidrocortisona intravenosa. Rev Esp Anestesiol Reanim. 2002;49(2):101-4.
3. González Martínez F, León Beldar JD. Disminución en la incidencia de la cefalea pospunción lumbar tras la aplicación de la segunda edición de la Sociedad Internacional de Cefaleas. Rev Neurol. 2005;41(10):16-30.
4. Valdivieso Cárdenas OF, Mantilla Suárez JC. Cefalea y otros efectos adversos de la mielografía por punción lumbar. MedUNAB. 2006;9:83-8.
5. Campos Castro M. Publicaciones sobre la excelencia y seguridad terapéutica, período 2006 - 2007. Acta Méd Peruana [serie en Internet]. 2007 [citado 3 Mar 2008];24(3):[aprox. 6 p.]. Disponible en: http://sisbib.unmsm.edu.pe/Bvrevistas/acta_medica/2007_n3/pdf/a15v24n3.pdf
6. Lage Duarte W, Souza Araújo F. Subdural hematoma after inadvertent dura mater puncture. Rev Bras Anestesiol. 2008;58(4):387-90.
7. Díaz JH. Permanent paraparesis an cauda equine syndromes after epidural blood patch for postdural puncture headache. Anesthesiology. 2002;96:155-7.

8. Centeno Palma JA, Magali Delgado MM. Incidencia de cefalea en bloqueo subaracnoideo en cesárea electiva. Experiencia de 100 casos. Rev de Especialidades Médico Quirúrgicas. 2005; 10(3):39-44.
9. López-Herranz P. Tratamiento de la cefalalgia pospunción dural: Pasado, presente y futuro. Parte 1. Rev Med Hosp Gen Méx. 2004;67(4):219-26.

Recibido: 5 de enero de 2009

Aprobado: 21 de abril de 2009