

Parche hemático epidural lumbar sin fuga objetivable de líquido cefalorraquídeo

Sonsoles Úbeda, Luis Robert, Anna Berbis, Aida González, Aiyan Daraktchiev, Josep Peñarrocha, Carmen Beltrán.

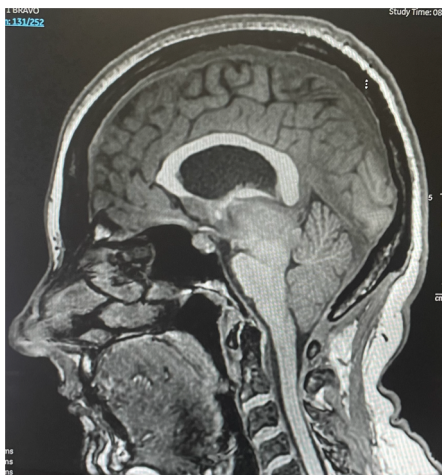
Introducción

La cefalea post punción dural es un cuadro clínico caracterizado por la aparición de **cefalea frontal y/u occipital** de características ortostáticas, típicamente asociada a la sedestación y bipedestación. Pese a no existir una teoría etiológica precisa [1], la más aceptada es que la pérdida de líquido cefalorraquídeo hacia el espacio epidural tras una punción dural genera una pérdida de volumen y de presión subaracnoidea que condiciona una vasodilatación cerebral compensatoria y con ello, tracción caudal de vasos sanguíneos, senos venosos cerebrales y estructuras sensitivas, produciéndose así la clínica derivada de la hipotensión de líquido cefalorraquídeo. [2]

Descripción del caso I

Mujer de 49 años que ingresa en el hospital tras presentar durante un año de evolución clínica de **cefalea de predominio frontal** que aparece **con la sedestación** asociando fallos amnésicos leves. Como antecedente relevante la paciente había recibido analgesia epidural durante el trabajo de parto 22 años antes.

Tras descartar patología aguda intracraneal mediante TC, se realiza resonancia magnética cerebral donde se objetivan **signos de hipotensión intracraneal severa**: agrandamiento de la adenohipófisis, descenso del troncoencéfalo y esplenio del cuerpo caloso, disminución de la distancia mamilo-pontina y descenso de amígdalas cerebrosas.



Descripción del caso I

Ante estos resultados y la clínica de la paciente, se realiza estudio de líquido cefalorraquídeo, con estudio bioquímico negativo; y mielografía, en el que se visualiza **prominencia de la duramadre sobre la raíz del agujero de conjunción L1-L2 derecho** sin evidenciarse un claro punto de fuga de líquido cefalorraquídeo. Con estos hallazgos se inicia manejo conservador mediante analgesia intravenosa, caféina e hidrocortisona, sin mejoría. Dada la sintomatología de la paciente, el antecedente de punción epidural y los datos de imagen sugestivos de hipotensión intracraneal se decide realizar **de forma empírica parche hemático epidural a nivel L1**.

La técnica se realiza en quirófano, bajo estricta monitorización y condiciones de asepsia. Tras la extracción de 20 mililitros (mL) de sangre autóloga de la paciente, se realiza punción epidural a nivel L1, y tras encontrarse espacio epidural mediante técnica de pérdida de resistencia con suero salino fisiológico, se administran 18 mL de sangre autóloga. Posteriormente se mantiene a la paciente en decúbito supino durante 60 minutos.

A las 24 horas, la paciente refiere gran mejoría de su sintomatología, y a las 72 horas, se le da el alta. Un año después del cuadro la paciente persiste asintomática sin nuevos episodios de cefalea.

Discusión

Pese a que la cefalea post-punción dural es típica durante las primeras 48 horas post-punción dural, en el presente caso nos encontramos ante una paciente con clínica típica de este cuadro clínico sin otro antecedente de interés más allá de una punción epidural muchos años atrás. Si bien es cierto que no se puede establecer una asociación directa entre ambos episodios, en la práctica clínica se decidió un manejo empírico con parche hemático que resultó ser eficaz.

Bibliografía

[1] Rodríguez-Camacho M, Guirado-Ruiz PA, Barrero-Hernández FJ. Risk factors in post-dural puncture headache. Revista Clínica Española (English Edition). 2023 Jun;223(6):331–9.

[2] Hernández A. Situaciones Clínicas en Anestesia y Cuidados Críticos. 2ª Edición. Editorial Médica Panamericana; 2022.