

TRATAMIENTO DE LA CEFALEA POST-PUNCION DE DURAMADRE

*MARGARITA ARAUJO-NAVARRETE

RESUMEN

Se estudió la evolución, por 18 meses, de trece casos con punción accidental de duramadre durante la aplicación de bloqueo peridural, en pacientes obstétricas que son más susceptibles de presentar cefalea incapacitante como consecuencia de esta complicación.

El tipo de pacientes de "puerperio de bajo riesgo" programado para corta estancia intrahospitalaria, propició tomar medidas invasivas para su tratamiento, sin complicaciones posteriores.

Se elabora el Criterio de manejo de acuerdo a la intensidad de la sintomatología.

Palabras clave: Bloqueo peridural: Complicaciones punción de duramadre: cefalea.

SUMMARY

Thirteen cases of accidental dural puncture during peridural block in obstetrical patients were studied for 18 months. These patients are susceptible to have an incapacitating headache.

These patients were "low risk childbirth" and for that reason were of short time hospitalized. An invasive treatment was necessary hospitalized and no complication occur.

A management criteria was utilized according to the severity of the headache.

Key words: Peridural blockade: complications, accidental dural puncture: headache.

La punción accidental de la duramadre durante la aplicación del bloqueo peridural en la analgesia obstétrica, constituye una complicación frecuente, en el 72% de los casos en los que ocurre este accidente se presenta dolor de localización occipitofrontal y en el área orbital de intensidad que puede disminuir y desaparecer con el reposo o incrementarse con la deambulación y los esfuerzos hasta incapacitar totalmente toda actividad.^{1, 2}

Esta sintomatología es el resultado de la dilatación y tracción de las estructuras vasculares intracraneales sensitivas dolorosas, así como de la tensión del tentorium y estructuras meníngeas, secundario a la pérdida de líquido cefalorraquídeo a través de la lesión de la duramadre.^{3, 4}

Existen variables que modifican la severidad del cuadro como:

el calibre de la aguja con la que se provocó la lesión y por lo tanto el tamaño del orificio en la duramadre que permite mayor o menor salida de líquido cefalorraquídeo.^{4, 7}

El tipo y posición requerido para el procedimiento quirúrgico, particularmente el trabajo de parto y el período expulsivo, así como el embarazo que modifica las presiones intracavitarias y propician mayor fuga de líquido cefalorraquídeo.^{1, 4}

La edad del paciente ya que en las personas jóvenes es mayor la intensidad de la cefalea; la disminución en la elasticidad de los vasos sanguíneos intracraneales en pacientes de mayor edad los hace menos sensibles a esta sintomatología.^{2, 7}

En el hospital de Gineco-Pediatría 3 A IMSS, se proporciona analgesia obstétrica; con una frecuencia de 2

*Médico Jefe.

Trabajo realizado en el Departamento de Anestesiología. Hospital Gineco-Pediatría 3-A. IMSS.

Recibido para publicación: 3 de febrero de 1989. Aceptado para publicación: 9 de mayo de 1989.

Sobretiros: Margarita Araujo-Navarrete. Gelati 101, DesP. 202-A. Col. San Miguel Chapultepec, México 11850, D.F.

por 1000 punciones de duramadre, como la complicación más observada del bloqueo peridural. Durante 1986 y 1987 las pacientes con este accidente se manejaron con medidas invasivas, ya que el reposo absoluto durante el tiempo que se requiere para la mejoría en forma espontánea con tratamiento conservador no era factible.

METODO Y METODO

Durante 1986 y 1987 las pacientes con punción accidental de duramadre se agruparon de acuerdo a la intensidad de la sintomatología con el siguiente esquema de manejo:

I.- Cefalea de leve a moderada, no incapacitante.

1.- Reposo en cama alternando con periodos breves para deambular o estar sentada.

2.- Dieta normal más líquidos claros.

3.- Sobrehidratación con 3,000 ml de Soluciones cristaloides para 24 hrs.

4.- Analgésicos por vía oral.

Tratamiento para 24 hrs.: con mejoría alta a su domicilio; de continuar sintomatología se integra al siguiente grupo.

II.- Cefalea severa, incapacitante. Se ve obligada a guardar reposo absoluto en cama.

1.- Con lavado mecánico de la región dorsal con agua y jabón quirúrgico, se procede a practicar punción espinal para colocar catéter peridural en dirección cefálica, un espacio inferior del sitio del accidente.

2.- Con equipo estéril y limpieza del antebrazo, se toma una muestra de 10 ml de sangre de una vena periférica.

3.- A través del catéter peridural se administran de 6 a 9 ml, de la sangre recién tomada, de acuerdo a la incomodidad referida por la paciente.

4.- Reposo absoluto y registro de signos vitales una hora.

5.- Programación de alta a su domicilio en 8 horas.

III.- Con punción advertida y franca fuga de líquido cefalorraquídeo.

En estas pacientes antes de retirar el catéter peridural, a través de él, se administran 20 ml de solución salina estéril. Se observa con reposo relativo, de continuar la sintomatología se instala colchón hemático con la técnica descrita del grupo anterior.

Se efectuó un seguimiento de la evolución intradomiciliaria, la integración a sus actividades, y las posibles complicaciones hasta por 18 meses, después de alta hospitalaria.

RESULTADOS

Reportamos 13 casos en los que fue factible el seguimiento. Todas las pacientes ingresaron a la unidad con embarazo de término, en trabajo de parto sin complicaciones. Sus edades entre 18 y 35 años.

En el grupo I: dos pacientes en puerperio fisiológico,

a pesar del tratamiento instituido, continuaron con sintomatología después de 24 hrs., se aplicó colchón hemático con excelentes resultados, se dieron de alta en 8 hrs. Continuaron en su domicilio con reposo relativo, una de ellas se integró progresivamente a sus actividades, el otro caso refirió cefalea tipo pesantez que la limitó parcialmente por 6 días. Sin complicaciones posteriores en ambos casos.

En el grupo II: Cuatro pacientes puerperas (tres postparto eutócico y una postparto distócico por aplicación de forceps) que presentaron sintomatología inmediatamente después de la atención del parto, se les aplicó parche hemático con excelente respuesta, se dieron de alta en las siguientes 8 hrs. y continuaron asintomáticas.

Tres casos en los que se efectuó cesárea sin que se reportaran accidentes transanestésicos, reingresaron al hospital entre 4 a 5 días después de la cirugía con sintomatología característica severa de punción de duramadre, se aplicó colchón hemático de acuerdo a lo señalado con resultados satisfactorios, se dan de alta asintomáticas en las siguientes 8 hrs, sin complicaciones posteriores.

En el grupo III. Cuatro pacientes con cateter peridural, posterior a la atención del parto y antes de retirar el cateter se administran 20 ml de solución salina, se dan de alta de 8 a 12 hrs después. Dos casos continuaron asintomáticas. Una paciente refirió cefalea moderada que limitó sus actividades durante 20 días, después de los cuales se mantuvo asintomática. En el otro caso se manifestó incapacidad que motivó su reingreso, se instaló colchón hemático de acuerdo al procedimiento descrito con buenos resultados y sin complicaciones posteriores.

DISCUSION

No todos los pacientes presentan cefalea postpunción, aun cuando exista lesión de la duramadre, por lo que se deben tener presentes los factores que desencadenan o coadyuvan esta sintomatología.

En la paciente obstétrica las características fisiológicas, los esfuerzos durante el trabajo de parto, su manejo de líquidos y el calibre de la aguja, necesario para dejar instalado un cateter peridural, la hacen particularmente vulnerable.¹

La recuperación espontánea en pacientes con sintomatología se reporta entre 2 a 7 días, con reposo absoluto.²

Durante 1983 y 1984, en el hospital de Gineco-Obstetricia No. 4, IMSS, en un estudio retrospectivo revise 60 expedientes de pacientes con cefalea postpunción de duramadre; con tratamiento a base de hidratación, reposo y analgésicos, instituido inmediatamente, cuando la punción fue advertida, o al detectar la sintomatología característica. Se observó: mejoría en el 40% (24 casos) en 2 días; 33% (20 pacientes) hasta 4 días; 20% (12 pacientes) 5 días y en 4 casos fue necesario el manejo in-

vasivo con colchón hídrico o hemático para su solución.

Después de los sismos de 1985 en la Cd. de México, el hospital de Gineco-Pediatría No. 3-A IMSS, se vio sujeto a remodelación, limitando la atención a pacientes obstétricas de "bajo riesgo" lo que dio oportunidad para el manejo de corta estancia, de presentarse todo normal, madre e hijo son dados de alta en 8 hrs después de la atención del parto.

La punción accidental de duramadre la observamos en 1.8 de 1,000 bloqueos de conducción. En 1986 y 1987 se practicaron 21,751 bloqueos peridurales con 39 accidentes, la sintomatología severa incapacitante la manifestaron 13 pacientes, el resto no fue susceptible de seguimiento.

La evolución de las pacientes de este estudio, permite corroborar la utilidad del colchón hemático^{5, 6} en casos graves con cefalea incapacitante, en las que al formar un tapón gelatinoso en el espacio peridural se impide la fuga de líquido cefalorraquídeo y se provoca la proliferación de fibroblastos,⁸ evolucionando a la mejoría desde el momento de la instalación de sangre autóloga a través del cateter peridural, en el grupo II.- En el grupo I y III la recuperación se prolongó solamente uno de los seis casos a pesar del procedimiento continuó con molestias menores no incapacitantes.

Es fundamental establecer el diagnóstico con oportunidad y decidir el tratamiento de acuerdo a la valoración integral en cada caso con el siguiente criterio:

I. Identificación de la lesión de duramadre.

II. Clasificación clínica.

III. Tratamiento específico.

I.- Identificación de la lesión de duramadre.

a) Por fuga advertida de líquido cefalorraquídeo, durante la aplicación del bloqueo peridural, o su registro en el expediente clínico.

b) Por evaluación de signos como bloqueo motor, altura de la analgesia, o registro de estos eventos en el expediente clínico.

II.- Clasificación clínica, de acuerdo a la intensidad de la sintomatología.

a) Cefalea como único síntoma, no incapacitante. Tolera la deambulacion.

b) Cefalea incapacitante, requiere reposo absoluto. No tolera la deambulacion No existe patología sistémica.

c) Cefalea intensa, acompañada de uno o varios síntomas como fotofobia, diplopia, tinitus, náusea o vómito. No existe patología sistémica.

III.- Tratamiento específico

En el caso de sospecha o certeza del punto I, aun en pacientes asintomáticas, así como los casos que se integren en el inciso a del punto II se recomienda:

1er. día manejo intrahospitalario:

1.- Reposo en cama, con periodos alternados de reposo sentada y deambulacion breve.

2.- Dieta blanda más líquidos claros.

3.- Sobrehidratación con soluciones cristaloides 3000 ml/24 hrs IV.

4.- Cafeína 600 mg y ergotamina 6 mg/24 hrs. vía oral.

2o. al 5o. día manejo en su domicilio:

1.- Reposo a tolerancia con periodos alternos de actividad, integrándose progresivamente a lo acostumbrado.

2.- Dieta normal, más líquidos (3,000 ml por vía oral en 24 Hrs.)

3.- Cafeína 600 mg y ergotamina 6 mg en 24 hrs. Vía oral.

Las pacientes integradas en los incisos b y c del punto II requieren se evite la salida de líquido cefalorraquídeo a través de la lesión de la duramadre con:

1.- Aplicación de colchón hemático con la técnica descrita y el consentimiento de la paciente.

2.- Reposo a tolerancia alternado con actividades para integrarse progresivamente a su rutina.

3.- Observación.

Marco la importancia de la comunicación con el paciente y sus familiares ya que es indispensable evitar la incertidumbre y contar con su colaboración, como indispensable es la certeza de que no existe infección sistémica o alguna patología que comprometa la evolución.

REFERENCIAS

1. RAVINDRAM R S. *Bearing down at the time of delivery and the incidence of spinal headache in parturients.* Anesth Analg 1981; 60: 524.
2. ATKINSON R S. *Complicaciones y Secuelas. En Punción Lumbar y Analgesia Espinal.* 2a Ed. Barcelona; Salvat Ed 1981; 183-188.
3. KUNKLE E C. *Experimental Studies on Headache.* Analysis of the headache associated with changes in intratecal pressure. Arch New Psych 1984; 49:323-328.
4. BROWNIDGE P. *The management of headache following accidental dural puncture in obstetric patients.* Anaesth Intensive Care 1983; 11:4-15.
5. *In vitro study of the effect of epidural blood patch on leakage through a dural puncture.* Anesth Analg 1985; 64:501-504.
6. BAYRINGER C L. *The succesful treatment of dural puncture headache after failed epidural blood patch.* Anesth Analg 1986; 65: 1242-1244.
7. BENZON H T. *Postdural Puncture Headache in patients with chronic pain.* Anesth Analg 1980; 59:772-774.
8. WILTON N C. *Epidural blood patch for postaural puncture headache. It's never too late.* Anesth Analg 1986; 65:896.