

la supresión de los mórficos sobre la posible reducción en la recurrencia de recidivas y metástasis en el cáncer de mama.

M. Kemper, A. Fernández, A. Candau, G. Valladares
Departamento de Anestesiología y Reanimación. Hospital Materno-Infantil. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla.

BIBLIOGRAFÍA

1. Exadaktylos AK, Buggy D, Moriarty D, Mascha E, Sessler D. Can Anesthetic technique for primary Breast cancer Surgery affect recurrence or metastasis? *Anesthesiology*. 2006;105(4):660-4.
2. Shakhhar G, Ben-Eliyahu. Potential prophylactic measures against postoperative immunosuppression: Could they reduce recurrence rates in oncological patients? *Ann Surg Oncol*. 2003;10(8):972-92.
3. Sessler DI. Analgesia regional y riesgos de recaída del cáncer. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2008;55(3):133-4.
4. Palomero Rodríguez MA, Cacharro Moras LM, Mollinedo F. Inflamación, cáncer y anestesia. *Rev Esp Anestesiol Reanim*. 2008;55(3):135-6.
5. Kairaluoma PM, Bachmann MS, Rosenberg PH. Preincisional paravertebral block reduces the prevalence of chronic pain after breast surgery. *Anesth Analg*. 2006;103(3):703-7.
6. Lönnquist PA, Mackenzie J, Soni AK, Conacher ID. Paravertebral Blockade. Failure Rate and Complications. *Anaesthesia*. 1995; 50(9):813-5.
7. Coveney E, Weltz CR, Greengrass R, Iglehart JD, Leight GS, Steele SM, et al. Use of paravertebral block anesthesia in the surgical management of breast cancer: experience in 156 cases. *Ann Surg*. 1998;227(4):496-501.
8. Kairaluoma PM, Bachmann MS. Single-injection paravertebral block before general anesthesia enhance analgesia after breast surgery with and without associated lymph node biopsy. *Anesth Analg*. 2004; 99(6):1837-43.
9. Klein SM, Bergh A, Steele SM, Geordiade GS, Greengrass RA. Thoracic paravertebral block for breast surgery. *Anesth Analg*. 2000; 90(6):1402-5.
10. Greengrass R, O'Brien F, Lysterly K, Hardman D, Greason D, D'Ercole F, et al. Paravertebral block for breast cancer surgery. *Can J Anaesth*. 1996;43(8):858-61.

CEGUERA TRAS CEFALIA POSTPUNCIÓN DURAL EN UNA PACIENTE EN EL PUERPERIO INMEDIATO

Sr. Director: La cefalea postpunción dural (CPPD) es la complicación más frecuente (0,5-2%) de la analgesia epidural obstétrica^{1,2}. Aunque los síntomas asociados más frecuentemente son las náuseas y vómitos, tinnitus, sordera y alteraciones visuales como diplopia, visión borrosa y fotofobia^{3,4}, con menos frecuencia pueden aparecer otras entidades como parestesias, parálisis de nervios craneales, dolores atípicos, vértigos, herniaciones, convulsiones y otros cuadros neurológicos graves^{4,6} que han de ser tenidos en cuenta.

Presentamos un caso de ceguera cortical bilateral reversible en el contexto de una CPPD.

Una paciente de 36 años de edad sin antecedentes patológicos de interés, salvo trastorno depresivo sin tratamiento médico y sin historia previa de abuso de drogas o alcohol, ingresó por trabajo de parto, al final de un embarazo sin complicaciones. Durante la implantación del catéter epidural para la analgesia obstétrica se realizó punción dural accidental con el mismo, comenzando la paciente con cefalea fronto-occipital inmediata sin ninguna otra sintomatología.

Se decidió no repetir la punción epidural por lo avanzado de la dilatación. Tras parto eutócico, se instauró tratamiento analgésico con paracetamol y presentó buena evolución por lo que fue dada de alta a los 6 días del parto. No se realizó parche hemático ni otro tratamiento.

A las 24 horas del alta acudió al servicio de urgencias de nuestro hospital por un nuevo cuadro de cefalea acompañado de visión borrosa progresiva. En el examen físico destacaba el alto grado de ansiedad. Sus signos vitales eran presión arterial 150/86 mmHg, frecuencia cardíaca 110 lat/min, frecuencia respiratoria 22 resp/min, temperatura axilar 36,4°C. La analítica de orina no presentaba proteinuria ni datos de infección. El hemograma, niveles de electrolitos, calcio y pruebas de función hepática fueron normales. En el examen neurológico no se apreciaba alteración de pares craneales, la sensibilidad, la motricidad, así como los reflejos estaban conservados. La evaluación oftalmológica mostró pupilas isocóricas y normorreactivas, córnea transparente, ausencia de opacidades del cristalino, visualización del fondo de ojo por oftalmoscopia indirecta sin alteraciones en el polo posterior. En la tonometría se detectaron valores normales. La exploración del campo visual reveló escotomas absolutos dispersos, que progresaron en el transcurso de 24 horas a amaurosis bilateral.

Se decidió el ingreso hospitalario y realización de pruebas de imagen. La TAC no evidenció hallazgos patológicos, pero la RM (Fig. 1) mostró en la convexidad fronto-occipital izquierda rastros de hemorragia subaracnoidea y un hematoma subdural de 1,2 x 2,7 cm en fosa craneal media de localización lateral respecto a la carótida. Aparecía también un realce meníngeo difuso de predominio infratentorial compatible con pérdida de LCR, eclampsia o síndrome de leucoencefalopatía posterior reversible.

Se instauró tratamiento analgésico, ansiolítico y antihi-

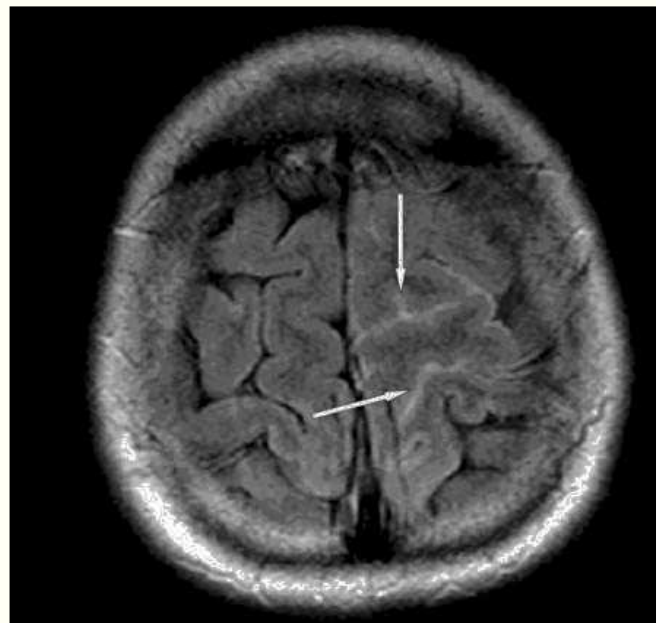


Fig. 1. Bloqueo parcial del espacio subaracnoideo en los surcos de la convexidad sugestiva de hemorragia. Se observa hemorragia subaracnoidea (flechas).

pertensivo y recobró de forma gradual y completa la visión en 48 horas por lo que fue dada de alta.

Reevaluada posteriormente en la consulta de neurología la paciente continuaba asintomática. En la RM de control al mes del episodio se apreciaba la desaparición de la hemorragia subaracnoidea así como el realce meníngeo, persistiendo la lesión subdural en la fosa craneal media izquierda, que fue considerada previa al episodio.

En la bibliografía existen pocos casos documentados de desarrollo de ceguera cortical bilateral reversible tras una punción dural accidental en el contexto de un embarazo y parto normal. La mayoría de los casos de alteraciones neurológicas y ceguera en el embarazo publicados están asociados a estados hipertensivos, apareciendo los trastornos visuales entre el 25-50% de las pacientes con preeclampsia y la ceguera aproximadamente en el 1-15%^{7,8} pero en este caso no se objetivó en ningún momento del embarazo, ni hipertensión, ni edemas, ni proteinuria, por lo que se dudó de este diagnóstico.

La leucoencefalopatía posterior reversible planteada como posible diagnóstico en la prueba de imagen, es una alteración poco frecuente, comúnmente asociada a hipertensión y eclampsia, insuficiencia renal, colagenosis, púrpura, porfiria y a terapia inmunosupresora. Es excepcional que curse sin alteraciones del nivel de conciencia ni convulsiones⁹. El sustrato anatómico en ese caso, parece ser un edema córtico-subcortical occipital que afecta al centro de la visión por edema vasogénico al perderse la autorregulación cerebral ante el aumento de la presión arterial¹⁰.

Otras causas a tener en cuenta de cefalea asociada a ceguera cortical incluyen la migraña (el aura precede a la cefalea y su duración es más corta), infarto cerebral, disecación de arteria cerebral, trombosis venosa cerebral o esclerosis múltiple. Estas últimas suelen ir asociadas a lesiones en las pruebas de imagen.

No se puede descartar como causa de la ceguera en este caso, dados los antecedentes, un trastorno conversivo con déficit sensorial, aunque la presencia de alteraciones en las pruebas de imagen lo hacen menos probable.

En el caso planteado nos inclinamos a pensar que la causa de la ceguera cortical, fue desencadenada por la hipotensión de LCR secundaria a la punción dural. Al provocarse la misma durante el periodo expulsivo la pérdida de LCR pudo ser más importante de lo habitual. La baja presión de LCR ocasionaría una pérdida de la suspensión hidráulica del encéfalo, con lo que se pueden producir pequeños desplazamientos que ocasionan distensión de estructuras dolorosas en la dura, el seno sagital, los nervios craneales y las arterias de la base del cráneo que provoca frecuentemente cefalea⁶. Esta hipotensión intracraneal podría ser también responsable de la tracción mecánica sobre alguna de dichas estructuras craneales lo que provocaría pequeñas hemorragias subaracnoideas, como las observadas en el caso expuesto, que en determinadas áreas podrían ser responsables de la ceguera cortical¹⁰.

H. Muñoz, M. López-Tafall, I. F. Blanco, E. Barez

Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Txagorritxu. Vitoria-Gasteiz.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lybecker H, Djernes M, Schmidt FJ. Postdural puncture headache (PDPH): onset, duration, severity, and associated symptoms. An analysis of 75 consecutive patients with PDPH. *Acta Anaesthesiol Scand.* 1995;39(5):605-12.
2. Stamer U, Grond S, Hajo S, Wulf H. Surveys on the use of regional anaesthesia in obstetrics. *Curr Opin Anaesthesiol.* 1999;12(5):565-71.
3. Viale M, Narchi P, Veyrac P, Benhamou D. Chronic tinnitus and hearing loss caused by cerebrospinal fluid leak treated with success with peridural blood patch. Apropos of 2 cases. *Ann Otolaryngol Chir Cervicofac.* 1996;113(3):175-7.
4. Chordas C. Post-Dural Puncture Headache and other complications after lumbar puncture. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2001;18(6):244-59.
5. Rice I, Mountfield J, Radhakrishnan D, Nelson-Piercy C. Puerperal seizures associated with post dural puncture headache. *Int J Obstet Anesth.* 2003;12(2):126-9.
6. Valdeperas MI, Aguilar JL. Cefalea post-punción dural en obstetricia: ¿Es realmente una complicación "benigna"? ¿Cómo podemos prevenirla y tratarla eficazmente? *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2006;53(10):615-7.
7. Lara Torre E, Lee M, Wolf M, Dinesh M. Bilateral retinal occlusion progressing to long-lasting blindness in severe preeclampsia. *Obstet Gynecol.* 2002;100(5 Pt 1):940-2.
8. Arteché Andrés MA, Ortiz-Gómez JR, Martín Manso AM, Plaja Martí I, Hernández García S, Sos Ortigosa F. Eclampsia y amaurosis total bilateral en una paciente con diagnóstico a posteriori de leucoencefalopatía posterior reversible. *Rev Esp Anestesiol Reanim.* 2008;55(5):304-7.
9. Torriño TM, Bronster DJ, Beilin Y. Delayed diagnosis of posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) in a parturient with preeclampsia after inadvertent dural puncture. *Int J Obstet Anaesth.* 2007;16(2):171-4.
10. Schwatz RB, Mulkern RV, Gudbjartsson H, Jolesz F. Diffusion-weighted MR imaging in hypertensive encephalopathy: clues to pathogenesis. *Am J Neuroradiol.* 1998;19(5):859-62.

NEUMOTÓRAX A TENSIÓN COMO COMPLICACIÓN DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

Sr. Director: La enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) es un problema frecuente en nuestra sociedad, con un porcentaje de complicaciones evolutivas graves del 10-20%¹, siendo la más temida su malignización (esófago de Barret, adenocarcinoma). El tratamiento médico consiste en la administración de fármacos inhibidores de la bomba de protones, antihistamínicos del tipo antagonistas del receptor H₂ y procinéticos. A pesar de ello, en muchos casos las medidas higiénico-farmacológicas no son suficientes y se debe recurrir al tratamiento quirúrgico antirreflujo, que restablece la función gastroesofágica de una forma anatómica y funcional, siendo el procedimiento habitual la funduplicatura en sus diversas variantes^{2,3}.

La laparoscopia constituye la técnica quirúrgica de elección para el tratamiento de la ERGE. Descrita en los años noventa¹, asocia un menor porcentaje de aparición de íleo paralítico, un menor dolor postoperatorio y una menor estancia hospitalaria^{3,4}, en comparación a la cirugía convencional abierta. No obstante, puede asociar complicaciones que pueden llegar a comprometer la vida del paciente, como sucedió en el caso clínico que a continuación presentamos.

Paciente mujer de 71 años de edad y 62 Kg de peso, con antecedentes patológicos de ERGE, asma bronquial de larga