



Medicina de Familia. SEMERGEN



<https://www.elsevier.es/semergen>

242/3681 - SÍNDROME POSPUNCIÓN LUMBAR TRAS ANESTESIA RAQUÍDEA PERSISTENTE

C. Pérez Ibáñez^a, D. Cabello Morales^b, F. Armenteros Torres^a, E. Martín Riobóo^c y E. García Criado^c

^aMédico Residente de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba. ^bMédico Residente de 1^{er} año de Medicina Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba. ^cMédico de Familia. Centro de Salud Fuensanta. Córdoba.

Resumen

Descripción del caso: Paciente de 52 años. Profesión bombero. Sin antecedentes personales de interés. No hábitos tóxicos. Antecedente de intervención quirúrgica de ganglión en miembro inferior izquierdo, con punción lumbar para anestesia raquídea. Tras 24 horas, comienza con un cuadro de cefalea, mareo, febrícula y otros síntomas neurológicos. La sintomatología consiste en cefalea opresiva intensa a los minutos de iniciar la bipedestación y la marcha, vértigos e inestabilidad continuada y acúfenos fluctuantes. Los síntomas evolucionan de manera intermitente, pero sin mejoría permanente, siendo muy intensos e incapacitantes para realizar las funciones de su puesto laboral. Se realizan tratamientos tanto farmacológicos (gabapentina, duloxetina, pregabalina, corticoides), como invasivos (parches hemáticos y de fibrina, 3 en total en un año y medio). Se le ha concedido, tras dos años de evolución, la incapacidad laboral. Estudiado por neurólogos, ORL, Neurocirugía e internistas privados. Tras numerosos intentos fallidos de tratamiento y una clínica incapacitante, el paciente es sometido a una técnica novedosa: drenaje lumbar epidural. Posteriormente existe una mejoría parcial de los síntomas hasta el día de hoy, pero persistiendo aún la cefalea a la bipedestación y la inestabilidad ocasional.

Exploración y pruebas complementarias: Mielografía de columna completa (02/14): presión salida LCR de 60 mm de H₂O. No fugas ni colección intradural. RMN columna lumbosacra (09/14): se descarta extravasación de LCR. RMN con contraste IV de cráneo (10/16): se descarta presencia de captación meníngea anómala. TAC sin contraste de oído bilateral (02/17): se descarta dehiscencia de canal.

Juicio clínico: Síndrome de hipotensión intracraneal pospunción.

Diagnóstico diferencial: Cefalea pospunción. Cefalea tensional crónica. Síndrome de hipotensión intracraneal espontáneo.

Comentario final: La punción lumbar es una técnica ampliamente extendida, pero no exenta de complicaciones. Hay que tener en cuenta las medidas para prevenir este síndrome, ya que sus posibles complicaciones, como contamos en este caso, pueden ser nefastas para la actividad de la vida diaria de una persona.

Bibliografía

1. Rodríguez de Castro A, Miñambres Mateos J, Tello Martínez J, Tello Fustel C. Cefalea por hipotensión de líquido cefalorraquídeo. Rev Clin Med Fam. 2008;2(4):181-3.

2. Sun-Edelstein CL. Post-lumbar puncture headache.
3. Kwak K-H. Postdural puncture headache. Korean Journal of Anesthesiology. 2017;70(2):136-43.
4. Basurto Ona X, Uriona Tuma SM, Martínez García L, Solà I, Bonfill Cosp X. Drug therapy for preventing post-dural puncture headache. Cochrane Database Syst Rev. 2013;(2):CD001792.

Palabras clave: Cefalea punción lumbar.