



REVISTA BRASILEIRA DE ANESTESIOLOGIA

Publicación Oficial de la Sociedade Brasileira de Anestesiologia
www.sba.com.br



INFORMACIÓN CLÍNICA

Hematoma subdural bilateral secundario a punción dural accidental



Sofía Ramírez*, Elena Gredilla, Blanca Martínez y Fernando Gilsanz

Servicio de Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Recibido el 25 de mayo de 2014; aceptado el 4 de julio de 2014
Disponible en Internet el 6 de diciembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Punción dural accidental;
Analgésia epidural;
Cefalea pospunción dural;
Hematoma subdural;
Parche hemático epidural

KEYWORDS

Accidental dural puncture;
Epidural analgesia;
Post-dural puncture headache;
Subdural hematoma;
Epidural blood patch

Resumen

Presentamos el caso clínico de una paciente de 25 años de edad, a quien se le realizó una técnica epidural durante el trabajo de parto y posteriormente presentó cefalea con características de cefalea pospunción dural. Se inició tratamiento conservador y se realizó parche hemático epidural. Ante la falta de mejoría clínica y debido al cambio en el componente postural de la cefalea, se decidió realizar una prueba de imagen cerebral que demostró la presencia de hematoma subdural bilateral.

La cefalea pospunción dural es relativamente frecuente, pero la falta de respuesta al tratamiento médico instaurado, así como el cambio en sus características y la presencia de focalidad neurológica, deben hacer sospechar la presencia de un hematoma subdural que, aunque infrecuente, puede llegar a ser devastador si no se diagnostica y trata oportunamente.

© 2014 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Publicado por Elsevier Editora Ltda. Todos los derechos reservados.

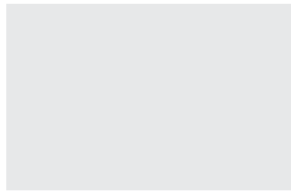
Bilateral subdural hematoma secondary to accidental dural puncture

Abstract

We report the case of a 25-year-old woman, who received epidural analgesia for labour pain and subsequently presented post-dural puncture headache. Conservative treatment was applied and epidural blood patch was performed. In the absence of clinical improvement and due to changes in the postural component of the headache, a brain imaging test was performed showing a bilateral subdural hematoma.

The post-dural puncture headache is relatively common, but the lack of response to established medical treatment as well as the change in its characteristics and the presence of

* Autora para correspondencia.
Correo electrónico: sofiramirez@gmail.com (S. Ramírez).



neurological deficit, should raise the suspicion of a subdural hematoma, which although is rare, can be lethal if not diagnosed and treated at the right time.

© 2014 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. All rights reserved.

Introducción

La cefalea pospunción dural (CPPD) es la complicación más frecuente tras una anestesia neuroaxial¹. Por su parte, el hematoma subdural (HSD) es una complicación infrecuente, pero potencialmente grave de la punción dural, que exige un diagnóstico y tratamiento precoz. Inicialmente el diagnóstico de un HSD es complicado puesto que los primeros síntomas son similares a los de una CPPD, pero ante una cefalea que no responde al tratamiento médico habitual, que pierde sus características posturales o que se acompaña de otras alteraciones neurológicas, es necesario sospechar la presencia de una patología intracraneal y realizar de manera urgente una prueba de neuroimagen que permita un diagnóstico y tratamiento certero.

Caso clínico

Mujer de 25 años, tercipara, en la semana 39 de gestación, que ingresó en el hospital por inicio de dinámica uterina. Entre los antecedentes personales destacaba que en su primer parto no recibió analgesia epidural por imposibilidad de realizar la técnica. Con una dilatación cervical de 2 cm, y tras valoración ginecológica, la paciente solicitó analgesia epidural para controlar el dolor del trabajo de parto. Previa explicación de los riesgos y tras firmar el consentimiento informado, se procedió a realizar una técnica epidural. Tras varios intentos, utilizando una aguja Touhy 18 G y pérdida de resistencia con aire, se localizó el espacio epidural a nivel L3-L4 y se dejó el catéter en dicha posición. Después de un test de aspiración negativo, se administró una dosis prueba de 3 mL de bupivacaína 0,25% con adrenalina 1:200.000 sin que aparecieran alteraciones hemodinámicas ni bloqueo sensitivo o motor inmediato. La dosis inicial fue de 10 mL de levobupivacaína 0,25% y posteriormente se conectó una perfusión epidural de levobupivacaína 0,125% + fentanilo $2 \mu\text{g}/\text{mL}^{-1}$ a $10 \text{ mL}/\text{h}^{-1}$.

El trabajo de parto transcurrió sin incidencias y 2 h después, tras un parto eutócico, nació una mujer de 3.090 g, con test de Apgar de 8 al minuto y 9 a los 5 min. Tras cumplir una estancia protocolizada para vigilancia en el área de posparto se retiró el catéter epidural y la paciente pasó a la planta de hospitalización.

A las 24 h posparto avisaron al servicio de Anestesia porque la paciente presentaba cefalea intensa, con una valoración del dolor en escala verbal simple (EVS) 9/10, que empeoraba con la bipedestación y que cedía con el decúbito. Pese a no haberse advertido punción de la duramadre, se sospechó una posible CPPD y con dicho diagnóstico de

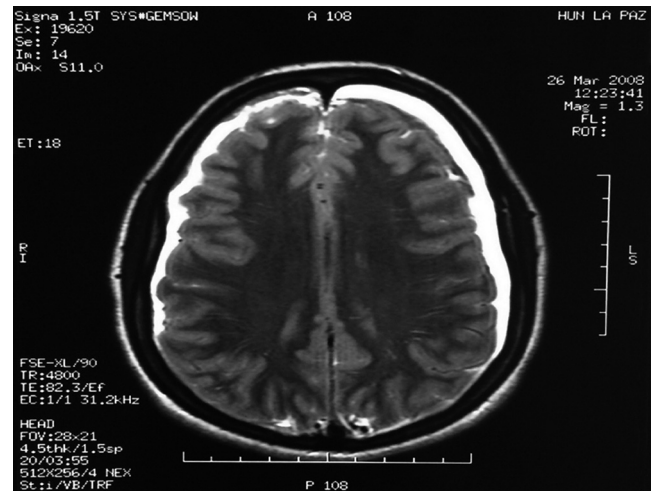


Figura 1 Corte axial de resonancia magnética cerebral en el que se aprecia hematoma subdural bilateral.

presunción se inició tratamiento analgésico con paracetamol 1 g iv/6 h y dexketoprofeno 50 mg iv/8 h. Pasadas 48 h del inicio de la cefalea, por persistencia de los síntomas a pesar del tratamiento médico administrado y con el diagnóstico de CPPD, se realizó un parche hemático epidural (PHE) sin incidencias. Inicialmente se obtuvieron resultados satisfactorios, puesto que la paciente refirió mejoría de la cefalea durante las primeras horas, pero al siguiente día presentó cefalea no ortostática, con intensidad máxima en decúbito, en EVS 10/10, asociada a acúfenos y contractura cervical. Ante la ausencia de mejoría clínica, con cambio en las características de la cefalea y tras descartar focalidad neurológica en la exploración física, se solicitó resonancia magnética nuclear (RMN) cerebral y de columna lumbar, que evidenció HSD bilateral intracraneal (figs. 1 y 2). Se consultó al Servicio de Neurocirugía, quienes pautaron tratamiento con corticoides iv (dexametasona 4 mg iv/8 h) y solicitaron tomografía computarizada (TC) de control en una semana.

A las 24 h de iniciada la pauta corticoidea, la paciente refirió mejoría de la cefalea, con EVS 3/10 y 48 h después relató ausencia de cefalea u otra sintomatología. La paciente permaneció ingresada durante una semana más, para tratamiento médico y vigilancia clínica. La TC craneal de control mostró mejoría de las lesiones y dada la evolución satisfactoria, con remisión total de la cefalea y sin presencia de focalidad neurológica, se decidió alta hospitalaria con tratamiento corticoideo vía oral en pauta descendente durante 20 días y control por Neurocirugía.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2749812>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2749812>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)