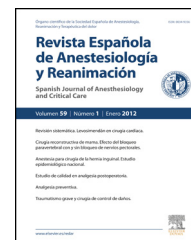


Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



CASO CLÍNICO

Tumor cerebral no conocido que se presenta con compresión del tronco cerebral tras punción dural accidental

J. Castro-Castro^{a,*}, O. Figueiredo-González^b, A. Río-Gómez^b, N. Carballo-Loureiro^b
y D. Castro-Bouzas^a

^a Servicio de Neurocirugía, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España

^b Servicio de Anestesiología y Reanimación, Complejo Hospitalario Universitario de Ourense, Ourense, España

Recibido el 13 de febrero de 2013; aceptado el 14 de junio de 2013

PALABRAS CLAVE

Tumor cerebral;
Analgésia epidural;
Parto;
Punción dural;
Cefalea

Resumen Se trata de una primigrávida de 36 años de edad en su semana 41 de gestación con antecedentes de hiperemesis gravídica. Durante la analgesia epidural se produjo una punción dural accidental. En el posparto presentó cefalea persistente, tratada mediante analgésicos orales, cafeína, fluidoterapia y tetracosáctido, rechazando el parche hemático epidural. En el séptimo día posparto la paciente reingresó en el Servicio de Urgencias con deterioro del nivel de conciencia y datos de compresión del tronco cerebral. La tomografía computarizada y la resonancia magnética craneales mostraron un tumor de fosa posterior. Se realizó una craneotomía con carácter de urgencia, con recuperación neurológica completa.

Resaltamos la importancia del diagnóstico diferencial de la cefalea pospunción dural y destacamos los signos de alarma ante los pacientes que no responden a los tratamientos convencionales.

© 2013 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Brain tumour;
Epidural analgesia;
Labour;
Dural puncture;
Headache

Unknown intracerebral tumour presenting as brainstem compression following unintentional dural puncture

Abstract A 36-year old primigravid of 41 weeks gestation was admitted to the labour ward. Her past medical history included hyperemesis gravidarum and migraine. An accidental dural puncture occurred during labour epidural analgesia. In the postpartum period she presented with continuous headache, and was treated with oral analgesics, oral caffeine, fluid therapy, and tetracosactide. She refused an epidural blood patch. On the seventh day postpartum, the patient was re-admitted to the Emergency Department with decreased level of consciousness and signs of brainstem compression. Cranial computed tomography and magnetic resonance imaging showed a posterior fossa tumour. An emergency craniotomy was performed with complete neurological recovery.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: juliancastrocastro@yahoo.es (J. Castro-Castro).

This case emphasises the need to consider the differential diagnoses of post-dural puncture headache and to highlight the warning signs in patients who do not respond despite treatment with conventional therapy.

© 2013 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

La analgesia epidural es ampliamente empleada para el control del dolor durante el trabajo de parto¹, sin embargo presenta ciertos riesgos. Las complicaciones más comunes incluyen la punción dural accidental (PDA) y la cefalea pospunción dural (CPPD)². El sexo femenino, la edad en este grupo de pacientes y el empleo de agujas de grueso calibre explican que las parturientas sean un grupo en el que la incidencia de PDA y CPPD es especialmente elevada, hasta un 0,16-2% y un 70-80%, respectivamente^{2,3}.

Son menos frecuentes las infecciones del sistema nervioso central como las meningitis, las trombosis de senos venosos craneales, los hematomas epidurales espinales y los hematomas subdurales intracraneales^{2,4}.

La incidencia de neoplasias intracraneales en mujeres embarazadas es similar a la existente en mujeres no embarazadas del mismo grupo de edad (alrededor de una de cada 17.000)⁵. En el caso de PDA, la pérdida de líquido cefalorraquídeo (LCR) puede generar un gradiente entre el compartimento intradural y el intracraneal, acelerando los fenómenos de compresión, herniación o hidrocefalia obstructiva, que provocan las lesiones ocupantes de espacio, como los tumores^{5,6}.

Comunicamos un caso de tumor cerebral que comenzó clínicamente en el posparto en relación con una PDA, y revisamos las manifestaciones clínicas y el diagnóstico diferencial de la CPPD.

Caso clínico

Primípara de 36 años de edad, 41 semanas de gestación, G1P1A0, con parto eutócico, de 72 kg, 168 cm e IMC 25,5 kg/m². Contaba, como antecedentes, hiperemesis gravídica y migrañas. Los estudios preoperatorios eran normales, y el estado físico, ASA I. La paciente solicitó la analgesia epidural. Se realizaron 2 intentos iniciales de punción, a nivel L3-L4 con aguja Tuohy de 18 G, con la paciente en sedestación. Se empleó la técnica de pérdida de resistencia con aire. En un tercer intento, por vía media en L2-L3, resultó en PDA, constatada por la salida de LCR a través de la aguja. Se decidió introducir el catéter intratecal, se administraron 2 ml de levobupivacaína al 0,25% diluidos en 2 ml de suero salino fisiológico al 0,9% y 20 mcg de fentanilo. Se conectó una bomba de analgesia controlada por la paciente con levobupivacaína 1,25 mcg/ml y fentanilo 3 mcg/ml a 0,3 ml/h con bolos de 0,2 ml y la posibilidad de 4 bolos cada 15 min.

Tras el parto se realizó profilaxis de CPPD con la administración de 20 ml de suero salino fisiológico al 0,9% intratecal y se retiró el catéter tras 24 h. Se mantuvo el reposo en cama y se continuó fluidoterapia intravenosa durante 24 h (2.500 ml de suero salino fisiológico al 0,9%).

El primer día tras el parto la paciente presentó cefalea persistente, que empeoraba a los pocos minutos de incorporarse, compatible semiológicamente con CPPD. La exploración neurológica en ese momento era normal. Fue valorada por la Unidad del Dolor, que recomendó ingesta abundante de líquidos y reposo en cama. Se pautó paracetamol 1.000 mg y cafeína 300 mg por vía oral cada 8 h y se administró una dosis de 1 mg intramuscular de tetracosácido. En el segundo día posparto la paciente fue valorada de nuevo, y ante la persistencia del cuadro de cefalea, se le planteó la posibilidad de parche hemático epidural (PHE). La paciente rechazó este tratamiento y solicitó el alta voluntaria a su domicilio con tratamiento sintomático oral durante una semana. No presentaba ninguna focalidad neurológica evidente en ese momento, excepto cierta inestabilidad de la marcha.

En el séptimo día tras el parto, la paciente fue llevada a Urgencias por cefalea persistente, que no se aliviaba en ninguna posición, con postración y vómitos de repetición, acompañados de fotofobia y diplopía. En el momento del ingreso la paciente presentaba bajo nivel de conciencia, con una puntuación en la Escala de Glasgow de 11 (M5V3O3). Localizaba con las 4 extremidades al estímulo doloroso, abría los ojos a la voz y respondía de manera lenta con palabras inconexas. Era incapaz de mantener bipedestación ni sedestación. No presentaba déficit motor en las extremidades y los pares craneales eran aparentemente normales salvo nistagmo espontáneo horizontal; presentaba rigidez de nuca y se presenció un episodio de vómitos en escopetazo.

Se realizó tomografía computarizada craneal (fig. 1), en la que se evidenció una lesión en fosa posterior derecha, hipodensa respecto al parénquima, con edema perilesional y marcada compresión del tronco cerebral, fundamentalmente la protuberancia, y que provocaba hidrocefalia obstructiva. Fue valorada por el neurocirujano, que indicó una resonancia magnética cerebral (fig. 2). Se inició terapia para la hipertensión craneal con elevación de la cabecera de la cama a 30°, un bolo de dexametasona de 16 mg y 250 ml de manitol al 20%.

Se realizó una craneotomía retrosigmoides derecha con exéresis de la porción intracraneal de la lesión, dejando un resto de tumor a nivel del agujero rasgado posterior. La paciente fue extubada tras la intervención sin incidencias, permaneciendo 48 h en la Unidad de Reanimación. Presentó paresia del XI par derecho postoperatoria con

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2768386>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2768386>

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