

INFORME DE CASO

Diplopía secundaria a punción dural. Informe de caso

Dr. Luis Ángel Sosa Acosta¹, Dra. Carmen Rosa Carmona Pentón², Dra. Claribel Plaín Pazos²

¹Hospital Universitario “Mártires del 9 de Abril”, Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba

²Filial Universitaria de Ciencias Médicas “Lidia Doce Sánchez”, Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba

RESUMEN

Introducción: la anestesia raquídea, a pesar de sus múltiples ventajas, no está exenta de complicaciones; las neurológicas son las más temidas. La diplopía es una complicación que constituye motivo de preocupación para el Especialista en Anestesiología. Son pocos los casos de diplopía descritos en la bibliografía. **Presentación del caso:** se presenta el caso de una puerpera a la que se le practicó cesárea y consecutivamente presentó cefalea postpunción dural y diplopía. El cuadro de diplopía presentado por la paciente fue secundario a la hipotensión de líquido cefalorraquídeo subsiguiente a su pérdida excesiva. **Conclusiones:** la paciente, a pesar de haber presentado la diplopía como complicación de la punción dural asociada a la anestesia raquídea, tuvo una evolución favorable y no presentó complicaciones.

Palabras clave: anestesia raquídea; diplopía; punción dural

ABSTRACT

Introduction: spinal anesthesia, despite its many advantages, is not without complications; the neurological ones are the most feared. Diplopia is a complication that represent a concern for the Anesthesiology Specialist. There are few cases of diplopia described in the literature. **Case report:** the purpose of this job is to present the case of a puerpera who underwent cesarean section and consecutively presented dural post-puncture headache and diplopia. The diplopia presented by the patient was secondary to hypotension of cerebrospinal fluid subsequent to excessive loss. **Conclusions:** the patient, despite having presented diplopia as a complication of the dural puncture associated with spinal anesthesia, had a favorable evolution and did not present complications.

Key words: spinal anesthesia; diplopia; dural puncture

INTRODUCCIÓN

La anestesia raquídea fue uno de los grandes aportes a la anestesiología en el siglo XIX, desde su descubrimiento en 1898 por el eminente médico alemán August Karl Bier ha proporcionado a los pacientes y a los Especialistas en Anestesiología numerosos beneficios. En anestesia obstétrica es una de las técnicas preferidas por los médicos porque brinda numerosas ventajas que superan a las aportadas por la anestesia general en este campo pero, a pesar de esto, no está exenta de complicaciones; las neurológicas son las más temidas

(pueden ser banales o más complejas y ocasionar grandes secuelas, e incluso, si no son detectadas precozmente, pueden causar la muerte).⁽¹⁾

La cefalea postpunción dural es la complicación más frecuente de la punción dural y tiene una incidencia que oscila entre el 10% y el 40%.⁽²⁾

La diplopía es la sensación subjetiva de visión doble. Es una enfermedad en la que la percepción de las imágenes no se procesa en el cerebro formando una única imagen espacial. Se clasifica como monocular (que generalmente es de causa oftalmológica) y binocular (que es causada por lesión de los nervios oculomotores). Sus causas son múltiples y algunas son potencialmente mortales: las mononeuropatías isquémicas, la miastenia grave, los aneurismas cerebrales, las enfermedades cerebrovasculares, la meningitis, la trombosis o el aneurisma del seno cavernoso, la hemorragia subaracnoidea, la esclerosis múltiple, la arteritis temporal, el pseudotumor orbitario, las infiltraciones neoplásicas de la órbita, las oftalmopatías tiroideas, la miositis ocular y las secundarias a punción dural.^(3,4) En el informe se abordará la diplopía, una complicación alarmante que constituye motivo de preocupación para el Especialista en Anestesiología responsable.

El objetivo de este trabajo es presentar el caso de una puérpera a la que se le practicó cesárea y, posteriormente, presentó diplopía como consecuencia de la punción dural.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Paciente femenina, de la raza blanca, de 20 años de edad, con antecedentes de buena salud y gestación de 39,6 semanas, motivo por el que el Especialista en Obstetricia decidió realizar la inducción del parto. A las 36 horas de inducción se resolvió realizar cesárea segmentaria acciforme por detención secundaria del trabajo de parto.

Descripción del acto anestésico

Se realizó prehidratación con solución de cloruro de sodio al 0,9% (1 000ml) y se premedicó con metoclopramida (10mg por vía endovenosa).

En posición de sedestación se efectuó la desinfección mecánica y química de la región lumbosacra con solución de yodo povidona al 10% y alcohol al 70%. Se realizó habón cutáneo a nivel de L₄-L₅ con lidocaína al 2%, sin preservio, se utilizó una aguja 25G y, posteriormente y al mismo nivel, se ejecutó la punción lumbar con trocar Quincke, número 20G, por vía media; fue fácil el acceso al espacio subaracnoideo y el líquido cefalorraquídeo (LCR) era claro. Consecutivamente se administraron 100mg de lidocaína hiperbárica al 5% por vía subdural. La técnica se realizó sin complicaciones aparentes. Se colocó la paciente en decúbito supino, con calzo bajo la cadera derecha. Seguidamente se obtuvo el nivel anestésico en el dorsal seis (D6).

Durante el transoperatorio se registró hipotensión secundaria a bloqueo simpático que fue tratada satisfactoriamente con reposición de líquidos y bolo de efedrina de 10mg endovenoso. El total de líquidos utilizado durante este período fue de 1 000ml de cloruro de sodio al 0,9%.

En el postoperatorio inmediato no se registraron complicaciones y a las seis horas es dada de alta de la Sala de recuperación y trasladada a la de Obstetricia.

Pasadas las primeras 24 horas comenzó con cefalea sugestiva de cefalea postpunción dural, la que no mejoró con tratamiento paliativo. Se solicitó una interconsulta con el Especialista en Anestesiología que confirmó el diagnóstico y decidió realizar un hemoparce epidural: previa asepsia y antisepsia de la región lumbosacra e infiltración de lidocaína al 2% sin preservo, por planos, con trocar Tuohy número 18G, vía media, por técnica de pérdida de la resistencia; una vez alcanzado ese espacio se le administraron 15ml de sangre autóloga.

Posteriormente fue dada de alta hospitalaria y, durante su estadía en el hogar, comenzó con visión doble, acompañada de dolor de cabeza y mareos. Especialistas en Medicina Interna y Oftalmología confirmaron la diplopía con ausencia de otros signos de focalización neurológica. Se le indicaron algunos complementarios:

Glicemia: 4,5mmol/l

Fondo de ojos: no muestra alteraciones vasculares ni edema de la papila

Tomografía axial computadorizada de cráneo: descarta alteraciones estructurales del sistema nervioso central.

En interconsulta el Especialista en Neurología indicó una resonancia magnética nuclear de cráneo, que resultó normal.

Se orientó tratamiento con vitaminas del complejo B (vitamina B1 100mg, vitamina B6 50mg y vitamina B12 1000mcg, vía intramuscular, en días alternos durante 10 días) y en un plazo de dos semanas mostró total mejoría.

DISCUSIÓN

La diplopía es una complicación poco frecuente de la punción dural asociada a la anestesia raquídea, con una incidencia de una entre 400 a 8 000 punciones de la duramadre. Puede aparecer, particularmente, después de resolverse una cefalea postpunción dural, como ocurrió en el presente caso.^(5,6)

Aunque la causa no está bien precisada, se cree que la lesión nerviosa puede producirse por una compresión de pares craneales secundaria a una hipotensión intracraneal por pérdida de líquido cefalorraquídeo. Generalmente, suele coexistir la parálisis de varios pares craneales (III y IV), pero la parálisis del abductor del VI par (motor ocular externo) está afectada en el 95% de los casos y, de forma unilateral, en el 80%, debido a que posee el recorrido intracraneal más largo.⁽⁷⁾

La anestesia espinal es responsable de la diplopía del 47% de los casos, la anestesia epidural y la anestesia espinal continua, respectivamente, del 11% y el 4%. En la génesis de esta complicación juega un papel importante el grosor de la aguja de punción,⁽⁸⁾ lo que coincide con este caso.

El cuadro clínico, generalmente, comienza dentro de las tres semanas siguientes a la punción de la duramadre y suele ir precedido de cefalea postpunción dural y estar acompañado de mareos, náuseas o vómitos y ausencia de otros déficit neurológicos,⁽⁹⁾ algo que concuerda con este informe de caso pues la paciente comenzó con síntomas similares en el plazo de tiempo informado en la bibliografía consultada.

Generalmente la evolución es favorable, la mejoría está prevista en un período comprendido entre dos semanas y ocho meses. Si persiste la parálisis después de este tiempo se considera que la situación es permanente, pero se recomienda esperar hasta 18 meses para indicar la corrección quirúrgica porque algunos pacientes tienen una recuperación más lenta.⁽⁵⁻⁷⁾

La prevención consiste, fundamentalmente, en utilizar agujas finas tipo punta de lápiz trocar whitacre y sprotte y en proporcionar una correcta hidratación perioperatoria.⁽⁸⁾

El hemoparache epidural no ha demostrado ser efectivo, aunque algunos autores piensan lo contrario, sobre todo si es realizado en las primeras 24 horas; su uso profiláctico es desconocido. El tratamiento es sintomático, excepto en los casos con parálisis permanente.⁽⁸⁻¹⁰⁾

Evitar o minimizar la pérdida de líquido cefalorraquídeo puede ser la única medida dirigida a disminuir el riesgo de esta complicación tan estresante para el Especialista en Anestesiología.

Esta paciente, a pesar de haber presentado la diplopía como complicación de la punción dural asociada a la anestesia raquídea, tuvo una evolución favorable con la administración de vitaminoterapia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez-Márquez L A, Saab-Ortega N. Actualización sobre factores de riesgo para cefalea pospunción dural. Méd UIS [Internet]. 2015 [citado 27 Mar 2018];28(3):345-352. Disponible en: <https://revistas.uis.edu.co/index.php/revistamedicasuis/article/view/5211/5520>
2. Nishio I, Williams BA, Williams JP. Diplopia: a complication of dural puncture. Anesthesiology [Internet]. 2004 Jan [citado 27 Mar 2018];100(1):158-164. Disponible en: <http://anesthesiology.pubs.asahq.org/article.aspx?articleid=1942864#67826995>
3. Duncan A, Patel S. Neurological complications in obstetrical regional anesthetic practice. J Obstet Anaesth Crit Care [Internet]. 2016 [citado 27 Mar 2018];6(1):3-10. Disponible en: http://www.joacc.com/temp/JObstetAnaesthCritCare613-319611_085241.pdf
4. Gaisser RR. Postdural puncture headache. An evidence-based approach. Anesthesiol Clin [Internet]. 2017 Mar [citado 27 Mar 2018];35(1):157-167. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28131118>
5. Nguyen DT, Walters RR. Standardizing management of post-dural puncture headache in obstetric patients: a literature review. O J Anes [Internet]. 2014 Oct [citado 27 Mar 2018];4(10):244-253. Disponible en: https://file.scirp.org/Html/4-1920298_50917.htm
6. Bradbury CL, Singh SI, Badder SR, Wakely LJ, Jones PM. Prevention of post-dural puncture headache in parturients: a systemic review and meta-analysis. Acta Anaesthesiol Scand [Internet]. 2013 Apr [citado 27 Mar 2018];57(4):417-430. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23278515>
7. Gita N. Headache in the parturient: Pathophysiology and management of post-dural puncture headache. J Obstet Anaesth Crit Care [Internet]. 2011 [citado 27 Mar 2018];1(2):57-66. Disponible en: <http://www.joacc.com/article.asp?issn=2249-4472;year=2011;volume=1;issue=2;spage=57;epage=66;auiast=Nath>

8. Quel Collado MT, Vela de Toro A, Guerrero Jiménez M. Parálisis del VI par craneal tras analgesia epidural. Anestesiari [Internet]. 2016 [citado 27 Mar 2018]. Disponible en: <http://anestesiari.org/2016/paralisis-del-vi-par-craneal-tras-analgesia-epidural/>
9. López-Correa T, Garzón-Sánchez JC, Sánchez-Montero FJ, Muriel-Villoria C. Cefalea postpunción dural en obstetricia. Rev Esp Anestesiol Reanim [Internet]. 2011 Nov [citado 27 Mar 2018];58(9):563-573. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-anestesiologia-reanimacion-344-articulo-cefalea-postpuncion-dural-obstetricia-S0034935611701414>
10. Gaiser RR. Postdural puncture headache: a headache for the patient and a headache for the anesthesiologist. Curr Opin Anaesthesiol [Internet]. 2013 Jun [citado 27 Mar 2018];26(3):296-303. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23587730>

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Recibido: 28/3/2018

Aprobado: 14/11/2018

Carmen Rosa Carmona Pentón. Filial Universitaria de Ciencias Médicas "Lidia Doce Sánchez". Carretera Circuito Norte a Quemado de Güines km 2 ½. Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba. Código Postal: 52310 Teléfono: (53) 42663286
carmencp@infomed.sld.cu
<https://orcid.org/0000-0003-0321-5309>