



# Manejo del paciente con cefalea post punción dural (CPPD), tras implante de dispositivo intratecal



Melo MC<sup>1</sup>, Robles P<sup>1</sup>, Cañas L<sup>2</sup>, Roses L<sup>1</sup>, Heredia C<sup>1</sup>, Genové M<sup>1</sup>, Ferrandiz M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Unidad del Dolor, Servicio de Anestesiología, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau - Barcelona ES

<sup>2</sup>Servicio de Anestesiología, Hospital Ángeles Clínica Londres- Ciudad de México, MX

## Introducción

Es difícil estimar la incidencia de cefalea post punción dural (CPPD) en los pacientes sometidos a colocación de dispositivos intratecales por los escasos casos reportados en la literatura, se cree que podría alcanzar un 23% de incidencia. No hay suficiente evidencia sobre la conducta a seguir en cuanto a técnica analgésica idónea, profilaxis antibiótica, o complicaciones específicas en pacientes con dispositivo intratecal y proceso oncológico diseminado de base.

## Caso clínico

### Motivo de consulta

Cefalea tras implante de dispositivo intratecal

### Antecedentes

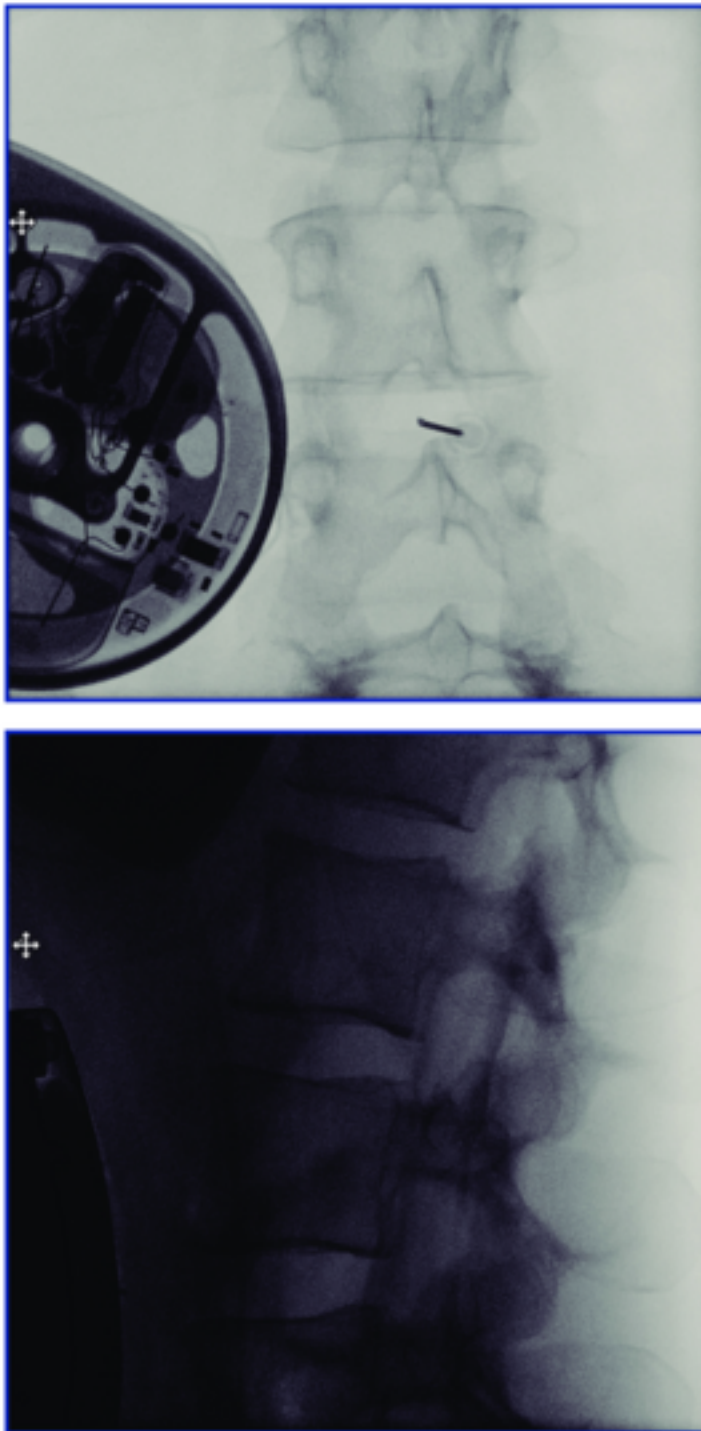
Mujer de 47 años sin antecedentes de interés, diagnosticada de una doble neoplasia sincrónica (angiosarcoma esplénico con metástasis hepáticas y adenocarcinoma de mama con metástasis pulmonares). Presenta dolor abdominal mal controlado a pesar de tratamiento con morfina de liberación prolongada (MST 60mg/12h) y rescates de morfina de liberación rápida, por lo que se decide implante dispositivo intratecal en noviembre de 2023, sin incidencias.

### Cuadro clínico de dolor

La paciente desarrolla a las 48h cuadro de cefalea fronto-occipital intensa (EVN 10/10), acompañada de rigidez nuchal, tinnitus y plenitud ótica, que aumenta a la sedestación, sin otra focalidad neurológica.

Bajo orientación de CPPD, se inicia tratamiento farmacológico con AINEs y cafeína oral sin mejoría, por lo que se realiza en primer lugar infiltración de nervio occipital mayor bilateral con mejoría parcial. Finalmente, se decide realizar parche hemático epidural (PHE) de sangre autóloga bajo control radiológico, administrando profilaxis antibiótica. La paciente presenta una mejoría clínica a las 12 horas post procedimiento con disminución significativa de la sintomatología, siendo dada de alta hospitalaria al día siguiente.

Imagen 1. Control radiológico en visión AP y lateral, parche hemático epidural.



## Conclusiones

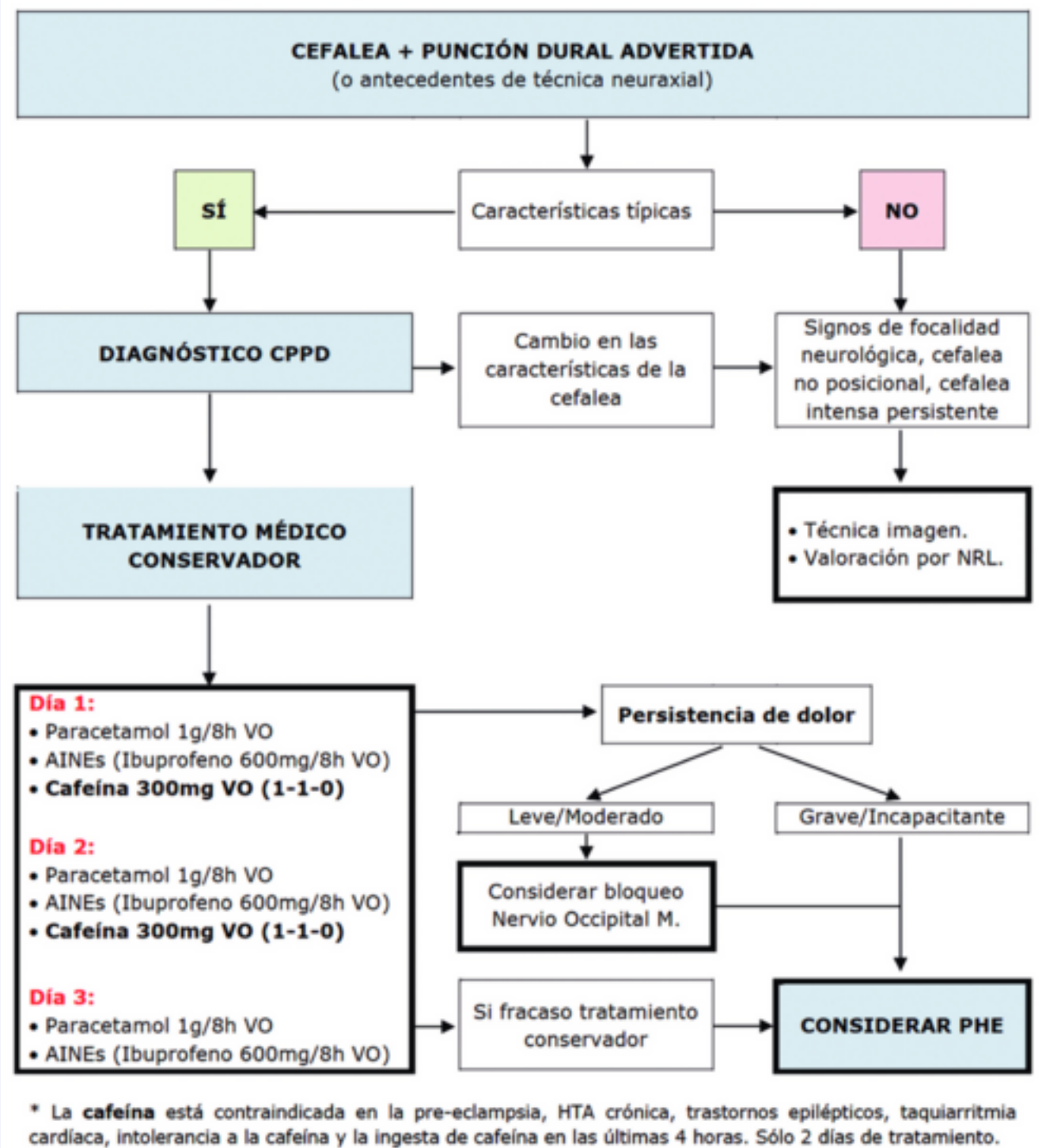
A pesar de que el *gold standard* en el tratamiento de la CPPD sigue siendo el parche hemático epidural, su realización en pacientes oncológicos se ha debatido en la literatura actual. Puede generar dudas debido al riesgo de propagación de células neoplásicas, pero el mayor temor sigue siendo infección del SNC y consecuentemente del dispositivo intratecal al tratarse de pacientes inmunocomprometidos.

En nuestro caso la realización de PHE resultó efectiva sin eventos adversos tras el procedimiento. Es necesario la descripción de casos para valorar la mejor conducta a seguir, y la elaboración de un protocolo específico en estos pacientes dada la creciente implantación de dispositivos, teniendo en cuenta que la CPPD no es una complicación despreciable según las referencias en la literatura.

Profilaxis y tratamiento en la Cefalea Post Punción Dural (CPPD) – octubre 2023



### Anexo 2. Diagnóstico y tratamiento de CPPD



## Referencias

- Uppal V, Russell R, Sondekoppam RV, et al Evidence-based clinical practice guidelines on postdural puncture headache: a consensus report from a multisociety international working group Regional Anesthesia & Pain Medicine Published Online First: 15 August 2023. doi: 10.1136/rapm-2023-104817
- Berger AA, Urits I, Hasoon J, Viswanath O, Yazdi C. Caudal epidural blood patch for the treatment of persistent post-dural puncture headache following intrathecal pump placement in a patient with lumbar instrumentation. Anaesthesiol Intensive Ther. 2021;53(2):187-189. doi: 10.5114/ait.2021.104369. PMID: 33788509; PMCID: PMC10158427.