

# Cefalea postpuncional

En la clasificación internacional de cefaleas ha sido definida como "Cefalea bilateral que se desarrolla en los 7 días posteriores a la realización de una punción lumbar y desaparece en 14 días, empeora en los primeros 15 minutos tras la bipedestación y mejora o desaparece tras 30 minutos en posición supina.

Sin embargo sus características han sido más ampliamente descritas como un dolor de inicio 24-48 hs post PL, sordo o pulsátil, en región occipital o generalizado, que irradia a cuello y hombros con posible rigidez nucal, de carácter postural, autolimitada (aunque severa en ocasiones), aumenta con el movimiento y con maniobras que aumentan la presión intracraneal y puede acompañarse de lumbalgia, náusea, vómitos, vértigo y tinitus, en ocasiones diplopia.

## Epidemiología

Se admite como razonable una frecuencia del 1 al 2,5% en los centros docentes.

Entre el 75 y el 80% de estas pacientes desarrollan CPPD.

## Etiología

Han sido postulados diferentes factores que influyen en el desarrollo de esta condición clínica sin embargo con el paso del tiempo y tras el estudio de algunos de estos se pueden agrupar en los que influyen en el desarrollo de la cefalea y de los que no.

La cefalea postpuncional dural (CPPD) es la complicación más frecuente tras anestesia subaracnoidea o punción accidental de la duramadre al intentar realizar un bloqueo epidural.

## Etiopatogenia

La etiopatogenia no ha podido ser aclarada, por lo que los tratamientos propuestos son sintomáticos.

## Diagnóstico

El diagnóstico se hace con base en la historia clínica por la punción, la cefalea y el carácter postural.

Si se hiciera una punción lumbar se observaría una baja presión de apertura, un discreto aumento en las proteínas y en los leucocitos; en la resonancia magnética se observa un engrosamiento dural difuso, con descenso de estructuras cerebrales, obliteración de cisterna basilar y alargamiento de pituitaria; sin embargo estos estudios no son necesarios.

## Fisiopatología

Es poco clara y se plantea que el agujero dural lleva a salida de líquido cefalorraquídeo en forma

constante, con disminución del volumen y de la presión del mismo, sin embargo hay mucha controversia respecto al mecanismo en que se desarrolla la misma y se ha hablado de tracción gravitacional de estructuras intracraneales sensitivas, así como la activación de receptores de adenosina.

## Clínica

La gravedad de los síntomas guarda relación con el tamaño y tipo de aguja, con la edad y sexo de los pacientes, así como con la dificultad de la punción y el número de intentos.

Los casos más rebeldes suelen aparecer tras anestesia o analgesia epidural obstétrica con punción accidental de la duramadre.

En este grupo de enfermas la gravedad del cuadro suele venir determinada tanto por la cefalea como por la rigidez y el dolor de la musculatura paravertebral, preferentemente del cuello, así como por el hecho de que la madre puede encontrarse incapacitada para cuidar a su recién nacido, lo que favorece la aparición de trastornos psicológicos graves como la depresión.

## Tratamiento

La  [morfina](#)  y la  [cosintropina](#)  han demostrado eficacia para reducir el número de casos en comparación con placebo, sobre todo en pacientes con alto riesgo, como pacientes obstétricas que han tenido una punción dural accidental. La aminofilina también redujo el número.

La dexametasona aumenta el riesgo en comparación con placebo.

La morfina también aumentó el número de efectos adversos (prurito, náuseas y vómitos) Hay una falta de pruebas concluyentes para otros fármacos (fentanilo, cafeína, indometacina y dexametasona). Estas conclusiones deben interpretarse con cautela, debido a la falta de información, que permita la correcta evaluación del riesgo de sesgo y el pequeño tamaño de las muestras de los estudios <sup>1)</sup>

Una alternativa aceptada es el parche hemático, técnica cruenta, no exenta de riesgos, a veces ineficaz y que muchos pacientes rechazan firmemente por miedo a padecer nuevas complicaciones.

Algunos autores han utilizado con éxito la hormona adrenocorticotrófica (ACTH) para tratar varios casos de CPPD, sin poder explicar los mecanismos por los que este tratamiento ha sido eficaz.

## Bibliografía

Moral Turiel,Oliva Rodríguez, Sahagún de la Lastra,Yuste Pascual.Tratamiento de la cefalea postpunción dural con hidrocortisona intravenosa Rev. Esp. Anesthesiol. Reanim. 2002; 49: 101-104).

1)

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 Feb 28;2:CD001792. doi: 10.1002/14651858.CD001792.pub3. Review. PubMed PMID: 23450533.

From:

<https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/> - **Neurocirugía Contemporánea ISSN 1988-2661**

Permanent link:

[https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=cefalea\\_postpuncional](https://neurocirugiacontemporanea.es/wiki/doku.php?id=cefalea_postpuncional)

Last update: **2025/05/04 00:02**

