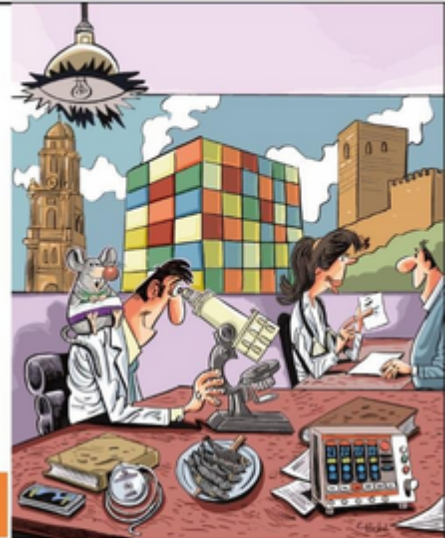




BARRIALDE-GALDAKAO ERAKUNDE SANITARIO INTEGRATUA
ORGANIZACIÓN SANITARIA INTEGRADA BARRIALDE-GALDAKAO

PARCHE HEMÁTICO EPIDURAL PARA EL MANEJO DE LA CEFALEA POSTPUNCIÓN DURAL TRAS COLOCACIÓN DE ELECTRODOS EPIDURALES PARA NEUROESTIMULACIÓN

GOMEZ VEGA, CRISTINA; GIL TENJIDO, SILVIA; LATORRE ESTEBAN, SONIA; ZABALZA MURILLO, MARTIN; VELASCO OFICIALDEGUI, CLAUDIA; GARCIA PEREZ, EIDER; IMAZ ARTAZCOZ, INES;

INTRODUCCIÓN

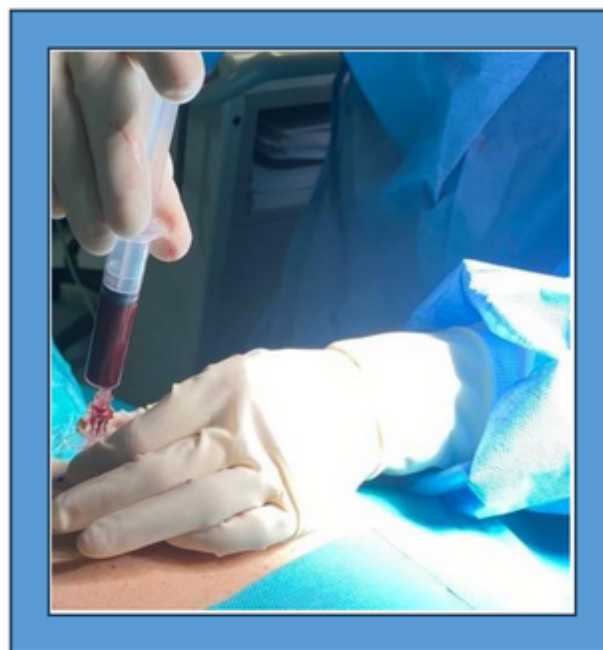
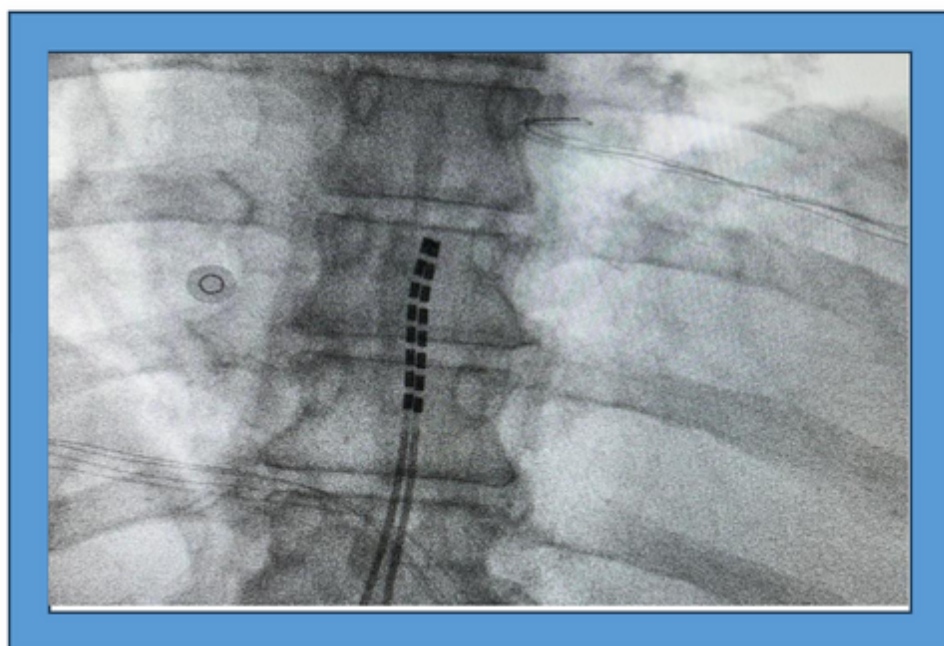
- La neuroestimulación de cordones posteriores no es una técnica exenta de complicaciones

ANTECEDENTES PERSONALES

- Mujer 49 años. NAMC ni FRCV
- IQ miomectomía, mamoplastia, liberación de túnel del tarso en 2 ocasiones

CASO CLÍNICO

- Dolor NP en pie y tobillo izquierdos
- Criterios de Budapest +++
- Mala respuesta tratamiento farmacológico
- Se realizan RDF GRD L5 y S1 izquierdos, bloqueo simpático lumbar y bloqueo selectivo de nervios tibial posterior, sural, peroneo superficial y safeno sin respuesta.
- Se implanta un electrodo de estimulación medular a nivel T10 eficaz
- Al mes, comienza con dolor irradiado hacia abdomen no tolerando la estimulación por lo que se decide relQ para recolocación e implantación de un 2º electrodo
- Procedimiento dificultoso y con posible PD
- A las 24h inicia CPPD que no mejora con tratamiento conservador
- Se realiza parche hemático epidural interlaminar con control fluoroscópico
- La clínica de cefalea remite por completo a las 24h del parche
- La estimulación medular es eficaz y el paciente se encuentra con el dolor controlado



CONCLUSIONES

- La punción accidental de la duramadre puede ocurrir con la inserción de la aguja para la colocación del electrodo epidural con un riesgo entre 0,2 % a 2 %.
- Los factores que probablemente aumente el riesgo de punción dural incluyen antecedentes de cirugía en el sitio de entrada de la aguja, estenosis espinal, obesidad o deformidades
- El riesgo de cefalea postpunción dural aumenta con el calibre de la aguja empleada y puede ocurrir hasta en el 40-50% de las punciones dures realizadas.
- El tratamiento de la CPPD puede abarcar desde modalidades conservadoras, hasta la colocación de un parche hemático epidural en el sitio de la punción.
- El parche hemático interlaminar percutáneo con fluoroscopio es el enfoque estándar más seguro

BIBLIOGRAFIA

- García A, Rodríguez J. Manejo de la cefalea postpunción dural tras neuroestimulación epidural: revisión de técnicas y resultados. *Clin J Pain*. 2020;36(5):403-410. doi: 10.1097/AJP.0000000000000895.
- López D, Martínez R. Uso del parche hemático epidural para la prevención de la cefalea postpunción dural en cirugía de neuroestimulación. *Rev Neurocirugía*. 2018;29(6):334-341.