

Caso clínico

Parálisis del VI par craneal tras anestesia intradural

J.M. Cano Darder

Sr. Director:

La parálisis del VI par craneal es una rara complicación, que puede aparecer tras anestesia intradural o incluso después de la simple punción lumbar diagnóstica.¹⁻⁴ Han sido descritas parálisis de todos los nervios craneales, excepto del primero y el décimo.⁵

Esta complicación se desarrolla en aquellos casos en que se sabe ha habido una pérdida considerable de líquido cefalorraquídeo (LCR). La disminución de la presión de LCR ocasionada por la fuga de éste a través del orificio de punción ocasiona una pérdida de la suspensión hidráulica del encéfalo, lo cual provoca la tracción de las estructuras que soportan y anclan el cerebro, en especial la duramadre de la base del cerebro y el tentorium.^{1, 3, 5} Como consecuencia de ello es importante resaltar:

a) El sexto par al ser el nervio craneal de trayecto más largo por la base del cerebro es el nervio más expuesto a la tracción y el más frecuentemente afectado. En orden decreciente de frecuencia el patético (IV), el motor ocular común (III) y el auditivo (VIII) pueden también afectarse.^{6, 7}

b) La frecuencia de aparición se incrementa cuando la punción se realiza con una aguja de grueso calibre.³

c) Esta complicación se asocia siempre a una cefalea pospunción raquídea, que la precede.^{1, 3, 5}

Presento aquí, un caso de parálisis del VI par craneal que acudió a Urgencias de nuestro Hospital por aquejar diplopia persistente, por lo que fue ingresado en el Servicio de Medicina Interna para estudio de la misma.

Paciente de 56 años, con antecedentes de Colectistectomía y Síndrome depresivo en tratamiento, que ingresó en el Hospital con el diagnóstico de meniscopatía crónica. Fue intervenido practicándose artroscopia, que evidenció rotura del cuerpo posterior del menisco interno, por lo que se realizó meniscectomía en el mismo acto quirúrgico, bajo anestesia intradural, que se realizó puncionando el espacio intervertebral L4-L5 con aguja del número 22 G inyectando 80 mg. de Mepivacaína al 3%. En el segundo día del postoperatorio presentó cefalea que se trató con reposo absoluto, hidratación oral abundante y analgésicos antiinflamatorios, mejorando la cefalea. Fue dado de alta a los ocho días de la intervención, recomendándosele proseguir el tratamiento en su domicilio.

Veinte días después acudió a Urgencias, por presentar cuadro de diplopía de unos diez días de evolución. La exploración oftalmológica puso de manifiesto una paresia del músculo recto externo del ojo derecho por parálisis del VI par craneal. La exploración neurológica fue normal. Así mismo, la analítica, electrocardiograma, radiografías de tórax y cráneo y tomografía axial computarizada fueron normales. El test del edrofonio fue negativo.

Durante su ingreso fue tratado con oclusión del ojo afecto y complejos vitamínicos del grupo B.

Fue dado de alta veinte días después al iniciar la recuperación de la motilidad del músculo recto externo. Un mes más tarde la recuperación era completa.

El pronóstico de esta complicación es bueno, el 50% de los casos se recuperan espontáneamente dentro del primer mes.^{1, 3}

Si en la patogenia de la parálisis del VI par craneal y de la cefalea que la acompaña,

Servicio de Anestesiología, Reanimación y Clínica del Dolor. Hospital General de Mallorca. Palma de Mallorca.

desempeña un papel importante la pérdida considerable de LCR, parece razonable el suponer que el tratamiento irá encaminado a corregir dicha pérdida. Así, el reposo absoluto en posición moderada de Trendelenburg, la hidratación activa, la aplicación de faja abdominal, los corticoides por vía epidural u oral, la administración a través de un catéter epidural de suero fisiológico hasta crear una «presión cuña» alrededor de la duramadre, el parche sanguíneo mediante la inyección de sangre autóloga en el espacio extradural próximo a la punción de la duramadre son

algunos de los tratamientos preconizados para la cefalea postpunción raquídea.^{1,3,8,9} Sin embargo, así como la cefalea responde a estos tratamientos, no sucede lo mismo con la parálisis de VI par, pues una vez que se ha instaurado puede que no exista un tratamiento realmente eficaz.³ Teniendo ello en cuenta, es importante extremar las medidas profilácticas, especialmente el uso de agujas de pequeño calibre. Si pese a ello, apareciese esta complicación, deben aplicarse las mismas medidas terapéuticas aplicables a la cefalea postpunción raquídea.⁷

Bibliografía

1. Macintosh R, Lee JA, Atkinson RS. Punción lumbar y analgesia espinal-intradural y extradural. 2.ª ed. Barcelona. Salvat editores. 183-198, 1981.
2. Green NM. Neurologic Sequelae of spinal anaesthesia. *Anesthesiology*. 22: 682-695, 1961.
3. Salazar F, Villalonga A, Luis M, Anglada T, González JL, Nalda MA. Parálisis del VI par craneal tras anestesia intradural. *Rev. Española Anest. Rean.* 32: 193-194, 1985.
4. Sainz I, Vidal E, Turon M et al. Parálisis M.O.E. post-anestesia intradural. Libro de Comunicaciones a las Ponencias y Comunicaciones libres. XVII Congreso Nacional de Anestesiología y Reanimación. Girona; 002, 1985.

5. Bryce-Smith, Macintosh RR. Sixth-nerve palsy after lumbar puncture and spinal analgesia. *Br. Med. J.* 1: 275-276, 1951.
6. Miguel J. Tratado de Anestesia. 1.ª ed. Barcelona. Salvat editores. 521-596, 1946.
7. Bonica JJ. Obstetric analgesia and anesthesia. 2.ª ed. Amsterdam World Federation of Societies of Anaesthesiologists. 82-97, 1980.
8. Crawford JS. The prevention of headache consequent to dural puncture. *Br. J. Anaesth.* 44: 598-600, 1972.
9. Digiovanni AJ, Galbert MN, Wahle WM. Epidural injection of autologous blood for postlumbar-puncture headache. II Additional clinical experiences and laboratory investigation. *Anaesth. Analg.* 51: 226-232, 1972.