
La punción de la cisterna cerebello mefular

Por el Dr. W. DIETER (de la Clínica oftalmológica de la Universidad de Kiel)

En tanto que un método de exploración clínica a pesar de sus manifiestas ventajas no alcanza la debida difusión, es conveniente dar cuenta de los incidentes y fenómenos a que pueda dar lugar.

No cabe duda que las molestias consecutivas a una punción occipital correctamente ejecutada, son mucho menores que las que siguen a una punción lumbar, y a menudo de tal insignificancia, que se practica ya esta intervención en la práctica ambulante.

Y sin embargo, hay quien abra todavía cierto temor contra esta punción, cosa por otra parte comprensible si se considera que la región en que se interviene se halla inmediatamente junta al centro respiratorio y a vías de importancia vital, habiendo ocurrido ya algunos casos de lesiones de esta naturaleza. Ahora bien, así como no puede evitarse el lesionar los vasos de topografía anormal, creo que empleando una técnica cuidadosa pueden evitarse con seguridad las lesiones de

las partes profundas de la cisterna.

Nosotros procedemos por lo general de la manera siguiente: Después de rasurar la nuca y hallándose el paciente en decúbito lateral, se palpa la protuberancia externa y la apófisis espinosa del axis (la primera prominencia que se encuentra debajo de la protuberancia), introduciendo la aguja en la parte media entre ambos puntos. (Lo más sencillo es tirar un trazo vertical con tintura de iodo y marcar su mitad con una línea horizontal.) A continuación, y con ayuda de una torunda de algodón montada en una varilla, pintamos la región de la punción con ácido fénico concentrado, en una zona de 3 a 4 mm. de diámetro, ejerciendo una ligera presión por espacio de medio minuto hasta que la piel empiece a palidecer, en cuyo momento se quita rápidamente el ácido fénico con ayuda de la tintura de iodo.

Este procedimiento, no conocido por la generalidad de los prác-

ticos, se presta incluso a practicar inyecciones casi **indoloras**. Desde el año 1915 lo venimos empleando por **primera** vez en la clínica del profesor **Hofmeister**, de Stuttgart. Actualmente se emplea la cánula usada corrientemente para la punción lumbar (provista de mandril) dirigiendo la aguja al punto en el que la cresta occipital externa alcanza el borde posterior del agujero occipital; en este momento, la punta de la aguja se desviará un poco hacia abajo, siguiendo el borde óseo, con lo cual se sentirá el ligamento occípito-atloideo posterior, cosa que en los adultos ocurre a los 4'5-5'5 cm. de profundidad. En todos los casos se nota esto por la diferencia de resistencia, sobre todo cuando se lleva la aguja con 2 **mm**, de desviación lateral (evitando el ligamento de la nuca); entonces la punta de la aguja, tan pronto como haya tocado el hueso, deberá ser dirigida hacia abajo y hacia dentro* con lo cual se alcanza la cisterna precisamente en su parte media. De este modo se consigue que el canal de la inyección describa un trayecto quebrado, resultando menos probable la formación de una fístula. Es preciso ver de

antemano la longitud del bisel de la cánula, ya que la abertura de ésta debe quedar dentro de la cisterna y saber cuánto ha de penetrar después de atravesado el ligamento occipito-atloideo posterior, por lo general, basta con 5 mm., de modo que aun cuando el paciente haga un movimiento brusco con la cabeza, no hay que temer herir el centro respiratorio, ya que la cisterna tiene una profundidad de 1,5 cm.

El autor expone a continuación dos casos en los cuales la muerte, acaecida poco después de la punción, podía hacer pensar en una dependencia causa); sin embargo, la autopsia demostró en el primero la presencia de edema pulmonar y en el segundo un aneurisma cuya rotura había producido una hemorragia mortal.

A pesar de que se insiste siempre sobre los peligros de la punción de la cisterna o de la tumbar en las afecciones orgánicas del cerebro, no hay que negar que el práctico en ciertos casos se verá obligado a arrostrar estos peligros cuando necesite establecer un diagnóstico rápido.

(De la Medizinische Welt, N° 37, 1928).