

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

* M. Cerda S.

INTRODUCCION

La punción lumbar es un procedimiento sencillo e irremplazable en el diagnóstico de infecciones del Sistema Nervioso Central (SNC), tan frecuentes en pediatría.

Su utilidad dependerá de una técnica segura para el paciente y confiable para el médico, en el sentido de orientar el diagnóstico, mediante el estudio de las características físicas del líquido cefalorraquídeo (LCR) extraído. Se requiere el cumplimiento de algunas condiciones que den seguridad al procedimiento.

La primera condición se refiere a no efectuarla en pacientes con hipertensión endocraneana (HEC) severa, la que puede manifestarse con abombamiento y tensión de fontanela, en cuyo caso se postergará hasta que se controle el edema cerebral, sin retardar la iniciación del tratamiento etiológico. Se realizará en posición acostada y frenando el goteo de LCR con el estilete, de ser éste muy rápido.

La segunda condición será la de evitar una punción traumática, tratando de no puncionar algunos de los senos venosos, que corren por la cara posterior del cuerpo vertebral en el canal raquídeo (dos laterales y uno central) (Figuras 1 y 2). Por lo tanto, una vez traspasada la duramadre, lo que da una sensación característica se interrumpirá la introducción del trócar.

**Departamento de Pediatría, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.*

Punción lumbar

En los recién nacidos en los que la duramadre es muy fina y no se produce la sensación de vencer una resistencia, se calcula la profundidad aproximada de introducción del trócar, tratando de no sobrepasar 1,5 cm y retirando posteriormente el estilete varias veces hasta demostrar salida de líquido cefalorraquídeo.

EQUIPO DE PUNCION LUMBAR

Se usarán equipos adecuados para los niños, de un diámetro entre 25 a 22 G, con bisel corto y con un largo no mayor de 5 cm en lactantes y 7 cm en preescolares.

Se recomiendan agujas con estilete interno, por el riesgo de trasladar pequeños cilindros de piel al canal raquídeo y desarrollar allí tumores epidermoides a largo plazo.

TECNICA

La posición del paciente y su inmovilización condicionan el éxito o fracaso del procedimiento (Figura 3).

Se colocará al niño en posición decúbito lateral con la columna flectada, teniendo cuidado de sostener al niño de los hombros y no de la cabeza. La flexión exagerada de esta última puede causar la obstrucción inadvertida de la vía aérea, hipoxemia y paro respiratorio.

La posición del niño en relación al borde de la mesa o cama debe ser tal, que los segmentos vertebrales L3-L4 sean paralelos a la cama y la línea que une las espinas ilíacas posteriores perpendicular a la superficie de inmovilización.

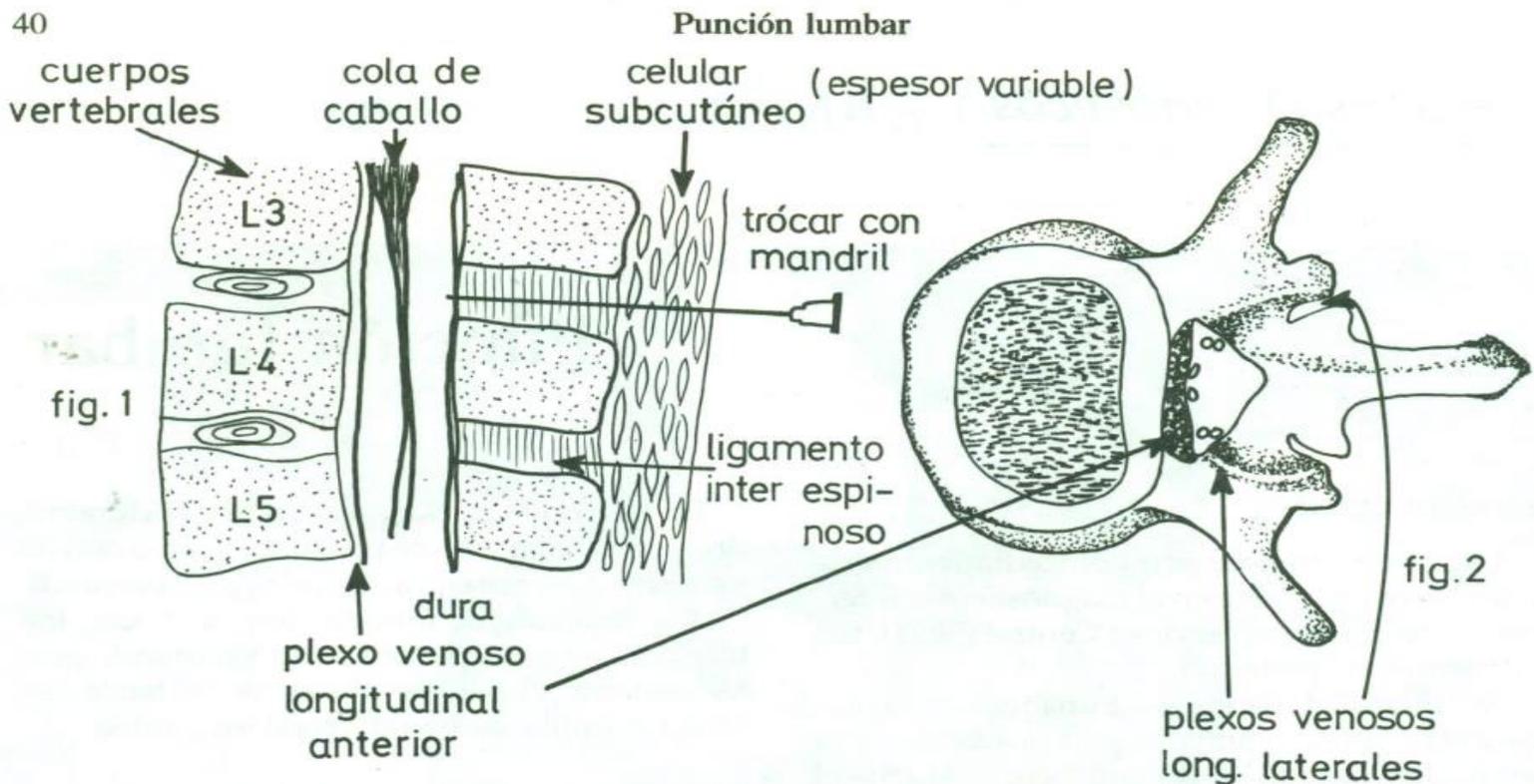


FIGURA 1. Corte longitudinal de columna.

FIGURA 2. Corte transversal vertebral.

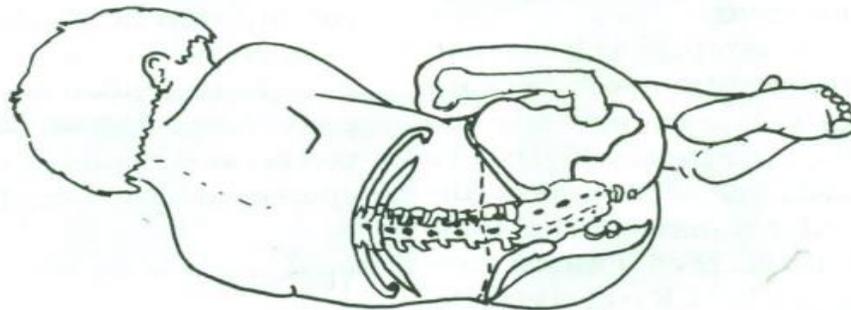


FIGURA 3. Posición del niño para la punción lumbar.

La desinfección tanto de las manos del operador como de la piel del paciente debe ser rigurosa, usándose las soluciones yodadas habituales después del lavado. El operador usará mascarilla y guantes estériles y se aislará el sitio de punción con paño perforado también estéril. El exceso de desinfectante debe retirarse con un algodón estéril seco.

El médico debe sentarse en posición cómoda a una altura que le facilite el procedimiento.

El espacio elegido es entre L3-L4 o L4-L5. El primero corresponde en ubicación a la línea que

une ambas crestas ilíacas desde su borde superior.

La aguja se introducirá lentamente con discreta inclinación hacia cefálico (10°) con su bisel paralelo al eje de la columna retirando el estilete varias veces y esperando por si se hubiese traspasado inadvertidamente la duramadre, lo que se manifiesta con la percepción de un resalto. En este momento se detiene la introducción. Posteriormente se retira el estilete, girando la aguja en 90° hacia cefálico y dejando que salga el líquido lentamente (no olvidar la posibilidad de regular la velocidad del goteo con el estilete).

