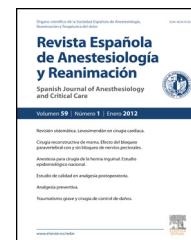




Revista Española de Anestesiología y Reanimación

www.elsevier.es/redar



CASO CLÍNICO

Síndrome de encefalopatía posterior reversible y síndrome de vasoconstricción cerebral reversible: diagnóstico diferencial de cefalea en el puerperio

N. Ruiz López*, B. Cano Hernández y S. Balbás Álvarez

Servicio de Anestesiología y Reanimación. Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

Recibido el 23 de septiembre de 2014; aceptado el 27 de abril de 2015

PALABRAS CLAVE

Cefalea;
Periodo de posparto;
Encefalopatía;
Ceguera cortical;
Hipertensión;
Convulsiones

KEYWORDS

Headache;
Post-partum;
Encephalopathy;
Cortical blindness;
Hypertension;
Seizures

Resumen La cefalea en el periodo puerperal puede ser debida a múltiples causas. En el contexto de una paciente que ha recibido previamente analgesia epidural, la cefalea puede ser etiquetada de cefalea pospunción dural, a pesar de que sus características no sean típicas de este cuadro clínico.

Presentamos el caso de una puerpera con punción dural accidental durante la realización de anestesia epidural, que desarrolló cefalea en el tercer día posparto. Se sospechó inicialmente cefalea pospunción dural, pero la aparición posterior de convulsiones y pérdida de visión hizo que se reconsiderase el diagnóstico. A propósito de este caso revisamos las características clínicas y fisiopatológicas del síndrome de encefalopatía posterior reversible y el síndrome de vasoconstricción cerebral reversible, así como el diagnóstico diferencial de la cefalea en el periodo puerperal.

© 2014 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Posterior reversible encephalopathy syndrome and cerebrovascular constriction syndrome in the differential diagnosis of post-partum headaches

Abstract Postpartum headache can be due to many causes. In a patient with previous epidural analgesia, the headache can be attributed to post-dural puncture headache, even if the symptoms are not typical of this clinical entity.

We report a case of a post-partum with accidental dural tap during the insertion of an epidural catheter for labour analgesia, and who referred to headaches in the third post-partum day. Initially, a post-dural puncture headache was suspected, but the subsequent onset of seizures and visual impairment meant that the diagnosis had to be reconsidered. In this case report, the

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: nuyita.r@gmail.com (N. Ruiz López).

clinical and pathophysiological features of posterior reversible encephalopathy syndrome and reversible cerebral vasoconstriction syndrome, as well as the differential diagnosis of postpartum headaches are described.

© 2014 Sociedad Española de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del Dolor. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES son sus siglas en inglés) es una entidad clínico-radiológica caracterizada por cefalea, convulsiones, ceguera cortical y alteraciones del nivel de conciencia. Las imágenes típicas de resonancia magnética (RM) muestran edema simétrico de la sustancia blanca córtico-subcortical, especialmente en la región parietooccipital^{1,2}. Puede ser provocado por estados hipertensivos, insuficiencia renal, citotóxicos, inmunosupresores, transfusión, alteraciones hidroelectrolíticas, etc.^{1,2}. La preeclampsia/eclampsia es una de las causas más frecuentes del síndrome PRES². A pesar de que el número de casos comunicados de este cuadro aumenta progresivamente, su incidencia es desconocida.

El síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (SVCR)³ se caracteriza clínicamente por la aparición de cefalea brusca e intensa que aumenta con el movimiento o las maniobras de Valsalva. En casos graves asocia focalidad neurológica, fundamentalmente visual, y convulsiones. La angiografía muestra áreas de estenosis segmentaria, seguidas de áreas dilatadas en arterias intracraneales (aspecto en collar de perlas)³.

Presentamos el caso de una puérpera con punción dural accidental durante la inserción de catéter epidural para analgesia en el parto, que sufrió cefalea atribuida a cefalea pospunción dural (CPPD) en el puerperio. La paciente presentó hipertensión (HTA) moderada no reconocida ni tratada desde el parto, y se complicó con convulsiones y ceguera. A propósito de este caso revisamos las causas de cefalea puerperal, incluyendo PRES y SVCR, y su relación con la preeclampsia/eclampsia.

Caso clínico

Mujer de 32 años, con edad gestacional de 40 semanas, que ingresa con trabajo de parto. Como antecedentes personales destacan epilepsia en la infancia, hipotiroidismo, asma y síndrome ansiosodepresivo. Fue controlada durante el embarazo en la Consulta de Alto Riesgo Obstétrico por retraso de crecimiento intrauterino.

Se avisó a Anestesiología para iniciar analgesia obstétrica. La analítica era normal, la tensión arterial (TA) 129/83 mmHg y la frecuencia cardíaca 78 lpm. Se localizó el espacio epidural L4-L5 con aguja de Tuohy 18G mediante la técnica de pérdida de resistencia con aire, sin incidencias. Tras la inserción del catéter se apreció salida de líquido claro a través del mismo. Ante la sospecha

de punción dural, se repitió la punción epidural en espacio L3-L4, siendo esta exitosa. Durante el parto la analgesia resultó satisfactoria y la paciente presentó varias tomas de TA elevada (hasta 167/93 mmHg). Tras el alumbramiento, la paciente fue trasladada a planta de hospitalización.

A los 3 días apareció cefalea occipital continua, que empeoraba con el ortostatismo y mejoraba parcialmente en decúbito, acompañada de sensación de mareo, cansancio y embotamiento. Su TA era de 152/86 mmHg. Se avisó al Servicio de Anestesia, que pautó analgésicos, hidratación y reposo en cama.

Al quinto día persistía la cefalea holocraneal intensa incluso en decúbito, con fotopsias. El anestesiólogo de guardia sospechó CPPD y prescribió cafeína 300 mg por vía oral. A los 20 min de la administración de cafeína apareció crisis convulsiva tónica generalizada, que cedió en 5 min con 10 mg de diazepam intravenoso. A pesar de la presencia de convulsiones, cefalea y HTA se descartó la eclampsia ante la ausencia de proteinuria. Se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) urgente, en la que se observaron imágenes hipodensas córtico-subcorticales en el centro semioval izquierdo y la región frontoparietal derecha, informadas por Radiología como de posible origen isquémico (aunque recomendaron RM a las 72 h para su confirmación). Se inició tratamiento con ácido valproico y se atribuyó la crisis a la administración de cafeína en una paciente con antecedentes de epilepsia y TAC indicativa de ictus.

Veinticuatro horas después de la crisis convulsiva persistía la cefalea holocraneal y la paciente se encontraba bradipsíquica. A la exploración, se detectó pérdida de visión binocular (veía «bultos»). La TA era de 156/86 mmHg; la analítica era normal, sin proteinuria. Se realizó una RM urgente, que evidenció edema córtico-subcortical difuso. El ecodoppler mostró vasoespasmo en ambas arterias cerebrales medias. Valorando la clínica de la paciente (convulsión, cefalea, alteraciones visuales) y las imágenes de edema cerebral, se estableció el diagnóstico de PRES. El espasmo de las arterias cerebrales indicó la coexistencia de este síndrome con el SVCR.

Se inició tratamiento con nimodipino intravenoso, antieméticos y corticoides. Los síntomas desaparecieron en 48 h. Dos semanas después, la RM de control mostró hiperintensidades residuales en la sustancia blanca subcortical, con mejoría respecto a estudio previo (fig. 1). El ecodoppler transcraneal evidenció mejoría del vasoespasmo. La paciente fue dada de alta sin secuelas a los 21 días del parto.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2768280>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2768280>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)