

SIN BIBLIOGRAFÍA

Cefalea holocraneal en el puerperio: a propósito de un caso

Vela Colmenero RM¹, Ruiz García MI¹, Jiménez Guerrero MD²

¹FEA Medicina Intensiva. Complejo Hospitalario de Jaén

²Médico de Familia. Centro de Salud de Mengíbar (Jaén)

Presentamos un caso clínico de una paciente de 27 años sin antecedentes personales de interés, que en el sexto día post-parto, comienza con una clínica de cefalea holocraneal y sensación de mareo con fotofobia e inestabilidad de la marcha.

En el proceso de parto, recibió anestesia epidural y presentó un parto eutócico.

Acude a urgencias, y tras una primera valoración, ingresa en el área de observación con un dolor medido por la escala de Escala Analógica Visual (EVA) de 8 puntos.

La exploración neurológica inicial fue normal. La paciente se encontraba consciente y orientada en tiempo y espacio, presentaba una puntuación en la escala de Glasgow de 15 puntos, sin ninguna focalidad neurológica, unas pupilas isocóricas, mióticas y normorreactivas y un examen de fondo de ojo normal.

Hemodinamicamente estaba estable, con una tensión arterial de 120/ 80 mmHg, una frecuencia cardiaca de 78 lpm y una SatO₂ del 98%.

Tras iniciar tratamiento analgésico, se decide la realización de un TAC de cráneo urgente (imagen 1) en el que se observa:

- Aumento de calibre con hiperdensidad en el seno longitudinal superior, seno transversal y

CORRESPONDENCIA

Rosa María Vela Colmenero

E-mail: rosa_vela@hotmail.com

Recibido el 13-07-2018; aceptado para publicación el 25-09-2018

Med fam Andal. 2018; 2: 170-172

sigmoide izquierdo, indicativo de trombosis de senos duros.

- Neumoencéfalo (burbujas aéreas a nivel de las astas frontales de los ventrículos laterales).

Dado los hallazgos en el TAC de cráneo, ingresó en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Hospital Neurotraumatológico para monitorización y control de las posibles complicaciones.

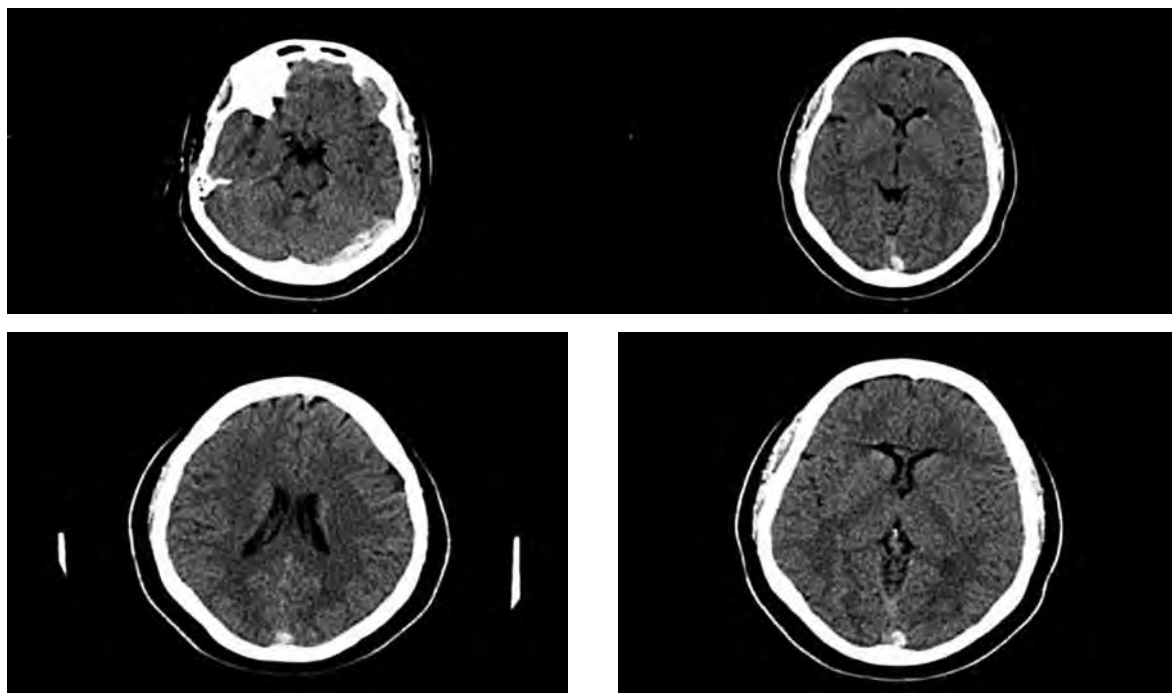
TRATAMIENTO

Medidas Generales

Las medidas generales estaban destinadas al control del dolor por un lado, iniciándose una perfusión continua de remifentanilo a dosis bajas, que tras 24 horas se pudo retirar y desescalar a una analgesia convencional, y por otro, al control de la Hipertensión Intracraneal (HIC), tomando las siguientes recomendaciones: cabecero elevado a 35° aproximadamente, oxigenoterapia con gafas nasales a 2 litros y vigilancia estrecha del nivel de conciencia.

No se inició tratamiento anticonvulsivo. Las crisis convulsivas se presentan en el 35% - 40%

Imagen 1. Tac de cráneo sin contraste iv



de los casos de TVC y no está indicado el tratamiento para su prevención.

Anticoagulación

Como tratamiento anticoagulante se administro Heparina Sódica, por vía endovenosa a una dosis inicial de 5.000 unidades y posteriormente una un perfusión continua a 1000 UI/h con controles de coagulación para lograr un tiempo de trombo-plastina parcial activada de 60 a 80 seg^{3,4}.

Evolución

Durante las 48 horas que la enferma estuvo ingresada en la UCI presentó una evolución favorable, sin complicaciones hemorrágicas. Para completar el estudio, se realizó una Angio-Resonancia Magnética Cerebral (imagen 2) en la que se confirmó el diagnóstico ya descrito:

- Trombosis del seno longitudinal superior, seno transverso y sigmoide izquierdo y seno recto.

- Neumoencéfalo: presencia de contenido aéreo en las astas frontales de los ventrículos laterales.

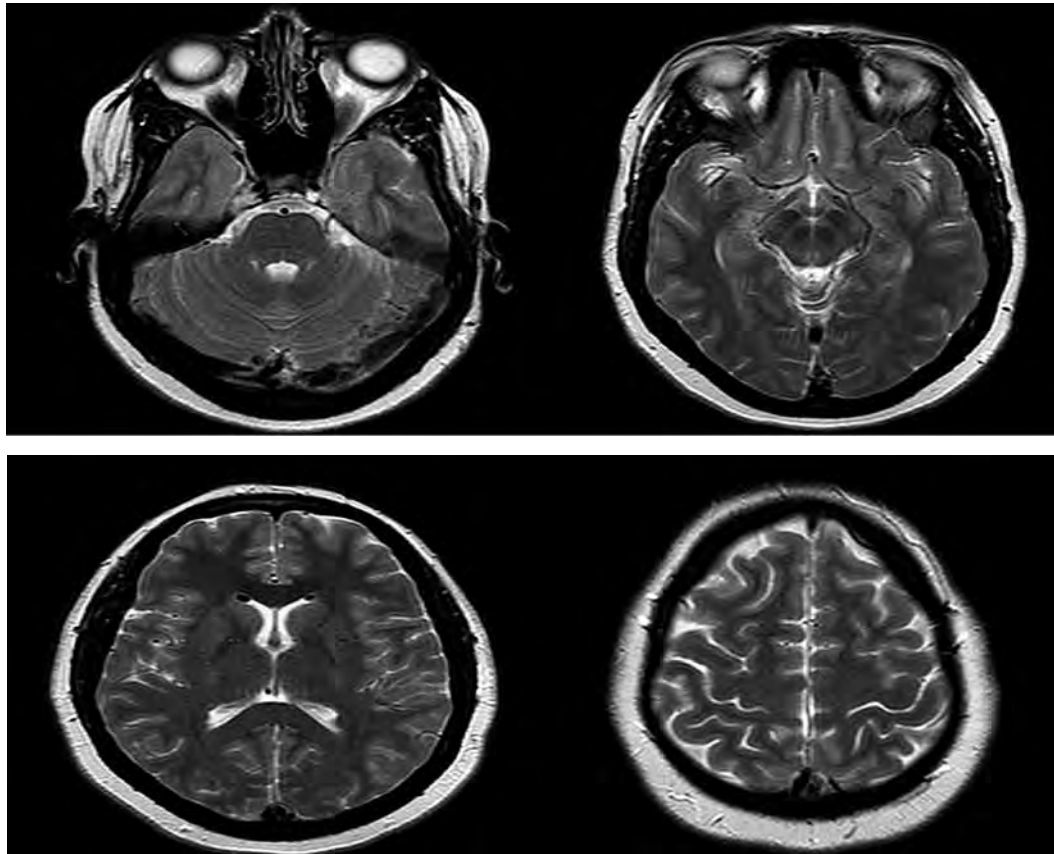
Posteriormente fue dada de alta a planta de Neurología para continuar su tratamiento, seguimiento y estudio hematológico.

Discusión

La Trombosis Venosa Cerebral y el Neumoencéfalo son dos entidades distintas, aunque tanto en una como en otra la cefalea puede ser el síntoma predominante. La trombosis venosa cerebral se relaciona etiopatogénicamente con el estado protrombótico del puerperio, mientras que el neumoencéfalo en nuestra paciente está relacionado con la anestesia epidural administrada durante el proceso de parto.

En este caso, la cefalea holocraneal e intensa se debe con más probabilidad a la TVC, ya que el neumoencéfalo produce una cefalea explosiva o “en trueno” en relación temporal con la anestesia epidural. Nuestra paciente comenzó con los síntomas al sexto días post-parto.

Imagen 2. Resonancia Magnética Cerebral



Con respecto al tratamiento anticoagulante, el uso de anticoagulante orales y heparina se fundamenta en revertir el proceso trombótico causal y en prevenir otras posibles complicaciones como el tromboembolismo pulmonar, que aparece hasta en un 11% de los pacientes.

Según la Guía Europea de Trombosis Venosa Cerebral se recomienda:

- Tratar a pacientes adultos con TVC aguda con heparina a dosis terapéuticas, con un nivel de recomendación moderado.
- Con respecto al tipo de heparina a utilizar (heparina de bajo peso molecular (HBPM) vs heparina no fraccionada (HNF)) se sugiere, con un grado de recomendación débil, la utilización de HBPM en lugar de HNF. Esta recomendación no se aplica a pacientes con una contraindicación

para HBPM (por ejemplo, insuficiencia renal) o situaciones en las que se requiere una reversión rápida del efecto anticoagulante (por ejemplo, pacientes que deben someterse a una intervención neuroquirúrgica).

Hasta ahora, no existe una indicación clara sobre qué tipo de heparina utilizar, si la heparina de bajo peso molecular (HBPM) o la heparina no fraccionada (HNF). En el estudio ISCVT la HNF se utilizó en tres cuartas partes de los casos. La principal ventaja en su uso se basa en que se puede revertir su efecto. Pero algunos centros prefieren el uso de HBPM ya que no requiere ajuste de dosis y ofrece una anticoagulación más estable.

En cualquier caso, una vez superado la fase aguda, lo que está indicado es el uso de anticoagulantes orales durante un periodo como mínimo entre 6 y 12 meses y manteniendo un INR entre 2,0 y 3,0.