

Puérpera con disnea y crisis epiléptica[☆]

Puerpera with dyspnoea and epileptic seizure

Durante la gestación y el puerperio, diversas enfermedades neurológicas crónicas pueden presentar cambios en el curso clínico¹. Además asocian cambios fisiológicos que pueden suponer un factor de riesgo posible para la aparición de nuevas patologías neurológicas. Entre ellas, las entidades de origen vascular suponen un número de casos de incidencia no desdeñable. Se presenta el caso de una paciente puérpera sin antecedentes de interés que presenta cuadro brusco de disnea, cefalea y crisis epiléptica.

Puérpera de 34 años. Embarazo y parto eutócico sin complicaciones. Consulta por disnea y edemas generalizados asociados a cefalea holocraneal de inicio explosivo. Presenta crisis epiléptica de inicio occipital (visión de colores en hemicampo visual derecho seguido de pérdida de conciencia y movimientos tónico-clónicos generalizados), por lo que se solicita resonancia magnética (RM) cerebral que muestra lesiones hiperintensas en T2 en territorio posterior y asimétricas en ganglios basales. Se completa estudio con punción lumbar, serología e inmunología, siendo todos los resultados normales. A los 5 días

presenta nueva crisis focal. Una nueva RM (fig. 1) muestra persistencia de lesiones y aparición de otras nuevas en territorio frontera vascular. Se sospecha un vasoespasma cerebral generalizado que se confirma mediante la realización de arteriografía (fig. 2). Se administra nimodipino durante 21 días resolviéndose la mayoría de las lesiones, quedando al alta asintomática. Se realiza arteriografía de control a los 3 meses confirmando la resolución completa de la vasoconstricción.

El síndrome de vasoconstricción cerebral reversible (VCR) es una entidad poco frecuente de etiología desconocida que se ha asociado al embarazo y al puerperio², también al uso de algunos fármacos. Cursa con cefalea explosiva y focalidad neurológica variable pudiendo presentar crisis epilépticas de inicio focal, predominantemente occipital³. La RM craneal puede mostrar lesiones isquémicas o hemorrágicas en diferentes territorios; sin embargo la prueba diagnóstica de elección será la arteriografía, que mostrará áreas de vasoconstricción alternas con áreas de dilatación en diferentes lechos vasculares, siendo un criterio diagnóstico la resolución de estas alteraciones a las 12 semanas². El diagnóstico diferencial se hará con entidades que cursen con cefalea explosiva de inicio brusco y focalidad neurológica^{2,4} como pueden ser la disección arterial, trombosis de los senos

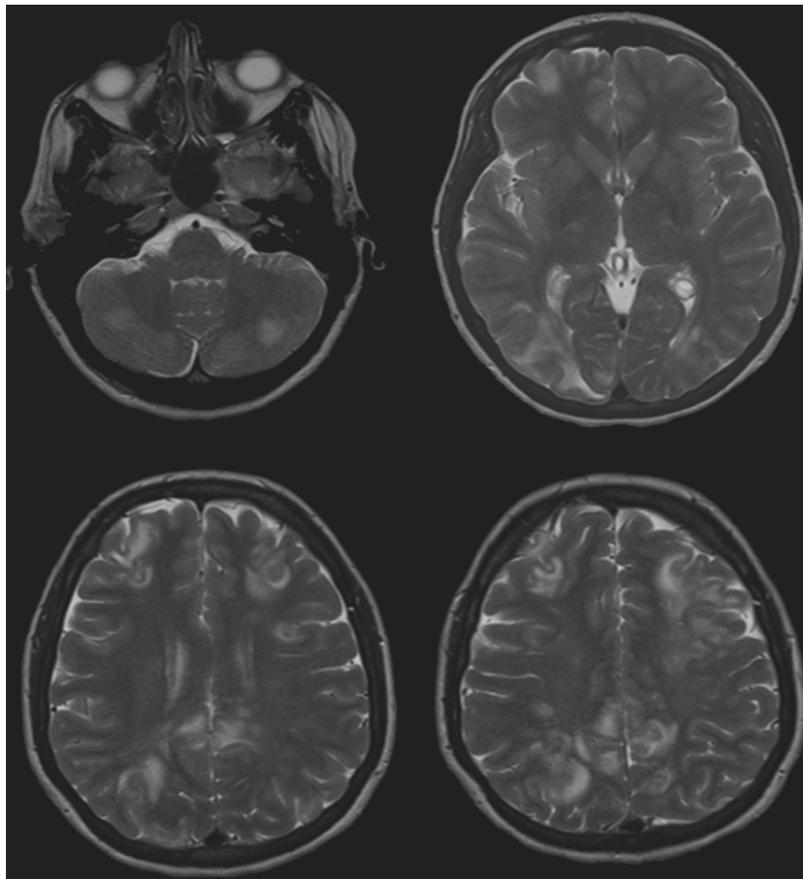


Figura 1 Axial T2. Áreas parcheadas de hiperintensidad de señal en ambos hemisferios cerebelosos, parietooccipital derecho y frontal bilateral, de predominio subcortical con afectación de la corteza sin engrosamiento de la misma. Distribución de las lesiones en territorio frontera vascular.

[☆] El trabajo ha sido aceptado para su presentación como póster en la LXIII Reunión Anual de la Sociedad Española de Neurología.

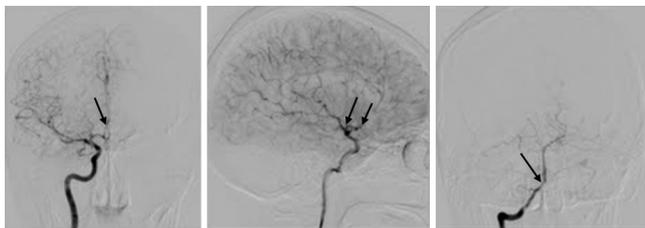


Figura 2 Arteriografía. Se observan signos de vasoespasmo generalizado, especialmente llamativo en ambas cerebrales anteriores (izquierda), de la carótida interna izquierda supraclinoidea (centro) y de toda la circulación posterior (derecha).

venosos, la hemorragia subaracnoidea y la vasculitis aislada del sistema nervioso central.

El tratamiento es controvertido describiéndose en distintas series el uso de agentes bloqueantes del canal de calcio, bolos de corticoide, sulfato de magnesio e incluso la observación clínica, sin demostrar la superioridad de ninguno de ellos en cuanto a efectividad. En casos asociados a uso de fármacos el tratamiento idóneo será la suspensión de los mismos. Se trata de un cuadro de buen pronóstico debido a la reversibilidad del trastorno arterial y de la mayoría de las lesiones. Sin embargo, si se mantiene el vasoespasmo durante un periodo prolongado pueden producirse infartos isquémicos o hemorrágicos y lesiones focales permanentes.

En el caso que se presenta, la paciente consulta por disnea y edemas, lo cual podría traducir una implicación sistémica del vasoespasmo, sin encontrar en la literatura casos que apoyen esta teoría.

Aunque se trata de una entidad poco frecuente, se debe pensar en ella ante un cuadro clínico compatible; la alta

sospecha clínica establecerá un diagnóstico precoz evitando posibles complicaciones fatales.

Bibliografía

1. Malcolm Shaner D. Problemas neurológicos del embarazo. En: Bradley WG, Daroff RB, Fenichel GM, Jankovic J, editores. *Neurología Clínica. Tratados Neurológicos*. Madrid;Elsevier España S.A: 2005. p. 2503-16.
2. Calabrese Leonard H, Dodick David W, Schwedt Todd J, Singhal Aneesh B. Narrative Review: Reversible Cerebral Vasoconstriction Syndromes. *Ann Intern Med*. 2007;146:34–44, 4.
3. Anne Ducros, Monique Boukobza, Raphael Porcher, Mariana Sarov, Dominique Valade, Marie-Germaine, Bousser. The clinical and radiological spectrum of reversible cerebral vasoconstriction syndrome. A prospective series of 67 patients. *Brain*. 2007;130:3091–101.
4. Valenca Marcelo M, Andrade-Valenca Luciana PA, Bordini Carlos A, José Geraldo Speciali. Thunderclap headache attributed to reversible cerebral vasoconstriction: view and review. *J Headache Pain*. 2008;9:277–328, 8.

A.B. Escribano^{a,*}, E. Peña^a, A. Barbosa^b
y C. Fernández^a

^a *Servicio de Neurología, Hospital Sanitas La Moraleja de Madrid, Madrid, España*

^b *Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Sanitas La Moraleja de Madrid, Madrid, España*

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: ab.escribano@gmail.com
(A.B. Escribano).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.nrl.2012.01.004>