

424/488 - PUÉRPERA CON EDEMAS Y CEFALEA

F. Soto Febrer¹, L. Aguilar Calahorro², C. Perán Urquízar² y C. Casado Castellano²

¹Médico de Familia. Cúllar. Zona Básica de Baza. Granada. ²Médico de Familia. Zújar. Zona Básica de Baza. Granada.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 37 años con parto reciente con anestesia epidural y de curso normal. En los dos primeros días del posparto acude a su MAP por presentar debilidad, que se podía justificar por la anemia (Hb 9) y una talasemia minor congénita. Cefalea de tipo opresivo, con insomnio asociado. Al 3^{er} día aparecen edemas maleolares. Al 7^º día llegaban los edemas se extendían hasta la zona inguinal. Al 9^º día edema generalizado, facial y palpebral y cefalea continua con tensión arterial: 170/95 mmHg, y disnea con sensación opresiva esternal, por lo que se derivó con urgencia a Ginecología. La paciente presentaba picos de tensión arterial que se acompañaban de bradicardia de causa incierta. Pese al tratamiento con labetalol y metildopa, continuaban los picos de hipertensión arterial y hubo que añadir furosemida y enalapril. La paciente, 6 meses después continúa en tratamiento con enalapril.

Exploración y pruebas complementarias: Auscultación cardiaca: soplo sistólico 2/6 auscultación respiratoria sin alteraciones del murmullo vesicular. Edemas generalizados ++/3. Hemograma: Hb 9 gr/dl, resto sin hallazgos significativos. Bioquímica: normal. Coagulación: dímero D 8000 mg/l. Sedimento normal sin proteinuria. Ecocardiografía: Derrame pericárdico y pleural de carácter leve sin signos ecográficos de miocardiopatía dilatada. Ecografía ginecológica: normal. Ecografía renal: normal. TAC craneal: normal.

Orientación diagnóstica: Debut de hipertensión esencial del puerperio.

Diagnóstico diferencial: Preeclampsia posparto, que debe existir proteinuria y no había. Miocardiopatía dilatada del puerperio, entidad muy rara pero muy grave que se descartó con la ecocardiografía. TEP: por las cifras del dímero D y la disnea, pero no se realizó el TAC al no haber taquicardia ni hipoxia.

Comentario final: Este caso clínico nos ha de recordar la importancia del seguimiento de la mujer en el puerperio, ya que la presencia de sintomatología en las semanas posteriores al parto puede alertarnos de la presencia de una patología grave.

Bibliografía

1. Santana Hernández G. Hipertensión arterial en el puerperio. Rev Méd Electrón. 2012;34(2):186-98.
2. Cairns AE, Pealing L, Duffy JMN, Roberts N, Tucker KL, Leeson P, et al. Postpartum management of hypertensive disorders of pregnancy: a systematic review. BMJ Open. 2017;7:e018696.

Palabras clave: Atención Primaria. Hipertensión. Puerperio.