Semergen. 2016;42(Espec Congr 10):31

Medicina de Familia. SEMERGEN

https://www.elsevier.es/semergen

204/148 - Cefalea en el puerperio

A. Albarracín Castillo[a], G. Suárez Sánchez[b], I. Robles Fernández[c], V. Martínez Gil[d], C. Astruga Tejerina[e], C.S. Santamaría Puente[f], M. Seco Calderón[g], J.M. Linio Mateos[h], M. Ramos Laguera[i] y C. Montaña Guerra[j]

[a]Médico de Familia. CS Dávila. Santander. [b]Médico de Familia. SUAP Cotolino II. Cantabria. [c]Médico de Familia. SUAP Alisal. Cantabria. [d]Técnico Superior de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Cantabria. [e]Médico de Familia. CS Los Castros. Santander. [f]Médico de Familia. CS Dobra. Cantabria. [g]Médico de Familia; [i]Enfermera. CS Dávila. Cantabria. [h]Médico de Familia. CS de Ramales. Cantabria. [j]Técnico en imagen para diagnóstico. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Resumen

Descripción del caso: Mujer de 36 años sin antecedentes de interés, ni FRCV conocidos. No hábitos tóxicos. Parto eutócico hace 3 semanas. Acude por cefalea frontal izquierda irradiada a región laterocervical ipsilateral, opresiva, intensa empeorada desde hace aproximadamente 8 horas, no mejora con dexketoprofeno y dihidroergotamina mesilato/cafeína/propifenazona, además presenta sensación de adormecimiento en hemicuerpo izquierdo. No náuseas ni vómitos, no alteraciones visuales, fiebre ni otra clínica acompañante. Comenta una semana antes del parto presento episodio similar por lo que acudió a urgencias, al mejorar con analgesia endovenosa dieron alta; a las 24 horas posparto presenta mismo cuadro de cefalea progresiva con disartria y adormecimiento en región peribucal, hemilengua y región paranasal izquierda que se cedió espontáneamente en 2 horas. Ingresa para estudio, mantuvo leve hipoestesia en hemicuerpo izquierdo y cefalea sin signos de alarma, presentó cifras elevadas de tensión arterial por lo que se inició tratamiento con ARA II, dan alta con anticoagulación, pendiente de estudio de hipercoagulabilidad.

Exploración y pruebas complementarias: TA: 147/88, FC: 70 lpm, FR: 14 rpm, StO2: 98%. T: 35,6 ºC. Pares craneales normales. No claudicación de extremidades. Hemihipoestesia izquierda ROT +++. RCP flexor bilateral. No meníngeos. Adenopatías móviles dolorosas cervicales y retroauriculares bilaterales. Resto de exploración normal. Hemograma: leucocitos 6.400 (fórmula normal), Hb 14,4, Hto 43%. Plaquetas 286.000. Actividad de protrombina 100%. Bioquímica: PCR 0,5, triglicéridos 179, colesterol 204, LDH 267, resto normal. Serología: IgM/IgG citomegalovirus (CMV) positivas. ECG: normal. TAC craneal: defecto de repleción de vena yugular izquierda que se extiende intracranealmente (se completa estudio con ecoDTSA descartándose trombosis del segmento intracraneal). Adenopatías cervicales. RMN craneal: trombosis parcial en vena yugular interna. No defectos de repleción en senos venosos intracraneales.

Juicio clínico: Trombosis de vena yugular izquierda. Infección por CMV.

Diagnóstico diferencial: Cefalea pospunción dural, Enfermedad cerebrovascular, Angiopatía posparto.

Comentario final: El tromboembolismo venoso (TEV) es la principal causa no obstétrica de morbimortalidad materna. Los episodios de trombosis venosa ocurren antes del parto en un 75% de los casos, de los cuales un 50% ocurren en la semana 15 de gestación; por el contrario, el 66% de los eventos embólicos acontecen en el postparto. La trombosis venosa en la vena yugular (TVY) supone menos del 5% de las manifestaciones de la enfermedad tromboembólica venosa, frecuentemente pasa inadvertida, ya que suele ser asintomática. Las causas más frecuentes en esta localización son efectos locales (ejercicio físico extremo, traumatismos, utilización de catéteres, instrumentación quirúrgica), consumo de anticonceptivos orales y drogas por vía parenteral o estados de hipercoagulabilidad; puede ser manifestación de neoplasias (síndrome de Trousseau). Consideramos importante exponer este caso ya que se debe tener presente la posibilidad de trombosis venosa cerebral en todo paciente que presenta cefalea de inicio reciente, especialmente cuando existen condiciones como el embarazo y puerperio que favorecen su desarrollo, siendo la complicación principal en nuestra paciente el riesgo de fragmentación o progresión con embolización pulmonar secundaria, lo que justifica el inicio de anticoagulación.

BIBLIOGRAFÍA

1. McGregor EA. Headache in pregnancy. Neurol Clin. 2012;30:835-66.

2. Cantu C, Barinagarrementeria F. Cerebral venous thrombosis associated with pregnancy and puerperium: review of 67 cases. Stroke. 1993;24:1880-4.

1138-3593 / © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.