

Evento cerebro-vascular hemorrágico en paciente eclámptica Reporte de un caso

*Hemorrhagic cerebro-vascular event in an eclamptic patient
Case report*

.....
Gloria González, Yeny Rodríguez Irias*, Mabel Portillo**
.....

RESUMEN. La hemorragia, la infección y los trastornos hipertensivos que complican el embarazo son las causas más frecuentes de muerte materna. Una de las complicaciones más graves de los trastornos hipertensivos de la embarazo, ocurre a nivel cerebral la que se manifiesta como edema, trombosis y hemorragia. Presentamos el caso de una primigesta de 20 años, cuyo embarazo se complicó con eclampsia, se le realizó cesárea de manera oportuna; sin embargo se deterioró en forma rápida, curso con hemorragia y muerte cerebral y desafortunadamente muere 48 horas después.

Palabras clave: *Eclampsia. Embarazo. Trastornos hipertensivos.*

ABSTRACT. Hemorrhage, infection and hypertensive disorders that complicate pregnancy are the most common causes of maternal death. One of the more dire complications can happen in the brain, and is seen as edema, thrombosis and hemorrhage. We pre-

sent a case of a 20 year old primigravida, whose pregnancy was complicated with eclampsia, although cesarean section was made opportunely, she deteriorated quickly, developed cerebral hemorrhaging and brain death, unfortunately, 48 hours later she died.

Keywords: *Eclampsia. Hypertensive disorders. Pregnancy.*

INTRODUCCIÓN

La enfermedad hipertensiva complica aproximadamente 12 a 22% de los embarazos.¹ La eclampsia ocurre de manera menos frecuente, pero en pacientes con casos fulminantes de hipertensión inducida por el embarazo, esta puede desarrollarse. La hipertensión que aparece en la mujer embarazada puede llegar a ser mortal, se estima que alrededor del mundo unas 50 mil mujeres mueren anualmente por eclampsia.²

La eclampsia se diagnostica cuando ocurren convulsiones secundarias a una hipertensión inducida o agravada por el embarazo, las que pueden aparecer antes, durante y después del parto, inclusive hasta diez días posparto.^{1,2} Las pacientes con manejo y control oportuno de la enfermedad, por lo general evolucionan de manera satisfacto-

* Gineco obstetra. Departamento de Ginecología y Obstetricia del Hospital Materno Infantil.

** Médica General.

Dirigir correspondencia al Correo electrónico: marilyntoin@yahoo.com

ria; sin embargo, la causa más frecuente de muerte materna por eclampsia es la hemorragia intracraneal, que ocurre en aproximadamente 60% (Ref. 3).

Se presenta el caso, manejo y evolución de una primigesta adolescente con eclampsia que desarrolla un evento cerebro vascular hemorrágico secundario a la misma y lamentablemente fallece.

CASO CLÍNICO

Se informa el caso de una paciente primigesta de 18 años procedente de Moroceli, El Paraíso, con embarazo de 36 semanas 5 días de gestación, que fue atendida en la Sala de Emergencia de Ginecología del Hospital Materno Infantil, Tegucigalpa, traída por familiar con historia no muy clara de 12 horas de vómitos, cefalea y deterioro del estado de conciencia. La paciente tenía el antecedente importante de ser epiléptica desde los tres años de edad la cual era tratada con carbamazepina, sin crisis convulsivas desde hacía más o menos un año. A su ingreso se presentó con presión arterial de 140/100 mmHg, proteinuria cualitativa +++, obnubilada, sin trabajo de parto o cambios cervicales, con frecuencia cardíaca fetal normal. A su ingreso se le aplicó cuatro gramos de sulfato de magnesio como dosis de carga, se le tomaron exámenes de laboratorio y se presentó al servicio de anestesiología para su evaluación preoperatoria y solicitud de sala de operaciones, todas estas medidas duraron aproximadamente dos horas, posterior a lo cual se le realizó cesárea obteniendo recién nacida femenina de 2580 gramos y APGAR de 7 y 9 al primer y quinto minuto. En el postoperatorio, la paciente continuó obnubilada, con cifras de presión arterial diastólica entre 100 y 110 y con alteración de fosfatasa alcalina (1128 unidades/litro) y lactato deshidrogenasa (844 unidades/litro), el resto de sus pruebas de laboratorio estuvieron dentro de límites normales. Fue evaluada por el servicio de Medicina Interna en el postoperatorio encontrando Glasgow de diez, anisocoria y Babinsky izquierdo, por lo que se sospechó evento cerebro vascular posiblemente hemorrágico y se solicitó tomografía axial computarizada de cerebro. La paciente continuó manejo con sulfato de magnesio e hidralazina con el propósito de mantener la presión arterial media en 130, medida que se logró; sin embargo pocas horas después la paciente se deterioró a Glasgow de tres, mal estado general, con períodos de

apnea, por lo que se intubó para dar apoyo ventilatorio. Se realizó la tomografía que reportó hemorragia interventricular y dilatación ventricular aguda. La evaluación por neurocirugía indicó que había datos de muerte cerebral y como única medida heroica, el drenaje externo. La familia de la paciente no aceptó el procedimiento y la paciente continuó con apoyo ventilatorio. La paciente falleció 48 horas después. Sus familiares no autorizaron autopsia.

DISCUSIÓN

La incidencia publicada de eclampsia varía de 1 en 100 a 1 en 3448 embarazos. Este valor aumenta en pacientes nulíparas, no blancas, de nivel socioeconómico bajo o en pacientes mayores de 35 años. La mortalidad materna por esta enfermedad es alta en países en vías de desarrollo y de uno por cada 254 casos en países desarrollados. En resumen es de aproximadamente 4.2% (Ref. 4). En el caso expuesto, existen múltiples factores de riesgo para desarrollar eclampsia y por consiguiente sus complicaciones.

La enfermedad se diagnostica con el inicio de convulsiones tipo gran mal, en pacientes con signos y síntomas de preeclampsia; cabe mencionar que el 50% de las convulsiones ocurren antes del parto, 25% durante el parto y 25% en el posparto.⁵ Debe hacerse el diagnóstico diferencial con eventos cerebrovasculares, lesiones ocupativas del sistema nervioso central, otras enfermedades hipertensivas, epilepsia, enfermedades metabólicas, enfermedades infecciosas entre otras.⁶ En el caso de la paciente, ella contaba con el antecedente importante de epilepsia, que a pesar de estar siendo controlada y no presentar crisis convulsivas por un período de tiempo de un año, el embarazo y la hipertensión que desarrolló, fueron factores de importancia para que desencadenaran las convulsiones, deterioro del estado de conciencia secundaria a hemorragia cerebral. La falta de un control prenatal en clínica de alto riesgo y el retraso en acudir al Hospital, fueron condiciones que permitieron el agravamiento de la situación ya que pasaron aproximadamente doce horas desde el inicio de los síntomas sin adecuada intervención, lo que contribuyó al fallecimiento de la paciente.

En pacientes eclámpicas las anomalías neurológicas varían desde déficit transitorios y ceguera cortical hasta desprendimiento de retina, estado comatoso y muerte

cerebral. El daño cerebral incluye edema, hemorragia e infarto. Con el advenimiento de la tomografía axial computarizada, se puede investigar la naturaleza de las anomalías cerebrales de manera más rápida y oportuna.^{7,8}

Los sitios más comunes de hemorragia en pacientes no embarazadas son los ganglios basales, cerebelo y puente (3); sin embargo, en la paciente eclámpsica las lesiones se dividen en hemorragia petequiral de la corteza con áreas múltiples de isquemia, pequeñas hemorragias en la sustancia blanca subcortical y hemorragia hacia los ganglios basales que se rompen con frecuencia hacia los ventrículos, produciendo hemorragia subaracnoidea. La lesión más frecuente es la petequiral en los lóbulos occipitales.^{3, 6,9}

Por lo general la hemorragia intracerebral se manifiesta de forma aguda, con alteraciones neurológicas locales que reflejan la localización y tamaño del sangrado. La cefalea, vómitos y alteraciones del estado de conciencia indican un aumento de la presión intra craneana y la herniación y muerte ocurren rápidamente. En la hemorragia cerebral que se asocia con eclampsia el déficit focal puede no manifestarse hasta seis horas después del inicio de las convulsiones.^{3,8}

Además del tratamiento con sulfato de magnesio y antihipertensivos, este tipo de pacientes debe ser manejada en Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), para un tratamiento multidisciplinario. En la mayoría de los casos, la evacuación de hematomas no corrige la hiperten-

sión intracraneana, la cual se instala nuevamente a pocas horas de la cirugía.⁸ De no ser tratado a tiempo y de forma adecuada el pronóstico de este tipo de pacientes es reservado.

En relación a este caso, creemos que el desenlace pudo prevenirse, mediante la detección oportuna de la patología, uso de antihipertensivos durante el control prenatal y una adecuada elección del momento del parto.

REFERENCIAS

1. ACOG Practice Bulletin. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. No. 33, Jan 2002.
2. Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ: Hypertensive disorders in pregnancy. In: Williams Obstetrics. 21st ed. Mexico; Mc Graw-Hill. 2001; 693-744.
3. William CM. Life threatening complications of hypertension in pregnancy. In: Hypertensive disorders in women. Houston; Mc Graw-Hill. 2000; 165-180.
4. Odendaal HJ. Severe preeclampsia and eclampsia. In: Hypertensive disorders in women. Houston; Mc Graw-Hill. 2000: 41-57.
5. Cifuentes R. Hipertensión arterial y embarazo. En: Obstetricia de alto riesgo. 4 edición. Colombia, 1994:525-563.
6. Cobo E: Uterine hypercontractility in toxemia of pregnancy. Am J Gynecology, 2002; 90(4): 505.
7. Sibai BM, Fairlie FM. Eclampsia. In: Hypertensive disorders in women. Houston. Mc Graw-Hill: 2000; 188-190.
8. Sibai BM, Spinnato JA, Watson DL, et al. Eclampsia IV. Neurological findings and future outcome. Am J Obstet Gynecol. 1985; 152:184.