

REPORTE DE CASO

Hemorragia intracraneal espontánea durante el puerperio: estudio de caso

Spontaneous intracranial hemorrhage during postpartum: case study

Karen Aguilar Báez¹, Margareth Daza Maestre¹, María Gómez Guevara²,
Dany Gutiérrez Cardona¹, Melissa Mena Rosales¹

RESUMEN

La cefalea es un hallazgo frecuente en el periodo posparto por causas multifactoriales, siendo una de ellas, aunque no la más frecuente, la hemorragia intracraneal espontánea (HIE). Esta etiología tiene diferentes tasas de incidencia de acuerdo con la población tratada, con causas claramente establecidas en puerperio como lo son la ruptura de aneurisma y/o malformaciones vasculares.

Presentamos el caso de una mujer puérpera joven, sin antecedentes de importancia, quien consulta al servicio de urgencias por cefalea, con estudios iniciales aparentemente normales, sin factores de riesgo importantes como presencia de hipertensión arterial, con posterior progresión a una HIE, descartando de forma inicial las causas más frecuentes para estos casos.

El siguiente estudio de caso busca encontrar posibles etiologías de menor prevalencia que se ajusten con el cuadro de la paciente, además de factores pronósticos en el momento de realizar el proceso de rehabilitación.

Palabras clave: Posparto, hemorragia intracerebral, hemorragia subaracnoidea, ataque cerebrovascular hemorrágico, rehabilitación, factores predictivos de funcionalidad.

DOI: <http://dx.doi.org/10.28957/rmfr.v27n1a7>



ABSTRACT

Headache is a frequent finding in the postpartum period due to multifactorial causes, one of them, although not the most frequent one, is spontaneous intracranial hemorrhage (HIE). This etiology has different incidence rates according to the treated population, with clearly established causes in the puerperium such as aneurysm rupture and / or vascular malformations.

We present the case of a young puerperal woman, without important antecedents, who consults with the emergency department with headache, with apparently normal initial studies, without important risk factors like presence of arterial hypertension, with progression to an HIE, initially discarding the causes more frequent for these cases.

The following case study seeks to find possible etiologies of lower prevalence that fit with the patient's condition, in addition to prognostic factors at the time of the rehabilitation process.

Key words: Postpartum, intracerebral haemorrhage, subarachnoid haemorrhage, hemorrhagic stroke, rehabilitation, functional outcome prediction.

DOI: <http://dx.doi.org/10.28957/rmfr.v27n1a7>



Autores:

¹Médicos residentes, Especialización en Medicina Física y Rehabilitación, Universidad de La Sabana, Chía, Colombia

²Médica especialista en Medicina Física y Rehabilitación. Coordinadora de Especialización de Medicina Física y Rehabilitación, Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana. Docente de la Universidad de La Sabana, Chía, Colombia

Recibido:

14 de marzo de 2017

Aceptado:

11 de mayo de 2017

Correspondencia:

melissamero@unisabana.edu.co

Conflictos de interés:

Ninguno

INTRODUCCIÓN

El periodo del puerperio es caracterizado por cambios fisiológicos y hormonales, privación de sueño, estrés psicológico y fatiga, además de los procedimientos en periparto como la anestesia raquídea; todo sumado, predispone a que la cefalea en el puerperio sea una entidad común. Sin embargo, debe hacerse el adecuado diagnóstico, con entidades como la hemorragia intracraneal espontánea, ya que se convierte en una potencial causa de mortalidad y morbilidad materna, siendo las principales causas la ruptura de aneurisma cerebral y malformaciones arteriovenosas. Se presenta un reporte de caso, donde la cefalea fue el síntoma cardinal para llegar al diagnóstico de hemorragia intracraneal espontánea, como diagnóstico de exclusión.

PACIENTE Y EVOLUCIÓN

Motivo de consulta: Cefalea intensa.

Enfermedad actual: Paciente en puerperio mediato G2 P0 C2 A0, sin antecedentes patológicos, quien consulta por presentar cuadro clínico de 12 horas de evolución, cefalea de inicio súbito, intensidad 10/10, pulsátil, de localización frontal, que exacerba con decúbito supino, disminuye con AINE, pero no cede, concomitante con dolor retro ocular, sin signos meningeos.

Examen físico de ingreso: TA: 137/79 FC: 76X MIN FR 20 X MIN, sin alteraciones adicionales en el examen general. Examen neurológico: Sin alteración en el examen mental, ni en pares craneales. No focalización motora ni sensitiva. Fondo de ojo sin alteraciones. No alteraciones cerebelosas.

Neurología considera cefalea con signos de alarma, observación intrahospitalaria, manejo analgésico, estudios complementarios.

Anestesiología descarta cefalea postpunción dadas las características de aparición de la cefalea y su relación con punción única atraumática.

Durante la hospitalización se registran cifras tensionales sistólicas elevadas (140-150mmHg) y se inicia manejo con nifedipino; pese a manejo instaurado persistía la cefalea. En su segundo día de hospitalización presenta de forma súbita exacerbación de la cefalea, concomitante con somnolencia, deterioro neurológico GCS 7 y parálisis facial central derecha, requiriendo IOT, y traslado a cuidado intensivo. Se realiza TC, encontrando hemorragia en ganglios basales izquierdos, extendida a brazo anterior de cápsula interna y frontal ipsilateral, con irrupción ventricular, desviación de línea media mayor de 0,5cm, edema perilesional y HSA. Hemorragia subaracnoidea Fisher IV, H-H 4. Se realiza panangiografía cerebral, pero no se observan aneurismas ni malformaciones arteriovenosas ni fistulas durales ni trombosis de senos venosos. Desviación de izquierda a derecha de arterial cerebral anterior por efecto de masa de hematoma frontal.

Neurocirugía realiza drenaje de hematoma cerebral y derivación ventricular externa; posteriormente, por persistencia de signos de HTE, se realiza la craniectomía descompresiva. Durante su estancia en UCI realizan traqueostomía y gastrostomía. Una vez se da egreso hospitalario, la paciente inicia intervenciones terapéuticas con terapia física, fonoaudiología y ocupacional domiciliarias. Tres meses después del evento, la paciente inicia proceso interdisciplinario de rehabilitación en centro de rehabilitación especializado en neurorrehabilitación, documentándose a la valoración médica en dicho centro los siguientes hallazgos relevantes: independencia en alimentación, en higiene menor requiere uso de pañal, participa en vestido e higiene mayor, realiza rolados en cama y uso de ayudas externas tipo silla de ruedas. Al examen físico, con afasia de Broca, hemiplejia derecha espástica Ashworth 1+, ausencia de patrones motores, control de tronco aceptable en sedente, adopta posición bípeda con apoyo sin adecuada descarga de peso en miembro inferior derecho e inicia desplazamiento no funcional. En tomografías de control posterior a su egreso institucional, se observa área

de encefalomalacia frontal izquierda. Figura 1, Tabla 1.

DISCUSIÓN

La cefalea es un hallazgo común en el periodo posparto y hay datos limitados que

describan su causa y tratamiento; el reporte es muy variable y su prevalencia oscila entre el 11 y el 80%. Este es un síntoma común debido a cambios como deprivación de sueño, ingesta irregular de alimentos, deshidratación y fluctuaciones hormonales como los niveles de estrógeno¹.

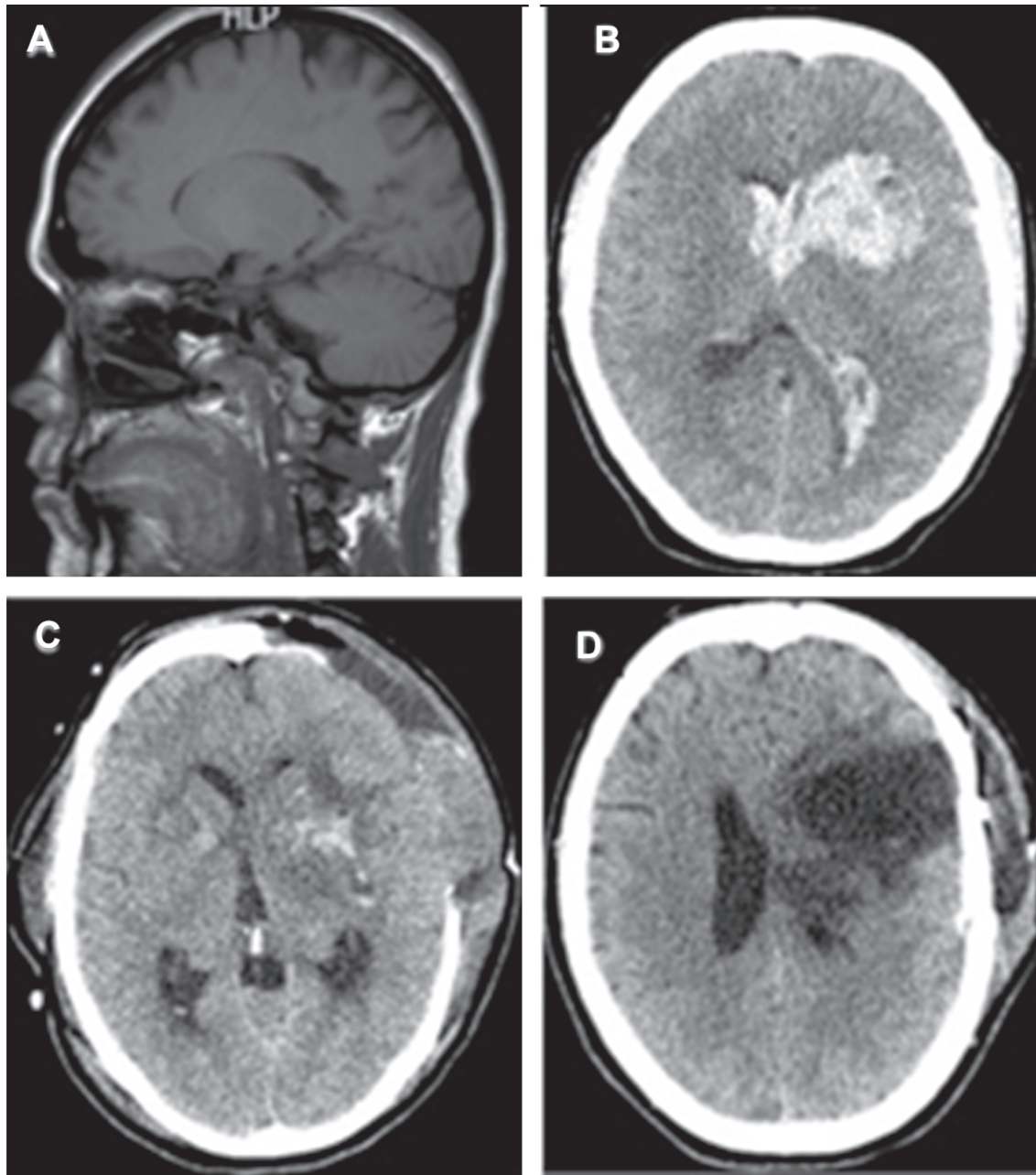


Figura 1. A) RM de ingreso (Normal). B) TC cráneo simple de urgencia: Hemorragia en ganglios basales izquierdos, extensión brazo anterior de cápsula interna y lóbulo frontal ipsilateral. C) TC cráneo simple: craniectomía descompresiva. D) TC cráneo simple: encefalomalacia del lóbulo frontal izquierdo.

Tabla 1. Paraclínicos de ingreso.

Examen	Resultado
Proteinuria	17,98 mg/24horas
Creatinina	0,73mg/dl
Acido úrico	5,9 mg/dl
Hemograma	Hemoglobina 11gr/dl, hematocrito 34%, leucocitos 8850cel/ml, plaquetas 311.000cel/ml
LDH	188U/L
AST	14U/L
ALT	51U/L
Perfil hematológico	Fibrinógeno, curva de agregación plaquetaria, factor VII, factor XI, factor XII, factor de Von Willebrand: todos normales
Perfil reumatológico	Anticoagulante lúpico: débilmente positivo (dudoso) Anticuerpos anti DNA, anticuerpos antinucleares: normales Anticuerpos anticitoplasma y mieloperoxidasa: anormales, se encuentran disminuidos. Anticardiolipina IgM, anticardiolipina IgG: negativos

Se pueden clasificar las cefaleas en primarias y secundarias. Dentro de las cefaleas primarias encontramos la migraña, la cefalea tensional y la cefalea en racimo; y como cefaleas secundarias están posterior a anestesia regional, complicaciones obstétricas o de lesiones neurológicas como la hemorragia intracraneal espontánea (HIE)¹.

Semiológicamente, según Stein, se presenta usualmente bifrontal, prolongada (más de 12 horas), con fotofobia o náuseas/anorexia, con antecedente de migraña que responde a analgésicos menores y no es tan severa como una migraña clásica.²

En un estudio realizado por Stella y Jodicke, donde recolectaron datos de 95 mujeres con cefalea de más de 24 horas de evolución, hasta 42 días después del parto, encontraron que la media del tiempo de instauración fue de 3,4 días (rango 2-32 días) después del parto. La cefalea tipo tensional/migraña fue la causa más común (47%). Preeclampsia/eclampsia 24%, cefalea por compresión espinal 16%.²

La HIE consiste en el sangrado de la cavidad craneal, el cual no es secundario a trauma; puede ocurrir en cualquier compartimiento del cráneo, presentándose de diferentes formas: las más comunes son la hemorragia intracerebral

(HIC), que ocurre en un 20 a 30 % de los casos, y la hemorragia subaracnoidea (HSA), en un 10 % de los casos.^{3,4}

La HIE en puerperio (tomándose como las dos primeras semanas posparto) es un evento poco frecuente; se encuentra una diferencia significativa en su incidencia de acuerdo a la región, pues es más frecuente en países orientales (10,5-53/100.000 per) comparados con países occidentales (4,6-9,7 por cada 100.000 per)⁵. De acuerdo con Kittner, los trastornos hipertensivos son el principal factor de riesgo durante el puerperio, relacionado hasta en un 44% con HIE⁶; Bateman reportó una alta correlación con los trastornos hipertensivos como preeclampsia, hipertensión preexistente e hipertensión gestacional, aumentando su riesgo en 10, 6 y 4 veces, respectivamente⁷. Las causas frecuentemente encontradas en puerperio son rupturas de aneurisma (aumento de riesgo de 0,4 comparado con la población general)⁸ y malformaciones vasculares; algunos hospitales han estudiado el riesgo de la ruptura de malformación arteriovenosa (AVM)⁹ y no se ha evidenciado que aumente durante el embarazo y el puerperio, reportándose menos del 5% durante el embarazo y el 2% durante el puerperio con datos estadísticamente significativos^{10,11}; por otro lado, estados de hipercoagulabilidad y antecedentes de tabaquismo u obesidad se han visto relacionados¹².

Lo interesante de este caso radica en que todas las patologías previamente mencionadas se descartaron mediante estudios imagenológicos y paraclínicos, haciéndose necesaria la búsqueda de otras etiologías con menor frecuencia, llegando al diagnóstico final en el caso reportado de HIE.

Antes de iniciar un proceso de rehabilitación, se deben determinar factores pronósticos, los cuales servirán para guiar el tratamiento en aquellos pacientes que podrán responder satisfactoriamente y evitar tratamientos prolongados en aquellos que tendrán poca probabilidad de respuesta.

Según la literatura, los principales predictores de funcionalidad son la recuperación de la función motora, la independencia en las actividades de vida diaria (AVD) y la marcha.

La recuperación motora lleva una secuencia de ganancia de movimiento de proximal a distal. La importancia de este patrón de recuperación radica en que algunos pacientes pueden progresar rápidamente a través del patrón de recuperación anteriormente descrito y otros, por el contrario, pueden parar su recuperación en algún nivel dependiendo de la severidad de la lesión; para esto se utiliza más frecuentemente la escala Fugl Meyer Assement (FMA) para miembro superior.¹³

La independencia de AVD es principalmente valorada con las escalas de Barthel, el MRS y el NIHSS. El encontrar un MRS menor de 2, Barthel mayor de 95 o NIHSS menor de 10 en la admisión es predictor favorable para la recuperación de AVD¹⁴. Otros factores determinantes para la recuperación de independencia de AVD son la continencia urinaria, buen balance de tronco, ausencia de afasia y ausencia de diabetes mellitus como antecedente personal¹⁵.

En cuanto a la marcha, el pronóstico es bastante bueno, de manera que 70% a 80% de los pacientes vuelven caminar, pero solo el 30% a 50% retornan a la deambulacion en la comunidad¹⁶.

Reding y Potes en su estudio reportaron el tiempo de evolución en el cual se inicia nuevamente la marcha posterior al evento, encontrando un tiempo aproximado de 14 semanas en pacientes con hemiplejía motora pura, 22 semanas en déficits sensitivo y motor, y 28 semanas para aquellos con déficit en habilidades motoras, sensitivas y visuales.⁷

Para el caso descrito encontramos que nuestra paciente realizó el proceso interdisciplinario PIR en la clínica Universidad de la Sabana liderado por un médico fisiatra con el equipo requerido para la intervención, conformado por terapia física, terapia ocupacional, fonoaudiología, psicopedagogía, psicología, psiquiatría, neurología y enfermería, por un periodo de un año, desde marzo de 2016 hasta marzo de 2017, en un programa intensivo de lunes a viernes, intensidad horaria por semana aproximada de 5 a 6 horas.

Al inicio del proceso, ingresa con una dependencia modificada con Barthel de 45 y con restricción para la marcha. Al finalizar el proceso interdisciplinario de rehabilitación, egresa con dependencia leve dada por un Barthel de 90 y realizando marcha con ayuda externa tipo bastón canadiense.

En cuanto a su seguimiento posterior al egreso del centro de rehabilitación, se documenta que la paciente continúa con el mismo cuidador, con manejo domiciliario bajo las recomendaciones dadas por nuestro equipo terapéutico, sin cambios en la escala de independencia funcional. De acuerdo con lo encontrado en la literatura y según lo reportado en el estudio de caso de nuestra paciente, hace parte del 70 a 80% de los pacientes que vuelven a caminar con un pronóstico bastante favorable en comparación con su cuadro inicial.

CONCLUSIÓN

En la búsqueda de literatura referida a hemorragia intracraneal espontánea en pacientes

en puerperio no se encontraron suficientes estudios referentes a mujeres jóvenes sin antecedentes médicos como se plantea en el caso expuesto. El reporte y la investigación de este grupo de pacientes se hace necesario debido al gran compromiso que deja esta entidad, no solo por las secuelas neurológicas, sino además por el alto impacto social, al ser afectadas mujeres jóvenes en edad fértil que deben dejar de lado su rol laboral, en el hogar y en la sociedad, debido a las limitaciones inherentes a esta patología.

CONTRIBUCIÓN DE LOS AUTORES

Los médicos residentes realizaron la descripción del caso clínico y con base en este decidieron investigar. La Dra. María Catalina Gómez Guevara, como coordinadora de la Especialización en Medicina Física y Rehabilitación de la Universidad de la Sabana, aprobó la realización de este estudio de caso y estuvo al tanto del desarrollo de la investigación, orientando a los residentes y resolviendo dudas.

RESPONSABILIDADES ÉTICAS

Protección de personas y animales

Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado

Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Financiación

Ninguna

REFERENCIAS

1. Stella CL, Jodicke CD, How HY, Harkness UF, Sibai BM. Postpartum headache: is your work-up complete? *Am J Obstet Gynecol* 2007;196: 318.e1-318.e7.
2. Klein AM, Loder E. (2010). Postpartum headache. *International Journal of Obstetric Anesthesia*, 19, 422-30.
3. Bassel Zebian, Giles Critchley. Spontaneous intracranial haemorrhage. *Surgery*. 2015 ago;33(8):363-68.
4. Hiroharu Kataoka,1 Takekazu Miyoshi,2 Reiko Neki,2 Jun Yoshimatsu,2 Hatsue Ishibashi-Ueda,3 and Koji Iihara1. Subarachnoid Hemorrhage From Intracranial Aneurysms During Pregnancy and the Puerperium. *Neurol Med Chir*. 2013; 53:549-54.
5. Khan M1, Wasay M. (). Haemorrhagic strokes in pregnancy and puerperium. *International Journal of Stroke*. 2013 jun 8;4:265-72.
6. Da Silva E, Simon O. Accidents vasculaires cérébraux, grossesse et post-partum. *La revue sage femme*. 2006;5(1):7-17.
7. Bateman BT, Schumacher HC, Bushnell CD et al. Intracerebral hemorrhage in pregnancy: frequency, risk factors, and outcome. *Neurology* 2006; 67:424-9.
8. Razmara A, Bakhadirov K, Batra A, Feske S. Cerebrovascular complications of pregnancy and the postpartum period. *CurrCardiol Rep*. 21 septiembre 2014;16:532.
9. Shih-Jung Cheng, Pei-Hao Chen, Lu-An Chen, Chih-Ping Chen. Stroke during pregnancy and puerperium: clinical perspectives. *Taiwan J Obstet Gynecol*. 2010; 49(4):395-400.
10. Tiel GA, Rinkel GJ, vanderBom JG, Algra A, Klijn CJ. The risk of aneurysmal subarachnoid hemorrhage during pregnancy, delivery, and the puerperium in the Utrecht population: case-crossover study and standardized incidence ratio estimation. *Stroke* 2009;40:1148-51.
11. Lin Foo a, Susan Bewley b, Anthony Rudd c. Maternal death from stroke: a thirty year national retrospective review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*. 2013;171:266-70.
12. Jang SH. The recovery of walking in stroke patients: a review. *Int J Rehabil Res* 2010;33:285-9.
13. Lee S, Shafe AC, Cowie MR. UK stroke incidence, mortality and cardiovascular risk management 1999-2008: time-trend analysis from the General Practice Research Database. *BMJ Open*. 2011 Jan 1;1(2):e000269.
14. Richard Harvey. Predictors of functional outcome following stroke. *Physical Medicine Rehabilitation*. 2015;26:583-98.
15. Kwakkel G, Veerbeek JM, van Wegen EE, et al. Predictive value of the NIHSS for ADL outcome after ischemic hemispheric stroke: does timing of early assessment matter? *J NeurolSci*. 2010;294:57-61.
16. Protopsaltis J, Kokkoris S, Korantzopoulos P, et al. Prediction of long-term functional outcome in patients with acute ischemic non-embolic stroke. *Atherosclerosis* 2009; 203:228-35.

