

## SÍNDROME DE ENCEFALOPATIA POSTERIOR REVERSIBLE EN EL POSTPARTO. ESTUDIO DE CASO

*Posterior reversible encephalopathy syndrome in postpartum. Case study*

DOI: <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0053>

Villamar Macias Luis Xavier <sup>1\*</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-8882-7309>

Bajaña Quinto Maricela Carolina <sup>2</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-0431-8679>

Pinos Calle Jorge Roberto <sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0001-9846-6906>

Manzano Altamirano Joao Antonio <sup>1</sup>

<https://orcid.org/0000-0002-7213-0870>

Recibido: 27 de junio de 2020

Aprobado: 27 de agosto de 2020

de forma precoz y oportuna la condición, reducir la morbimortalidad materna y las secuelas neurológicas a largo plazo.

### RESUMEN

El objetivo del presente ensayo es evaluar el síndrome de encefalopatía posterior reversible en el posparto en una paciente de 22 años, sin antecedentes patológicos personales, antecedentes ginecoobstetricos G(1), C(1), A(0), P(0). Antecedente quirúrgico, cesárea segmentaria de 39 semanas de gestación que es referida por presentar cuadro clínico de 24 horas posteriores a la cesárea segmentaria con dolor abdominal, vómitos y distensión abdominal por lo que es intervenida quirúrgicamente donde realizan re-lapartomias para control de daños. Es ingresada a la Unidad de terapia intensiva con apoyo ventilatorio y sin apoyo vasopresor. Se le realiza Angioresonancia evidenciándose, en secuencia s3DI MC, se identifican las arterias cerebrales anteriores, arterias cerebrales medias, arterias comunicantes posteriores, arteria comunicante anterior y el segmento P1, P2 de la arteria cerebral posterior bilateral con diámetros trayectos conservados. Sin embargo, llama la atención la disminución del diámetro de las arterias corticales de las arterias cerebrales posteriores segmento P3 bilateral. Se concluye que el conocimiento del PRES debe ser extenso y de amplia difusión, de modo que todos los actores relacionados con el cuidado de la salud materna identifiquen

1. Hospital Luis Vernaza De Guayaquil

2. Hospital Matilde Hidalgo De Procel

\*Correspondencia: [xavic\\_22@hotmail.com](mailto:xavic_22@hotmail.com)

## ABSTRACT

The objective of this trial is to evaluate the posterior reversible encephalopathy syndrome in the postpartum in a 22-year-old patient, with no personal medical history, G (1), C (1), A (0), P (0). Surgical history, segmental cesarean section of 39 weeks of gestation that is referred for presenting a clinical picture 24 hours after segmental cesarean section with abdominal pain, vomiting and abdominal distension, for which she undergoes surgery where re-laparotomies are performed for damage control. She admitted to the intensive care unit with ventilator support and without vasopressor support. Angio-resonance performed, showing, in s3DI MC sequence, the anterior cerebral arteries, middle cerebral arteries, posterior communicating arteries, anterior communicating artery and segment P1, P2 of the bilateral posterior cerebral artery with preserved trajectory diameters identified. However, the reduction in the diameter of the cortical arteries of the bilateral posterior cerebral arteries segment P3 is striking. It concluded that the knowledge of PRES should be extensive and widely disseminated, so that all actors related to maternal health care identify the condition early and in a timely manner, reduce maternal morbidity and mortality and long-term neurological sequelae.

## INTRODUCCIÓN

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) es una patología inusual, de causa y prevalencia desconocida durante la gestación; se desarrolla preferentemente en el tercer trimestre de gestación y en el puerperio, como señala Grillo-Ardilla. Fue descrito por primera vez en 1996, por Hinchey. Se trata de una entidad clinicoradiológica de presentación aguda o subaguda. Sus síntomas más frecuentes son: cefalea, vómitos, al-

teraciones del estado mental con confusión, disminución de la alerta, trastornos visuales y convulsiones. Sus signos son neurológicos focales, como hemiparesias o debilidad muscular de las extremidades. (1)

Suele acompañarse de hipertensión. De hecho, la preeclampsia, la eclampsia y el síndrome de HELLP (hemolysis elevated liver enzymes and low platelets) son las patologías obstétricas más relacionadas con el PRES, aunque también se han descrito casos en pacientes normotensas (1).

Los hallazgos en la imagen por resonancia magnética (IRM) son característicos de edema vasogénico. Es una entidad que cada vez se detecta con mayor frecuencia en la práctica neurológica y se ha asociado con diversos factores y procesos patológicos (2). Se postulan varios mecanismos fisiopatológicos, tales como la vasoconstricción, el aumento de la perfusión y el daño en dotelial (3), por lo que la característica más importante de este síndrome es la presencia de lesiones cerebrales, más frecuentemente bilaterales, aunque también se han descrito casos de afectación unilateral, causadas por edema cerebral, especialmente en la región occipital posterior (diagnosticado mediante resonancia magnética [RM]) (1).

El PRES en el síndrome de HELLP puede ser más agresivo si se encuentra asociado a hipertensión maligna y coagulopatía. Se necesitan estudios con un mayor número de pacientes y seguimientos a largo plazo que permitan describir características más específicas de la historia natural de la enfermedad. El conocimiento del PRES debe ser extenso y de amplia difusión, de modo que todos los actores relacionados con el cuidado de la salud materna identifiquen de forma precoz y oportuna la condición, reducir la

morbimortalidad materna y las secuelas neurológicas a largo plazo. Es importante incluir en los protocolos de manejo de las pacientes obstétricas con trastornos hipertensivos el momento idóneo para la realización de RM en técnicas FLAIR y T2 para el diagnóstico de esta condición (4). Es de vital importancia de realizar un diagnóstico precoz para iniciar un tratamiento eficaz lo antes posible, con el objetivo de intentar evitar el desarrollo de secuelas. Como ya hemos comentado el PRES es una complicación relativamente infrecuente del tratamiento quimioterápico en niños, pero el aumento de la prevalencia del cáncer infantil, así como una mayor supervivencia, probablemente hagan que la incidencia del cuadro aumente en los próximos años (5).

Entre los factores de riesgo que pueden indicar el curso maligno o el desenlace fatal del síndrome, se encontraron: origen hipertensivo, compromiso holohemisférico, extensa distribución del edema, transformación hemorrágica, hiperglucemia en el momento del ingreso, hipoglucorraquia y retraso en la corrección de la causa aparente urgencia hipertensiva (6). Por ello, el objetivo del presente ensayo es evaluar el síndrome de encefalopatía posterior reversible en el posparto, caso de una paciente de 22 años.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 22 años sin antecedentes patológicos personales, antecedentes ginecoobstetricos G(1), C(1), A(0), P(0), antecedentes quirúrgico cesárea segmentaria de 39 semanas de gestación que es referida por presentar cuadro clínico de 24 horas posteriores a la cesárea segmentaria, dolor abdominal, vómitos y distensión abdominal por lo que es intervenida quirúrgicamente donde realizan Laparotomía Exploratoria encontrando perforación de intestino delgado de 1 cm de longitud a 60 cm de válvula, pasa a

unidad de cuidados intensivos bajo sedación y analgesia en ventilación mecánica sin soporte vasopresor.

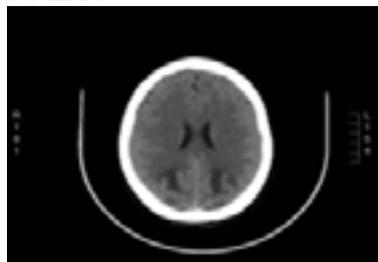
Con evolución quirúrgica tórpida que necesito 3 re-laparotomías por presentar: asas intestinales edematosas, con abundantes natas de fibrina, múltiples adherencias entero-entéricas y colecciones seropurulentas interasas, con abdomen abierto, con bolsa de Bogotá, ya en última intervención realizaron limpieza de cavidad, sin evidencia de colecciones y cierre de cavidad.

Se le suspende la sedación e inicia protocolo de destete de la ventilación mecánica, con buena fuerza muscular, reflejo tusígeno presentes, se realiza prueba de respiración espontánea, según evolución extubación, se mantiene hipertensa con TAM 110mmhg y taquicardia, manejada con NTG, Atenolol y Amlodipino, medio interno cursa con hiponatremia, densidad urinaria aumentada y densidad plasmática baja, con ritmo diurético aumentado, diuresis 5500 cc en 24 horas, se cataloga con CPS, manejado con hipertónica al 3%. Es extubada previo a pruebas específicas, con buena mecánica ventilatoria al principio, luego de 12 horas taquipneas, con mala mecánica por lo que requirió reintubación, y se programó traqueotomía percutánea.

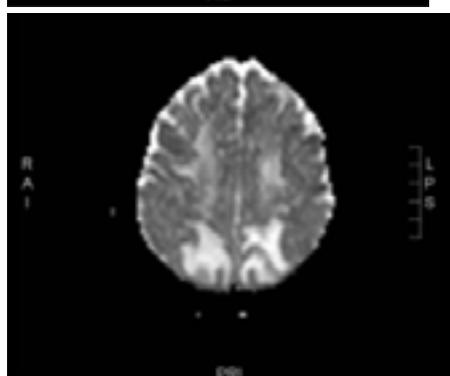
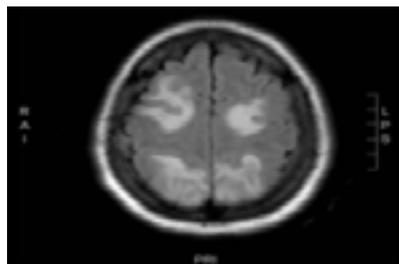
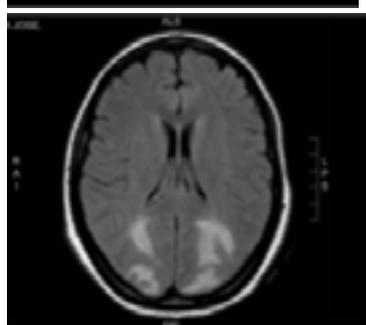
Se realiza examen de fondo de ojo por presentar visión borrosa observándose segmento anterior de ojo izquierdo lesión corneal - se aplica fluoresceína y se observa lesión corneal inferior, epitelial que abarca hora 5 - 7, fondo de ojo derecho retina aplicada - excavación de nervio óptico 0.3 - no se observa lesiones.

Posterior cursa con actividad psicomotriz, irritable, no colabora, además mirada fija, sin alteración metabólica por lo que se solicita TC de cráneo, donde se

evidencia imágenes hipotensas en topografía de región frontoparietal y occipital bilateral que pueden estar en relación con PRES.

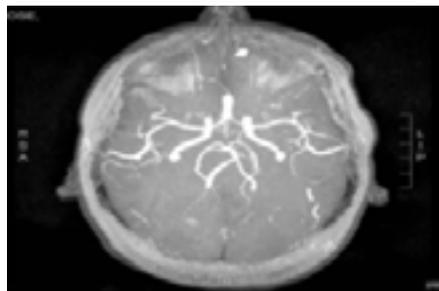
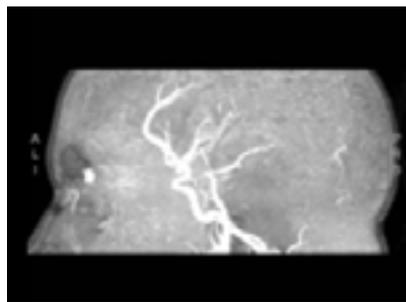


Se profundiza estudio con IRM cráneo perfusión/difusión observándose: edema de tipo vasogénico en topografía de las circunvoluciones frontal media, parietal y occipital bilateral, hiperintenso en T2, hiperintenso en Flair, hipointenso en T1 que no restringe en secuencia de difusión.

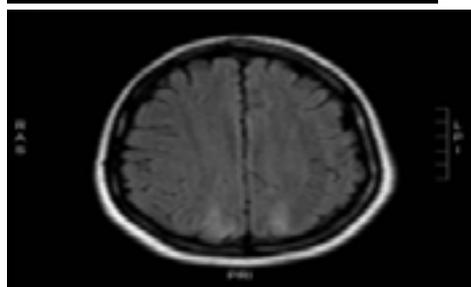


Se solicita electroencefalograma para descartar episodio epiléptico no convulsivo en EEG en montajes horizontal y transversal se observa brotes de ondas agudas y lentas predominio en regiones frontales y centrales correspondientes a grafo elementos epileptiformes. Se inició tratamiento antiepiléptico con fenitoina y levetiracetan más control de presión arterial con infusión de labetalol.

Se le realiza Angioresonancia evidenciándose en secuencia s3DI MC se identifican las arterias cerebrales anteriores, arterias cerebrales medias, arterias comunicantes posteriores, arteria comunicante anterior, el segmento P1, P2 de la arteria cerebral posterior bilateral con diámetros trayectos conservados. Sin embargo, llama la atención la disminución del diámetro de las arterias corticales de las arterias cerebrales posteriores segmento P3 bilateral.



Evoluciona favorablemente con mejor estado neurológico y hemodinámico por lo que es decanulada y pasa a cuidados intermedios. Varias semanas después le realizan un nuevo control de resonancia magnética de cerebro, donde se identifican hiperintensidades en sustancia blanca profunda en topografía de la circunvolución frontal media bilateral. Presencia de hiperintensidad cortical giriforme en región parietal bilateral, hiperintensa en T2 hiperintensa en Flair que restringen en secuencia de difusión. Se observa notable mejoría relación con estudio anterior y es dada de alta.



## CONCLUSIONES

El Síndrome de Encefalopatía Posterior Reversible en el posparto es una condición clínica y radiológica subdiagnosticada en la paciente obstétrica. Se conoce que, en las pacientes con Eclampsia, tiene una presentación clínica y radiológica más leve que en población sin trastornos hipertensión en el embarazo. En el síndrome de HELLP puede ser más agresivo si se encuentra asociado a hipertensión maligna y coagulopatía. Se necesitan estudios con un mayor número de pacientes y seguimientos a largo plazo que permitan describir características más específicas de la historia natural de la enfermedad. El conocimiento del PRES debe ser extenso y de amplia difusión, de modo que todos los actores relacionados con el cuidado de la salud materna identifiquen de forma precoz y oportuna la condición, reducir la morbimortalidad materna y las secuelas neurológicas a largo plazo. Es importante incluir en los protocolos de manejo de las pacientes obstétricas con trastornos hipertensivos el momento idóneo para la realización de RM para el diagnóstico de esta condición.

## REFERENCIA:

- (1). Castrillo Granado S, Sánchez de la Fuente M. Síndrome de encefalopatía posterior reversible y puerperio. A propósito de un caso. *Matronas Prof.* 2016; 17(1): e1-e6.
- (2). Saniger Alba María del Mar, Rodríguez Balaguer Rainier, Arévalo Ortiz Víctor H. Síndrome de encefalopatía posterior reversible: No siempre reversible y no necesariamente confinada a las regiones posteriores del cerebro. *Revista Mexicana de Neurociencia.* Septiembre-Octubre, 2010; 11(5): 373-377. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revmexneu/rmn-2010/rmn105i.pdf>

- (3). J.A. Matias-Guiu S. García-Ptacek, C.M. Ordás, A. Marcos-Dolado, J. Porta-Etessam. Síndrome de encefalopatía posterior reversible recurrente con respuesta a nimodipino. Carta al editor. Vol. 27. Núm. 6 páginas 378-380 (Julio - Agosto 2012). Doi:10.1016/j.nrl.2011.12.013. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-sindrome-encefalopatia-posterior-reversible-recurrente-S021348531200014X>
- (4). Álvarez-Pabón Yelitz, Beltrán-Avenida Mónica, Di Lizio-Miele Katyna Gabriela. Síndrome de encefalopatía posterior reversible, eclampsia y síndrome de hellp. Rev. chil. obstet. ginecol. [Internet]. 2017 Jun [citado 2020 Dic 21]; 82( 3): 280-292. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262017000300280>
- (5). I. San Martín García, R. Urabayen Alberdia, V. Díez Bayonaa, M. Sagasetta de Ilúrdoz Urangaa, J. Esparza Estaunb, J. Molina Garicanao, S. Berisa Prado. Síndrome de encefalopatía posterior reversible: 5 casos relacionados con quimioterapia. Anales de pediatría. Vol. 80. Núm. 2. páginas 117-121 (Febrero 2014). DOI: 10.1016/j.anpedi.2013.05.001. Disponible en: <https://www.anales-depediatria.org/es-sindrome-encefalopatia-posterior-reversible-5-articulo-S1695403313002129>
- (6). Ulises Torres, Moisés; Delgado, Ligia Victoria; Giraldo, Natalia; Urueña, Piedad; Franco, Sergio; Hernández, Olga Helena. Síndrome de encefalopatía posterior reversible: reporte de un caso fatal y análisis de factores predictores de mal pronóstico Biomédica, vol. 37, núm. 1, 2017, pp. 12-19 Instituto Nacional de Salud Bogotá, Colombia. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/843/84350126004.pdf>

