

Casos Clínicos

Ictus isquémico poscefalea migrañosa en gestante a término

*Carlos Iglesias S.*¹, *Daniel Abehsera D.*¹, *Mireia Cruceyra B.*¹, *Onica Armijo S.*¹, *Antonio González G.*¹

¹ Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España.

RESUMEN

Se presenta el caso de una primigesta de 32 años que acude en la semana 38,3 por cefalea de carácter migrañoso de aparición brusca e intensidad moderada de dos días de evolución, asociada a fotopsias y a pérdida definida de un campo de la visión lateral izquierda. Tras descartar otra focalidad neurológica y preeclampsia se comprueba el bienestar fetal y es valorada por oftalmólogos y neurólogos diagnosticando una cuadrantapnosia superior izquierda asociada a un síndrome de vasoconstricción cerebral reversible. La resonancia magnética revela un infarto cerebral en el territorio de la arteria cerebral posterior derecha y se comprueba en la angio-resonancia el defecto de repleción. Valorando la posibilidad de un inicio espontáneo del parto y la necesidad de iniciar tratamiento médico con ácido acetil salicílico para resolver el ictus se realiza una cesárea urgente con anestesia general con excelente resultado obstétrico y materno.

PALABRAS CLAVE: *Gestación, migraña, ictus*

SUMMARY

We report a case of a 38.3 weeks first pregnancy woman o 32 year old who comes to the emergency service because she referred a two day acute migraine headache of sudden appereance with spintherism and a loose of a part of the left visual field. She did not had convulsive seizures nor strength or sensitive looses. Blood pressure was incongruous with preeclampsia, and she did not have proteinuria. After reassuring about well fetal being she is studied by opthalmologists and neurologist who diagnose an of upper-left quadrantapnosia due to a reversible cerebral vasoconstriction syndrome. NMR and angio-NMR show a cerebral infarction in the right back cerebral artery area. Because of the risk of an spontaneous start of birth labour and the need of salicylic acid treatment we decided to finish the pregnancy practising an urgent caesarean section under general anesthetic with an excellent mother and fetal result.

KEY WORDS: *Pregnancy, migraine, ictus*

INTRODUCCIÓN

La cefalea migrañosa es una patología crónica frecuente de carácter benigno cuyo mecanismo patogénico no está claramente definido (1). Afecta hasta un 18% de las gestantes durante el tercer trimestre (2). En la mayoría de los casos la migraña está diagnosticada antes de la gestación y requiere diferenciarse de otras complicaciones asociadas al embarazo como la preeclampsia (3).

A pesar de su carácter benigno, en el estudio de 33.956 gestantes con cefalea migrañosa por el departamento de neurología de la Universidad de Carolina del Norte, ésta es reconocida como un factor de riesgo para el infarto isquémico, especialmente en mujeres jóvenes (4). Sin embargo, el embarazo no se considera factor de riesgo para el mismo. La asociación de infarto migrañoso y embarazo es rara y el diagnóstico se realiza por exclusión de otras patologías.

El objetivo de esta comunicación es presentar el manejo de un caso de ictus isquémico poscefalea migrañosa en gestante a término.

Caso clínico

Se presenta el caso de una paciente de 32 años, primigesta con embarazo controlado en clínica privada, sin hallazgos patológicos durante el seguimiento de la gestación. Padre y hermano con cardiopatía isquémica y cefaleas migrañosas. Dentro de los antecedentes personales destaca la presencia de cefaleas migrañosas relacionadas con la menstruación, que remiten con tratamiento de antiinflamatorios no esteroideos vía oral. Laserterapia por miopía y astigmatismo. No presenta alergias medicamentosas.

Menarquia a los once años, ciclos menstruales regulares.

Acude en la semana 29 por referir dinámica uterina que se descarta tras test no estresante y se remite a domicilio con reposo e hidratación abundante; 10 días más tarde ingresa por amenaza de parto pretérmino, siendo tratada con 1 ciclo de atosibán remitiendo la dinámica uterina. Recibe inducción de madurez pulmonar con 2 dosis intramusculares de 12 miligramos de betametasona. La ecografía al alta evidencia una biometría acorde con la amenorrea y un peso fetal estimado de 868 gramos. En ninguna ocasión refiere cefalea o alteraciones visuales.

En la semana 38+3 acude a urgencias por referir

cefalea migrañosa de dos días de evolución de inicio brusco e intensidad moderada asociada a fotofobias y a pérdida definida de un campo de la visión lateral izquierda. En la exploración neurológica no se observan pérdidas de fuerza ni otra focalidad; no presenta asimetría facial; sin alteraciones de la sensibilidad; no presenta crisis epilépticas y se descarta preeclampsia. Aporta informe del día anterior del oftalmólogo en el que se diagnostica aura migrañosa.

A la exploración obstétrica el cérvix este no presenta modificaciones, la bolsa estaba íntegra, el feto en situación longitudinal, presentación cefálica, el test no estresante revela bienestar fetal. El registro cardiotocográfico es reactivo, con una frecuencia cardíaca fetal promedio de 140 latidos por minuto, con patrón de irritabilidad uterina. En la ecografía la biometría es acorde y la cantidad de líquido amniótico normal.

La paciente es evaluada por oftalmología donde se diagnostica una probable cuadrantoposia superior izquierda. La evaluación neurológica sospecha un síndrome de vasoconstricción cerebral reversible, siendo ingresada en la unidad de ictus. La resonancia magnética revela un infarto cerebral en el territorio de la arteria cerebral posterior derecha comprobando en la angioresonancia el defecto de repleción en dicho vaso (Figuras 1-4).

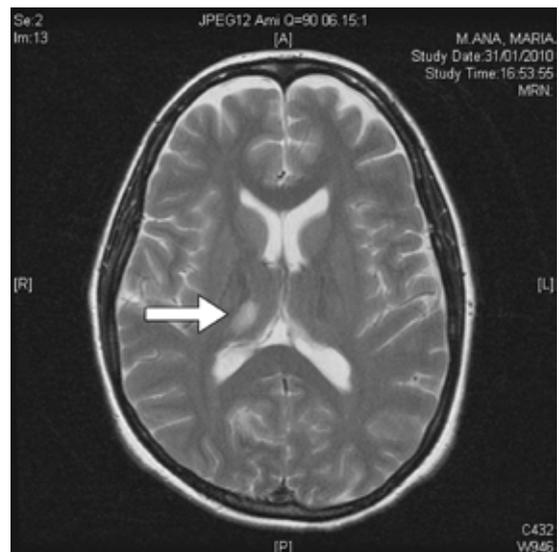


Figura 1. Resonancia magnética. Corte axial mostrando área infartada en el territorio de la arteria cerebral posterior derecha.



Figura 2. Resonancia magnética. Corte coronal medial mostrando área infartada.

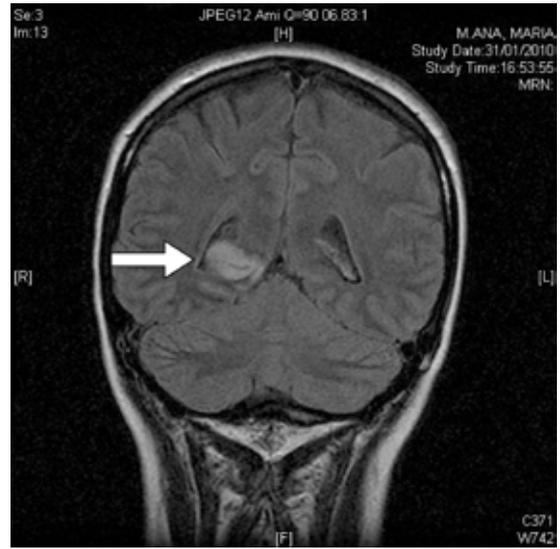


Figura 3. Resonancia magnética. Corte coronal paramedial mostrando área infartada.

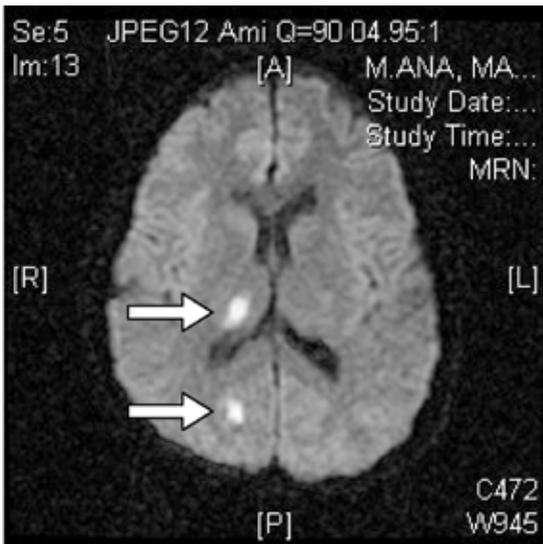
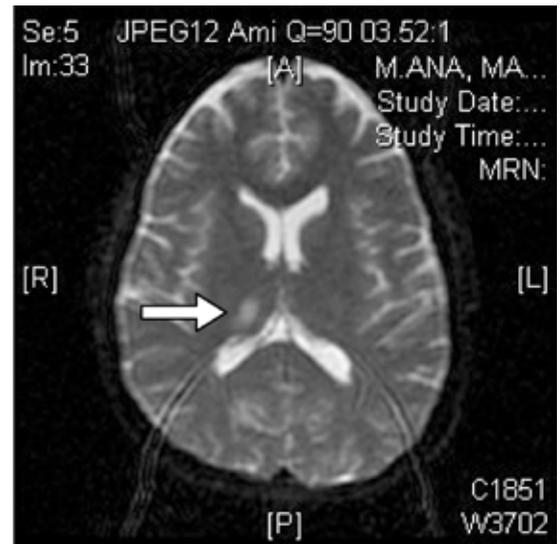


Figura 4. Angioresonancia magnética mostrando área infartada.



Valorando la posibilidad de un inicio espontáneo del parto y la necesidad de iniciar tratamiento médico con ácido acetil salicílico para resolver el ictus se decide realizar una cesárea urgente con anestesia general por riesgo de enclavamiento encefálico. Se obtiene un recién nacido masculino de 2490 gramos, Apgar 8/9 y pH 7,40.

Tras la cesárea la paciente recupera la visión

y la cefalea remite, se inicia tratamiento con ácido acetilsalicílico oral y reposo, desaconsejando la administración de inhibidores de la lactancia por estar contraindicados ante este cuadro vascular.

Actualmente la paciente no presenta secuelas neurológicas y las revisiones periódicas no muestran lesiones residuales. Sin embargo, continúa con cefaleas catameniales intermitentes que remiten

con tratamiento médico mediante antiinflamatorios no esteroideos.

DISCUSIÓN

La mayoría de los estudios epidemiológicos muestran que la gran parte de las gestantes migrañosas mejoran la clínica desde el primer al tercer trimestre del embarazo (5,6,7) como nuestra paciente, sin embargo, algunas pueden empeorar la clínica y otro pequeño porcentaje desarrollarla de novo (8,9).

La mejoría se asocia a aquellas migrañas catedemiales sin aura y cuando aparecen con la menarquia (10). Esta mejoría se asocia a la ausencia de fluctuaciones hormonales en los niveles de estrógeno y al efecto analgésico de beta endorfinas incrementadas durante el embarazo (3,11,12). Clásicamente la presencia de la misma no se consideraba factor de riesgo para el bienestar fetal o materno, sin embargo, los últimos estudios la consideran como uno de los mayores factores de riesgo para infarto durante el embarazo y el puerperio (13). La trombosis venosa cerebral, común durante el embarazo y puerperio, puede manifestarse como una migraña asociada a alteraciones visuales (12).

En la vasta serie publicada por Bushnell y cols (4), concluyen que existe una intensa relación entre las migrañas activas en el periparto y las alteraciones vasculares diagnosticadas durante el embarazo. Recientes estudios en gestantes con migrañas muestran un riesgo incrementado por tres de desarrollar infarto con una incidencia de 4,3-210/100000 nacimientos (14). Un reciente metanálisis concluyó que el riesgo está sólo presente en aquellas pacientes con aura migrañosa pero no aquellas sin ella con un Odds Ratio 2,16 (4,15).

Estudios específicos centrados en el riesgo de infarto durante el embarazo muestran como factores de riesgo más asociados la migraña (OR 16,9) y la trombofilia (OR 16,0). Aún así se recomienda continuar con estudios prospectivos para ratificar dicha asociación. El estado de hipercoagulabilidad durante el embarazo aumenta en cuatro el riesgo de las gestantes, sobre todo durante el tercer trimestre para desarrollar tromboembolismo venoso en comparación con las no gestantes (4,16).

A pesar de ser más frecuentes los eventos tromboembólicos venosos que los arteriales, hay un 30% más de riesgo de muerte por infarto que por tromboembolismo (17), en la serie de Bushnell y cols (4), muestra la fuerte asociación entre migraña e infarto isquémico; además se observó que estas mujeres tenían mayor tendencia a presentar factores de riesgo vasculares como tabaquismo, diabe-

tes e hipertensión, asociados a eventos vasculares.

Por ello que a estas gestantes se les recomiende tanto por neurólogos como por obstetras realizar un screening para lesiones vasculares (13). A pesar de la escasa prevalencia, se debe tener en cuenta la posibilidad de atribuir la etiología de una cefalea migrañosa persistente a un cuadro isquémico vascular. La resonancia magnética nuclear está indicada ante la sospecha de lesiones vasculares en la fosa posterior. La angiografía está indicada para el diagnóstico diferencial ante lesiones venosas o arteriales (3). De este modo se diagnosticó y localizó la lesión cerebral de nuestra paciente.

El tratamiento durante la gestación debe evitar la ingesta de ácido acetil salicílico, antiinflamatorios no esteroideos y vasoconstrictores. Sin embargo, modificaciones conductuales para eliminar los alimentos que las desencadenan, suplementación con magnesio y bajas dosis de propranolol en los casos severos pueden prevenir la aparición de las crisis (2,3,18,19). La finalización urgente del embarazo mediante un equipo multidisciplinario permite realizar un manejo activo de la lesión vascular asociando un resultado perinatal óptimo.

CONCLUSIONES

Ante una cefalea persistente en una gestante con antecedentes migrañosos se debe tener en cuenta la posibilidad etiológica de un accidente cerebro-vascular. Estudios de neuroimagen como la resonancia magnética nuclear permiten evidenciar lesiones estructurales responsables del cuadro clínico para una correcta filiación y planteamiento de las diferentes opciones terapéuticas. En gestantes a término que precisen tratamientos con fármacos que modifiquen el patrón normal de coagulación, es prudente y recomendable finalizar el embarazo electivamente para comenzar el tratamiento y evitar el desarrollo de coagulopatías obstétricas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Frigerio R, Santoro P, Ferrarese C, Agostoni E. Migrainous cerebral infarction: case reports. *Neurol Sci* 2004;25:S300-S301.
2. Silberstein SD. Migraine in pregnancy. *Neurol Clin* 2000; 22(9):700-7.
3. Contag S, Mertz H, Bushnell C. Migraine during pregnancy, is it more than a headache? *Nat Rev Neurol* 2009;5:449-56.
4. Bushnell C, Jamison M, James A. Migraine during pregnancy linked to stroke and vascular disease: US population base-control study. *BMJ* 2009; 338:b664
5. Granella F, Sances G, Zanferrini C, Costa A, Martignoni E, Manzoni GC. Migraine without aura and

-
- reproductive life events: a clinical epidemiological study in 1300 women. *Headache* 1993;33:385-9.
6. MacGregor A (ed). *Migraine in women*. Martin Dunitz Ltd, (London) 1999.
 7. Chen TC, Leviton A. Headache recurrence in pregnant women with migraine. *Headache* 1994;34:107-10.
 8. Granella F, Sances G, Pucci E, Nappi RE, Ghiotto N, Nappi G. Migraine with aura and reproductive life events: a case control study. *Cephalalgia* 2000;20:701-7.
 9. Ertresvag JM, Zwart JA, Helde G, Hohnsen HJ, Bovim G. Headache and transient focal neurological symptoms during pregnancy, a prospective cohort. *Acta Neurol Scand* 2005;111:233-7.
 10. Allais G, Catagnoli I, Airola G, Schiapparelli P, Terzi MG, Mana O, Benedetto C. Is migraine a risk factor in pregnancy? *Neurol Sci* 2007;28:S184-7.
 11. Granella F, Sances G, Pucci E, Nappi RE, Ghiotto N, Nappi G. Migraine with aura and reproductive life events: a case control study. *Cephalalgia* 2000;20:701-7.
 12. Parajuá JL, Calles C. Migrainous infarct in pregnancy. *Rev Neurol* 1999;28:720-3.
 13. Allais G, Catagnoli I, Borgogno P, De Lorenzo C, Benedetto C. The risk of women with migraine during pregnancy. *Neurol Sci* 2010;31(Suppl 1):S59-S61.
 14. Treadwell SD, Thanvi B, Robinson TG. Stroke in pregnancy and the puerperium. *Psotgrad Med J* 2008; 84 (991): 238-245
 15. Schurks M, Rist PM, Bigal ME, Buring JE, Lipton RB, Kurth T. Migraine and cardiovascular disease. Systematic review and meta-analysis. *BMJ* 2009; 339:b3914.
 16. Heit JA, Kobbervig CE, James AH, Petterson TM, Bailey KR, Melton LJ 3rd. Trends in the incidence of deep vein thrombosis and pulmonary y embolism during pregnancy or the puerperium: a 30 year population based study. *Ann Intern Med* 2005;143:697-706.
 17. James A, Brancazio L, Jamison M, Myers E. Peripartum thromboembolism in the United States 2000-2001: incidence, mortality and risk factors. *Am J Obstet Gynecol* 2004;191:90S.
 18. Lucas S. Medication use in the treatment of migraine during pregnancy and lactation. *Curr Pain Headache Rep* 2009 Oct;13:392-8.
 19. Loder E. Migraine in pregnancy. *Semin Neurol* 2007; 27(5):425-33.
-