



Síndrome de encefalopatía posterior reversible en el puerperio

Posterior reversible encephalopathy syndrome in the puerperium

Enrique Reyes Guerrero¹ <https://orcid.org/0000-0002-0420-4428>

Sara Amneris Urgellés Carreras^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-5832-9250>

Yoani Batan Bermúdez¹ <https://orcid.org/0009-0000-1529-7239>

Deborah Rodríguez Verdecie¹ <https://orcid.org/0000-0001-5243-4669>

Daniellis Arguelles Soria¹ <https://orcid.org/0000-0002-2100-476X>

Rubén Peña Ruiz¹ <https://orcid.org/0000-0002-4204-1084>

¹Hospital Militar Central “Dr. Luis Díaz Soto”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: sarauc@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: El síndrome de encefalopatía posterior reversible constituye un trastorno clínico-radiológico transitorio, que se puede presentar en gestantes o puérperas. Se desconoce su incidencia y prevalencia, por la evolución transitoria del cuadro clínico y la limitación para realizar estudio de imágenes en este grupo poblacional.

Objetivo: Describir las características y evolución clínica de una puérpera con diagnóstico de síndrome de encefalopatía posterior reversible.

Caso clínico: Puérpera de 36 años, con antecedentes de asma bronquial y cesárea previa, que, a las 24 horas de operada, comenzó con cifras de tensión arterial elevadas y cefalea; después presentó pérdida de la visión y convulsiones tónico-clónicas, afectación de la conciencia y depresión respiratoria, por lo que fue necesaria la ventilación mecánica. Se realizó tomografía computarizada



simple de cráneo y resonancia magnética; se diagnosticó una encefalopatía posterior reversible. Con el tratamiento intensivo, evolucionó favorablemente hasta el egreso.

Conclusiones: El síndrome de encefalopatía posterior reversible es una enfermedad subdiagnosticada, que se debe tener en cuenta cuando se presentan convulsiones, cefalea persistente y pérdida de la visión en pacientes con cuadros grave de la enfermedad hipertensiva del embarazo, o primeras horas del puerperio.

Palabras claves: encefalopatía; imagen por resonancia magnética; puerperio.

ABSTRACT

Introduction: Posterior reversible encephalopathy syndrome is a transient clinical-radiological disorder that can occur in pregnant or postpartum women. Its incidence and prevalence are unknown due to the transient course of the clinical picture and the limitations of imaging studies in this population.

Objective: To describe the characteristics and clinical course of a postpartum woman diagnosed with posterior reversible encephalopathy syndrome.

Clinical case: A 36-year-old postpartum woman with a history of bronchial asthma and a previous cesarean section developed elevated blood pressure and headache 24 hours after surgery. She later presented with vision loss and tonic-clonic seizures, impaired consciousness, and respiratory depression, necessitating mechanical ventilation. A simple cranial computed tomography and magnetic resonance imaging (MRI) were performed; reversible posterior encephalopathy was diagnosed. With intensive treatment, the patient progressed favorably until discharge.

Conclusions: Posterior reversible encephalopathy syndrome is an underdiagnosed disease that should be considered when seizures, persistent headache, and vision loss occur in patients with severe hypertensive disease of pregnancy or in the early postpartum period.

Keywords: encephalopathy; magnetic resonance imaging; puerperium.



Recibido: 07/04/2025

Aprobado: 18/06/2025

INTRODUCCIÓN

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) constituye un trastorno clínico-radiológico transitorio, se caracteriza por un inicio agudo o subagudo de los síntomas y signos. Entre las manifestaciones más frecuentes se encuentran: cefalea, trastornos en el estado de conciencia, convulsiones, náuseas, vómitos, trastornos visuales; asociados a alteraciones en los estudios de imágenes, localizadas fundamentalmente en el territorio cerebral posterior.^(1,2,3) Según plantean Álvarez Y y otros⁽⁴⁾ y Carrillo ER y otros⁽⁵⁾ se describió por primera vez por Hinchey, en 1996, quien planteó que suele ser más común en mujeres, sin relación demostrada con la edad. Se puede presentar en gestantes o púerperas y confundirse con una eclampsia.^(5,6)

La incidencia y prevalencia de esta enfermedad en el embarazo, parto o puerperio se desconoce, debido a la evolución transitoria del cuadro clínico y la limitación para realizar estudios de imágenes en este grupo poblacional.⁽⁵⁾

La lesión del endotelio, así como el compromiso de la perfusión cerebral, son el denominador común para la aparición de esta entidad; aunque hay autores como Galván M y otros,⁽⁶⁾ que asocian varios factores de riesgo como desencadenantes de este daño, entre ellos: inmunocompromiso, trastornos hipertensivos, neoplasias o tratamientos oncológicos.

La tomografía axial computarizada (TAC) y fundamentalmente la resonancia magnética, constituyen los estudios de imágenes para el diagnóstico y seguimiento de esta entidad, ya que permiten discriminar el edema cerebral citotóxico del vasogénico, además de tener valor pronóstico, al determinar de manera precoz secuelas irreversibles como el infarto cerebral.^(5,6)

La presentación de esta paciente tiene como objetivo describir las características y evolución clínica de una púerpera, con diagnóstico de síndrome de encefalopatía posterior reversible.



CASO CLÍNICO

Se trata de una paciente femenina de 36 años de edad, blanca, con antecedentes patológicos personales de asma bronquial desde la infancia, sin reportar crisis durante el embarazo actual; historia obstétrica de 5 gestaciones, 1 parto por cesárea hace 12 años y 3 abortos provocados; edad gestacional de 39,3 semanas, que ingresó para realizarse una cesárea programada.

Se realizó cesárea iterada, segmento arciforme y se extrajo un recién nacido vivo, de sexo femenino, con Apgar 9/9 y peso de 3432 g; placenta, anexos y sangrado transoperatorio normales. Se realizó esterilización quirúrgica por la técnica de Pomeroy, sin complicaciones.

A las 24 horas de evolución, la paciente presentó cifras tensionales (TA) de 160/100 mmHg. Se comenzó terapéutica hipotensora con metildopa, 250 mg cada 8 horas y se logró controlar. Sin embargo, inició con cefalea frontal, opresiva, que no se aliviaba con analgésicos. Se realizaron complementarios de urgencia (hemograma completo, creatinina, cituria, electrocardiograma, fondo de ojo y coagulograma) que resultaron normales. Se evaluó por la especialidad de anestesiología, que interpretó este cuadro como una cefalea postanestesia espinal y le indicó tratamiento basado en la expansión volumétrica, analgésicos y antibioticoterapia profiláctica.

A las 48 horas de evolución persistía la cefalea con iguales características. Se reevaluó por anestesiología y se mantuvieron iguales indicaciones médicas. En el tercer día del postoperatorio, la paciente refirió pérdida súbita de la visión y presentó un cuadro de convulsiones tónico-clónicas generalizadas. Se trasladó al área de atención al grave. Comenzó en pocas horas con un cuadro de depresión del sistema respiratorio, afectación de la conciencia, cianosis distal e hipoxemia, que la llevó a la ventilación mecánica.

Se indicó TAC de cráneo simple, que informó áreas hipodensas corticosubcorticales parietooccipitales bilaterales, con predominio izquierdo (Fig. 1). Se mantuvo el tratamiento intensivo, que incluyó la administración de manitol, por los signos clínicos de edema cerebral. La evolución clínica fue satisfactoria y permitió la extubación a las 48 horas.

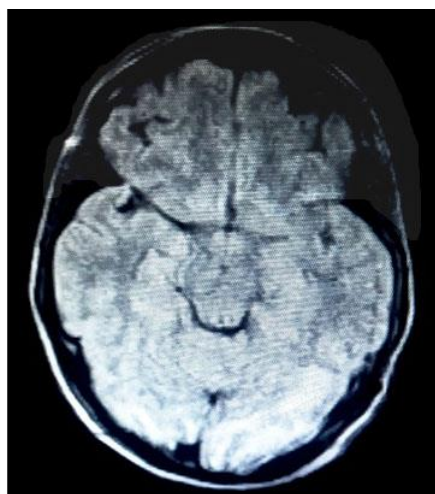


Fig. 1 - Corte de resonancia magnética en la secuencia FLAIR de cráneo, en la que se visualizan áreas hipodensas corticosubcorticales y parietooccipitales bilaterales, con predominio izquierdo.

Se realizó TAC de cráneo simple evolutiva, en la que se informaron iguales lesiones hipodensas, que aparecieron, además, en los núcleos basales (Fig. 2).



Fig. 2 – TAC evolutiva en la que se visualizaron áreas hipodensas corticosubcorticales y parietooccipitales bilaterales, con predominio izquierdo y en los núcleos basales.

La estadía en la unidad de terapia intensiva se caracterizó por presentar cuadro de convulsiones tónicas focalizadas en ambas extremidades superiores; trastornos visuales, como amaurosis, que acompañó las convulsiones; cefalea e inestabilidad de las cifras de TA. Se realizó resonancia



magnética contrastada, vascular y cerebral, en la que se informó áreas cortico-subcorticales parietooccipitales bilaterales hipointensas en T1 (Fig. 3), e hiperintensas en T2 y FLAIR; ligera dilatación del seno transversal.

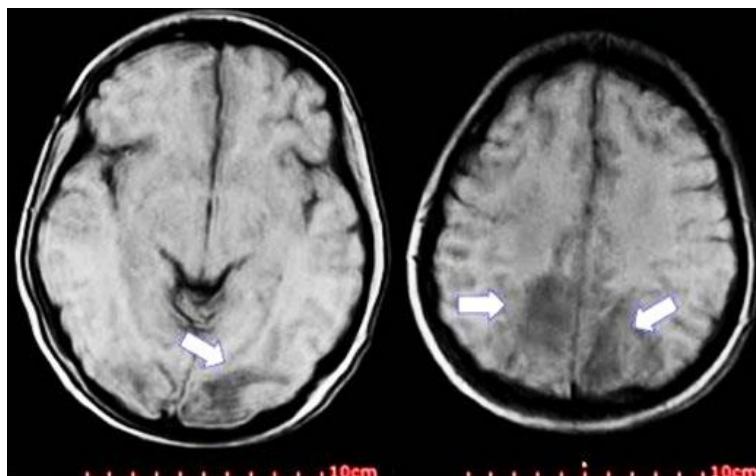


Fig. 3 - Estudio vascular y cerebral por resonancia magnética T1, que informa áreas hipointensas cortico-subcorticales parietooccipitales bilaterales en T1.

Al 10^{mo} día de estadía comenzaron a mejorar los síntomas, con evolución favorable y se mantuvo por 72 horas asintomática, con vigilancia intensiva. Se trasladó a los 14 días al Servicio de Puerperio y egresó a las 48 horas, totalmente recuperada, con seguimiento por la especialidad de neurología.

COMENTARIOS

El PRES, también conocido como leucoencefalopatía posterior reversible, se presenta con mayor incidencia en el tercer trimestre del embarazo o el puerperio. Se relaciona con factores desencadenantes, que ocurren con mayor incidencia en este periodo, como la preeclampsia-eclampsia y el síndrome *Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelet Count* (HELLP).⁽⁷⁾



Se asocia a enfermedades que se caracterizan por pérdida de la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral, particularmente del lóbulo occipital, que resulta en un edema vasogénico focal. Se citan entre ellas, el síndrome urémico hemolítico, la insuficiencia renal crónica, la hipercalcemia, las infecciones del sistema nervioso central, la sepsis grave, la púrpura trombocitopénica idiopática, el lupus eritematoso sistémico, la intoxicación alcohólica y la punción lumbar inadvertida de la duramadre, durante la analgesia obstétrica.^(8,9,10)

En el caso específico de los trastornos hipertensivos del embarazo (preeclampsia-eclampsia y síndrome de HELLP) se plantea por autores como *Tetsuka S* y otros,⁽¹¹⁾ que los cambios súbitos o fluctuaciones en las cifras de tensión arterial actúan como desencadenantes, ya que producen alteración de la disfunción endotelial preexistente, secundarias al incremento en la respuesta vascular periférica y la agregación plaquetaria, con daño multiorgánico potencial, que también afecta el sistema nervioso central (encefalopatía hipertensiva), causante de los signos y síntomas de la eclampsia.

El edema cerebral en pacientes con encefalopatía posterior reversible es el resultado de la combinación de 2 factores no excluyentes, la encefalopatía hipertensiva y la disfunción endotelial preexistente durante el embarazo. Esto favorece el aumento de la perfusión, con la consecuente extravasación de plasma y ruptura de la barrera hematoencefálica.^(11,12)

En relación con los síntomas, este síndrome clínico se caracteriza por cefalea, trastornos sensoriales y convulsiones, casi siempre generalizadas, que pueden llegar a necesitar ventilación mecánica; por lo que debe ser considerado ante mujeres con convulsiones, amaurosis, cefalea persistente o pérdida de la visión, durante el postparto.⁽¹²⁾

La evolución de los casos es favorable con el transcurso de los días, fundamentalmente, cuando se elimina la causa y se controlan las cifras de tensión arterial. La mejoría radiológica es más lenta que la recuperación clínica,⁽⁸⁾ sin embargo, una serie⁽⁸⁾ que incluye 22 pacientes, reporta 6 muertes y un alto porcentaje de los casos quedaron con discapacidad neurológica permanente, con frecuencia asociada al retraso en el manejo adecuado.

La mayoría de los estudios revisados^(6,11,12,13,14) coinciden en que el diagnóstico de certeza se realiza con los estudios de imágenes, aunque la evaluación clínica juega un papel primordial y contribuye



a identificar la zona afectada. La resonancia magnética es el estudio de elección para el diagnóstico y seguimiento en esta entidad; no obstante, los hallazgos radiológicos no necesariamente están en correspondencia con la gravedad del cuadro y en ocasiones, la propagación y localización del edema dependen del tiempo de latencia entre la convulsión y la realización del estudio. Las lesiones se pueden extender a los lóbulos frontales (68 %), temporales (40 %), hemisferios cerebelosos (30 %), ganglios basales (14 %), tronco encefálico (13 %) y sustancia blanca profunda (10 %).^(11,12) También se plantea la hipótesis de la disfunción endotelial en la fisiopatología del síndrome; por lo que monitorizar la deshidrogenasa láctica pudiera ser de utilidad en la evaluación de las pacientes.⁽¹²⁾

Algunos estudios^(13,14,15) no reconocen ningún tratamiento específico para este cuadro. Se sugiere controlar las cifras de tensión arterial, el medio interno y el edema cerebral.

Se describen complicaciones en algunos casos, con cuadros muy graves, asociados a hemorragia intracraneal, subaracnoidea e hipertensión endocraneal, que pueden producir herniación cerebral, pérdida de memoria a corto plazo, dismetría leve permanente y deterioro visual, entre otras.^(14,15,16,17)

La evolución desfavorable se relaciona con factores como el origen hipertensivo, el compromiso holohemisférico, la distribución extensa del edema, la hiperglicemia mantenida y las lesiones cerebrales hemorrágicas, aunque la mortalidad no supera el 6 %.^(14,15,16,17)

El síndrome de encefalopatía posterior reversible es una enfermedad subdiagnosticada, que debe tenerse en cuenta cuando se presentan convulsiones, cefalea persistente y pérdida de la visión, en pacientes con cuadros graves de la enfermedad hipertensiva del embarazo, o en las primeras horas del puerperio. Constituye una prioridad su estudio y diagnóstico, para garantizar el tratamiento oportuno y la evolución favorable de las pacientes.

Cuestiones bioéticas

Se garantizó que la paciente firmara el consentimiento informado, siempre que los datos solo se emplearían con fines docentes e investigativos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tortajada Soler J, Tauler Redondo MP, GarvÍ López M, Lozano Serrano MB, López-Torres López J, Sánchez López M. Síndrome de encefalopatía posterior reversible en pacientes críticos COVID-19: reporte de 2 casos [Internet]. Rev Esp Anesthesiol Reanim. 2021 [acceso: 17/06/2024]; 70(1):51–5. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8321770/>
2. Sadamoto Y. A Case of Reversible Posterior Leukoencephalopathy Syndrome (PRES) With a History of Migraine and Onset With Initial Visual Aura and Migraine-Like Headache, With a Significant Response to Lasmiditan: A Case Report [Internet]. Cureus. 2023; 15(11):e49311. DOI: [10.7759/cureus.493112](https://doi.org/10.7759/cureus.493112)
3. Moret Rueda M, Torres Jiménez W. Síndrome de encefalopatía posterior reversible en un paciente con hyper-CVAD. Reporte de un caso [Internet]. Medicina Clínica Práctica. 2022 [acceso: 17/09/2024]; 5(3):[aprox. 6p]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2603924922000088>
4. Álvarez Y, Beltrán M, Di Lizio KG. Síndrome de encefalopatía posterior reversible, eclampsia y síndrome de Hellp [Internet]. Rev chil obstet ginecol. 2017 [acceso: 17/09/2024]; 82(3):[aprox. 10p]. Disponible en: https://elo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262017000300280
5. Carrillo ER, Echevarría KJ, De los Ríos TA, Reyes ML. Síndrome de encefalopatía reversible posterior [Internet]. Med Int Mex. 2013 [acceso: 17/06/2024]; 29(3):299-306. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2013/mim133j.pdf>
6. Galván Gastélum M, Ramírez Campaña J, Arrambí Díaz C, Morales Barraza JA. Síndrome de encefalopatía posterior reversible. Presentación radiológica atípica [Internet]. Col Mex Med Crít. 2020 [acceso: 19/10/2024]; 34(2):160-3. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2448-89092020000200160&lng=es
7. Algarín Lara H, Arciniegas Vergel Y, Solano Roperio J, Patiño Patiño Y, E Salas Danies, Osorio Rodríguez E. Síndrome de encefalopatía posterior reversible asociado a síndrome HELLP



durante el puerperio inmediato [Internet]. Acta Colombiana de Cuidado Intensivo. 2022 [acceso: 19/10/2024]; 22(4):356-60. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-acta-colombiana-cuidado-intensivo-101-articulo-sindrome-encefalopatia-posterior-reversible-asociado-S0122726222000027>

8. Bakkali S, Barrio Fernández P, Martínez Cortés L, Huertas Fernández MA. Síndrome de encefalopatía posterior reversible durante el puerperio [Internet]. Prog Obstet Ginecol. 2017 [acceso: 19/01/2025]; 60(4):380-4. Disponible en: https://sego.es/documentos/progresos/v60-2017/n4/15_POG_S_14_00181_1_1_sindrome_encefalopatia.pdf

9. Villafuerte Delgado D, Pérez Martínez E, González Pérez F. Síndrome de encefalopatía reversible posterior. Presentación de un caso y revisión de la literatura [Internet]. Revista Finlay. 2019 [acceso: 01/04/2024]; 9(4):e752. Disponible en: <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/752>

10. Fonseca J, Oliveira K, Cordeiro M, Real MV. Posterior reversible encephalopathy syndrome: A case report [Internet]. Neurología. 2019; 34(2):135-7. DOI: [10.1016/j.nrl.2016.07.011](https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.07.011)

11. Tetsuka S, Ogawa T. Posterior reversible encephalopathy syndrome: A review with emphasis on neuroimaging characteristics [Internet]. Journal of the Neurological Science. 2019 [acceso: 11/10/2024]; 404:72-5. Disponible en: [https://www.jns-journal.com/article/S0022-510X\(19\)30321](https://www.jns-journal.com/article/S0022-510X(19)30321)

12. Castrillo A, Mendoza Rodríguez R, Gutiérrez Ríos MI, Zamora N, Morollón MF, Rodríguez Sanz J. Encefalopatía posterior reversible en un caso de eclampsia tardía [Internet]. Rev Neurol. 2023 [acceso: 11/10/2024]; 57:112-7. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2013040>

13. de la Torre-León T, Miranda-Contreras A, Gómez-Secundino M, Nava-López JA, de la Torre-León MA, de la Luna y Olsen EA. Encefalopatía posterior reversible durante el puerperio, secundaria a eclampsia. Reporte de dos casos [Internet]. Ginecol Obstet Mex. 2018; 86(12):815-22. DOI: [10.24245/gom.v86i12.2343](https://doi.org/10.24245/gom.v86i12.2343)

14. Osorio Rodríguez EL, García Perlaza C, Navarro Devia A, Salas Danies E, Pineda Tovar M, Guevara Romero E. Síndrome de encefalopatía posterior reversible secundario a trastornos hipertensivos del embarazo. Serie de casos [Internet]. Ginecol obstet Méx. 2021 [acceso:



11/10/2024]; 89(10):770-8. Disponible en:

https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0300-90412021001000770

15. Liman TG, Siebert E, Endres M. Posterior reversible encephalopathy síndrome [Internet].

Curr Opin Neurol. 2019 [acceso: 10/10/2024]; 32(1):25–35. Disponible en:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30531559/>

16. Konar H, Agarwal L, Priyanka P, Chaudhuri S. Posterior reversible encephalopathy síndrome in women whit eclampsia: reporto of three cases [Internet]. J Obstet Gynecol India.

2021; 71(3):318-21. DOI: [10.1007/s10072-019-1](https://doi.org/10.1007/s10072-019-1)

17. Villamar Macias L, Bajaña Quinto M, Pinos Calle J, Manzano Altamirano J. Síndrome de encefalopatía posterior reversible en el postparto. Estudio de caso [Internet]. Rev Cienc Salud.

2020 [acceso: 10/01/2025]; 2(3):57–62. Disponible en:

<https://acvenisproh.com/revistas/index.php/masvita/article/wiew/158/473>

Conflictos de interés

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.

Información financiera

Los autores declaran que no existió financiación para realizar este artículo.

Disponibilidad de datos

Los datos referentes a esta presentación de caso están recogidos en la historia clínica de la paciente en el archivo del Hospital Militar Central “Dr. Luis Díaz Soto”.