

Amaurosis fugaz y migraña con aura persistente sin infarto en una gestante: Una presentación desafiante

Jorge Andrés Hurtado Mayor ^a, Nathalia Fernández Gómez ^b, Rosa Helena Morales Benítez ^c, Juliana Vélez Tamayo ^d, Andrés Felipe Erazo Narváez ^e

- a. Médico y epidemiólogo. Universidad de Caldas. ESE Hospital Departamental San Antonio, Roldanillo, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2433-3937>.
- b. Médica. Residente de Pediatría. Corporación Universitaria Remington, Medellín, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-7640-5815>.
- c. Médica. Residente de ginecología y obstetricia. Corporación Universitaria Remington, Medellín, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0006-9698-4068>.
- d. Estudiante de Medicina. Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0009-0002-6046-4619>.
- e. Médico. Especialista en epidemiología, ginecología y obstetricia. Universidad de Caldas, Manizales, Colombia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0545-4848>.

[DOI: 10.22517/25395203.25732](https://doi.org/10.22517/25395203.25732)

Resumen

Introducción: la amaurosis, pérdida parcial o total de la visión, puede asociarse a migraña, condición frecuente en mujeres fértiles. Durante el embarazo, los cambios hormonales pueden exacerbar la migraña. Este reporte describe un caso de migraña con aura persistente sin infarto asociado a amaurosis transitoria en una mujer gestante, detallando su diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

Presentación del caso: paciente multigestante de 29 años, con antecedente de migraña con aura, con embarazo de 20 semanas y 4 días. Presentó cefalea intensa y pérdida aguda de la visión. Las evaluaciones mostraron cifras tensionales variables y hallazgos inespecíficos en resonancia magnética y tomografía, sin evidencia de infarto. Fue evaluada por varios especialistas, descartándose preeclampsia/eclampsia. Se diagnosticó migraña con aura persistente sin infarto y se indicó tratamiento con amitriptilina y ciclobenzaprina, además de terapia física.

Discusión: el diagnóstico diferencial en gestantes con disminución súbita de la visión incluye preeclampsia, eclampsia y otras condiciones neurovasculares. La migraña con aura persistente sin infarto, aunque rara, puede

presentar síntomas neurológicos que simulan patologías graves, lo que demuestra la importancia de un enfoque diagnóstico amplio.

Conclusión: Es importante considerar la migraña con aura persistente sin infarto en el diagnóstico diferencial para evitar retrasos en el tratamiento y complicaciones.

Palabras clave: amaurosis fugax; migraña con aura; embarazo; estudio de caso; Enfermedades del Sistema Nervioso; Neuroimagen.

Abstract

Introduction: Amaurosis, the partial or total loss of vision, can be associated with migraine, a condition common in women of reproductive age. During pregnancy, hormonal changes may exacerbate migraine. This report describes a case of migraine with persistent aura without infarction associated with transient amaurosis in a pregnant woman, detailing her diagnosis, treatment, and follow-up.

Case Presentation: A 29-year-old multigravida patient with a history of migraine with aura, at 20 weeks and 4 days of pregnancy, presented with intense headache and acute loss of vision. Evaluations showed variable blood pressure readings and nonspecific findings on magnetic resonance imaging and tomography, with no evidence of infarction. She was evaluated by several specialists, and preeclampsia/eclampsia was ruled out. She was diagnosed with migraine with persistent aura without infarction and was treated with amitriptyline and cyclobenzaprine, in addition to physical therapy.

Discussion: The differential diagnosis in pregnant women with sudden loss of vision includes preeclampsia, eclampsia, and other neurovascular conditions. Migraine with persistent aura without infarction, although rare, can present neurological symptoms that mimic severe pathologies, highlighting the importance of a broad diagnostic approach.

Conclusion: It is important to consider migraine with persistent aura without infarction in the differential diagnosis to avoid delays in treatment and complications.

Keywords: Amaurosis fugax; migraine with prolonged aura; case report; central nervous system diseases; neuroimaging.

Introducción

La amaurosis se refiere a la pérdida completa de la agudeza visual, la cual puede manifestarse de manera unilateral o bilateral y puede o no estar asociada a causas orgánicas (1, 2), como trastornos vasculares, alteraciones estructurales del globo ocular o afecciones neurológicas, siendo esta última

una condición común en la población en edad fértil (3, 4). Se estima que afecta aproximadamente al 12% de la población y en un 25-30% de los casos se acompaña de síntomas conocidos como aura, de los cuales entre el 98% son visuales (5). Aunque las auras migrañosas suelen resolverse espontáneamente en minutos, en ocasiones pueden persistir más de 60 minutos e incluso hasta una semana, clasificándose en estos casos como “aura persistente” (6, 7). La migraña con aura persistente sin infarto (APSI) se caracteriza por la prolongación del aura durante más de una semana sin evidencia radiológica de infarto cerebral (8). Durante el embarazo, la prevalencia de migraña se estima en aproximadamente un 20%, con un incremento en el riesgo de crisis de migraña con aura debido a los cambios hormonales (9, 10).

El caso clínico presentado describe a una paciente en el segundo trimestre de la gestación con antecedente de migraña, quien previamente había experimentado crisis de migraña acompañadas de leves y transitorios disturbios visuales, autolimitados en cuestión de minutos. Sin embargo, durante la presente gestación, presentó un episodio intenso de cefalea asociada a pérdida súbita de la agudeza visual y un episodio de síncope. Durante la evaluación médica, solo se registró una cifra tensional elevada, sin otros hallazgos significativos, aparte de la disminución de la agudeza visual en el examen físico. Se descartó daño endotelial y trastornos hipertensivos del embarazo, como preeclampsia/eclampsia, los cuales constituyeron el principal diagnóstico diferencial (11).

El objetivo del presente manuscrito es describir un caso de migraña con aura persistente sin infarto asociado a amaurosis total durante la gestación, así como detallar su comportamiento, abordaje diagnóstico, tratamiento y seguimiento clínico. La falta de reconocimiento clínico, la demora en el diagnóstico y el uso de recursos innecesarios pueden retrasar el tratamiento (12). La importancia de este caso radica en la amplia gama de diagnósticos diferenciales y la necesidad de un diagnóstico clínico y radiológico oportuno, contribuyendo a la casuística regional y nacional publicada y aportando elementos para la discusión sobre el manejo de la migraña con aura persistente sin infarto durante la gestación.

Descripción del caso:

Paciente de 29 años, G4P3V3, con antecedente de migraña con aura previa al embarazo desde su adolescencia, con historia de tres episodios de disminución de la agudeza visual de segundos de duración que se autolimi-

taron sin secuelas, y con recuperación completa de la visión; quien cursaba con gestación de 20 semanas y 4 días. La paciente ingresó al servicio de urgencias con cuadro clínico de 30 minutos de evolución de inicio agudo consistente en cefalea holocraneana intensa asociada a sensación de mareo rotacional, que no mejoraba con la autoadministración de analgésicos orales; posterior a ello presentó episodio de síncope, con recuperación instantánea del tono postural y conciencia, sin pérdida del control de esfínteres, y sin signos sugestivos de estado post ictal, sin embargo con pérdida de la agudeza visual total. Al examen físico de ingreso la paciente se encontraba con ansiedad marcada, cifras tensionales en 140/88 mmHg, glucometría en 104 mg/dL y frecuencia cardíaca fetal en 145 lpm. Se trasladó al servicio de obstetricia con signos vitales sin alteraciones y cifras tensionales de 109/67 mmHg. Se realizó examen neurológico completo sin signos de focalización, sin embargo, se evidenciaron pupilas isocóricas con reflejo fotomotor y consensual bilateral disminuido, además de abolición total de la agudeza visual.

Fue valorada por ginecología quien inició manejo integral enfocando el caso como un trastorno hipertensivo del embarazo tipo preeclampsia con criterios de severidad por compromiso neurológico, por lo que solicitó perfil de daño endotelial cuyo resultado fue completamente normal. Los controles de cifras tensionales posteriores tomados cada 30 minutos resultaron en 126/71 mmHg, 110/57 mmHg, 126/66 mmHg, 120/73 mmHg, 119/65 mmHg y 114/64 mmHg. Ante la incertidumbre diagnóstica, la paciente fue remitida a una unidad de nivel III, donde fue valorada por el servicio de neurología, quien observó mejoría parcial en la agudeza visual, con discriminación de colores y contornos a una distancia de 30 centímetros, sin detectar otras alteraciones neurológicas.

Como método diagnóstico imagenológico se realizó resonancia magnética la cual mostró lesión en sustancia blanca en relación con foco frontal derecho de gliosis inespecífica y presencia de imagen compatible con microhemorragia lobar en circunvolución frontal media derecha, con posibilidad de malformación cavernosa, sin embargo, estos hallazgos no fueron compatibles con la clínica presentada, por lo que se solicitó tomografía computarizada de cráneo simple la cual resulta completamente normal. Se solicita nuevamente perfil de daño endotelial encontrando proteinuria en 24 horas de 345mg/dl sin otras alteraciones. Por decisión unánime el servicio de neurocirugía, neurología y ginecología deciden trasladar a la paciente a una institución nivel IV con el fin de realizar pruebas complementarias. Una

vez ingresada, la paciente fue sometida a una evaluación integral por parte de los servicios de oftalmología, neurología, ginecología, perinatología (sin evidencia de patología fetal), fisiatría (que detectó espasmo en los músculos de la región occipital) y psiquiatría. Se realizó una angiorresonancia cerebral que descartó malformaciones, lesiones expansivas y/o vasculares, así como alteraciones en el sistema ventricular, órbitas, senos paranasales y mastoides (Figura 1). El perfil de daño endotelial y las cifras tensionales normales llevaron al diagnóstico final de migraña con aura persistente con repercusiones oftalmológicas, además de cefalea tensional refractaria no asociada a trastornos hipertensivos del embarazo y sin afectación fetal. Actualmente, la paciente presenta agudeza visual disminuida, con episodios paroxísticos de cefalea intensa que empeoran la calidad de su visión. Se encuentra en espera de completar sesiones de terapia física e infiltraciones en puntos gatillo musculares, además de un bloqueo del nervio occipital indicado por fisiatría. Está bajo tratamiento farmacológico con amitriptilina 25 mg cada 24 horas y ciclobenzaprina 10 mg cada 24 horas. Se ha ordenado un seguimiento estricto por ginecología, perinatología y neurología clínica en instituciones de nivel IV hasta el final del embarazo

Figura 1. Angio-resonancia magnética cerebral en corte axial: Visualización de la fosa posterior, sistema ventricular y estructuras Orbitarias en tres niveles.



* Elaboración propia.

Nota: Las estructuras arteriales visualizadas tienen apariencia normal, no se observan disecciones, oclusiones, estenosis o aneurismas. El sistema ventricular no muestra alteraciones, no hay evidencia de hemorragia intracranéica ni colecciones extra-axiales y la porción visualizada de las orbitas, senos paranasales y mastoides no muestran alteraciones.

Discusión:

La cefalea es una causa común de consulta durante el embarazo y puede estar relacionada con diversas condiciones, como la preeclampsia y la migraña (13, 14). En este caso, la paciente presentó cefalea intensa, pérdida aguda de la agudeza visual y un episodio sincopal, lo que inicialmente llevó a considerar diagnósticos como preeclampsia/eclampsia, condiciones neurovasculares y trastornos oftalmológicos (15). Sin embargo, los hallazgos inespecíficos en resonancia magnética y tomografía computarizada, junto con la ausencia de proteinuria significativa y las cifras tensionales variables, orientaron el diagnóstico hacia una APSI. La prevalencia de APSI en gestantes no está claramente establecida debido al bajo número de casos reportados y la falta de estudios específicos en esta población (17). Esta condición puede presentar síntomas neurológicos prolongados que imitan otras patologías graves, marcando la importancia de descartar primero condiciones más comunes y peligrosas (16).

La revisión de la literatura reveló dos informes relevantes: el primero, de 1995, describe tres grupos de pacientes con sospecha de APSI (18); el segundo, un caso de una mujer de 28 años con episodios recurrentes de escotomas y pérdida de agudeza visual durante crisis migrañosas, sin evidencia de infarto (19). Ninguno de estos informes incluyó a mujeres gestantes (20).

El diagnóstico de migraña con aura es clínico y se caracteriza por dolor pulsátil y unilateral, acompañado de náuseas y fotofobia, con o sin auras, que son síntomas neurológicos transitorios, visuales o sensoriales (21). La ausencia de evidencia radiológica de infarto cerebral es clave.

En este caso, aunque los síntomas sugerían una posible condición neurovascular, se descartó la preeclampsia mediante pruebas de daño endotelial y un monitoreo constante de la presión arterial, coherente con las recomendaciones para el manejo de casos complejos durante el embarazo. La pérdida de agudeza visual asociada a migrañas ocurre en aproximadamente el 19% de los casos (22) y se explica por la disfunción de células endoteliales y plaquetarias, similar a la fisiopatología de la preeclampsia (22). Este fenómeno está relacionado con edema vasogénico, alteración de la barrera

hematoencefálica, neuroinflamación y pérdida de la autorregulación vascular cerebral (23).

El tratamiento incluyó amitriptilina y ciclobenzaprina, complementado con terapia física y bloqueos de puntos gatillo musculares. Este enfoque multidisciplinario, respaldado por la literatura, sugiere el uso de antidepresivos tricíclicos como la amitriptilina para prevenir nuevos episodios de migraña (9). La combinación de terapia física y bloqueo del nervio occipital para manejar puntos gatillo y tratar el dolor es una práctica eficaz. Aunque se recomienda el uso de triptanes y antieméticos para el manejo agudo de la migraña, estos no se emplearon en este caso debido a las consideraciones de seguridad durante el embarazo (5, 14).

El seguimiento de la paciente incluyó controles regulares por ginecología, neurología y fisiatría en una institución de nivel IV, consistente con las recomendaciones para el manejo de condiciones neurológicas complejas durante el embarazo (24). La paciente continúa bajo observación para monitorear la evolución de su agudeza visual y los episodios de cefalea, enfocándose en la prevención de recurrencias y la mejora de su calidad de vida.

La APSI debe considerarse en el diagnóstico diferencial de gestantes con disminución aguda de la agudeza visual para evitar retrasos en el tratamiento y posibles complicaciones (25). En este caso, la paciente recibió un diagnóstico y tratamiento adecuados tras una evaluación exhaustiva, lo que permitió excluir otras condiciones graves como la preeclampsia y los trastornos neurovasculares (25). En la Tabla 1 se describen las características diferenciales de APSI y preeclampsia/eclampsia.

Tabla 1. Características diferenciales de la migraña con aura persistente sin infarto y Preeclampsia/Eclampsia.

Característica	Migraña con aura persistente sin infarto	Preeclampsia/Eclampsia
Definición	Cefalea recurrente con síntomas visuales persistentes sin daño cerebral.	Trastorno hipertensivo del embarazo con diferentes grados de severidad y compromiso.
Inicio	Generalmente antes del embarazo.	Después de las 20 semanas de gestación.
Síntomas/signos clásicos	Aura visual (escotomas, luces intermitentes), cefalea intensa, náuseas, emesis, en raros casos amaurosis.	Hipertensión, cefalea, tinnitus, fosfenos, dolor epigástrico.
Características cefalea	Pulsátil intensa, principalmente unilateral, empeoramiento paulatino, asociada a náuseas, emesis, fotofobia y fonofobia. Mejora con analgésicos comunes.	Intensa, holocraneana, gravativa, puede estar asociada a percepción de fosfenos, además no mejora con analgésicos comunes.
Presión arterial	Normal o levemente elevada durante los episodios de dolor.	≥140/90 mmHg.
Paraclínicos	RM cerebral para excluir infarto, EEG si se sospecha de actividad epileptiforme.	Proteinuria (>300 mg/24 horas), hemograma, pruebas hepáticas y renales.
Factores de riesgo	Historia personal o familiar de migraña, estrés, ciertos alimentos.	Primipaternidad, obesidad, historia de preeclampsia, hipertensión crónica.
Tratamiento	AINEs, pirazolonas, triptanes, antieméticos.	Antihipertensivos ± sulfato de magnesio y finalización el embarazo según clasificación
Complicaciones	Potencial progresión a migraña crónica, ansiedad, depresión.	Insuficiencia renal, abrupcio de placenta, muerte materna y fetal.

* Adaptado de (16 y 17).

Notas: RM: Resonancia magnética, EEG: Electroencefalograma, AINEs: Antiinflamatorios no esteroides.

El manejo de APSI durante el embarazo requiere un enfoque multidisciplinario, con terapia farmacológica y no farmacológica, y seguimiento cercano para monitorear la evolución de los síntomas y prevenir complicaciones maternas y fetales. La detección y tratamiento tempranos son cruciales para el bienestar materno y fetal. Aunque menos común, la migraña con aura persistente sin infarto debe considerarse para asegurar un manejo óptimo. Una adecuada sospecha clínica y la intervención oportuna pueden mejorar significativamente los resultados clínicos y reducir la necesidad de intervenciones innecesarias.

Referencias bibliográficas:

1. Charles A, Hansen JM. Migraine aura: new ideas about cause, classification, and clinical significance. *Curr Opin Neurol* [Internet]. 2015 Jun [cited 2024 Oct 10];28(3):255–60. Available from: <https://doi.org/10.1097/wco.0000000000000193>
2. Olga Acuña C. Pérdida transitoria de la visión. *Revista Médica Clínica Las Condes* [Internet]. 2010 Nov [cited 2024 Oct 10];21(6):966–70. Available from: [https://doi.org/10.1016/S0716-8640\(10\)70623-4](https://doi.org/10.1016/S0716-8640(10)70623-4)
3. Luda E, Bo E, Sicuro L, Comitangelo R, Campana M. Sustained Visual Aura: A Totally New Variation of Migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* [Internet]. 1991 Oct 20 [cited 2024 Oct 10];31(9):582–3. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1526-4610.1991.hed3109582.x>
4. Lagman-Bartolome AM, Lay C. Migraine in Women. *Neurol Clin* [Internet]. 2019 Nov [cited 2024 Oct 10];37(4):835–45. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ncl.2019.07.002>
5. Fraser CL, Hepschke JL, Jenkins B, Prasad S. Migraine Aura: Pathophysiology, Mimics, and Treatment Options. *Semin Neurol* [Internet]. 2019 Dec 17 [cited 2024 Oct 10];39(06):739–48. Available from: <https://doi.org/10.1055/s-0039-1700525>
6. Cutrer FM, Huerter K. Migraine Aura. *Neurologist* [Internet]. 2007 May [cited 2024 Oct 10];13(3):118–25. Available from: <https://doi.org/10.1097/01.nrl.0000252943.82792.38>
7. Arca KN, VanderPluym JH, Halker Singh RB. Narrative review of neuroimaging in migraine with aura. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* [Internet]. 2021 Oct 26 [cited 2024 Oct 10];61(9):1324–33. Available from: <https://doi.org/10.1111/head.14191>
8. Cao Y, Welch KMA, Aurora S, Vikingstad EM. Functional MRI-BOLD of Visually Triggered Headache in Patients With Migraine. *Arch Neurol* [Internet]. 1999 May 1 [cited 2024 Oct 10];56(5):548. Available from: <https://doi.org/10.1001/archneur.56.5.548>
9. Tanos V, Raad EA, Berry KE, Toney ZA. Review of migraine incidence and management in obstetrics and gynaecology. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* [Internet]. 2019 Sep [cited 2024 Oct 10];240:248–55. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.07.021>
10. Darabaneanu S, Kropp P, Niederberger U, Strenge H, Gerber WD. Effects of Pregnancy on Slow Cortical Potentials in Migraine Patients and Healthy Controls. *Cephalalgia* [Internet]. 2008 Oct 1 [cited 2024 Oct 10];28(10):1053–60. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2008.01653.x>
11. Swartz RH, Cayley ML, Foley N, Ladhani NNN, Leffert L, Bushnell C, et al. The incidence of pregnancy-related stroke: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Stroke* [Internet]. 2017 Oct 8 [cited 2024 Oct 10];12(7):687–97. Available from: <https://doi.org/10.1177/1747493017723271>
12. Kissoon NR, Cutrer FM. Aura and Other Neurologic Dysfunction in or with Migraine. *Headache: The Journal of Head and Face Pain* [Internet]. 2017 Jul 19 [cited 2024 Oct 10];57(7):1179–94. Available from: <https://doi.org/10.1111/head.13101>
13. Lacunza Paredes RO, Pacheco-Romero J. Implicancias neurológicas de la preclampsia, más que solo eclampsia. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* [Internet]. 2015 [cited 2024 Oct 10];407–16. Available from: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322015000400010
14. Chaves Loaiza E, Silva Díaz RF, Solis Solis JB. Actualización en cefaleas durante el embarazo. *Revista Medica Sinergia* [Internet]. 2020 Jan 1 [cited 2024 Oct 10];5(1):e337. Available from: <https://doi.org/10.31434/rms.v5i1.337>

15. Kaniecki RG, Levin AD. Headache in the elderly. In: Handbook of Clinical Neurology [Internet]. 2019 [cited 2024 Oct 10], p. 511–28. Available from: <https://doi.org/10.1016/b978-0-12-804766-8.00028-5>
16. Hernandez J, Molina E, Rodriguez A, Woodford S, Nguyen A, Parker G, et al. Headache Disorders: Differentiating Primary and Secondary Etiologies. *J Integr Neurosci* [Internet]. 2024 Feb 20 [cited 2024 Oct 10];23(2):43. Available from: <https://doi.org/10.31083/j.jin2302043>
17. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS) The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition. *Cephalalgia* [Internet]. 2018 Jan 25 [cited 2024 Oct 10];38(1):1–211. Available from: <https://doi.org/10.1177/0333102417738202>
18. Liu GT, Schatz NJ, Galetta SL, Volpe NJ, Skobieranda F, Kosmorsky GS. Persistent positive visual phenomena in migraine. *Neurology* [Internet]. 1995 Apr [cited 2024 Oct 10];45(4):664–8. Available from: <https://doi.org/10.1212/wnl.45.4.664>
19. San-Juan O, Zermeño P. Migraine with Persistent Aura in a Mexican Patient: Case Report and Review of the Literature. *Cephalalgia* [Internet]. 2007 May 1 [cited 2024 Oct 10];27(5):456–60. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2982.2007.01307.x>
20. Russell MB, Rasmussen BK, Thorvaldsen P, Olesen J. Prevalence and Sex-Ratio of the Subtypes of Migraine. *Int J Epidemiol* [Internet]. 1995 [cited 2024 Oct 10];24(3):612–8. Available from: <https://doi.org/10.1093/ije/24.3.612>
21. Ferrante T, Manzoni GC, Russo M, Camarda C, Taga A, Veronesi L, et al. Prevalence of tension-type headache in adult general population: the PACE study and review of the literature. *Neurological Sciences* [Internet]. 2013 May 22 [cited 2024 Oct 10];34(S1):137–8. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10072-013-1370-4>
22. Burstein R, Nosedá R, Borsook D. Migraine: Multiple Processes, Complex Pathophysiology. *The Journal of Neuroscience* [Internet]. 2015 Apr 29 [cited 2024 Oct 10];35(17):6619–29. Available from: <https://doi.org/10.1523/jneurosci.0373-15.2015>
23. De Gaalon S, Donnet A. Headaches during pregnancy. *Rev Neurol (Paris)* [Internet]. 2021 Mar [cited 2024 Oct 10];177(3):195–202. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.neurol.2020.05.012>
24. Kurth T, Rist PM, Ridker PM, Kotler G, Bubes V, Buring JE. Association of Migraine With Aura and Other Risk Factors With Incident Cardiovascular Disease in Women. *JAMA* [Internet]. 2020 Jun 9 [cited 2024 Oct 10];323(22):2281. Available from: <https://doi.org/10.1001/jama.2020.7172>
25. Espinoza J, Vidaeff A, Pettker CM, Simhan H. ACOG PRACTICE BULLETIN. Clinical Management Guidelines for Obstetrician–Gynecologists. *OBSTETRICS & GYNECOLOGY* [Internet]. 2020 Jun [cited 2024 Oct 10];(6):e237–60. Available from: https://www.preeclampsia.org/frontend/assets/img/advocacy_resource/Gestational_Hypertension_and_Preeclampsia_ACOG_Practice_Bulletin,_Number_222_1605448006.pdf