



Preeclampsia atípica y éxito perinatal: reporte de caso

La preeclampsia es un síndrome multisistémico de gravedad variable, específico del embarazo, consecuencia de una respuesta vascular anormal a la placentación, con aumento de la resistencia vascular periférica, estimulación de la agregación plaquetaria, activación del sistema de la coagulación y disfunción endotelial. En la mayoría de los casos se manifestará con hipertensión gestacional y proteinuria, después de las 20 semanas; sin embargo, en otros casos aparece de manera atípica (con ausencia de hipertensión o proteinuria), comportándose como preeclampsia severa. Se comunica el caso de una paciente primigesta de 32 años de edad, con un embarazo de 26.6 semanas, que acudió por vómito posprandial en proyectil. A su ingreso tuvo súbitamente cefalea, fosfeno y acúfenos asociados con epigastralgia y presión arterial de 110/70 mmHg; frecuencia cardíaca fetal de 146 latidos por minuto, miembros inferiores y reflejos osteotendinosos normales.

La citometría hemática, química sanguínea y pruebas de función hepática reportaron parámetros normales y examen general de orina con proteinuria. El ultrasonido hepático resultó normal y el obstétrico con fetometría menor de 2.6 semanas, con aplanamiento de la curva de crecimiento, la flujometría Doppler con aumento de resistencias en la placenta y oligohidramnios. Ante el cuadro clínico compatible con preeclampsia severa se inició con sulfato de magnesio, esquema de madurez pulmonar y se decidió terminar el embarazo por vía abdominal. El recién nacido fue de sexo femenino, peso de 595 g, Apgar 4/7. En el puerperio inmediato la paciente tuvo elevación de la presión arterial a 150/90 mmHg. Egresó normotensa a las 96 horas. La recién nacida se dio de alta del hospital cuando alcanzó un peso de 2000 g y, actualmente, permanece neurológicamente íntegra.

Palabras clave: preeclampsia atípica, diagnóstico diferencial.

Ernesto Castelazo-Morales,¹ Diana Elena Monzalbo-Núñez,² Miguel de Jesús López-Rioja,³ Santiago Castelazo-Alatorre³

¹ Médico adscrito y profesor adjunto del curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia.

² Profesor asociado del curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia.

³ Residente de Ginecología y Obstetricia.

Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México

Recibido: octubre 2013

Aceptado: diciembre 2013

Correspondencia

Dr. Ernesto Castelazo Morales

Av. Vialidad de la Barranca s/n

52763 Huixquilucan, Estado de México

cepam@infosel.net.mx

Este artículo debe citarse como:

Castelazo Morales E, Monzalbo Núñez DE, López Rioja MJ, Castelazo Alatorre S. Preeclampsia atípica y éxito perinatal: Reporte de caso. Ginecol Obstet Mex 2014;82:70-74.



Atypical preeclampsia and perinatal success: a case report

Preeclampsia is a multi systemic syndrome of variable severity, pregnancy specific, consequence of an abnormal vascular response to placentalation, with increase in peripheral vascular resistance, stimulation of platelet aggregation, activation of the coagulation cascade, and endothelial dysfunction. In the majority of cases, it will present with gestational hypertension and proteinuria, after 20 weeks, nevertheless, in other cases, it has presented as an atypical form (with absence of hypertension and/or proteinuria) behaving like severe preeclampsia.

We report the case of a patient, 32 year old primigravida, with a 26.6 weeks gestation, that comes to the office with postprandial projectile vomiting. At the time of admission, she presents with sudden headache, phosphenes, and tinnitus, associated to epigastric pain, with a blood pressure of 110/70mmHg; fetal heart rate of 146 bpm, normal lower limbs and reflexes.

The Complete Blood Count and liver function tests are within normal values, urinalysis with proteinuria. Normal hepatic ultrasound. Obstetric ultrasound; with fetal measurements of 2.6 weeks below, with flattening of the growth curve, Doppler flowmetry with an increase in placental resistance and oligohydramnios.

Given the clinical manifestations compatible with severe preeclampsia, magnesium sulfate, and antenatal corticosteroid therapy are initiated, and abdominal termination of pregnancy is decided. A female newborn is obtained, of 595g, Apgar 4/7. On immediate puerperium, she presents with an increase in blood pressure of 150/90mmHg, discharged with normal blood pressure 96 hours later.

The newborn girl was discharged when she reached a weight of 2000g. Today, she is neurologically unimpaired.

Key words: Atypical preeclampsia, differential diagnosis.

Ernesto Castelazo-Morales,¹ Diana Elena Monzalbo-Núñez,² Miguel de Jesús López-Rioja,³ Santiago Castelazo-Alatorre³

¹ Médico adscrito y profesor adjunto del curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia.

² Profesor asociado del curso de Especialización en Ginecología y Obstetricia.

³ Residente de Ginecología y Obstetricia.

Hospital Ángeles Lomas, Huixquilucan, Estado de México

Received: October 2013

Accepted: December 2013

Correspondence to:

Dr. Ernesto Castelazo Morales

Av. Vialidad de la Barranca s/n

52763 Huixquilucan, Estado de México

cepam@infosel.net.mx

This article must be quoted:

Castelazo Morales E, Monzalbo Núñez DE, López Rioja MJ, Castelazo Alatorre S. Preeclampsia atípica y éxito perinatal: Reporte de caso. Ginecol Obstet Mex 2014;82:70-74.

La preeclampsia es un síndrome multisistémico de gravedad variable, específico del embarazo, consecuencia de una respuesta vascular anormal a la placentación, con aumento de la resistencia vascular periférica, estimulación de la agregación plaquetaria, activación del sistema de la coagulación y disfunción endotelial.¹

Hoy en día es una de las tres principales causas de morbilidad y mortalidad materna y fetal en todo el mundo. Su incidencia se estima en 3 a 10%; en México representa 15% de las causas de mortalidad materna y de 20 a 25% de la mortalidad perinatal.²

El diagnóstico de preeclampsia requiere la coexistencia de hipertensión gestacional y proteinuria, con sus respectivos criterios de definición.³ Sin embargo, siempre debe establecerse el diagnóstico diferencial con otras afecciones, como nefritis lúpica, síndrome urémico-hemolítico, síndrome de anticuerpos antifosfolípidos y púrpura trombocitopénica trombótica.⁴

La bibliografía menciona que en algunas embarazadas, la preeclampsia y la eclampsia pueden tener una manifestación atípica, caracterizada por la ausencia de alguno de los dos criterios diagnósticos: hipertensión gestacional o proteinuria, denominada preeclampsia atípica,⁵ en la que para establecer su diagnóstico es necesario tener: hipertensión gestacional, más uno de los siguientes criterios:

1. Síntomas de preeclampsia.
2. Hemólisis.
3. Trombocitopenia ($<100\ 000/\text{mm}^3$).
4. Elevación de las enzimas hepáticas (dos veces el límite superior normal de aspartato aminotransferasa o alanino aminotransferasa).

Proteinuria gestacional, más uno de los siguientes criterios:

1. Síntomas de preeclampsia.
2. Hemólisis.
3. Trombocitopenia.
4. Elevación de las enzimas hepáticas.
5. Signos y síntomas de preeclampsia-eclampsia con embarazo menor a 20 semanas.
6. Signos y síntomas de preeclampsia-eclampsia en las 48 horas posteriores al puerperio.⁶

Los estudios más recientes mencionan que la manifestación atípica de la preeclampsia puede encontrarse conjunta o aislada con los siguientes parámetros: hipertensión gestacional, proteinuria gestacional o síndrome de fuga capilar, caracterizado por: edema facial, ascitis, edema pulmonar o proteinuria gestacional, en los que, a su vez, pueden encontrarse, por lo menos en cada parámetro anterior, síntomas de preeclampsia, hemólisis, trombocitopenia, elevación de las enzimas hepáticas o signos y síntomas de preeclampsia y eclampsia antes de la semana 20.⁶⁻¹⁰

El tratamiento de estas pacientes es multidisciplinario, igual que en casos de preeclampsia severa, dirigido a disminuir la morbilidad y mortalidad y a la estabilización hemodinámica, seguida de la interrupción del embarazo.^{2-6,10}

CASO CLÍNICO

Se comunica el caso de una paciente de 32 años, primigesta, grupo y Rh O positivo; sin ningún antecedente patológico, y con adecuado control prenatal desde la sexta semana. Tamizaje para cromosomopatías en el primer trimestre con dis-



minución del riesgo para la edad materna. Perfil para toxoplasmosis, rubéola, citomegalovirus, herpes simple, VIH y sífilis, todos negativos; ultrasonido estructural a las 22 semanas, fetometría acorde con la amenorrea; líquido amniótico, placenta y cordón sin alteraciones; tomaba vitaminas y calcio.

La paciente acudió al Hospital Ángeles Lomas, en el Estado de México, con embarazo de 26.6 semanas por fecha de la última menstruación confiable, por vómito posprandial en proyectil.

A la exploración física tuvo presión arterial de 110/70 mmHg. Abdomen con útero gestante, con un fondo de 22 cm. Frecuencia cardiaca fetal de 146 latidos por minuto, miembros inferiores y reflejos osteotendinosos normales. Se le administró un bloqueador H2 por vía intravenosa, con lo que se aliviaron momentáneamente los síntomas. Sin embargo, súbitamente tuvo síntomas de vasoespasmo (cefalea, fosfeno, acúfenos y epigastralgia).

A su ingreso, la citometría hemática, química sanguínea y pruebas de función hepática se reportaron en parámetros normales; el examen general de orina con proteinuria; el ultrasonido hepático normal y el obstétrico con embarazo único, con fetometría de 2.6 semanas menor a la amenorrea, con aplanamiento en la curva de crecimiento y oligohidramnios; flujometría Doppler con aumento de resistencias en la zona placentaria.

Debido al cuadro clínico, compatible con preeclampsia severa, se inició tratamiento con sulfato de magnesio a la dosis de 4 g de impregnación y, posteriormente, 1 g cada hora. Esquema de madurez pulmonar: 12 mg de betametasona por vía intramuscular cada 24 horas. Se decidió la terminación del embarazo por vía abdominal y se realizó cesárea corporal, nació una niña de 1,595 g y Apgar 4/7.

En el puerperio inmediato tuvo elevación de la presión arterial a 150/90 mmHg, por lo que se inició antihipertensivo y mantuvo sus cifras tensionales dentro de los parámetros normales, por lo que egresó normotensa a las 96 horas.

La recién nacida fue egresada hasta alcanzar un peso de 2000 g; actualmente se encuentra neurológicamente íntegra.

DISCUSIÓN

La preeclampsia es un síndrome multisistémico de gravedad variable; a pesar de que en la mayoría de los casos se manifestará con hipertensión gestacional y proteinuria después de las 20 semanas, se reportaron otros casos donde aparece de manera atípica, sin hipertensión, en 18% de los casos, y en ausencia de proteinuria, en 13% de ellos, comportándose como una preeclampsia severa, con alteraciones multisistémicas, como hematológicas, renales, hepáticas, de la unidad úteroplacentaria, del sistema nervioso central, con síndrome de HELLP o eclampsia.⁸

CONCLUSIONES

Ante la aparición atípica de preeclampsia es necesario realizar un estudio exhaustivo para descartar las afecciones que pudieran imitarla y así poder ofrecer el tratamiento multidisciplinario, que será igual al de una paciente con preeclampsia severa, con lo que se disminuirá la morbilidad y mortalidad materna y fetal.^{5,10} En nuestro caso, el éxito perinatal se debió al cuidado obstétrico y a la rápida intervención.

REFERENCIAS

1. Morgan F, Calderón SA, Martínez JI y col. Factores de riesgo asociados con preeclampsia: estudio de casos y controles. Ginecol Obstet Mex 2010;78:153-159.
2. Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia-eclampsia. Lineamiento Técnico. Secretaría de Salud, Dirección General de Salud Reproductiva, 2007.

3. Diagnosis and management of preeclampsia and eclampsia. ACOG Practice Bulletin No. 33. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Obstet Gynecol* 2002;99:159-167.
4. Sibai BM. Imitators of Severe Pre-eclampsia. *Semin Perinatol* 2009;33:196-205.
5. Stella CM, Sibai BM. Preeclampsia: Diagnosis and management of the atypical presentation. *J Maternal-Fetal Neonat Med* 2006;19:381-386.
6. Sibai B, Stella C. Diagnosis and management of atypical preeclampsia-eclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 2009;200:481.
7. Saez Cantero VC. Preeclampsia y eclampsia de presentación atípica. *Prog Obstet Ginecol* 2012. doi:10.1016/j.pog.2012.03.001
8. Detección y diagnóstico de enfermedades hipertensivas del embarazo. México: Secretaría de Salud, 2010.
9. Smith HO, Kohorn E, Cole LA. Choriocarcinoma and gestational trophoblastic disease. *Obstet Gynecol Clin N Am* 2005;32:661-684.
10. Barrón JL, Piña Saucedo F, Clorio y col. Mola parcial y preeclampsia atípica: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. *Ginecol Obstet Mex* 2012;80:783-787.