

PREECLAMPSIA DE INICIO TEMPRANO Y SEROSITIS PLEUROPERITONEAL EN EL PUERPERIO COMO MANIFESTACIONES DE LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO EN EL EMBARAZO: REPORTE DE UN CASO

Wendy Michelle Porras Marcial¹, Abril Burguenio Ontiveros¹, Lorena Camacho Castillo²

¹Médico residente de segundo año Unidad Médica de Alta Especialidad, Hospital de Ginecoobstetricia 3 ²Victor Manuel Espinosa de los Reyes Sánchez, Centro Médico Nacional La Raza ²Médico adscrito del servicio de perinatología UMAE HGO 3

Introducción

La preeclampsia es un trastorno del embarazo asociado con hipertensión de inicio reciente, que ocurre con mayor frecuencia después de las 20 semanas de gestación y con frecuencia cerca del término. Aunque a menudo se acompaña de proteinuria de inicio reciente, la hipertensión y otros signos o síntomas de preeclampsia pueden presentarse en algunas mujeres en ausencia de proteinuria.¹

El lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune multisistémica con una fuerte predilección femenina. El inicio de la enfermedad en un grupo de edad más joven, junto con una mejor supervivencia, hace que el embarazo sea una ocurrencia probable en el contexto del LES. Aunque los resultados han mejorado con el tiempo y ahora se pueden lograr nacimientos vivos exitosos en la mayoría de los casos, el embarazo sigue siendo una situación de alto riesgo en el LES. Tanto la mortalidad como la morbilidad materna y fetal aumentan significativamente, junto con la utilización y los costos de la atención médica.²

Caso clínico

Femenino de 32 años de edad, referida al HGO 3 La Raza el día 09.02.22, por presentar elevación de cifras tensionales (150/80 mmHg) a pesar del manejo con triple esquema antihipertensivo, al interrogatorio sin comorbilidades, como antecedentes de importancia destacan: gesta 5, antecedente de feto óbito a las 32 SDG (hace 4 años).

Diagnóstico de ingreso: embarazo de 29.4 SDG, preeclampsia con criterios de severidad, restricción de crecimiento fetal estadio I (peso en percentil 0, flujometría normal), sin trabajo de parto.

Durante su estancia cursó con cifras de tensión arterial de 190/100 mmHg, por lo que se otorga manejo para crisis hipertensiva a base de calcio antagonista, así como esquema Zuspan modificado y se interrumpe gestación vía abdominal. **Se realiza cirugía el día 10.02.22, a las 00:26 hrs se obtiene recién nacido de sexo masculino, peso de 1000 gr, talla 35 cm, capurro de 29 semanas, APGAR 8/9, líquido amniótico normal, placenta normotrófica, cavidad eutérmica, cordón trivascular. Sangrado de 350 cc.**

Cursa adecuada evolución del puerperio inmediato y mediato, por lo que se decide egreso de la unidad 72 hrs posteriores a la cirugía, se indica continuar con fármaco calcio antagonista dihidropiridínico (nifedipino) 60 mg cada 12 hrs.

La paciente es referida a esta unidad nuevamente el día 01.03.22, cursando su día 19 de puerperio tardío, ingresa por presentar dolor abdominal y aumento de transaminasas (AST 121 ALT 84 BT 1.0 BD 0.5 BI 0.5), como manejo antihipertensivo, nifedipino a dosis de 30 mg VO cada 12 hrs, a la exploración física, llama la atención datos de ascitis, sin presentar datos francos de irritación peritoneal, se complementa protocolo diagnóstico con ultrasonido de hígado y vías biliares, así como radiografías, se comenta líquido libre en todos los recessos peritoneales, aproximadamente 939 cc, se toma muestra de líquido peritoneal, encontrándose celularidad positiva 2100 leucocitos 20% PMN y 80% MN, se realiza TAC encontrándose colección en hueco pélvico con realce en pared compatible con absceso de 500 cc, colección líquida en la línea media de la pared abdominal, derrame pleural izquierdo del 80% con colapso de pulmón; paciente que inicia con picos febriles, así como datos de irritación peritoneal. Se realiza LAPE e histerectomía el día 04.03.22 con los siguientes hallazgos: **abundante ascitis 4000 cc aproximadamente, líquido cetrino, adherencias de asas intestinales a pared abdominal, interesada, a epiplón, a útero y anexos, útero de 10 x 8 cm adherido a nivel de histerotomía a cara posterior de vejiga y cara posterior de útero adherido a sigmoides con abundante fibrina.** Hasta este momento se consideró peritonitis secundaria a absceso pélvico. Sin embargo, por datos de serositis, PCR elevada (43 mg/L) y linfopenia (1000/ml), se solicita panel inmunológico para descartar otras etiologías. Resultados: C-3: 84 C4: 16 (normales), ANA 1:160 moteado grueso, anticuerpos anti-Smith > 693.5 (positivo), reumatología concluye: **LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO SLEDAI 2K INCOMPLETO 2 PUNTOS.** Se inició tratamiento con hidrocortisona y cloroquina, con adecuada respuesta al tratamiento y del estado posquirúrgico, se egresa del servicio. Paciente que continúa en tratamiento y seguimiento a cargo del servicio de reumatología en HES La Raza.

Conclusión

En hospitales de tercer nivel, como el nuestro, no es raro enfrentarse cada día a trastornos hipertensivos, en especial aquellos que cumplen criterios de preeclampsia. Dado el incremento de los factores de riesgo en los últimos años, la incidencia de esta patología ha ido en aumento, sin embargo nunca debemos descartar alguna etiología subyacente, sobretodo en aquellos eventos obstétricos de inicio temprano. Aunque no se considera parte del protocolo de estudio sería de gran impacto realizar pruebas complementarias más específicas y un abordaje más integral en este tipo de pacientes con la finalidad de identificar patologías autoinmunes y estas puedan ser tratadas de forma oportuna, ya que el retraso en el diagnóstico puede ser fatal para nuestras pacientes.

Discusión

Una de las complicaciones frecuentes en la población mexicana que cursa con LES en el embarazo es la preeclampsia; la literatura señala incidencias de entre 8-31.7%. En México se estima una incidencia del 24.6 %, con una incidencia de preeclampsia de inicio temprano de 15.6%.³ Existe un gran reto en el diagnóstico de esta patología en el puerperio, ya que no se han descrito casos similares en la literatura. Solo existe el reporte de un caso de lupus a nivel pulmonar con datos de serositis y sintomatología sugerente a neumonía en el puerperio de una paciente afroamericana.⁴

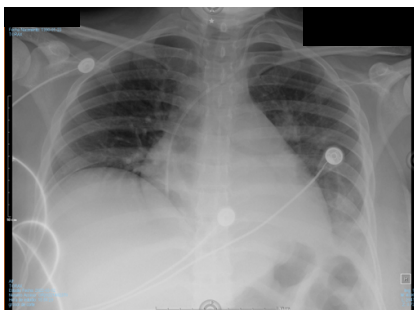


Figura 1. Radiografía de tórax con derrame pleural

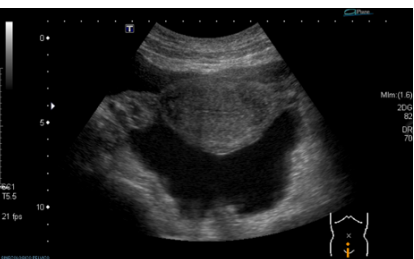


Figura 2. Ultrasonido pélvico con evidencia de líquido libre en cavidad