



## PREECLAMPSIA DE INICIO TEMPRANO Y DIFÍCIL CONTROL: REPORTE DE CASO

Bojórquez-López DO<sup>1,2,3</sup>, Bajo-Leyva M<sup>1,2,3</sup>, Félix-Ramírez ER<sup>1,2,3</sup>, Escareño-Sotelo M<sup>1,2,3</sup>, Guerrero-Valdez M<sup>1,2,3</sup>, Fernández-Galindo MA<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidad Autónoma de Sinaloa, <sup>2</sup>Hospital Civil de Culiacán, <sup>3</sup>Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud, <sup>4</sup>Universidad de Guadalajara

### INTRODUCCIÓN

La preeclampsia es una enfermedad con afectación multisistémica, que condiciona morbi-mortalidad materna y fetal, siendo la restricción del crecimiento intrauterino uno de los resultados adversos más esperados. El diagnóstico de preeclampsia sobreagregada en pacientes hipertensas crónicas es difícil y requiere un alto índice de sospecha clínica para realizarlo oportunamente.

### RESULTADOS

Paciente nefrológicamente estable con TFG de 80 ml/min/1.73m<sup>2</sup>. Se inicia manejo con telmisartán, metoprolol, nifedipino, se retira infusión de nitroglicerina por mejoría en cifras tensionales. Se suspende telmisartán y se agrega losartán 50 mg cada 12 horas. Se encuentra con cifras tensionales sistólicas entre 109-147 mmHg y diastólicas entre 63-80 mmHg, con PAM de 71-88 mmHg, con FC de 70-90 lpm, persiste con tratamiento con losartán 50 mg cada 12 horas, nifedipino 30 mg cada 12 horas, minoxidil 20 mg cada 12 horas y metoprolol 100 mg cada 24 horas. Se decide su egreso por mejoría clínica y laboratorial con seguimiento en la consulta externa de medicina interna y nefrología.

### OBJETIVO

Describir la evolución de las características clínicas, bioquímicas e imagenológicas, así como el desenlace clínico de una paciente con HTA + preeclampsia sobreagregada con datos de severidad de inicio temprano + RCIU + LRA AKIN I + síndrome nefrótico + anemia leve.

### MATERIAL Y MÉTODOS

♀, 26 años, embarazo 28.5 SDG + HTA + Preeclampsia sobreagregada con datos de severidad de inicio temprano + RCIU + LRA AKIN I + síndrome nefrótico + anemia leve.

APP: HTA (7 años de evolución, sin tx), episodios de epistaxis, taquicardia, palpitaciones y diaforesis en los últimos dos años (sin tx). AGO: Menarca 11 años, eumenorreica, IVSA 19 años. Primigesta 28.5 SDG, sin control de fertilidad ni control prenatal.

PA: Presenta edema de miembros inferiores 4 días previos a su ingreso, acude a valoración, TA 226/146 mmHg, reflejos osteotendinosos aumentados.

### ESTANCIA INTRAHOSPITALARIA:

Día 1 □ TA 226/146 mmHg, se administra metildopa y 4 bolos de hidralazina de 5 mg IV, se agrega esquema Zuspan modificado y betametasona para maduración pulmonar. Se inicia recolección de proteínas en orina para descartar preeclampsia sobreagregada.

Día 2 □ USG: Feto 883 gr, percentil <3, flujos arteriales alterados, RCIU. Paciente presenta deterioro, LRA AKIN I, se interrumpe el embarazo vía abdominal e ingresa a UCI. Recolectión de proteínas en orina de 24 hrs 25692 mg/dL, se administra alfametildopa 600 mg VO c/6 hrs y nifedipino 30 mg VO c/8 hrs. PFH: BT 0.6, BD 0.1, BI 0.5, TGO 26, TGP 11, FA 11.2, DHL 279.

Día 3 □ Persiste TA elevada pese a establecer tratamiento con antihipertensivos a dosis máxima, (nifedipino, metoprolol, y prazosina). Labs: Hb 7.1 g/dL, leucos 13470, plaquetas 210, albúmina 2.2 g/dL, TGO 22 u/L, TGP 10 u/L. Creatinina 1.2, TFG CKD-EPI 62.8 ml/min/1.73m<sup>2</sup>.

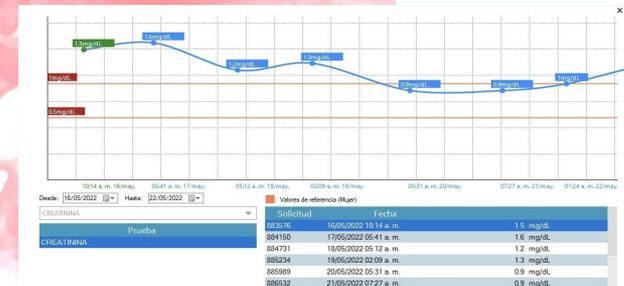


Fig.1 Evolución de creatinina en la LRA.

### CONCLUSIONES

La preeclampsia de inicio temprano se asocia a cuadros clínicos más graves, como RCIU, eclampsia, síndrome de HELLP, y FOM condicionando a mayor morbimortalidad materna, por lo que un diagnóstico temprano es indispensable para la evolución clínica favorable. En el caso de nuestra paciente a razón de no contar con adecuado control prenatal, su diagnóstico fue tardío una vez que las complicaciones ya estaban establecidas, presentando preeclampsia sobreagregada con datos de severidad, más RCIU más LRA AKIN I más síndrome nefrótico más anemia leve. Condicionando un desenlace desfavorable al recién nacido quien falleció a los 37 días de vida extrauterina, la madre respondió adecuadamente al tratamiento.

### Bibliografía:

- 1- Lucarini Paredes RO, Pacheco-Romero J. Preeclampsia de inicio temprano y tardío: una antigua enfermedad, nuevas ideas. Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia. 2014 Oct;66(4):351-62.
- 2- Serra B, Mendoza M, Scazzocchio E, Meler E, Nolla M, Sabriá E, Rodríguez I, Carreras E. A new model for screening for early-onset preeclampsia. American Journal of Obstetrics and Gynecology. 2020 Jun 1;222(6):608-e1.
- 3- Marin R, Chiarello DI, Abad C, Rojas D, Toledo F, Sobrevia L. Oxidative stress and mitochondrial dysfunction in early-onset and late-onset preeclampsia. Biochimica et Biophysica Acta (BBA)-Molecular Basis of Disease. 2020 Dec 1;1866(12):165961.
- 4- Magee LA, Nicolaides KH, von Dadelszen P. Preeclampsia. N Engl J Med. 2022;386(19):1817-1832. doi:10.1056/NEJMa2109523