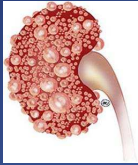


# POLIQUISTOSIS RENAL AD CON DEBUT DE PRECLAMPSIA GRAVE A PROPÓSITO DE UN CASO

Pablo López Ortín, Ángeles Yepes Carrillo, Aurora Sarrias Garriz, M<sup>a</sup> Remedios García Andrés, María Ángeles Pina Montoya, Miguel Costa Andreo.  
Hospital Rafael Méndez.



**INTRODUCCIÓN:** Poliquistosis Renal Autosómica Dominante en primigesta de origen Nigeriano que debutó con preeclampsia grave añadida a HTA previa que tras cesárea finalizó en histerectomía obstétrica por atonía refractaria y múltiples complicaciones asociadas .

## CASO CLÍNICO:

**AF:** Padre fallecido por problemas renales. 16 hermanos vivos y sanos.

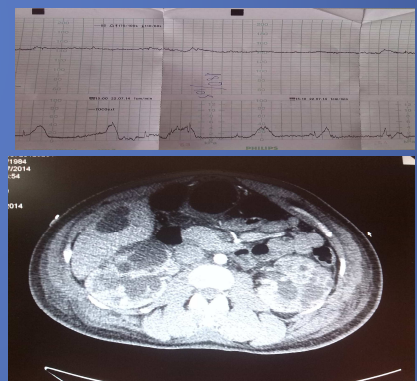
**AP:** 29 años G1 . HTA previa sin controlar, se pauta Aldomet 500 /8h desde inicio de gestación.

VISITAS DE GESTACIÓN:

- **Visita 12 semanas:** Screening de bajo riesgo de cromosopatías, TA 130/82 IP arterias uterinas: 0.70.
- **Visita 20 semanas:** Rastreo morfológico negativo, TA 132/82. P40
- **Visita 28 Semanas:** No edemas TA 132/85, Analítica de 2º Trimestre sin hallazgos salvo AYS con indicio de proteínas en Orina → Solicitamos Proteínas/creatinina en orina para semana 34 y control de TA
- **Visita 34 semanas:** Edemas + TA 142/90 140/89, Proteínas/creatinina en orina: 200mg/ml, Biometría fetal con P28. IP AU: 0,8 IP Uterinas: 1,03

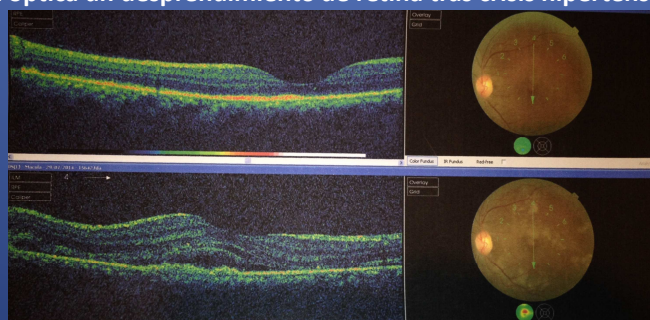
• **Visita 36 semanas + TNS:** Edemas +++, Parálisis facial de Bell. Analítica: LDH: 315. Perfil Hepático normal. Proteínas/ creatinina en orina: 3919.6mg/ml. Ecografía con biometría con P28. IP AU: 0,7. IP ACM: 25. TNS: ritmo comprimido. Se decide inducción de parto con propess por TNS no Satisfactorio con sulfato de magnesio, labetalol e hidralacina para controlar TA.

• **FIN DE EMBARAZO + PUERPERIO:** Cesárea urgente por RPBF, nace varon de 2690 Apgar 9/10.



12 horas tras cesárea se produce sangrado profuso por atonía refractaria a tratamiento conservador e inestabilidad hemodinámica. Se realiza histerectomía obstétrica subtotal pasando a UCI.

Ante la aparición de hipotensión y sospecha de sangrado activo se solicita TC evidenciándose: **Riñones poliquisticos + quistes hepáticos** sin sangrado. Al alta debuta con Visión borrosa diagnosticándose mediante Tomografía de coherencia óptica un desprendimiento de retina tras crisis hipertensiva.



**CONCLUSIÓN:** La poliquistosis Renal Autosómica Dominante es la patología renal hereditaria más frecuente, siendo en nuestro caso un Factor de riesgo junto a la HTA crónica y la nuliparidad para desarrollar preeclampsia. La parálisis facial de Bell aparece hasta tres veces más en el embarazo y su presencia se asocia a un Riesgo incrementado de Preeclampsia.