



XXXII REUNION SOCIEDAD DE OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA R. MURCIA

Manejo urgente de la preeclampsia severa: A propósito de un caso.

Peñalver Yepes, N; Díaz García, A; Gil Sánchez, L; Hamod Tammawi, F; Martínez García, M; Nebot Navarro, A; Kozak Hensor, I; Esquinas Vega, MC.

INTRODUCCIÓN:

La preeclampsia afecta al 3 a 7% de las mujeres embarazadas y hasta el 25% de los casos aparecen en el posparto, más a menudo dentro de los primeros 4 días, pero a veces hasta 6 semanas después del parto. Por debajo de las 37 semanas se diagnostica con cifras de TA superiores a 140/90 junto con cociente angiogénico superior a 38 y/o afectación de órganos diana; por encima de las 37 semanas, se diagnostica con cifras de tensión elevadas y afectación de órgano diana. Su fisiopatología no está bien comprendida; los factores que pueden favorecer su desarrollo incluyen arteriolas espiraladas útero-placentarias mal desarrolladas que disminuyen el flujo útero-placentario durante la última parte del embarazo, anomalías genéticas, inmunitarias e isquemia o infarto placentario. La preeclampsia puede ser asintomática, aunque también puede cursar con cefalea, epigastralgia, hauseas, vómitos o alteraciones visuales.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Gestante de 32+4SG sin antecedentes médicos de interés, intervenida de 2 cesáreas y legrado por IVE. Cuartigesta con 2 cesáreas y un aborto previo, que en su primer embarazo desarrolló una preeclampsia tardía, por la que fue inducido el parto en semana 37. Acude a urgencias de nuestro hospital por sensación de dinámica uterina desde hace unos días, no muy dolorosas. Había consultado previamente con su matrona por ausencia de movimientos fetales durante 2 días. Refiere notar movimientos fetales durante su estancia en urgencias. Afebril. No sangrado, no pérdida de líquido. Gestación controlada por AR PE, en tratamiento con Tromalyt. Refiere controles de TA domiciliarios normales.

A su llegada a urgencias TA 165/97 mmHg, por lo que se extrae analítica para despistaje de preeclampsia y se ciclan TA. Persisten cifras en torno a 160/100mmHg, por lo que se administran bolos de Labetalol intravenoso, con difícil control de las cifras. Se realiza RCTG que se muestra en la imagen y se realiza biometría fetal que resulta en percentil 1. Los resultados de la analítica revela un cociente angiogénico de 1248.7.

Ante las cifras de TA, los resultados de la analítica, biometría y el RCTG sugestivo de hipoxia crónica, se diagnostica de preeclampsia severa y se procede a la finalización de la gestación mediante cesárea.

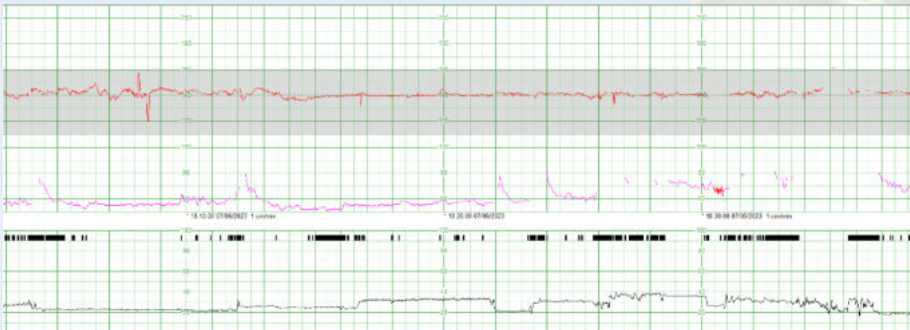


Imagen 1: RCTG sugestivo de hipoxia crónica

CONCLUSIONES

Se ha demostrado que administrar a las mujeres con ciertos factores de riesgo dosis bajas de aspirina a partir de las 12 hasta las 28 semanas podría reducir el riesgo de preeclampsia, idealmente antes de las 16 semanas.

El parto está indicado cuando el embarazo es ≥ 37 semanas, pero si se diagnostica preeclampsia severa, el parto se debe realizar hacia las 34 semanas; si se diagnostica síndrome HELLP o eclampsia, el parto debe efectuarse de inmediato.

El Síndrome de Hellp es una variante de la preeclampsia en la que se produce trombopenia severa, hemólisis reflejada en un incremento de LDH y elevación de enzimas hepáticas.

Bibliografía

1. American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG): Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin, Number 222. *Obstet Gynecol* 135 (6):e237–e260, 2020.
2. Nirupama B, Divyashree S, Janhavi P, Muthukumar SP, Ravindra PY. Preeclampsia: Pathophysiology and management. *J Gynecol Obstet Hum Reprod*. 2021 Feb;50(2):101975. doi: 10.1016/j.jogon.2020.101975. Epub 2020 Nov 7. PMID: 33171282.
3. Roberge S, Nicolaidis K, Demers S et al: The role of aspirin dose on the prevention of preeclampsia and fetal growth restriction: Systematic review and meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol* 216 (2):110–120.e6, 2017. doi: 10.1016/j.ajog.2016.09.076

