

## CASO CLÍNICO

Mujer de 35 años, exfumadora, embarazada de 26+6 semanas de gestación, que acude a la urgencia hospitalaria derivada de la consulta de alto riesgo obstétrico para control de TA (tensión arterial) y analítica. En la consulta la paciente presenta una TA de 144/103 y 138/96. Últimos controles analíticos, hace 3 semanas, incluido un hemograma con todos los parámetros dentro de la normalidad, al igual que las pruebas bioquímicas básicas, que se detallan a continuación.

	Resultado	Referencia
Glucosa, mg/dL	78	70-110
Urea, mg/dL	16	10-50
Crea, mg/dL	0,57	0,5-0,9
Na, mEq/L	137	136-145
K, mEq/L	4	3,4-4,5
BiliTotal, mg/dL	<1	0,1-1,2
PCR, mg/dL	0,4	0-0,5
Leucocitos·10 <sup>3</sup> /uL	10,4	4-10
Plaquetas/uL	225	130-400

En una ecografía realizada el día previo, se evidencia un CIR precoz (660 g, percentil 3). Doppler normal. No refiere dinámica uterina, ni sangrado vaginal. Realizó amniocentesis en la 16 SG, sin complicaciones, por arteria umbilical única y fémur corto. Cariotipo fetal 46XX.

El test de O'Sullivan realizado la semana previa había sido normal (Glucosa post: 99 mg/dL) y las pruebas serológicas, para LUES, toxoplasma y CMV, habían sido negativas.

**Antecedentes personales:** La paciente no tiene antecedentes familiares ni personales de interés. Apendectomía. Grupo O+, anticuerpos irregulares negativos. Menarquia 12a. A1G2

**Exploración en Urgencias:** Peso: 70,7 Kg. T<sup>a</sup>: 36,6°C. TA 149/99. Alergias no conocidas.

**Motivo de consulta:** HTA en gestante. A la paciente se le realiza un estudio de hipertensión y control intensivo materno fetal. Valorada por nefrología, ingresa para estudio HTA, en gestante con CIR.

La analítica realizada por el laboratorio de Urgencias en el momento del ingreso muestra los siguientes resultados.

	Resultado	Referencia
Glucosa, mg/dL	77	70-110
Urea, mg/dL	23	10-50
Crea, mg/dL	0,66	0,5-0,9
Na, mEq/L	136	136-145
K, mEq/L	4,1	3,4-4,5

BiliTotal, mg/dL	<1	0,1-1,2
Amilasa, UI/L	51	0-0,5
Lipasa, UI/L	23	13-60
LDH, UI/L	345*	135-214
ALP, UI/L	120*	35-105
AST, UI/L	30	0-32
ALT, UI/L	17	0-33
GGT, UI/L	13	0-40
sFIT-1, pg/mL	7599	
PIGF, pg/mL	23,5	
sFIT-1/PIGF	323	0-23

Se observa elevación de LDH y ALP séricas. Como marcadores de preeclampsia (PE), se calculó el cociente sFIT - 1/PIGF, que superaba en más de 10 veces el punto de corte establecido en el laboratorio de referencia del hospital para descartar PE en gestantes < 34 SG.

Al día siguiente, en el laboratorio de bioquímica programada se determina el cociente Albúmina/Creatinina en orina, obteniendo un resultado de 118, casi 4 veces por encima del valor de referencia (< 30 mg/g).

Se decide una actitud conservadora iniciando maduración pulmonar para el feto y terapia antihipertensiva y de protección neurológica para la gestante, dada la presentación precoz del diagnóstico (PE severa+CIR en gestante de 27 SG).

La paciente permanece estable clínicamente, y la analítica mejora, llegando a normalizarse las pruebas de función hepática al tercer día del ingreso. Sin embargo, el cociente de marcadores de PE permanecía muy elevado, aunque sin tendencia ascendente.

	Resultado	Referencia
Crea, mg/dL	0,58	0,5-0,9
Na, mEq/L	135	136-145
K, mEq/L	4,5	3,4-4,5
BiliTotal, mg/dL	<1	0,1-1,2
LDH, UI/L	175	135-214
ALP, UI/L	95	35-105
AST, UI/L	16	0-32
ALT, UI/L	14	0-33
GGT, UI/L	9	0-40
Urico, mg/dL	4	2,4-5,7
sFIT-1, pg/mL	10013	
PIGF, pg/mL	34,4	
sFIT-1/PIGF	291	0-23
Leucocitos·10 <sup>3</sup> /uL	12,78	4-10
Plaquetas/uL	227	130-400

Al quinto día del ingreso, la gestante inicia de forma brusca un empeoramiento clínico, analítico y tensional (alcanzando TA 170/100 el día 6), que no responde a tratamiento.

Se monitoriza y se registran los siguientes seguimientos analíticos:

	Día 5 (am)	Día 5 (pm)	Día 6 (am)	Referencia
Glucosa, mg/dL	86	89	92	70-110
Urea, mg/dL	23	24	20	10-50
Crea, mg/dL	0,61	0,6	0,49	0,5-0,9
Na, mEq/L		133	134	136-145
K, mEq/L		4,2	4,8	3,4-4,5
BiliTotal, mg/dL	<1	<1	<1	0,1-1,2
LDH, UI/L	257	421		135-214
ALP, UI/L	94	98	78	35-105
AST, UI/L	88	221	375	0-32
ALT, UI/L	80	210	309	0-33
GGT, UI/L	11	10	10	0-40
Urico, mg/dL	4,4	4,6		2,4-5,7
Proteínas totales, g/L	62	60		64-83
Mg, mEq/L			1,52	0,6-1,07
sFIT-1, pg/mL		9018		
PIGF, pg/mL		15,9		
sFIT-1/PIGF		567		0-23
Leucocitos·10 <sup>3</sup> /uL	14,6	15,5	13,94	4-10
Plaquetas/uL	244	211	115	130-400

A lo largo del quinto día, el recuento plaquetario permaneció dentro del rango de normalidad, con recuentos superiores a 200 plaquetas/uL, pero en el control analítico realizado el sexto día ya habían bajado a 120 plaquetas/uL, indicando un posible inicio de síndrome HELLP.

Por otra parte, el cociente de los marcadores de PE casi había duplicado el resultado obtenido 48 h antes.

Ante la situación de mal control clínico y analítico, se decide cesárea urgente el día 6 (EG:27+3), indicada por CIR+PE severa, con resultado de recién nacido mujer, apgar 7/8, Peso 660g, que ingresa en UCI neonatológica por prematuridad extrema y CIR, donde permaneció ingresada un mes y evolucionó favorablemente.

Por su parte, en el postoperatorio, la mujer presentó mejoría clara de los síntomas, y cifras tensionales, con normalización del recuento plaquetario a cifras similares al comienzo del cuadro clínico (218 plaquetas/uL) al cuarto día postparto, así como progresiva mejoría de las pruebas de función hepática.

	post-parto día 1	post-parto día 2	post-parto día 4	Referencia
Glucosa, mg/dL	74	76		70-110
Urea, mg/dL	14	13		10-50
Crea, mg/dL	0,51	0,53		0,5-0,9
Na, mEq/L	134	138		136-145
K, mEq/L	4,4	4,4		3,4-4,5
BiliTotal, mg/dL		<1		0,1-1,2
LDH, UI/L	300	221	238	135-214
ALP, UI/L			88	35-105
AST, UI/L	122	56	24	0-32
ALT, UI/L	181	126	56	0-33
GGT, UI/L			20	0-40
Urico, mg/dL	3,4			2,4-5,7
Mg, mEq/L	1,7			0,6-1,07
sFIT-1, pg/mL			443,3	
PIGF, pg/mL			11,3	
sFIT-1/PIGF			39	0-23
Leucocitos·10 <sup>3</sup> /uL	11,5	11,19	11,5	
Plaquetas/uL	119	134	218	
Alb/Crea ORI			49,5	

El cociente sFIT - 1/PIGF también había descendido con normalidad al cuarto día postparto, indicando buena recuperación, una vez eliminada la placenta.

La mujer fue dada a los 10 días del parto.

## Discusión

Ante una gestante que acude con sospecha de PE en edades gestacionales muy precoces (< 34SG) el manejo clínico debe ser conservador y es esencial monitorizar las pruebas clásicas de función hepática, ante el riesgo de que el cuadro clínico evolucione a síndrome HELLP.

El caso presentado aquí ilustra la utilidad de medir marcadores de PE en la urgencia hospitalaria (identificando rápidamente aquellos casos que requieren ingreso y estudios complementarios) y en los subsiguientes controles evolutivos. Poder determinar en tiempo real otros marcadores que intervienen en el propio proceso de desequilibrio angiogénico/ antiangiogénico permite identificar con mayor seguridad no sólo aquellos casos donde el proceso se ha controlado, al menos temporalmente (días 2-4) sino también el desencadenamiento posterior de una evolución desfavorable (día 5).

## Conclusión

Aunque la toma de decisión sobre cuándo intervenir practicando una cesárea urgente en un caso de PE siempre deberá atender a criterios clínicos que garanticen la máxima seguri-

dad materno-fetal, la medida seriada de los marcadores de PE, durante los controles evolutivos de estos casos, aporta información relevante, tanto para identificar cuándo se puede mantener un manejo conservador como para evidenciar posteriores descompensaciones que deben llevar a una acción clínica inmediata.