



### Eclampsia y PRES: a propósito de un caso

*Delgado González, JL.; Montoya Martínez, C.; Pérez Rocamora, FC.; Jiménez Machuca, P.; Marín Pérez, AM.; Martínez Martínez, A.  
Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital Universitario Rafael Méndez*

#### Introducción

Paciente de 22 años, G1P0, captada en la semana 24+4, evidenciándose como hallazgo único de interés un índice de pulsatilidad de arterias uterinas (IP AUt) patológico ( $p > 99$ ). Se solicita en la semana 29 con un cociente de proteínas/creatinina negativo. En la semana 32 persiste un IP AUt patológico, manteniendo cifras tensionales normales. Se cita entonces en la semana 37 y se solicita de nuevo un cociente de proteínas/creatinina, una analítica con un perfil hepático y se incide en la necesidad de controlarse la tensión arterial en su domicilio. A las 34 semanas y 6 días de gestación, la paciente es traída en ambulancia al servicio de Urgencias por un episodio de convulsiones en su domicilio.

#### Exploración y pruebas complementarias

En Urgencias la paciente se encuentra consciente y orientada, refiere cefalea, presenta edemas en miembros inferiores y unas cifras tensionales de 170/100 mmHg. Como hallazgos de interés en su última analítica, se objetiva un cociente de proteínas/creatinina de 7g y un perfil hepático alterado en la bioquímica.

#### Conducta

- Se realiza monitorización materna y fetal, se administra un bolo de Labetalol vía intravenosa y una perfusión de Sulfato de Magnesio, además de realizar un sondaje vesical permanente. Cuando la tensión arterial disminuye a cifras en torno a 140/80 mmHg sufre un nuevo episodio de convulsiones.
- Se protege a la paciente contra un traumatismo, se asegura la permeabilidad aérea, la ventilación y se coloca en posición de seguridad en decúbito lateral izquierdo. También se administra un bolo de Sulfato de Magnesio. Tras la resolución del evento adverso, la paciente se encuentra en actitud catatónica y se objetiva una bradicardia fetal, por lo que se indica una cesárea emergente con extracción fetal a los 3 minutos, naciendo con 2260 gramos y Apgar 7, 9 y 10 al minuto, a los 5 y a los 10 minutos.
- La paciente permanece intubada. Se solicita un TC craneal con contraste, describiéndose hallazgos compatibles con síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES). Tras una semana ingresada se logra controlar la tensión arterial de la paciente, presentando mejoría clínica y recibiendo el alta hospitalaria.

#### Juicio clínico

- Eclampsia
- PRES

#### Conclusiones

En el PRES a veces no hay proteinuria ni hipertensión, la presión arterial suele ser menor en pacientes con hipertensión, hay un debut con cuadro convulsivo (no suele haber un diagnóstico previo de preeclampsia), la cefalea, fotopsias y alteración del estado de conciencia son los síntomas más habituales, y suele haber un incremento rápido o fluctuaciones en la presión arterial. Más del 20% de los casos de PRES son por eclampsia. En cambio, entre el 93 y el 100% de casos de eclampsia presentan signos radiológicos de PRES. Con estos datos no se sabe con certeza si la eclampsia y el PRES tienen una relación de causa-efecto o bien son dos entidades distintas.

#### Bibliografía

1. Bahadur A, Mundhra R, Singh R, et al. Predictors of Posterior Reversible Encephalopathy Syndrome (PRES) in Women With Pre-eclampsia/Eclampsia: A Retrospective Analysis. *Cureus*. 2022 Nov;14(11):e31459.
2. Zhang, Yi MD; Liang, Bing PhD; Zhao, Cuiping PhD; Zhou, Yi MD; Yan, Chuanzhu PhD. Posterior reversible encephalopathy in a pregnant woman without preeclampsia or eclampsia: A case report. *Medicine* 101(36):p e30519, September 09, 2022.