

Eclampsia atípica tardía: compromiso inusual con proteinuria, pero sin hipertensión

Late atypical eclampsia: unusual involvement with proteinuria, but without hypertension

Liliana Rodríguez Kadota ^{1,a}, María Félix Torres Nolasco ^{1,b}, Luis Arquinio Estremadoyro ^{1,c}, Germán Valenzuela-Rodríguez ^{1,2,d}

¹ Clínica Delgado-AUNA. Lima. Perú.

² Unidad de Revisiones Sistemáticas y Meta-análisis (URSIGET), Vicerrectorado de Investigación, Universidad San Ignacio de Loyola. Lima, Perú.

^a Médico cirujano. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2961-4957>

^b Médico cirujano. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2402-4301>

^c Médico cirujano. ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-7927-1755>

^d Doctor en medicina. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8595-9549>

An Fac med. 2024;85(1):70-73. / DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v85i1.26945>.

Correspondencia:

Germán Valenzuela-Rodríguez
german.v.valenzuela@gmail.com

Recibido: 9 de diciembre 2023

Aprobado: 2 de febrero 2024

Publicación en línea: 25 de marzo 2024

Conflictos de interés: Ninguno.

Fuente de financiamiento: Autofinanciado.

Contribuciones de los autores: LRK participó en la recolección de datos y análisis e interpretación de hallazgos, GVR participó en la concepción y diseño del estudio. Todos los autores participaron en la redacción, revisión crítica y aprobación de la versión final del manuscrito.

Citar como: Rodríguez L, Torres M, Arquinio L, Valenzuela-Rodríguez G. Eclampsia atípica tardía: compromiso inusual con proteinuria, pero sin hipertensión. An Fac med. 2024; 85(1):70-73. DOI: <https://doi.org/10.15381/anales.v85i1.26945>.

Resumen

Paciente primigesta de 27 años, sin antecedentes médicos de importancia y con un apropiado control prenatal, quien recibió atención por parto vaginal a las 39 semanas de gestación con anestesia epidural. Una hora después del parto, presentó cefalea holocraneana a predominio derecho, tratada con antiinflamatorios y relajantes muscular por indicación del servicio de neurología. Horas después de su alta, al tercer día posparto, presentó convulsiones tónico-clónicas bilaterales. Por un examen de orina con proteinuria (+) en tira reactiva y elevaciones discretas de la presión arterial, se solicitó un conteo de proteínas en 24 horas, con valores en 1094,5 mg (valor normal: 0-140). La resonancia magnética con contraste solicitada durante su admisión fue normal, recibiendo tratamiento con fenitoína y sulfato de magnesio durante su hospitalización. Fue dada de alta al quinto día, con controles posteriores por consultorio externo, sin cefalea, proteinuria y/o hipertensión.

Palabras clave: Eclampsia; Proteinuria; Convulsiones (fuente: DeCS Bireme).

Abstract

A 27-year-old primigravida patient without a relevant medical history and appropriate prenatal control received attention for vaginal delivery at 39 weeks of gestation. One -hour later, she experienced holocranial headache with right predominance, treated with anti-inflammatories and muscle relaxants by the indication of a neurologist. Hours after her discharge, on the third day post-partum, she developed bilateral tonic-clonic seizures. Following a urine test in the emergency room with proteinuria (+) in a dipstick, we tested 24-hour protein count in 1094 mg (normal values 0-140). Magnetic resonance with contrast at admission was normal. She received Phenytoin and Magnesium Sulfate during her hospitalization. The evolution was favorable, and he was discharged at five days with ambulatory controls in the medical office without headache, proteinuria, and/or hypertension.

Keywords: Eclampsia; Proteinuria; Seizures (source: MeSH NLM).

INTRODUCCIÓN

Existe un amplio espectro de condiciones patológicas asociadas con la gestación, entre ellas: síndromes de preeclampsia, eclampsia, hipertensión gestacional sin proteinuria, proteinuria más hemólisis o trombocitopenia, o elevación de enzimas hepáticas, o preeclampsia/eclampsia antes de las 20 semanas, o preeclampsia/eclampsia post parto tardías, o síndromes HELLP (hemólisis más elevación de enzimas hepáticas más plaquetas disminuidas), ELLP (elevación de enzimas hepáticas más plaquetas disminuidas), y EL (únicamente elevación de enzimas hepáticas) ⁽¹⁾.

En este espectro, se han reportado casos de eclampsia atípica, que ocurren antes de las 20 semanas de gestación, o más de 48 horas posparto. A estos casos se les denomina como «eclampsia atípica tardía» ⁽¹⁻⁵⁾. En ausencia de hipertensión, y a pesar de la presencia de compromiso de órgano blanco en estos síndromes, generan dificultad en el diagnóstico y representan un dilema médico, por el riesgo de muerte asociada a eclampsia de hasta 16% en países en desarrollo ⁽²⁾.

En este artículo presentamos el caso de una primigesta a término, con convulsiones tónico-clónicas, elevaciones discretas de

presión arterial sin diagnóstico de hipertensión, y proteinuria posparto, como manifestaciones de compromiso multisistémico. Para realizar el reporte, obtuvimos el consentimiento informado de la paciente.

REPORTE DE CASO

Presentamos el caso de una mujer de 27 años, primigrávida, sin antecedentes médicos relevantes. Fue evaluada por consultorio externo en doce oportunidades y programada para parto vaginal a las 39 semanas de gestación con analgesia de trabajo de parto bajo catéter epidural. Se realizó atención del parto vaginal, sin interurrencias, pero una hora después presentó cefalea holocraneana a predominio derecho, que se incrementó con el cambio postural. Por esta razón fue evaluada por el servicio de anestesiología y neurología, indicándose ketoprofeno 100 mg vía oral (VO) cada 8 horas, orfenadrina 100 mg cada 12 horas más ergotamina+cafeína 1 tableta cada 12 horas. Se sospechó de una punción inadvertida de la duramadre.

La paciente fue dada de alta al tercer día, con remisión de los síntomas. A las cuatro horas del alta, presentó escotomas asociados a cefalea hemicraneal derecha

y convulsiones tónico-clónicas bilaterales, por lo cual acudió a emergencia y fue hospitalizada. Al examen físico se le encontró hiperreflexia de miembros inferiores, sin signos meníngeos ni focales. También se solicitó una resonancia magnética cerebral sin contraste, sin hallazgos significativos (Figura 1). La paciente recibió fenitoína endovenosa y luego sulfato de magnesio, el cual recibió por 48 horas.

Las pruebas bioquímicas mostraron: creatinina de 0,61 mg/dL (VN 0,5 – 0,9), urea de 11 mg/dL (VN 17 - 49). El hemograma fue normal con plaquetas en 161 000 cel/UI (VN 150 000 – 450 000), transaminasa glutámico pirúvica en 30 U/L (VN 0 - 33), transaminasa glutámico oxalacética en 28 U/L (VN 0 - 32). En emergencia, el examen de sedimento urinario mostró proteínas (+/+++), por lo cual se solicitó proteinuria en orina de 24 horas cuyo valor fue 1094,5 mg/24 horas (VN 0 - 140).

Los niveles de presión arterial se mantuvieron en rangos normales durante la evaluación prenatal y durante la hospitalización por la atención del parto, registrándose un incremento a su ingreso a emergencia el cual se mantuvo durante ésta hospitalización, pero sin superar los valores establecidos para el diagnóstico de hipertensión (Tabla 1).

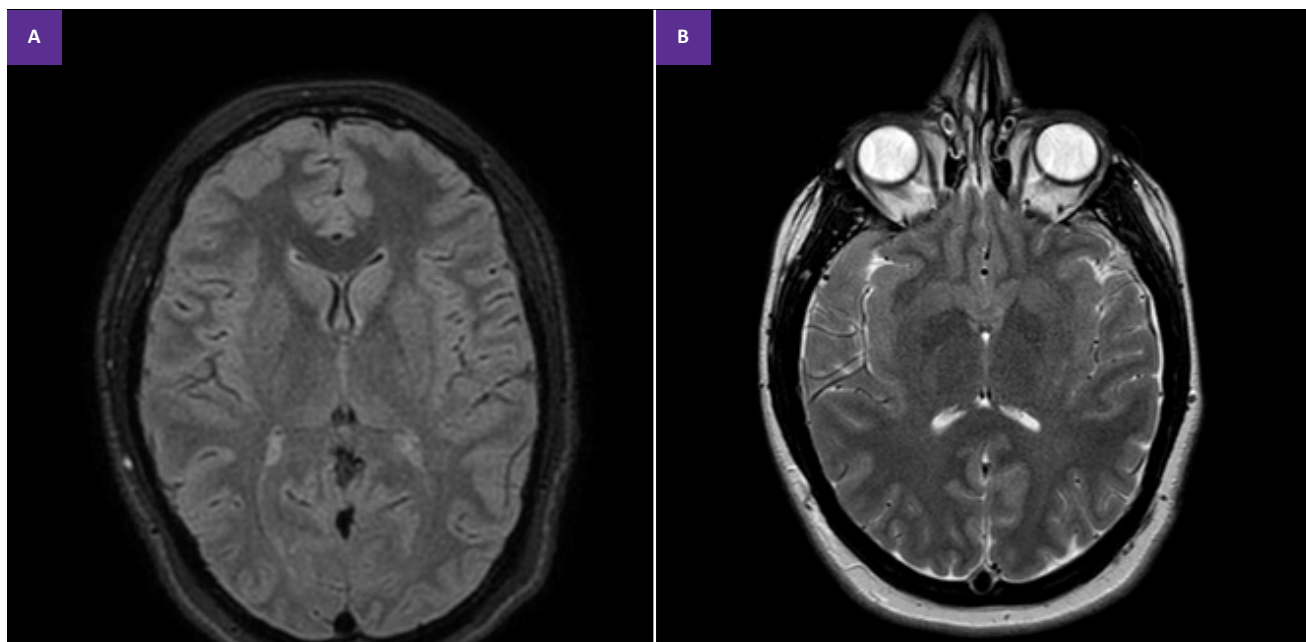


Figura 1. Resonancia magnética cerebral que muestra una morfología encefálica sin alteraciones, sin focos de restricción en el estudio de difusión. A: secuencia flair, B: secuencia T2.

Tabla 1. Evolución de los parámetros clínicos y laboratoriales.

Edad gestacional (semanas)	16	20	21	24	30	32	34	36	Parto	Ingreso a emergencia	UCI	Alta	Seguimiento ambulatorio
Presión arterial sistólica (mmHg)	100	105	100	100	101	106	102	100	115	130	122	137	127
Presión arterial diastólica (mmHg)	50	54	58	56	61	58	60	55	67	77	67	80	80
Peso (Kg)	67,9	69,7	70,9	71,4	75,7	77,4	78,7	80	81,2	-	-	-	69,8
Proteinuria	-	No	No	-	-	-	-	No	-	Proteínas (+)	1094,5 mg/ 24 horas	-	No

Guión (-): no se encontraron datos

La evolución de la paciente fue favorable, con descenso de los valores de presión al alta, al quinto día de su hospitalización. Los controles posteriores por consultorio, al tercer día post alta y en el vigesimotercer día post alta, no revelaron síntomas ni otros hallazgos relevantes.

DISCUSIÓN

Reportamos el caso de una primigesta joven, durante su gestación no tuvo elevación de la presión arterial, proteinuria y edemas. Presentó cefalea en el postparto inmediato, y convulsiones tónico-clónicas al tercer día del parto, y a las pocas horas de su egreso hospitalario.

Se planteó inicialmente como posibilidad una cefalea post punción dural. Sin embargo, con la aparición de convulsiones, hiperreflexia al examen clínico y la proteinuria elevada, se decidió considerar como diagnóstico la eclampsia atípica tardía. Por ello, establecimos el plan de trabajo y el proceso de seguimiento ambulatorio.

Se define a la eclampsia atípica tardía, como aquella que ocurre 48 horas después del parto, pudiendo presentarse inclusive hasta 4 semanas después del mismo (2,7-10). Se ha descrito en el 56 a 75% de los casos pueden presentar cefalea frontal y/o occipital, disturbios visuales, fotofobia, y dolor epigástrico. En menor frecuencia se presentan elevaciones marginales de la presión arterial o de las enzimas hepáticas (2,7).

Los diagnósticos diferenciales incluyen accidentes cerebrovasculares, encefalopatía hipertensiva, síndromes convulsivos, tumores cerebrales, enfermedad trofoblástica gestacional metastásica, enfermedades metabólicas, leucoencefalopatía, trombofi-

lia, púrpura trombocitopénica trombótica, síndrome post punción dural, vasculitis cerebral, entre otros (1).

El reconocimiento de esta entidad no tendría más de tres décadas, y el conocimiento de esta entre los profesionales de la salud podría ser bajo. Esta situación, generaría investigaciones innecesarias de los casos, las cuales podrían ser costosas e invasivas, condicionando un retraso en la administración del tratamiento apropiado (7-9).

Algunas series de casos han reportado que esta complicación se presentó hasta en el 31,28% de las pacientes, siendo difícil de evitar a pesar de un cuidado prenatal apropiado (4), probablemente por la ausencia de signos/síntomas clásicos de esta entidad. Esta serie de 179 casos, extendida a 254 posteriormente, encontró que el 32% de pacientes no tuvo edema, el 23% no tuvo elevaciones marcadas de la presión arterial y el 19% no tuvo proteinuria al momento de las convulsiones, asociándose a una mortalidad materna del 0.4% y a una mortalidad perinatal en el 11.8% (5). En otra serie del Reino Unido, el 38% de convulsiones, ocurrieron antes de hacerse objetivas la hipertensión o proteinuria, presentándose un 75% de ellas en el hospital (6).

El sulfato de magnesio sería el medicamento de elección, para prevenir y tratar convulsiones en mujeres con eclampsia, pero un 10% de convulsiones podrían no controlarse con este fármaco, por lo cual se usaría un segundo medicamento como diazepam (11,12). En casos como el presentado, es necesario realizar una detallada historia clínica, solicitar de manera apropiada los estudios médicos y neurológicos, con énfasis en realizar estudios de imágenes cerebrales (11).

Considerando estos datos, la vigilancia de síntomas neurológicos, laboratoriales

(proteinuria), y/o elevaciones marginales de presión arterial, a pesar de no configurar el diagnóstico de hipertensión, son claves para un diagnóstico precoz. A ello se agrega la necesidad de utilizar racionalmente los exámenes de laboratorio y de imágenes para establecer el diagnóstico preciso, y brindar el tratamiento oportuno en todos los casos (3,13,14).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Stella CL, Sibai BM. Preeclampsia: Diagnosis and management of the atypical presentation. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2006; 19(7):381-396. DOI: 10.1080/14767050600678337
2. Niroomanesh S, Mirzaie F. Atypical postpartum eclampsia: Status epilepticus without preeclamptic prodromi. *Women and Birth* 2008;21:171-173. DOI: 10.1016/j.wombi.2008.09.003
3. Ghadiali T, Nguyen MT, Lee RH, Sasso EB. Atypical eclampsia in a normotensive patient with altered mental status and severely elevated transaminases: Case report and review. *Int J Gynecol Obstet*. 2023;00:1-6. DOI: 10.1002/ijgo.14975
4. Sibai BM. Diagnosis, prevention, and management of eclampsia. *Obstet Gynecol* 2005;105:402-10. DOI: 10.1097/01.AOG.0000152351.13671.99
5. Sibai BM, Abdella TN, Spinnato JA, Anderson GD: The incidence of nonpreventable eclampsia. *Am J Obstet Gynecol*. 1986;154(3):581-6. DOI: 10.1016/0002-9378(86)90605-8
6. Sibai BM. Maternal-Perinatal Outcome in 254 Consecutive Cases. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 1990;163(3):1049-1054. DOI: 10.1016/0002-9378(90)91123-T
7. Albayrak M, Ozdemir I, Demiraran Y, Dikici S. Atypical preeclampsia and eclampsia: report of four cases and review of the literature. *J Turkish-German Gynecol Assoc* 2010;11:115-7. DOI: 10.5152/jtgga.2010.014
8. Mathew R, Raj SS, Sudha P. Late postpartum eclampsia without prodroma. *Neurol India* 2003;51:539-540
9. Ozcant-Dag Z, Isik Y, Turkel Y, Alpua M, Simsek Y. Atypical eclampsia and post partum status epilepticus. *Pan African Medical Journal*. 2015;20:17. DOI: 10.11604/pamj.2015.20.17.5831
10. Masai K, Ueada Y, Maito H, Tsukahara K, Aokage T, Fujisaki N, et al. Atypical case of posterior reversible encephalopathy syndrome related to late onset

- postpartum eclampsia. *Medicine* 2019;98:16. DOI: 10.1097/MD.00000000000015187.
11. Bodasingh S, Mayat N, Moodley J, Ramphal S. Atypical Eclampsia at a Regional Hospital in Northern Kwa Zulu-Natal: Lessons to Learn. *J Hypertens (Los Angel)* 2019;8:261
 12. Eun Shin J, Young Nam S, Lee Y, Lee G, Chul Shin J, Jee Kim Y, *et al.* Comparison of Outcomes after typical and atypical eclampsia: a retrospective study. *The Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*. 2012;25(11):2419-2423. DOI: 10.3109/14767058.2012.699117. Epub 2012 Jun 29.
 13. Singh S, Agarwal R. A rare case of late atypical post-partum eclampsia. *International Journal of Reproduction, Contraception Obstetrics and Gynecology*. 2015;4(5):1645-1646. DOI: <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20150770>
 14. Ghadialli T, Nguyen MT, Lee RH, Sasso EB. Atypical eclampsia in a normotensive patient with altered mental status and severely elevated transaminases: Case report and review. *Int J Gynecol Obstet*. 2023;00:1-6. DOI: 10.1002/ijgo.14975