



<https://www.elsevier.es/semergen>

284/42 - PREECLAMPSIA EN FECUNDACIÓN IN VITRO

G. Rengifo Reyes^a, N. Talens Martínez^b, R. Urdiain Agorri^b, M. Redondo de Pedro^c, M. Gili Riu^a y M. López Grimaldi^d

^aMetge de Família. Centre de Salut La Sagrera. Barcelona. ^bMetge de Família. CAP Sagrera. Barcelona. ^cLa Sagrera. Barcelona. ^dGIS Referente de Gestión y Servicios CAP La Sagrera. Barcelona.

Resumen

Descripción del caso: Gestante de 42 años con embarazo de 23,5 semanas por fecundación in vitro (FIV), que consulta por cefalea y edemas de piernas. Gestación controlada, salvo bajo peso fetal de 372 g. Prueba en sangre materna que descarta cromosomopatía del feto. De origen peruano, presenta hipercolesterolemia, y fallo ovárico oculto, intervenida de endometrioma ovárico. Dos primas con preeclampsia.

Exploración y pruebas complementarias: Presión arterial 180/100 mmHg. Edemas con fóvea en ambas extremidades inferiores. Lastib orina con proteinuria positiva. Por sospecha diagnóstica de preeclampsia grave se deriva a Urgencias. En analítica destaca Hb 11 g/dl, hto 40, coagulación, función hepática y renal normal, proteinuria 1,8 g/24h. Ecografía tercer trimestre normal, peso fetal 463 g. Altada con labetalol 200 mg/8h, AAS 100 mg/día. A las 25,4 semanas consulta nuevamente por PA > 160/95 mmHg. Análisis sangre: LDH elevada y proteinuria en orina de 6,5 g/24h, la ecografía detecta retraso del crecimiento intrauterino grave (CIR III) con peso fetal 554 g percentil 1 con redistribución circulatoria grave. La amniocentesis es normal. Ante diagnóstico de preeclampsia grave y CIR III, se administra sulfato magnésico para prevenir convulsiones, labetalol e hidralazina. La ecografía a las 48h detecta CIR IV con ductos venoso reverso y registro topográfico silente por lo que se indica finalización del embarazo mediante cesárea. El recién nacido de 27,1 semanas, pesa 690 g. Apgar 3/5/8. A las 36 horas presenta inestabilidad hemodinámica con hemorragia pulmonar, objetivándose persistencia del conducto arterioso, hemorragia intraventricular grado III e hidrocefalia poshemorrágica, falleciendo a los 11 días de vida.

Juicio clínico: La preeclampsia afecta al 3% de las gestaciones, elevándose al 10% en presencia de factores de riesgo. Todos los antecedentes de la paciente, la procedencia y gestación con FIV son factores de riesgo para desarrollar complicaciones obstétricas y perinatales. El único tratamiento en este caso era la finalización del embarazo y se realizó en el momento de mayor riesgo para la vida del feto.

Diagnóstico diferencial: HTA crónica, descartada porque la paciente presentaba PA normal hasta antes de las 23 semanas. Patología renal previa, descartada porque la función renal y sedimento urinario eran normales. Patología venosa: no hay signos de trombosis venosa superficial ni profunda ni varices previas.

Comentario final: Es conveniente planificar un embarazo llevado a cabo mediante técnicas de reproducción asistida ya que las complicaciones obstétricas maternas y fetales son mayores que en las concepciones espontáneas según la bibliografía y más aún si la madre presenta factores de riesgo familiares, médicos, obstétricos, étnicos. La preeclampsia en la FIV es el doble. En pacientes mayores de 40 años con donación de gametos presenta mayor riesgo de formas severas de preeclampsia precoz. Según un metanálisis, el 89% de

los casos de preeclampsia se pueden prevenir o retrasar iniciando un tratamiento con aspirina en fase temprana del embarazo. Hay que investigar qué marcadores pueden ser diagnósticos de preeclampsia para seleccionar las gestantes que se beneficiarían de un tratamiento para evitar la gravedad de los efectos en la madre y el feto.

Bibliografía

1. Pandey S, Shetty A, Hamilton M. Obstetric and perinatal outcomes in singleton pregnancies resulting from IVF/ICSI: a systematic review and meta-analysis. *Human Reproduction Update*. 2012;18:485-503.