

CASO CLÍNICO

1. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia Crítica, Jefe médico de la unidad de cuidados especiales, Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, El Salvador. ORCID: 0000-0001-5225-1272
2. Médico residente de tercer año de Ginecología y Obstetricia. Hospital Materno Infantil 1° de Mayo, Instituto Salvadoreño del Seguro Social, El Salvador. ORCID: 0000-0002-1709-7414
3. Médico especialista en Ginecología y Obstetricia. Hospital de la Caja de Seguro Social, Panamá. Distinguished researcher of the National Research System, SENACYT Panama. ORCID: 0000-0002-1494-3654

Conflicto de interés: Los autores manifiestan no tener que declarar ningún conflicto de interés en la publicación de este artículo

Financiamiento: Autofinanciado

Recibido: 14 noviembre 2022

Aceptado: 19 diciembre 2022

Publicación en línea: 27 de marzo 2023

Correspondencia:

Paulino Vigil-De Gracia, MD

📍 Hospital de la Caja de Seguro Social, Panamá

☎ 50766143240

✉ pvigild@hotmail.com

Citar como: Turcios FE, Barrera MdeJ, Vigil-De Gracia P. Preeclampsia y eclampsia complicada con desprendimiento de retina. Comunicación de tres casos. *Rev peru ginecol obstet.* 2023;69(1). DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v69i2486>

Preeclampsia y eclampsia complicada con desprendimiento de retina. Comunicación de tres casos

Preeclampsia and eclampsia complicated with retinal detachment. Report of three cases

Francisco Eduardo Turcios¹, Manuel De Jesús Barrera², Paulino Vigil-De Gracia³

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v69i2486>

RESUMEN

La preeclampsia es un trastorno hipertensivo multisistémico que se presenta después de las 20 semanas de gestación en 5% a 15% de gestantes y es causa de complicaciones que pueden afectar órganos importantes y hasta provocar la muerte durante la gestación o en el posparto. Incluye la preeclampsia severa, eclampsia y síndrome HELLP (*hemolysis, elevation of liver enzymes, low platelets*, por sus siglas en inglés). Se comunica tres casos de desprendimiento de retina que ocurrieron en dos pacientes con preeclampsia severa y una con eclampsia, todas con hemorragia y alteración visual en el posparto que requirieron tratamiento farmacológico. El desprendimiento de retina es un síntoma asociado a la preeclampsia y eclampsia que puede ser investigado por fundoscopia ocular para determinar si es factible su tratamiento conservador o farmacológico.

Palabras clave. Preeclampsia, Eclampsia, Desprendimiento de retina, Síndrome HELLP

ABSTRACT

Preeclampsia is a multisystemic hypertensive disorder that occurs after 20 weeks of gestation in 5%-15% of pregnant women and is the cause of complications that can affect important organs and even cause death during gestation or in the postpartum period. It includes severe preeclampsia, eclampsia and HELLP (hemolysis, elevation of liver enzymes, low platelets) syndrome. We report three cases of retinal detachment that occurred in two patients with severe preeclampsia and one with eclampsia, all with hemorrhage and visual alteration in the postpartum period that required pharmacological treatment. Retinal detachment is a symptom associated with preeclampsia and eclampsia that can be investigated by ocular funduscopy to determine whether conservative or pharmacological treatment is feasible.

Key words: Preeclampsia, Eclampsia, Retinal detachment, HELLP syndrome

INTRODUCCIÓN

La hipertensión inducida por la gestación incluye la preeclampsia y eclampsia, ocurre aproximadamente en 5 a 15% de todos los embarazos y puede estar asociada con amplia variedad de anomalías oculares⁽¹⁾.

El desprendimiento de retina es un evento secundario a isquemia coroidal, resultado de vasoespasmo retinal como parte de la afectación multiorgánica de la preeclampsia. Su presentación clínica es característica y relativamente fácil de diagnosticar. Se considera una complicación inusual, aunque bien documentada en la literatura, caracterizada por pérdida de la agudeza visual o ceguera temporal que aparece usualmente en el posparto inmediato en pacientes con preeclampsia, eclampsia y síndrome HELLP⁽¹⁻³⁾.

En esta comunicación se presenta la experiencia sobre el diagnóstico y tratamiento del desprendimiento de retina como complicación inusual de tres casos atendidos en el Hospital Materno Infantil 1° de Mayo del Instituto Salvadoreño del Seguro Social.



CASOS CLÍNICOS

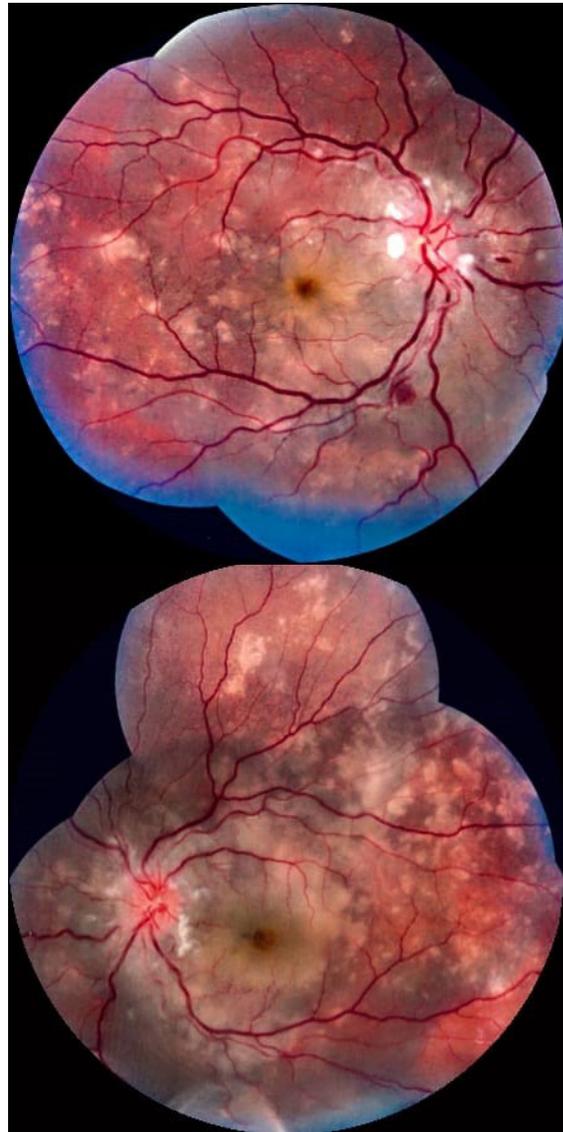
CASO 1

Una primigesta de 21 años con 34 semanas y 2 días de gestación sin antecedentes médicos relevantes convulsionó en su residencia y fue llevada al centro médico hospitalario, donde presentó nuevo evento convulsivo, postictal de 2 minutos, con recuperación de la conciencia. Se la diagnosticó como eclampsia debido a presión arterial de 220/150 mmHg. Se inició protocolo de sulfato de magnesio e hidralazina endovenosa. Se tomaron exámenes para certificación diagnóstica y descartar síndrome HELLP. La paciente se estabilizó y luego se le practicó intervención cesárea sin complicaciones. En la unidad de cuidados especiales, durante su segundo día poscesárea refirió visión borrosa en ojo izquierdo. El especialista oftalmólogo halló agudeza visual del ojo derecho 20/150, presión intraocular 12 mmHg. En la fundoscopia la córnea era clara, con cámara amplia, cristalino claro, sin Tyndall; exudados densos algodonosos con abundante tortuosidad vascular. En el ojo izquierdo, la agudeza visual era 20/700, presión intraocular 12 mmHg. En la fundoscopia, la córnea era clara, con cámara amplia, cristalino claro, sin Tyndall, con exudados densos y algodonosos, marcada tortuosidad vascular. La conclusión fue de un desprendimiento seroso de la retina en el ojo derecho y desprendimiento seroso y bulloso en el ojo izquierdo. El diagnóstico final fue de desprendimiento seroso y bulloso de retina secundario a retinopatía hipertensiva. Se prescribió bromfenaco oftálmico gotas y control periódico estricto de la presión arterial. Además, se administró dos antihipertensivos orales (figura 1).

CASO 2

Una primigesta de 30 años con 37 semanas de gestación y antecedente de diabetes gestacional A1 consultó en el hospital por cefalea intensa. En la evaluación médica se diagnosticó preeclampsia severa con tensión arterial de 167/115 mmHg e índice proteína creatinina en orina de 0,6. Se solicitó exámenes para certificación diagnóstica y descartar síndrome HELLP y se inició protocolo de sulfato de magnesio e hidralazina endovenosa. Se indujo el parto con prostaglandinas. El parto fue vaginal y presentó hemorragia por hematoma disecante de episiotomía, el cual se drenó y suturó. En su primer día posparto la pacien-

FIGURA 1. LA EVALUACIÓN INFORMÓ AGUDEZA VISUAL DEL OJO DERECHO 20/150, PRESIÓN INTRAOCULAR 12 mmHg. FUNDOSCOPIA: CÓRNEA CLARA, CÁMARA AMPLIA, CRISTALINO CLARO, NO TYNDALL, EXUDADOS DENSOS ALGODONOSOS CON ABUNDANTE TORTUOSIDAD VASCULAR. OJO IZQUIERDO CON AGUDEZA VISUAL DE 20/700, PRESIÓN INTRAOCULAR 12 mmHg. FUNDOSCOPIA: CÓRNEA CLARA, CÁMARA AMPLIA, CRISTALINO CLARO, NO TYNDALL, EXUDADOS DENSOS Y ALGODONOSOS, MARCADA TORTUOSIDAD VASCULAR. CONCLUSIÓN: DESPRENDIMIENTO SEROSO DE RETINA EN OJO DERECHO Y DESPRENDIMIENTO SEROSO Y BULOSO DEL OJO IZQUIERDO. EL DIAGNÓSTICO FINAL FUE DE DESPRENDIMIENTO SEROSO Y BULOSO DE RETINA, SECUNDARIO A RETINOPATÍA HIPERTENSIVA.



te refirió escotomas bilaterales, sin alteración neurológica. La evaluación por el oftalmólogo determinó en el ojo derecho presión intraocular de 15 mmHg, fundoscopia con córnea clara, cámara amplia, cristalino claro, pupila isocórica reactiva a la luz, retina nasal aplanada, mácula no comprometida. En el ojo izquierdo, la córnea era clara, la cámara amplia, cristalino claro, pupila isocórica reactiva a la luz, retina nasal apla-



nada, mácula no comprometida. El diagnóstico fue desprendimiento seroso de retina bilateral. Se administró ketorolaco oftálmico en gotas y control estricto de la presión arterial. Se adicionó 2 antihipertensivos orales (figura 2).

CASO 3

Una secundigesta de 28 años con embarazo a término tuvo parto vaginal en el hospital regional de segundo nivel, que se complicó con hemorragia severa posparto por atonía. Se estimó sangrado de 2,000 mL que fue resuelto con administración de uterotónicos y sin empleo de alcaloides del ergot (metilergonovina). Además, se diagnosticó preeclampsia severa posparto por tensión arterial de 167/123 mmHg, iniciándose protocolo de sulfato de magnesio e hidralazina endovenosa. Se solicitó exámenes para certificación diagnóstica y descartar un síndrome HELLP. Horas más tarde refirió disminución de la agudeza visual y presencia de escotomas, por lo que se realizó ultrasonido ocular, el que evidenció ecos de membrana con inserción al disco óptico (cámara posterior). Se diagnosticó desprendimiento de retina bilateral y se refirió a un hospital de tercer nivel de ginec obstetricia, donde se le realizó evaluación oftalmológica por fundoscopia ocular, que describió segmento anterior normal en ambos ojos, presión intraocular de 10 mmHg en ambos ojos, cambios bilaterales en pigmentación y elevación a nivel macular, pliegues re-

tinianos a nivel de mácula, nervio óptico sano, borde profundo, retina aplanada en ambos ojos, vítreo claro en ambos ojos. El diagnóstico fue de desprendimiento de retina exudativo en ambos ojos secundario a preeclampsia, que fue tratado con manejo conservador, administración de antihipertensivos orales y control ambulatorio (figura 3).

Aunque en dos de los casos se presentó alteración en los exámenes de laboratorio que sugerían la presencia de síndrome de HELLP, estas alteraciones se pudieron asociar a la formación del hematoma disecante de episiotomía del caso 2 y la hemorragia posparto severa del caso 3, ya que no se observó elevación de las enzimas hepáticas (tabla 1).

DISCUSIÓN

El embarazo está asociado a cambios oculares en la mayoría de las pacientes y es muy raro que sean permanentes. Estos cambios pueden estar asociados al desarrollo de nuevas condiciones o exacerbado por comorbilidades preexistentes.

Desconocer los síntomas asociados al desprendimiento de retina podrían condicionar ceguera persistente o definitiva. La confusión entre una alteración de origen neurológico generalmente retrasa la confirmación de la alteración ocular. Usualmente se ha condicionado el evento con-

FIGURA 2. SE INFORMÓ LA EVALUACIÓN DEL OJO DERECHO DE PRESIÓN INTRAOCULAR 15 mmHg. FUNDOSCOPIA: CÓRNEA CLARA, CÁMARA AMPLIA, CRISTALINO CLARO, PUPILA ISOCÓRICA REACTIVA A LA LUZ, RETINA NASAL APLANADA, MÁCULA NO COMPROMETIDA. EN EL OJO IZQUIERDO: CÓRNEA CLARA, CÁMARA AMPLIA, CRISTALINO CLARO, PUPILA ISOCÓRICA REACTIVA A LA LUZ, RETINA NASAL APLANADA, MÁCULA NO COMPROMETIDA. DIAGNÓSTICO: DESPRENDIMIENTO SEROSO DE RETINA BILATERAL.



FIGURA 3. SE DIAGNOSTICÓ POR ULTRASONIDO DESPRENDIMIENTO DE RETINA BILATERAL. LA EVALUACIÓN OFTALMOLÓGICA POR FUNDOSCOPIA OCULAR DESCRIBIÓ: SEGMENTO ANTERIOR NORMAL EN AMBOS OJOS, PRESIÓN INTRAOCULAR 10 mmHg EN AMBOS OJOS, CAMBIOS EN AMBOS OJOS EN PIGMENTACIÓN Y ELEVACIÓN A NIVEL MACULAR, PLEGUES RETINIANOS A NIVEL DE MÁCULA, NERVIÓ ÓPTICO SANO, BORDE PROFUNDO, RETINA APLANADA EN AMBOS OJOS, VÍTREO CLARO EN AMBOS OJOS. DIAGNÓSTICO: DESPRENDIMIENTO DE RETINA EXUDATIVO EN AMBOS OJOS SECUNDARIO A PREECLAMPSIA.

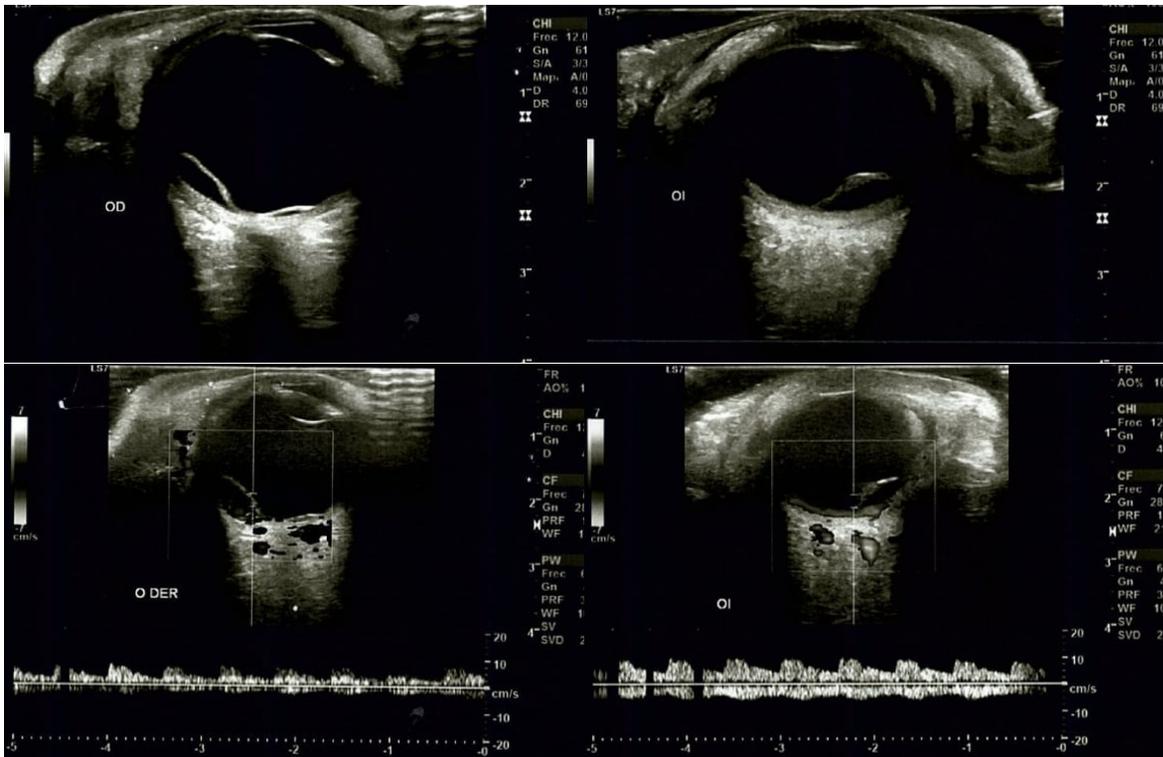


TABLA 1. HALLAZGOS DE LABORATORIO EN LOS TRES CASOS.

| Prueba | Caso 1 | Caso 2 | Caso 3 |
|-----------------------|--------------|-------------|-------------|
| Hemoglobina | 11,8 g/dL | 8,0 g/ dL | 7,9 g/ dL |
| Plaquetas | 280 x 103 uL | 75 x 103 uL | 56 x 103 uL |
| AST/ALT | 37/17 U/L | 46/12 U/L | 51/43 U/L |
| Bilirrubina directa | 0,12 mg/ dL | 2,39 mg/dL | 0,40 mg/dL |
| Bilirrubina indirecta | 0,19 mg/ dL | 0,48 mg/dL | 0,20 mg/dL |
| LDH | 306 U/L | 838 U/L | 1,182 U/L |
| Creatinina sérica | 0,53 mg/dL | 1,07 mg/dL | 1,57 mg/dL |
| TP | 10 s | 16 s | 18 s |
| TPT | 25 s | 35 s | 44,0 s |
| Fibrinógeno | 543 mg/dL | 95 mg/dL | 368 mg/dL |

g/dL: gramos por decilitro; uL: microlitro; AST: aspartato aminotransferasa; ALT: alanino aminotransferasa; U/L: unidades por litro; mg/dL: miligramos por decilitro; LDH: lactato deshidrogenasa; TP: tiempo de protrombina; s: segundo; TPT: tiempo parcial de tromboplastina

vulsivo (eclampsia) con afectación cerebral. La evaluación por tomografía cerebral frecuentemente es informada como normal, lo que obliga a investigar la alteración focalizada en el ojo. El clínico debe saber diferenciar que la sintomatología orienta a buscar el origen de la lesión en el ojo o en el cerebro, y si esta es temporal o definitiva^(1,4).

Las condiciones patológicas que afectan el ojo en el embarazo incluyen la preeclampsia, eclampsia y las retinopatías serosas centrales. La condición más significativa preexistente que puede agravar la función ocular es la diabetes mellitus⁽¹⁾.

Los síntomas oculares más comunes en la preeclampsia son la visión borrosa, fotopsias, escotomas y diplopia. La anomalía retinal más frecuentemente comunicada en la literatura de oftalmología en el contexto de la preeclampsia es el espasmo arteriolar focal, asociado con edema peripapilar o focal en la retina. Cuando los vasos retornan a la normalidad luego del parto, la alteración visual es inusual y, si se presentara, debe investigarse otras causas⁽¹⁻⁵⁾.

El desprendimiento grave de retina secundario a isquemia coroidea es una causa inusual pero bien documentada de pérdida visual en la preeclampsia, con cambios epiteliales pigmentarios residuales^(1,6).



El 10% de las pacientes con hipertensión asociada al embarazo se complican con síndrome HELLP caracterizado por hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y plaquetopenia. Los hallazgos oculares asociados a este síndrome incluyen el desprendimiento seroso bilateral de retina y la hemorragia del vítreo⁽¹⁾.

La incidencia de anormalidades visuales y retinianas ha disminuido en la actualidad gracias al mejor manejo de la hipertensión inducida por la gestación. Un porcentaje alto de estas anormalidades mejoran con manejo farmacológico antihipertensivo o con el parto⁽¹⁾.

En el pasado, la mayoría de los casos de desprendimiento de retina eran atribuidos a la preeclampsia severa o eclampsia. Las comunicaciones de casos de desprendimiento de retina publicadas en la década pasada incluyen información sobre la presencia del síndrome HELLP como el factor más condicionante para el desprendimiento de la retina⁽³⁾.

La microangiopatía trombótica es asociada como causa de hipoxia retiniana y desprendimiento de la retina en el síndrome HELLP. Sin embargo, la hiperperfusión cerebral, y por consiguiente la ocular, puede ser causa del desprendimiento de retina en ausencia de una lesión vascular⁽¹⁻⁶⁾.

Se debe tratar de diferenciar el desprendimiento de retina con el desprendimiento del vítreo posterior (DVP). Ambas entidades patológicas comparten síntomas de la visión como escotomas, visión borrosa y destellos (flashes). El desprendimiento del vítreo posterior se caracteriza por la formación de bolsas de líquido que se contraen y disminuyen su volumen. Cuando el ojo cambia de posición, la gelatina se mueve dentro de la cavidad vítrea y este movimiento comienza a separarlo de la retina. Debido a que la retina es una estructura muy delgada y frágil, la separación del vítreo ejerce suficiente fuerza como para producir un desgarramiento o agujero en ella. Este fenómeno se observa frecuentemente en las personas ancianas y debe llamar la atención en una paciente joven que presenta estas características clínicas en el posparto, generalmente asociado al pujo excesivo durante el parto vaginal o en el contexto de una preeclampsia⁽⁴⁾.

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES, por sus siglas en inglés) puede causar trastornos visuales como hemianopsia, visión borrosa, amaurosis fugaz y ceguera cortical completa que puede presentarse hasta en 2/3 de los pacientes con PRES. El diagnóstico confirmatorio de esta entidad se realiza mediante resonancia magnética nuclear cerebral observando zonas de edema vasogénico cortical. La retinoscopia en estos casos resulta sin alteraciones^(5,6). La alteración visual puede persistir en ausencia del síndrome de encefalopatía posterior reversible en la resonancia magnética nuclear. La alteración visual unilateral podría ser un indicador de afectación retiniana y no cortical cerebral, que oriente a un examen como la fundoscopia ocular. La tomografía computarizada no ha mostrado ser una herramienta para evaluar una lesión cerebral como génesis de la alteración visual aislada en la preeclampsia-eclampsia^(7,8).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sheth BP, Mieler WF. Ocular complications of pregnancy. *Curr Opin Ophthalmol*. 2001;12(6):455-63. DOI: 10.1097/00055735-200112000-00011
2. Dinn RB, Harris A, Marcus PS. Ocular changes in pregnancy. *Obstet Gynecol Surv*. 2003;58(2):137-44. doi: 10.1097/01.OGX.0000047741.79433.52
3. Vigil-De Gracia P, Ortega-Paz L. Desprendimiento de retina en asociación con preeclampsia, eclampsia y síndrome HELLP. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011;114:223-5.
4. Barnard D. Differential diagnosis of PVD and retinal detachment. Department of Optometry, SCHOOL OF Health Sciences Hadassah College, Jerusalem. Israel. December 2008;5:4-7. <http://www.barnardlevit.co.uk/assets/Lectures/Differential-diagnosis-of-PVD-and-retinal-detachment-2008.pdf>
5. Fischer M. Posterior reversible encephalopathy syndrome, *J Neurol*. 2017;264:1609-10. <https://doi.org/10.1007/s00415-016-8377-8>
6. Sathish S. Bilateral choroidal ischaemia and serous retinal detachment in pre-eclampsia. *Clin Exp Ophthalmol*. 2000;28(5):387-90. DOI: 10.1046/j.1442-9071.2000.00342.x
7. Androudi S. Study of serous retinal detachment in a pre-eclamptic patient. *Semin Ophthalmol*. 2007;22:189-91. DOI: 10.1080/08820530701501469
8. Dahiya K. MRI Brain Lesions in Eclampsia: A Series of 50 Cases Admitted to HDU of a Tertiary Care Hospital. *J Family Reprod Health*. 2018;12(1):51-6.