

Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo durante el posparto

Acute Respiratory Distress Syndrome during postpartum

Juan Raymundo⁽¹⁾, Moisés Henríquez⁽¹⁾, Gabriela Alvarado⁽¹⁾.

1. Unidad de Cuidados Intensivos para Adultos, Hospital Regional de Occidente "San Juan de Dios", Quetzaltenango, Guatemala.

Autor corresponsal: Dr. Juan Edison Raymundo, juanedison7@hotmail.com

DOI: <https://doi.org/10.36109/rmg.v161i1.435>

Recibido: 21 de Septiembre 2021 **Aceptado:** 17 de Diciembre 2021

Resumen

Femenina de 20 años de edad, primigesta, sin antecedentes médicos, quirúrgicos u obstétricos, cursaba con embarazo a término. Fue ingresada por eclampsia y síndrome de HELLP, requirió ventilación mecánica invasiva. La tomografía cerebral demostró hemorragia intraparenquimatosa e intraventricular con sospecha de encefalopatía posterior reversible, desarrolló síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA) severo y posteriormente disfunción multiorgánica con desenlace fatal.

Palabras clave: Hipoxemia, eclampsia, edema pulmonar.

Abstract

A 20-year-old female with no medical, surgical or obstetric history, had a full-term pregnancy and was admitted for eclampsia and HELLP syndrome, requiring invasive mechanical ventilation. The cerebral tomography showed intraparenchymal and intraventricular hemorrhage with suspicion of reversible posterior encephalopathy, she developed severe acute respiratory distress syndrome (ARDS) and later multiorgan dysfunction with fatal outcome.

Keywords: Hypoxemia, eclampsia, pulmonary edema.

Introducción

Se presenta el caso de paciente femenina ingresada por eclampsia y datos de encefalopatía posterior reversible por tomografía, durante su estancia en Unidad de Cuidados Intensivos desarrolló síndrome de distrés respiratorio agudo severo y luego disfunción multiorgánica. Se diagnosticó SDRA por compromiso neurológico.

Reporte de caso

Femenina, primigesta, de 20 años, embarazo de 37 semanas. Fue llevada a sala de emergencia por convulsiones tónico clónicas y alteración del estado de conciencia. Fue ingresada por eclampsia y síndrome de HELLP. Signos vitales al ingreso PA 180/120 mmHg, Fc: 99 por minuto, T: 36.5C, SO₂: 95%, Fr: 20 por minuto. Laboratorios de ingreso: WBC 15 x 10³/uL, Neu%: 86% Linf%: 4%, Hgb: 10 g/dL, Htc: 29%, plaquetas: 62,000, creat. 1.64 mg/dL, K: 5.1 mmol/L, Na: 136 mmol/L, Cl: 115 mmol/L, Albu: 1.4 g/dL, AST: 411 U/L, ALT: 182 U/L, DHL: 1,281 U/L. Se realizó cesárea de urgencia, sin recibir hemoderivados, necesito ventilación mecánica invasiva, al finalizar el procedimiento no reaccionó adecuadamente sin presentar señales de alerta por lo que continuó con ventilación mecánica. La radiografía de tórax de ingreso era normal. Se realizó tomografía cerebral que demostró hemorragia subaracnoidea, hemorragia intraparenquimatosa parietooccipital derecho e intraventricular y edema cerebral vasogénico, datos relacionados con encefalopatía posterior reversible, se trasladó a Unidad de Cuidados Intensivos para cuidado neurocrítico, recibió tratamiento por edema cerebral agudo con solución hipertónica con mediciones de diámetro de la vaina de nervio óptico. Durante la hospitalización requirió parámetros de ventilación altos en modo asistido controlado por presión; en radiografía posterior se observó infiltrado alveolo intersticial bilateral acentuado, ecocardiograma con fracción de eyección del ventrículo izquierdo de 56%, sin derrame pericárdico, ultrasonido pulmonar con múltiples líneas B bilaterales en todas las áreas pulmonares (signo de la aurora) y una relación PaO₂/FiO₂ <300. Las mediciones del diámetro de la vaina de nervio óptico eran menores a 0.50 mm por lo que pasó a modo no convencional con Ventilación de Liberación de Presión de Vía Aérea (APRV) con parámetros de protección pulmonar, tuvo hipoxemia refractaria y se implementó la posición prona con poca mejoría. La prueba para SARS-CoV-2 PCR fue negativa en dos ocasiones, cultivos negativos. Presentó disfunción multiorgánica; lesión renal aguda e insuficiencia hepática. No hubo mejoría clínica y tuvo un desenlace fatal. Se diagnosticó SDRA por compromiso neurológico.

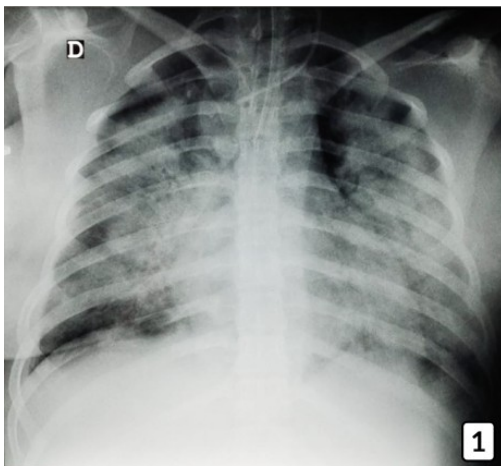


Fig. 1. Radiografía anteroposterior de tórax con infiltrado alveolar y broncograma aéreo bilateral difuso.

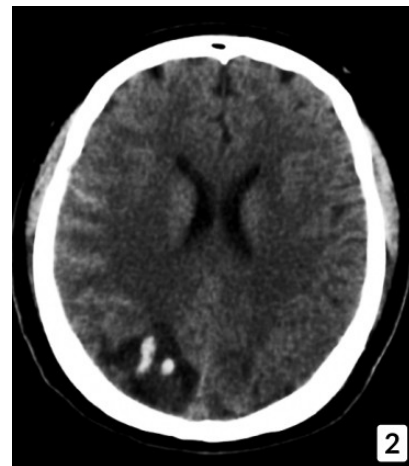


Fig. 2. Tomografía axial computarizada cerebral con hemorragia parietooccipital derecho y edema cerebral vasogénico.

Discusión

El síndrome de distrés respiratoria agudo se describió inicialmente en adultos como una afección de inicio repentino asociada con opacidades radiográficas bilaterales e hipoxemia grave [1]. En 2012 se modificaron los criterios de Berlín: síntomas dentro de los 7 días posteriores a la afección, relación PaO₂/FiO₂ <300 con uso de PEEP de al menos 5 cmH₂O, infiltrados bilaterales y que no sea explicado por falla cardíaca o sobrecarga de líquidos [2]. Se ha demostrado que la etiología del cuadro puede ser directo o indirecto en relación a la afección pulmonar. El síndrome de preeclampsia y eclampsia pueden causar SDRA durante el embarazo y en el posparto con una incidencia de 16-70 por 100,000 embarazos, representa un diagnóstico por descarte de causas directas o indirectas [3].

Actualmente hay poca evidencia científica en el manejo en esta población y las decisiones están basadas en estudios de población general. La posición prona es considerado seguro, incluso durante el embarazo sin ser contraindicación absoluta ya que ha demostrado el beneficio disminuyendo la mortalidad cuando se combina con volumen corriente bajo de 6 a 8 mL por kilo de peso predicho (4). El pronóstico es precario en casos que requieren de ventilación mecánica y desarrollan disfunción multiorgánica.

Referencias bibliográficas / References

1. Ashbaugh D, Bigelow D, Petty T, Levine B. Acute respiratory distress in adults. *Lancet*. 1967 Aug;2(7511):319-23. Doi:10.1016/s0140-6736(67)90168-7.
2. ARDS definition Task Force; Ranieri VM; Ranieri VM, Rubenfeld GD, Thompson B, et al. Acute respiratory distress syndrome: the Berlin Definition. *JAMA*. 2012 Jun;307(23):2526-33. Doi: 10.1001/jama.2012.5669.
3. Rush B, Martinka P, Kilb B, McDermid RC, Boyd JH, Celi LA. Acute Respiratory Distress Syndrome in Pregnant Women. *Obstet Gynecol*. 2017 Mar;129(3):530-535. Doi: 10.1097/AOG.0000000000001907.
4. Samanta S, Samanta S, Wig J, Baronia AK. How safe is the prone position in acute respiratory distress syndrome at late pregnancy?. *Am J Emerg Med*. 2014;32(6):687.e1-3. Doi: 10.1016/j.ajem.2013.12.021.