



Gestante pretérmino con la COVID-19 asociada a preeclampsia agravada

Preterm pregnant woman with COVID-19 associated with aggravated pre-eclampsia

Herminio Cardona González^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-6605-0997>

Grisell Argilagos Casasayas¹ <https://orcid.org/0000-0002-8008-9169>

Angelina Mourlot Ruiz² <https://orcid.org/0000-0002-7137-0004>

José Mario Bonne Laborde² <https://orcid.org/0000-0003-0894-560X>

Gipsy Martínez Arzola² <https://orcid.org/0000-0002-0505-3924>

¹Hospital Materno Norte “Tamara Bunke Bíder”. Santiago de Cuba, Cuba.

²Hospital Militar “Dr. Joaquín Castillo Duany”. Santiago de Cuba, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: herminio.cardona91@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), es una infección respiratoria aguda causada por el SARS-CoV-2, que potencialmente puede provocar un síndrome respiratorio agudo grave y causar la muerte de la paciente.

Objetivo: Presentar una paciente con la COVID -19 asociado a preeclampsia agravada, en una gestante pretérmino.

Caso clínico: Paciente de 25 años con gestación de 35,2 semanas, antecedentes de salud aparente que fue recibida desde su llegada a la unidad de cuidados intensivos, remitida por ser positiva a la COVID-19, con síntomas respiratorios de una neumopatía asociada, como cifras tensionales elevadas, sin otra sintomatología. Mediante el examen físico y estudios complementarios humorales se diagnóstica una preeclampsia agravada y un oligoamnios por una rotura de membranas ovulares. Fue tratada y compensada; se inició inducción y durante el procedimiento se diagnostica un riesgo de pérdida de

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>



bienestar fetal, por lo que se decidió realizar cesárea urgente. Se recibió recién nacido sano. La paciente no presentó complicaciones postquirúrgicas y se trató acorde a las normas actuales para los casos de madre grave con la COVID-19; tuvo una evolución favorable.

Conclusiones: El diagnóstico y tratamiento precoz de una gestante con la COVID-19 y preeclampsia asociada permite una evolución satisfactoria del binomio madre-feto.

Palabras clave: COVID-19; cesárea; preeclampsia; SARS-CoV-2; ginecología.

ABSTRACT

Introduction: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) is an acute respiratory infection caused by SARS-CoV-2, which can potentially cause severe acute respiratory syndrome and cause the death of the patient.

Objective: To present a patient with COVID-19 associated with aggravated preeclampsia, in a preterm pregnant woman.

Clinical case: A 25-year-old patient with a gestation of 35.2 weeks, a history of apparent health that was received since her arrival at the intensive care unit, referred for being positive for COVID-19, with respiratory symptoms of an associated lung disease, as high blood pressure figures, without other symptoms. Through physical examination and complementary humoral studies, an aggravated preeclampsia and oligohydramnios were diagnosed due to rupture of the ovular membranes. She was treated and compensated; Induction was started and during the procedure a risk of loss of fetal well-being was diagnosed, so it was decided to perform an urgent cesarean section. A healthy newborn was received. The patient did not present post-surgical complications and was treated according to current standards for cases of severe mother with COVID-19; she had a favorable evolution.

Conclusions: The early diagnosis and treatment of a pregnant woman with COVID-19 and associated preeclampsia allows a satisfactory evolution of the mother-fetus binomial.

Keywords: COVID-19; caesarean section; preeclampsia; SARS-CoV-2; gynecology.



Recibido: 11/11/2021

Aprobado: 17/02/2022

INTRODUCCIÓN

La infección por el nuevo coronavirus SARS-CoV-2, es en el momento actual una emergencia de salud pública y el 11 de marzo de 2020 fue declarada por la Organización Mundial de Salud (OMS) como una pandemia.⁽¹⁾ Habitualmente las pacientes pueden contagiarse con el virus en cualquier trimestre del embarazo, parto o puerperio, preferentemente en un 70 % por transmisión ambiental, por no cumplir adecuadamente las normas de bioseguridad. Los síntomas en las embarazadas son: pérdida del gusto y olfato, disnea, mialgias, cefalea y diarrea; la tos y la fiebre son los más comunes. Las formas graves presentan como complicaciones neumonías, síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA), enfermedad tromboembólica, sobreinfección respiratoria bacteriana, alteraciones cardiacas, encefalitis, sepsis, *shock* séptico, parto pretérmino, muerte materna y óbito fetal. Se consideran marcadores analíticos de gravedad y con valor pronóstico: proinflamatorios (lactato deshidrogenasa, índice neutrófilo linfocito (INL), proteína C reactiva cuantitativa) y procoagulantes (tiempo parcial de tromboplastina, tiempo de protombina, plaquetas, fibrinógeno, dímero-D). Hay que tener en cuenta el rápido deterioro clínico que pueden presentar las pacientes. La identificación temprana de aquellos casos con manifestaciones graves permite un traslado rápido a la unidad de cuidados intermedio o intensivo y una terapéutica óptima y oportuna.^(1,2)

El presente estudio tiene como objetivo presentar un caso de la COVID -19, asociado a preeclampsia agravada, en una gestante pretérmino.

CASO CLÍNICO

Paciente de 25 años, con antecedentes de salud aparente, gestación de 35,1 semanas, que ingresa en la unidad de cuidados intensivos, tras ser remitida por presentar una neumopatía por la COVID-19; con

<http://scielo.sld.cu>

<http://www.revmedmilitar.sld.cu>



tos seca y disnea, apoyada con oxígeno suplementario y cifras tensionales de 165/110 mmHg. Había tenido 2 vómitos, precedidos de náuseas; además, con hiperreflexia patelar, edema facial y en miembros inferiores.

Al examen físico del abdomen: altura uterina 30 cm, feto cefálico, con dorso derecho, se palpan fácilmente partes fetales, tono uterino normal, movimientos fetales referidos (+), sin dinámica uterina, foco fetal: 152 latidos por minutos.

Examen vaginal con espéculo: cuello central de 2 cm de longitud, el orificio cervical externo impresiona entreabierto; no se observa salida de líquido amniótico por la vagina, no presentaba leucorrea.

La paciente refirió había tenido pérdidas vaginales en días anteriores se decide realizar la prueba de embarazo a una muestra de suero fisiológico (5 ml) instilado en vagina. Al ser positiva, se confirma la pérdida de líquido.

En el lecho, se le realizó una radiografía de tórax en vista ántero-posterior, que mostró lesiones inflamatorias, de localización hilio-basal derecha y parahiliar izquierda, con signos de congestión pulmonar. Se le administró sulfato de magnesio según el esquema de Zuspan y Nepresol. Ya tenía dosis de rescate de inductores de madurez pulmonar fetal, con betametasona (Fig. 1).

Resultados en estudios de laboratorio: hemoglobina 102 g/L, conteo de plaquetas: $230 \times 10^9/L$, transaminasa glutámica oxalacética 8,6 U/L, ácido úrico 385 mmol/L, creatinina 54,1 mmol/L, bilirrubina total 6,3 $\mu\text{mol/L}$, proteínas totales 68 g/L, glicemia: 4,9 mmol/L, proteína de 24 horas XXXX.

Se discutió en colectivo y se decidió interrupción del embarazo mediante inducción con oxitocina, previa cardiotocografía normal. A las 2 horas de iniciado el procedimiento se observó una gráfica que se concluyó como una cardiotocografía patológica, por disminución de la variabilidad y desaceleraciones tipo DIP-III.

La gestante estaba compensada y el parto no se iba a realizar en breve, por tanto, se decidió iniciar con reanimación intraútero con tocolisis (fenoterol) y anunciar para operar (cesárea) con los diagnósticos de gestación de 35,2 semanas, positiva a la COVID- 19, con bronconeumonía asociada compensada,



oligoamnios, rotura de membranas ovulares, preeclampsia agravada, anemia ligera crónica asintomática y riesgo de pérdida del bienestar fetal.

Se recibió un recién nacido del sexo masculino, con Apgar 9/9, peso de 2 550 g, circunferencia cefálica y talla acorde con su edad gestacional.

Durante el transoperatorio la paciente se mantuvo estable, con SPO₂ 99 %, tensión arterial 145/80 mmHg, pulso: 75'. Posteriormente fue trasladada a la unidad de terapia intensiva, para continuar con su atención, de acuerdo con su estado: grave estable y con los cuidados del puerperio inmediato.

Recibió tratamiento con triple terapia antimicrobiana (ceftriaxona, metronidazol y gentamicina), el anticuerpo monoclonal itolizumab, eritropoyetina y profilaxis de la enfermedad tromboembólica (fraxiheparina 0,3 ml).

Se mantuvo aislada, con uso de mascarilla protectora y respiración espontánea. Evolucionó favorablemente hasta que se reportó de cuidado y se traslada a sala de puerperio. Los estudios radiológicos evolutivos resultaron negativos (Fig. 1). Posteriormente, luego de 2 estudios de PCR evolutivo, al 5to (positivo) y 7mo día (negativo) respectivamente, se traslada de institución para sala pos-COVID, con su bebé, quien resultó negativo a SARS-CoV-2, en 2 PCR evolutivos.



Fig. 1 - Imagen radiográfica al ingreso y evolutiva de izquierda a derecha.



COMENTARIOS

La infección por el SARS-CoV-2, puede cursar como una bronconeumonía, que de no tratarse precozmente, pasa a formas graves. Según estudios realizados por *Smith* y otros⁽³⁾ y *Cruz-Lemini* y otros,⁽⁴⁾ en una serie de 55 embarazadas positivas a la COVID-19, el 63,8 % tuvo partos pretérmino, asociado a complicaciones respiratorias producidas por el virus.

En esta paciente, como sintomatología asociada, predominó la pérdida del gusto y olfato, disnea y tos seca; no presentó fiebre, cefalea, artralgia, ni diarrea. Llama la atención que estos elementos clínicos coinciden con otras pacientes atendidas, quienes han presentado complicaciones bronconeumónicas. *Pérez* y otros⁽⁵⁾ plantean que el cortejo sintomático con frecuencia está asociado con tos, dificultad respiratoria y también fiebre acompañada de escalofríos; con menos frecuencia cefalea y manifestaciones digestivas. Entre los síntomas tempranos o de la fase presintomática reportan pérdida del olfato y el sentido del gusto.

El uso de anticuerpos monoclonales (itolizumab) como antiinflamatorio en pacientes con neumopatías asociadas a la COVID-19 han demostrado ser efectivos en el tratamiento, con rápida mejoría y eliminación de la sintomatología respiratoria, lo cual está respaldado en el protocolo de la actuación nacional para la COVID-19 versión 1,6.⁽⁶⁾

El SARS-CoV-2 produce formas clínicas leves o asintomáticas en embarazadas. La expresión inmunitaria de la tormenta de citoquinas en gestantes evidencia efectos negativos sobre el bienestar materno-fetal, mediado por la deprivación inmunitaria.^(7,8)

El cumplimiento de las medidas de bioseguridad, la identificación oportuna de la enfermedad y el manejo multidisciplinario y adecuado de las gestantes con la COVID-19 permite disminuir las complicaciones producidas por esta enfermedad. El diagnóstico y tratamiento precoz de una gestante con la COVID-19 y preeclampsia asociada permite una evolución satisfactoria del binomio madre-feto.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Centro de Medicina fetal-neonatal de Barcelona. Protocolo: Coronavirus (COVID-19) y gestación (V14 21/7/2021). España. 2021 [acceso: 22/09/2021]. Disponible en: <https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/covid19-embarazo.pdf>
2. Martínez-González B, Garza-Reséndez N, Contreras-Garza NY. Combinación de riesgo: COVID-19 y preeclampsia. Serie de casos y revisión bibliográfica. Ginecol Obstet Mex. 2021 [acceso: 22/09/2021]; 89(08):622-634. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2021/gom218f.pdf>
3. Smith V, Seo D, Warty R, Payne O, Salih M. Maternal and neonatal outcomes associated with COVID-19 infection. A systematic review. PLoS ONE. 2020 [acceso: 22/09/2021]; 15(6): e0234187. Disponible en: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0234187>
4. Cruz-Lemini M, Ferriols Perez E, de la Cruz Conty ML, Caño Aguilar A, Encinas Pardilla MB. Obstetric Outcomes of SARS-CoV-2 Infection in Asymptomatic Pregnant Women. Viruses. 2021 [acceso: 22/09/2021]; 13(1):112. Disponible en: <https://www.mdpi.com/1999-4915/13/1/112>
5. Nápoles Méndez D, del Puerto Cruz A, Rodríguez García E, Piloto Padrón M, Castillo González D, Lim Alonso N. Principales emergencias obstétricas que causan ingreso en las unidades de cuidados intensivos. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 2021. [acceso: 22/09/2021]. Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/libros/principales_emergencias_obstetricas/principales_emergencias_obstetricas.pdf
6. Rodríguez-Brito A, Pérez D. OliveraCovid-19 y oportunidades para el bienestar materno-infantil en Cuba. Interface - Comunicação, Saúde, Educação. 2021 [acceso: 22/09/2021]; 25(Sup11): e200589. Disponible en: <https://www.scielo.org/pdf/icse/2021.v25sup11/e200589/es>
7. Esquivel I, Perez J, Duncan Y, et al. Effect and safety of combination of interferón alpha-2b for negativization of SARS-CoV-2 viral RNA. medRxiv. 2020 [preprint]. [acceso: 22/09/2021]. Disponible en: <https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.07.29.20164251v2.full.pdf>



8. Perdigón Portieles CP, Hernández Toboso ML. Embarazo en tiempos de COVID-19, un acercamiento a la evidencia científica. Rev Cuba Obstetr Ginecol. 2020 [acceso: 22/09/2021]; 46(2): e634. Disponible en: <http://www.revginecobstetricia.sld.cu/index.php/gin/article/view/634/575>

Conflictos de intereses

Los autores no declaran conflictos de interés relacionados con la presente investigación.