

# REVISTA MEDICA DE COSTA RICA

Año XX

San José, C. R., 286  
Diciembre de 1953

Tomo XII

## ECLAMPSIA A LA OCTAVA SEMANA DE EMBARAZO

Dr. C. Urcuyo Gallegos

### Introducción:

Se presenta este caso por la excepcionalidad de la presentación tan temprana de este síndrome como lo detallo a continuación:

De Lee anota un caso a la décima semana (1)

Carl Henry en la estadística de su libro manifiesta lo siguiente:

- a) Ebeler en el año 1911 recopila 55 casos en el primer tercio de la preñez;
- b) Bowrne anota un caso a la vigésima cuarta semana.
- c) Futh en el año 1928 anota un caso en el cuarto mes (2)  
Beck en su libro anota un caso de dos a tres meses de embarazo (3)  
Williams reporta el caso de Zweifel al tercer mes (4)  
Dieckman W. J. anota un caso de pre-eclampsia severa a la 14ª semana de embarazo (5).

En nuestro servicio de Obstetricia y estudiado conjuntamente con el Dr. Terán Valls, tuvimos un caso de eclampsia hace tres años de cinco meses de embarazo. Cabe además resaltar la integridad del feto como lo veremos a continuación.

### Historia Clínica.

N. G. Secundipara de 18 años de edad, casada y de of. dom. Última menstruación: 23 de Agosto de 1952. Desde el día 30 de Set. de ese mismo año, presenta vómitos e hiperemesis gravídica y por cuyo motivo se interna al Hospital el 12 de Oct. de 1952. Orina negativa — Presión arterial 115-80. Se le trata con suero glucosado hipertónico y pirodoxina, dándosele de alta 3 días después en buenas condiciones y a solicitud de ella ya que no existía motivo para retenerla en el servicio.

Siete días después o sea el 19 de Oct. de 1952, fui llamado de ur

gencia a su casa en la madrugada por presentar cuatro accesos convulsivos, el último de los cuatro logré presenciario, etiquetando el caso como probable eclampsia.

Inmediatamente la trasladé al Hospital San Juan de Dios, presentando mientras tanto cuatro accesos convulsivos más, típicos de eclampsia y con intervalo de cinco minutos entre cada uno de ellos. La presión arterial tomada fuera del acceso fué de 150-100.— Previa toalliete de los órganos genitales internos se toma orina sondeada que al análisis del Laboratorio da: trazas de albúmina y muchos eritrocitos. El diag. provisional se reafirma. Inmediatamente se instituye el tratamiento a base de: suero glucosado hipertónico al 30% cada cuatro horas vía intravenosa; sulfato de magnesia al 20% cada cuatro horas vía intravenosa; una ampolla de luminal, dieta hiposódica, reposo ambiental, etc. La paciente presenta dos accesos convulsivos más con mordedura de la lengua, cianosis, quedando en estado comatoso durante 24 horas. Ya sedada la paciente se le hace punción lumbar y el examen citobacteriológico da lo siguiente: Albúmina 0.30— glucosa 0.62— globulina negativas— V. D. R. L.— negativo. Leucocitos uno por milímetro cúbico— eritrocitos no hay — microbios no hay. Como días antes hubiese leído en el Journal de Obstetricia y Ginecología Norteamericana, un artículo sobre el uso de la penicilina en el tratamiento de la Pre-Eclampsia y Eclampsia instituyo dicha terapéutica a razón de 400.000 U. cada seis horas (6).

Hemograma demostró leucocitosis de 14.000 con 85% de polinucleares. Al día siguiente es examinada por el neurólogo Dr. González Murillo, quien dice lo siguiente: Nada objetivo. Buena coordinación, fuerza muscular normal; sensibilidad normal. Reflejos normales. Presión y líquido céfalo-raquídeo 170 milímetros de agua: al extraer 6 cm cúbicos de líquido la presión quedó en 120 milímetros de agua. Compresión de yugulares o abdomen dan respuestas normales. No aparece trastorno psíquico.

El Dr. Cordero Zúñiga revisa el caso esa misma mañana y confirma el diag. provisional, agregando al tratamiento complejo B. y lipotrópicos.

La urea total da 35 miligramos cent. por ciento.

La prueba de función hepática da lo siguiente:

Hanger cuatro cruces— oro coloidal cinco, rojo coloidal cinco, timel tres cruces, colesterol 137 milig. por ciento— bilirubina total 0.3 milig. por ciento. El fondo de ojo hecho por el Dr. Mena fué normal.

La enferma mejora progresivamente recuperando sus facultades intelectuales. La orina vuelve a su normalidad al día siguiente y la tensión arterial desciende paulatinamente en la tarde de su ingreso para colocarse al día siguiente en 100-60 y manteniéndose en límites normales durante toda su estancia en el Hospital. Se revisa mientras tanto antecedentes alcohólicos y epilépticos en ambas ramas matrimoniales, no encontrándose ninguno de los antecedentes citados.

El Galli Mainini es positivo a su salida. Kahn y V. D. R. L. ne-

gativos. Orina negativa en todos sus controles posteriores. Pruebas hepáticas a su salida: Hanger dos cruces— Oro coloidal cinco— Rojo coloidal cinco, Timol una cruz, Agua bidestilada una cruz. Colesterol 133 mg.%— Bilirubina total 0.5 mg.%— Leucocitos 10.240— Polinucleares 69. Presión arterial 100-50.— Se le da de alta con el diag. de Eclampsia a la octava semana de embarazo, decidiéndose seguir el caso en observación cuidadosa.

Evolución. Prosigo examinando a la enferma cada 8 días en la Maternidad Carit con exámenes bisemanales de orina y tensión arterial que demuestran normalidad. Posteriormente hago el chequeo cada 15 días. Un mes después presenta ligera alza tensional con ligeras trazas de albúmina y por lo cual la interno en la Maternidad Carit, instituyéndole dieta hiposódica, reposo absoluto y suero glucosado hipertónico al 50% dos veces al día. Ocho días después de su ingreso se le da de alta en buenas condiciones. Mientras tanto se prosigue el pre-natal cada 15 días.

Al sétimo mes de embarazo la interno nuevamente en el Instituto Carit por amenaza de parto prematuro que tratado con reposo, bolsa de hielo al vientre y progesterona cede perfectamente. La paciente prosigue con su dieta hipograsa y lipotrópicos. A los 8½ meses presenta elevación en la presión arterial a 130-90 y trazas de albúmina en la orina. La interno nuevamente en el mismo Instituto instituyendo el anterior tratamiento. En vista de que la presión arterial no tiene tendencia a la baja sino a subir 140-100 y que la albuminuria aumenta en cantidad (medio gramo), que presenta ligeros edemas maleolares y cefalea, diagnostico pre-Eclampsia, lo cual me induce a aligerar el parto. Esto lo verifico con inducción de venoclisís con pitosín, rotura artificial de la bolsa de las aguas y demerol. El parto se presenta cuatro horas después de iniciada la inducción normalmente. Lo mismo el alumbramiento. Le doy de alta tres días después y tanto ella como su niño se encuentran en magnificas condiciones de salud como lo demuestran los chequeos de presión arterial y exámenes de orina que se le han hecho subsiguientemente.

#### BIBLIOGRAFIA

- 10.—De Lee: The principles and practice of Obstetrics. VII Edición— Philadelphia 1938—W. B. Sanders Company.
- 20.—Carl Henry Davis: Gynecology and Obstetrics. Vol. 1 Capítulo 8 P. 24
- 30.—Beck: Práctica de Obstetricia. Pág. 480.
- 40.—William Ostetries Stander, pág. 661.
- 50.—Dieckman W. J. R. Smittter & L. Reynkiewles 1952: Pre-Eclampsia Does not cause permanent vascular renal disease. Amer. Journal. Obst. & Gyne 64 (4): 850-870.
- 60.—Smith G. V. Wathins and Romey S. Trials with Penicillin in the treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia. Am. Jour. Obst. and Gynec. Vol. 63 N. 6: 1185— Junio 1952.