

PRESENTACIÓN DE CASO

Pre eclampsia agravada y lesión renal aguda en una gestante con obesidad mórbida Pre aggravated eclampsia and acute renal injury in a morbidly obese pregnant woman

Alioski Montero-Cala¹, José Luis Rodríguez-López¹, Roberto Rodríguez-Parga¹¹Hospital General Docente "Dr. Ernesto Guevara de la Serna". Las Tunas, Cuba.

Recibido: 11 de septiembre de 2026

Aprobado: 28 de septiembre de 2026

**RESUMEN**

Las gestantes con obesidad mórbida, generalmente desencadenan complicaciones, entre ellas, la preeclampsia agravada y la lesión renal aguda que son potencialmente mortales. Con el objetivo de describir la evolución de las características clínicas, bioquímicas e imagenológicas, así como el desenlace clínico de una gestante con hipertensión arterial crónica con preeclampsia agravada sobreañadida y datos de severidad de inicio temprano, con lesión renal aguda; se presenta el siguiente caso de paciente primigesta de 41 años con tiempo gestacional de 24,3 semanas, con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, de 20 años de evolución, hipertensión arterial crónica y obesidad mórbida, con un índice de masa corporal de 45,5. Ingresó en la unidad de cuidados intensivos con preeclampsia agravada sobreañadida y anuria de 8 horas de evolución.

Palabras clave: OBESIDAD, PRECLAMPSIA, LESIÓN RENAL AGUDA.

Descriptores: OBESIDAD MÓRBIDA, PREECLAMPSIA, LESIÓN RENAL AGUDA; HIPERTENSIÓN.

SUMMARY

Morbidly obese women usually trigger complications, including aggravated preeclampsia and acute kidney injury that are potentially fatal. With the objective of describing the evolution of clinical, biochemical and imaging characteristics, as well as the clinical outcome of a pregnant woman with chronic arterial hypertension with overadded preeclampsia and early onset severity data, with acute renal injury; a 41-year-old primigravida patient presented with gestational time of 24.3 weeks, with a history of type 2 diabetes mellitus of 20 years of evolution, chronic arterial hypertension and morbid obesity, with a body mass index of 45.5. She was admitted to the Intensive Care Unit with overadded preeclampsia and an 8-hour evolution anuria.

Keywords: OBESITY, PRECLAMPSIA, ACUTE RENAL INJURY.

Descriptors: OBESITY, MORBID; PRE-ECLAMPSIA; ACUTE KIDNEY INJURY; HYPERTENSION.

Translated into English by:
Julio César Salazar Ramírez



Citar como: Montero-Cala A, Rodríguez-López JL, Rodríguez-Parga R. Pre eclampsia agravada y lesión renal aguda en una gestante con obesidad mórbida. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. 2026; 51: e4077. Disponible en: <https://rev.zoilomarinellosld.cu/index.php/zmv/article/view/4077>.



Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas
Centro Provincial de Información de Ciencias Médicas
Ave. de la Juventud s/n. CP 75100, Las Tunas, Cuba

INTRODUCCIÓN

El riesgo de lesión renal aguda (LRA) ^(1,2) relacionada con la gestación es mayor en el contexto de preeclampsia de inicio temprano (menos de 28 semanas de gestación). La LRA se define como aquella pérdida abrupta de la función renal que resulta en la retención de urea y otros productos de desecho nitrogenados y está asociada a la desregulación del volumen extracelular y electrolitos. Cuando este tipo de lesión ocurre durante el embarazo o puerperio se denomina LRA-E.

En la mayoría de las LRA-E las causas son leves, debido a motivos prerrenales como la depleción de volumen, otras causas como abortos sépticos o microangiopatías trombóticas, pueden ser potencialmente mortales y requieren tratamiento de diálisis urgente. La Emb-LRA está asociada con resultados maternos y fetales adversos en términos de progresión a enfermedad renal en etapa terminal y aumento de la mortalidad materna, así como mayor incidencia de prematuridad y muerte perinatal. ⁽³⁾

La incidencia de EMB-LRA varía ampliamente en todo el mundo, con incidencia reportada de 1 por cada 20,000 embarazos hasta 1 por cada 50 embarazos. ⁽⁴⁾ Casi el 80 % de las mujeres con preeclampsia con criterios de severidad o eclampsia presentan algún grado de compromiso de la función renal, incluyendo a la oliguria. ⁽⁵⁾

La preeclampsia grave o severa es una enfermedad de causa desconocida que afecta el endotelio y se manifiesta con hipertensión arterial y proteinuria luego de la 20 semana de gestación o en el puerperio. Sin embargo, esta somera definición soslaya el principal concepto que guiará el accionar del médico intensivista que asiste las formas graves de la enfermedad: se trata de un síndrome con falla multiorgánica, con o sin hipertensión y/o proteinuria, que pone en riesgo la vida de la madre y el feto. Carece de tratamiento específico, excepto la interrupción del embarazo, y exige, para cada caso en particular, ejecutar la mejor conducta terapéutica que indique el equipo multidisciplinario actuante. ⁽⁶⁾

Los cambios fisiológicos durante el embarazo incluyen: alteraciones en el volumen sanguíneo, gasto cardíaco, respiración, función endocrina, concentraciones sanguíneas de factores de coagulación y proteínas antitrombóticas; estos cambios acentúan la reserva fisiológica normal del cuerpo humano limitando a la mujer embarazada para compensar los trastornos por enfermedades agudas, que resultan en disfunción orgánica grave. ⁽⁷⁾

El objetivo de nuestro estudio ha sido describir la evolución de las características clínicas, bioquímicas e imagenológicas, así como el desenlace clínico de una gestante con hipertensión arterial crónica, con preeclampsia agravada sobreañadida y datos de severidad de inicio temprano, con lesión renal aguda. En el caso de que la descripción precoz de estas características fuese válida en la práctica clínica, podría ser útil como apoyo en la toma de

decisiones en la evolución de gestantes con estas comorbilidades.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Se reporta un caso de una primigesta de 41 años con tiempo gestacional de 24,3 semanas con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2 y obesidad mórbida, que es ingresada en la unidad de cuidados intensivos del Hospital General Docente: "Dr. Ernesto Guevara de la Serna" en Las Tunas, por preeclampsia agravada sobreañadida, cifras de tensión arterial elevadas de 200/130 mmHg, oligonuria mayor a 8 horas, índice de masa corporal de 45,5 Kg/m² (talla: 167 cm y peso: 167 kg), controlada por la dieta y fondo de ojo normal.

Ingresa en la unidad de cuidados intensivos presentando cefaleas, mareos, visión borrosa y vómitos de más de 4 horas de evolución, refiriendo disminución del volumen urinario por más de 12 horas.

Al examen físico la paciente presentaba una *fascie* abotagada, consciente y orientada, con ligera polipnea de 28 respiraciones por minuto, con SPO₂ de 96 %, con necesidad de administración de oxígeno suplementario. Taquicardia sinusal de 116 latidos por minuto, tensión arterial en 200/130 mmHg, edemas de fácil *godet* en miembros inferiores que se extienden a la raíz de ambos muslos. Se interpreta como una preeclampsia agravada sobreañadida, con lesión renal aguda.

Durante el ingreso, se observó un aumento progresivo de los niveles de azoados en sangre, la creatinina, en particular, mostró un incremento de sus valores: de 82 µmol/l a 125 µmol/l, 160 µmol/l, 300 µmol/l.

TABLA 1. Resultados de laboratorio

Exámenes complementarios	Resultados
Hemograma completo	Hto: 0,22 Leucocitos: 17 x 10 ⁹ Poli: 0,88 Linf: 0,12
Coagulograma completo	CP: 98 x 10 ⁹ RC: Retráctil T S : 9 min. TP: CT: 13 Paciente: 16
TGP	186 UI
TGO	178 UI
Bilirrubina Directa	209
Bilirrubina total	328
Creatinina	80, 125, 160, 300 µmol/l
Colesterol	4,9 µmol/l
Triglicéridos	2,76 µmol/l
Glucemia	13,5 µmol/l

Fuente: historia clínica

Debido a esta complicación y siguiendo los protocolos de la materna crítica, se tomó la decisión en la comisión de la materna grave: de interrumpir el embarazo.

La paciente fue sometida al método de inducción del parto por misoprostol que fue fallido y se decidió realizar cesárea de urgencia con el fin de garantizar la seguridad de la paciente. Tras la intervención, fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos donde se le proporcionó tratamiento médico para controlar su tensión arterial y vigilar la función renal. Se administraron líquidos intravenosos para reponer los niveles de líquidos y electrolitos.

Se realizaron análisis de laboratorio regulares para monitorear los niveles de creatinina, glucemia y su tensión arterial y asegurarse de que se mantuvieran dentro de límites aceptables, encontrándose un deterioro progresivo de la función renal con anuria y signos de sobrecarga de volumen. La paciente evoluciona con derrame pleural e insuficiencia respiratoria que necesitó la ventilación mecánica. Como parte de la estrategia terapéutica, se decide realizar terapia de reemplazo renal lenta (TRR) y continua.

TABLA 2. Prescripción de la terapia de reemplazo renal lenta y continua

Qb: 150- 200 ml/min	Tiempo: 8 horas por día
Qd: 500 mL	Filtro: F-10
UF: 4 litros de acuerdo a su hemodinamia.	Na: 138 mEq/L
Anticuagulación: Fraxiheparina: 0,6 cc antes del proceder	

Fuente: historia clínica

Se hizo necesaria la vigilancia estricta en cada sesión, para evitar el descenso de la tensión arterial.

La paciente en cuestión toleró un total de siete sesiones y se ultrafiltraron: 13 litros de agua y solutos. Se retiró del ventilador y se extubó posteriormente.

DISCUSIÓN

La hipertensión arterial durante la gestación constituye un problema de salud importante por su alta prevalencia, asociación con otros factores de riesgo como diabetes u obesidad y el aumento progresivo de la edad gestacional. El diagnóstico y tratamiento precoz durante el embarazo minimiza las complicaciones materno-fetales inmediatas y el riesgo cardiovascular futuro de la madre.⁽⁸⁾

La incidencia de LRA en la preeclampsia se ha reportado del 4 % al 60 % en diferentes series y épocas, pero siempre relacionada con una evolución adversa y con incremento de las defunciones.⁽⁹⁾

La presencia de enfermedades subyacentes se considera un factor de riesgo para la aparición de preeclampsia. En nuestra paciente, se encontraron varias enfermedades subyacentes hipertensión crónica, diabetes de larga evolución y obesidad mórbida, que agravaron su pronóstico y contribuyeron a la necesidad del empleo de la terapia de reemplazo renal.

A manera de conclusiones consideramos que gestantes con múltiples comorbilidades o cuando desarrollan una complicación mayor, como la lesión renal aguda, el actuar precoz y preciso en las unidades de cuidados intensivos, se hace de vital importancia para ejecutar una mejor conducta terapéutica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Monterrosa-Robles M, Rico-Fontalvo J; Daza-Arnedo R, Pérez-Olivo J, Cardona-Blanco M, Pájaro-Galvis N, et al. Lesión renal aguda en mujeres embarazadas. Rev. Colomb. Nefrol. [revista en internet]. 2021 [citado 21 de marzo 2024]; 8(1): e513. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22265/acnef.8.1.513>.
- Vázquez-Rodríguez JG, Lazos-Rosas M. Lesión renal aguda en pacientes con eclampsia. Lesión renal aguda en pacientes con eclampsia. Rev. Med. Inst. Mex. Seguro Soc. [revista en internet]. 2020 [citado 21 de marzo 2024]; 58(6): 679-685. Disponible en: http://revistamedica.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_medica/article/view/3676.
- Rodríguez-Balderrama I, Castillo-Uvalle D, Cárdenas-del Castillo BG. Lesión renal neonatal secundaria a terapia antihipertensiva materna. Arch. Inv. Mat. Inf. [revista en internet]. 2023 [citado 21 de marzo 2024]; 14(2): 79-82. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.35366/114488>.
- Ruvalcaba-Ayala D. Lesión renal aguda en pacientes obstétricas en cuidados intensivos. Med. Int. Méx. [revista en internet]. 2022 [citado 21 de marzo 2024]; 38(6): 1193-1200. Disponible en: <https://doi.org/10.24245/mim.v38i6.4856>.
- Acosta J, Romero MC, Ayala R, Cueva D. Desenlaces obstétricos en gestantes con afectación renal en pacientes de la seguridad social durante los años 2019-2022. Rev. Soc. Parag. Nefrol. [revista en internet]. 2024 [citado 13 de marzo de 2024]; 2(1): 10-5. Disponible en: <https://revista.spn.org.py/index.php/rspn/article/view/14>.
- Taber-Hight E, Shah S. Acute kidney injury in pregnancy. Advances in chronic kidney disease [revista en internet]. 2020 [citado 13 de marzo de 2024]; 27(6): 455-460. Disponible en: <https://doi.org/10.1053/j.ackd.2020.06.002>.
- Szczepanski J, Griffin A, Novotny S, Wallace K. Acute kidney injury in pregnancies complicated with preeclampsia or HELLP syndrome. Front. Med. [revista en internet]. 2020 [citado 21 de marzo de 2024]; 7(1): 1-13. Disponible en: <https://doi.org/10.3389/fmed.2020.00022>.

8. Gaber TZ, Shemies RS, Baiomy AA, Aladle DA, Mosbah A, Abdel-Hady et al. Acute kidney injury during pregnancy and puerperium: an Egyptian hospital-based study. *Journal of nephrology* [revista en internet]. 2021 [citado 21 de marzo de 2024]; 34(5): 1611-1619. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40620-021-01133-8>.
9. Miao J, Nasr SH, Zand L, Kattah AG. A pregnant woman with new-onset hypertension and acute kidney injury. *Kidney International Reports* [revista en internet]. 2022 [citado 21 de marzo de 2024]; 7(4): 924-929. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ekir.2021.12.031>.

Contribución de los autores

Aliosky Montero-Cala /  <https://orcid.org/0000-0002-3981-4971>. Participó en: conceptualización, curación de datos, investigación, metodología, recursos, administración del proyecto, adquisición de fondos, supervisión, validación, visualización, redacción del borrador original, redacción, revisión y edición.

José Luis Rodríguez-López /  <https://orcid.org/0000-0002-6276-4589>. Participó en: curación de datos, investigación, administración del proyecto, recursos, visualización, redacción, revisión y edición.

Roberto Rodríguez-Parga /  <https://orcid.org/0009-0006-1318-2052>. Participó en: curación de datos, investigación, metodología, recursos.

Conflictos de intereses

Los autores declaran que no existe conflictos de intereses.

Este artículo está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/), los lectores pueden realizar copias y distribución de los contenidos por cualquier medio, siempre que se mantenga el reconocimiento de sus autores.