

**CASO CLÍNICO: COMA MIXEDEMATOSO SIMULADOR DE PREECLAMPSIA SEVERA.**

*Claudia Munizaga Mellado<sup>1</sup>, Viviana Vallejos Gutiérrez<sup>1</sup>, Oscar Moreno Urrutia<sup>1</sup>, Daniela Eisen Jofre<sup>1</sup>, Néstor Soto Isla<sup>1</sup>, Fernando Munizaga Castillo<sup>1</sup>, María Soledad Hidalgo Valle<sup>1</sup>, Ximena Beatriz Lioi Campo<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Hospital Clínico San Borja-Arriarán Santiago.

Paciente femenino 27 años, Venezolana, 1 año en Chile. Consulta en SU Maternidad con embarazo de 14 semanas, con historia de 1 mes de compromiso estado general, fatigabilidad y edema generalizado progresivo. Se pesquisa hipertensa y edematosa. Se hospitaliza en alto riesgo obstétrico con diagnóstico de síndrome hipertensivo del embarazo. En estudio inicial destaca proteinuria de 11grs/24 horas. Evaluada por Nefrología y Reumatología: IgA, IgG e IgM normales. FR normal. C3 y C4 normales. VHB, VHC, VIH, VDRL, Chagas no reactivos. ANA y perfil ENA negativos. Eco renal: escasa diferenciación cortico medular. Evoluciona con disnea y deterioro hemodinámico. Ecocardiograma con FE 40%, sugerente de miocardiopatía infiltrativa y derrame pericárdico severo. Se realiza ventana pericárdica (salida 700ml, citrino). Dos días después, nuevo deterioro clínico que requiere VMI y uso de DVA. Monitorización cardíaca invasiva concordante. Evoluciona con grandes conflictos perfusionales e HTA de difícil manejo. Comité de Ética multidisciplinario decide interrupción del embarazo farmacológico. Continúa deterioro clínico, con falla cardíaca severa, oligoanuria y edema progresivo. Se realiza ultrafiltración. TAC de tórax con derrame pleural moderado bilateral. Toracocentesis izquierda: trasudado. Biopsia grasa mediastínica negativa para depósito amiloide. Se decide pronación. Reevaluada por Reumatología, 15 días después de ingreso, se solicitan exámenes tiroideos: TSH mayor a 75 y T4I indetectables. Con interpretación de coma mixedematoso, se inicia manejo con LT4 con dosis inicial de 500ug por SNG. Se repite carga de 500ug por SNG asociado a 200ug/día EV por 2 días más. Evoluciona con falla ventricular catastrófica y necesidad de conectarse a ECMO. Evoluciona con estabilidad hemodinámica al 4to día, aunque importante conflicto de volumen por lo que requiere UF continua. Se desconecta de ECMO. Continúa manejo antihipertensivo intensivo. Ecocardiograma de control objetiva recuperación de función sistólica con FE 60%, derrame pleural moderado bilateral remanente y balances hídricos negativos. Se logra extubación con apoyo inicial de VMNI. Ante buena evolución regresa a nuestro centro en buenas condiciones generales, afebril, algo bradipsíquica, se reinician corticoides orales Prednisona 60 mg/día por sd. Nefrótico y completa tratamiento antibiótico.

Paciente actualmente bien, en rehabilitación. Desde el punto de vista nefrológico con estudio inmunológico básico negativo. Biopsia renal que muestra Microangiopatía trombotica + IFTA 15%, Evoluciona con recuperación ad integrum de función renal, sin hipertensión arterial, con proteinuria de 278mg/24 hr. Evaluada por nefrología plantean que sd. Nefrótico fue secundario a síndrome hipertensivo severo del embarazo. Desde el punto de vista endocrinológico, usando Levotiroxina 100ug al día.

**Financiamiento:** Sin financiamiento