

## Embolia tardía de líquido amniótico como diagnóstico diferencial de la insuficiencia respiratoria aguda en el posparto: caso clínico y revisión

NAIARA CALVO<sup>a</sup>, PABLO LOMA-OSORIO<sup>a</sup>, ALESSANDRO SIONIS<sup>a</sup> Y XAVIER BOSCH<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cardiología. Instituto Clínico del Tórax. Hospital Clínic. Barcelona. España.

<sup>b</sup>Institut d'Investigacions Mèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS). Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

La embolia de líquido amniótico es un síndrome poco frecuente, y a menudo fatal, cuyas principales manifestaciones clínicas son la hipoxia, la hipotensión, la alteración del estado de consciencia y la coagulación intravascular diseminada. Tiene lugar durante el parto o en el posparto inmediato, siendo excepcional su aparición en el posparto tardío. Presentamos el caso de una primigrávida que tras un parto sin complicaciones desarrolla un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda en el posparto tardío. La exclusión de otras causas de insuficiencia respiratoria aguda durante el parto y posparto permitió establecer el diagnóstico.

**PALABRAS CLAVE:** *Embolia de líquido amniótico. Insuficiencia respiratoria. Hipotensión. Miocardiopatía periparto.*

### LATE AMNIOTIC FLUID EMBOLISM AMONG THE DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF ACUTE RESPIRATORY FAILURE IN THE POSTPARTUM: CASE REPORT AND REVIEW

The amniotic fluid embolism is an uncommon condition with a high mortality. The cardinal symptoms are hypoxia, hypotension, altered mental status and disseminated intravascular coagulation. This syndrome occurs during delivery or in the immediate postpartum period, and its onset in the late postpartum is very unusual. We describe a case of a primigravida who, after an un-

eventful delivery, suffers an acute respiratory failure in the late postpartum period. Exclusion of other causes of acute respiratory failure occurring during delivery or in the postpartum period led to establish the diagnosis.

**KEY WORDS:** *Amniotic fluid embolism. Respiratory distress. Hypotension. Peripartum cardiomyopathy.*

La embolia de líquido amniótico (ELA) es un síndrome clínico con una incidencia que varía entre 1/8.000 y 1/80.000 embarazos y una mortalidad entre el 13 y el 61%, según distintas series<sup>1-3</sup>.

Primigrávida de 30 años sin antecedentes patológicos que, 18 h después de dar a luz, presentó disnea rápidamente progresiva y ortopnea. La paciente fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos. Al ingreso no tenía fiebre, la presión arterial era de 147/91 mmHg y la frecuencia cardíaca de 105 lat/min. La frecuencia respiratoria era de 50/min y la saturación de oxígeno, del 80% con una FiO<sub>2</sub> del 60%. En la auscultación pulmonar destacaban crepitantes bilaterales, y no se identificaron soplos o ritmo de galope a la auscultación cardíaca. Se inició ventilación mecánica no invasiva con BiPAP y tratamiento diurético y vasodilatador. La radiografía de tórax mostró un infiltrado alveolointersticial bilateral.

Como única alteración analítica, destacaban proteína C reactiva en 33 mg/dl y un recuento de 13.700 leucocitos (el 91% neutrófilos y el 5,4% linfocitos).

La paciente evolucionó desfavorablemente en las horas siguientes y requirió intubación y ventilación mecánica invasiva. La ecocardiografía transtorácica practicada fue normal y se colocó un catéter de arteria pulmonar, cuyos parámetros fueron normales. Realizamos una tomografía compu-

Correspondencia: Dr. X. Bosch.  
Servicio de Cardiología. Instituto Clínico del Tórax.  
Hospital Clínic i Provincial de Barcelona.  
Villarroel, 170. 08036 Barcelona. España.  
Correo electrónico: xbosch@clinic.ub.es

Manuscrito aceptado el 19-2-2008.

tarizada torácica, que mostró un patrón en vidrio deslustrado e infiltrados alveolointersticiales bilaterales, sin evidencia de tromboembolia pulmonar o adenopatías (fig. 1).

Iniciamos tratamiento con metilprednisolona a dosis de 1 mg/kg/día y tratamiento antibiótico de amplio espectro. Ante la sospecha de ELA, obtuvimos una muestra de sangre de la arteria pulmonar para estudio anatomopatológico e inmunocitoquímico.

La evolución posterior fue satisfactoria y la paciente fue extubada 5 días después. Los cultivos y los estudios inmunológicos y serológicos fueron normales. No se evidenciaron restos de líquido amniótico en la muestra de arteria pulmonar y el estudio inmunocitoquímico fue negativo.

Seis días después del ingreso se practicó una nueva tomografía, que mostró la desaparición de los infiltrados. La paciente fue dada de alta a los 10 días del ingreso.

La ELA se presenta durante el parto o el posparto inmediato, y es infrecuente su aparición en el posparto tardío. Las principales manifestaciones clínicas son la insuficiencia respiratoria, la hipotensión, la alteración del estado de conciencia y la coagulación intravascular diseminada, aunque se han descrito casos cuya única forma de presentación es la insuficiencia respiratoria o la alteración de la coagulación.

No existen hallazgos patognomónicos para el diagnóstico, por lo que éste es de exclusión. La extracción de sangre de la luz distal de un catéter arterial pulmonar para el estudio de células escamosas recubiertas de neutrófilos o junto con restos fetales puede contribuir al diagnóstico, aunque su rendimiento es muy bajo<sup>4</sup>. Las manifestaciones radiológicas en la embolia de líquido amniótico son inespecíficas e incluyen áreas homogéneas o heterogéneas bilaterales difusas de aumento de opacidad<sup>5</sup>.

El tratamiento consiste en la instauración inmediata de maniobras de soporte.

En resumen, la ELA es una entidad muy poco frecuente, pero de elevada mortalidad. Su sospecha es fundamental ante todo episodio de insuficiencia res-



Figura 1. Tomografía computarizada torácica de alta resolución. Se identifica un patrón alveolar difuso bilateral con áreas en vidrio deslustrado, compatible con edema pulmonar. No se observan adenopatías mediastínicas ni axilares de tamaño significativo, signos de tromboembolia pulmonar o trombosis venosa profunda.

piratoria aguda de presentación durante el parto o hasta las primeras 48 h del posparto.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Kramer MS, Rouleau J, Baskett TF, Joseph KS; for the Maternal Health Study Group of the Canadian Perinatal Surveillance System. Amniotic fluid embolism and medical induction of labour: a retrospective, population-based cohort study. *Lancet*. 2006;368:1444-8.
2. Tuffnell DJ. United Kingdom amniotic fluid embolism register. *Br J Obstet Gynaecol*. 2005;112:1625-9.
3. Clark SL, Hankins GDV, Dudley DA, Dildy GA, Porter TF. Amniotic fluid embolism: analysis of the national registry. *Am J Obstet Gynecol*. 1995;172:1158-69.
4. Clark SL, Pavlova Z, Greenspoon J, Horenstein J, Phelan JP. Squamous cells in the maternal pulmonary circulation. *Am J Obstet Gynecol*. 1986;154:104-6.
5. Han D, Lee KS, Franquet T, Müller NL, Kim TS, Kim H, et al. Thrombotic and nonthrombotic pulmonary arterial embolism: spectrum of imaging findings. *Radiographics*. 2003;23:1521-39.