

**Amaurosis bilateral transitoria como manifestación inicial del síndrome de
encefalopatía posterior reversible (PRES) en una paciente con preeclampsia con
criterios de severidad: reporte de caso**

**Transient Bilateral Amaurosis as the Initial Manifestation of Posterior Reversible
Encephalopathy Syndrome (PRES) in a Patient with Preeclampsia with Severe
Features: A Case Report**

Marisol López Lizárraga

<https://orcid.org/0009-0008-1869-932X>

marisollopez9015@gmail.com

Universidad Autónoma de Aguascalientes

Carolina Durán Andrade*

<https://orcid.org/0009-0000-6853-682X>

cdurana10@gmail.com

Universidad Autónoma de Aguascalientes

Resumen: Introducción: La preeclampsia con criterios de severidad puede asociarse con complicaciones neurológicas graves, entre ellas el síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES), una entidad poco frecuente que puede manifestarse con alteraciones visuales agudas como amaurosis bilateral transitoria. **Objetivo:** Describir la presentación clínica, abordaje diagnóstico, manejo y evolución de una paciente con amaurosis bilateral secundaria a PRES en el contexto de un trastorno hipertensivo del embarazo. **Métodos:** Se presenta el reporte de caso de una paciente de 42 años con embarazo de 28 semanas de gestación, hospitalizada por hipertensión arterial severa y pérdida súbita de la visión bilateral. Se realizó evaluación clínica multidisciplinaria, estudios de laboratorio para trastorno hipertensivo del embarazo y tomografía computarizada de cráneo como parte del abordaje diagnóstico. Se documentó la evolución clínica durante la hospitalización y el puerperio inmediato. **Resultados:** Se integró el diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad complicada con PRES. Debido a la persistencia de las manifestaciones neurológicas pese al manejo antihipertensivo y neuroprotector inicial, se decidió la interrupción inmediata del embarazo. En el puerperio presentó hipertensión de difícil control, con recuperación progresiva de la visión y evolución neurológica favorable, sin secuelas permanentes. **Conclusión:** El reconocimiento temprano del PRES en pacientes con trastornos hipertensivos del embarazo y síntomas visuales agudos permite un tratamiento oportuno y multidisciplinario, siendo la interrupción del embarazo una medida clave para mejorar el pronóstico materno.

Palabras clave: preeclampsia; síndrome de encefalopatía posterior reversible; amaurosis bilateral; embarazo; hipertensión gestacional.

Abstract: Introduction: Preeclampsia with severe features may be associated with serious neurological complications, including posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES), an uncommon entity that may present with acute visual disturbances such as transient bilateral amaurosis. **Objective:** To describe the clinical presentation, diagnostic approach, management, and outcome of a patient with bilateral amaurosis secondary to PRES in the setting of a hypertensive disorder of pregnancy. **Methods:** A case is presented of a 42-year-old woman at 28 weeks of gestation who was hospitalized with severe hypertension and sudden bilateral vision loss. A multidisciplinary clinical evaluation was performed, including laboratory testing for hypertensive disorders of pregnancy and a cranial computed tomography (CT) scan as part of the diagnostic workup. The patient's clinical course was documented throughout hospitalization and the immediate postpartum period. **Results:** A diagnosis of preeclampsia with severe features complicated by PRES was established. Due to persistent neurological manifestations despite initial antihypertensive and neuroprotective management, immediate pregnancy termination was decided. During the postpartum period, the patient developed difficult-to-control hypertension, followed by progressive visual recovery and favorable neurological evolution without permanent sequelae. **Conclusion:** Early recognition of PRES in patients with hypertensive disorders of pregnancy and acute visual symptoms allows timely multidisciplinary management, with pregnancy termination being a key intervention to improve maternal prognosis.

Keywords: preeclampsia; posterior reversible encephalopathy syndrome; bilateral amaurosis; pregnancy; gestational hypertension.

Introducción

Los trastornos hipertensivos del embarazo constituyen una de las principales causas de morbilidad materna y perinatal a nivel mundial.^{1,2} Entre sus complicaciones neurológicas más graves se encuentra el síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES, por sus siglas en inglés), una entidad clínico-radiológica potencialmente reversible caracterizada por edema vasogénico cerebral secundario a la disfunción endotelial y a la alteración de la autorregulación cerebrovascular, mecanismos estrechamente relacionados con la fisiopatología de la preeclampsia.^{3,4-6}

El PRES presenta un amplio espectro clínico que incluye cefalea, crisis convulsivas, alteración del estado de conciencia y manifestaciones visuales.^{3,5,6} Estas últimas constituyen la tercera manifestación clínica más frecuente, presentándose aproximadamente en 20–40 % de los pacientes, e incluyen visión borrosa, hemianopsia, escotomas y ceguera cortical transitoria.^{4,7} Sin embargo, la amaurosis bilateral como manifestación inicial continúa siendo una forma de presentación poco habitual, lo que puede retrasar el reconocimiento de la enfermedad y el inicio del tratamiento oportuno.⁷⁻⁹

Aunque la resonancia magnética es considerada el estudio de imagen de elección para confirmar el diagnóstico de PRES, este continúa siendo fundamentalmente clínico-radiológico, ya que no existen criterios diagnósticos universalmente aceptados.^{4,6} En consecuencia, la ausencia de resonancia magnética no excluye el diagnóstico cuando el contexto clínico es altamente sugestivo y se han descartado otras causas de deterioro neurológico.⁴

En pacientes con preeclampsia con criterios de severidad, el reconocimiento temprano del PRES resulta fundamental, ya que el control estricto de la presión arterial, la prevención de convulsiones y la resolución oportuna del embarazo cuando está indicada pueden favorecer la reversibilidad de las manifestaciones neurológicas y disminuir el riesgo de secuelas permanentes.^{1,2,8} Debido a que la evidencia disponible sobre la amaurosis bilateral asociada a PRES deriva principalmente de reportes y series de casos, la publicación de nuevos reportes de caso continúa siendo relevante para ampliar el conocimiento sobre su presentación, abordaje diagnóstico y evolución.⁹

Métodos

Se presenta el reporte retrospectivo de un caso clínico atendido en un hospital de tercer nivel de atención. La información fue obtenida mediante la revisión del expediente clínico, incluyendo los antecedentes de la paciente, evolución clínica, estudios de laboratorio y gabinete, tratamiento instaurado y desenlaces durante la hospitalización.

Para contextualizar el caso, se realizó una revisión no sistemática de la literatura mediante la consulta de artículos originales, reportes de caso, revisiones narrativas y guías de práctica clínica relacionadas con el síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES), los trastornos hipertensivos del embarazo y las manifestaciones visuales asociadas. La literatura seleccionada se utilizó exclusivamente para sustentar la discusión clínica del caso.

El manuscrito fue elaborado de acuerdo con las recomendaciones de la guía CARE (CAse REport Guidelines) para la elaboración de reportes de caso. Se obtuvo el consentimiento informado por escrito de la paciente para la publicación del caso e imágenes clínicas, garantizando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de la información presentada. El estudio se condujo conforme a los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki.

Presentación del caso

Paciente femenina de 42 años de edad, con antecedente de dos cesáreas previas y un aborto espontáneo (gesta 4, para 2, aborto 1). La primera cesárea fue realizada por preeclampsia y la segunda de forma electiva. No contaba con otros antecedentes personales patológicos de relevancia.

Cursaba un embarazo de 28 semanas de gestación cuando fue referida de un hospital privado por presentar cifras de presión arterial superiores a 200 mmHg, acompañadas de pérdida súbita de la visión en ambos ojos. Previamente había recibido tratamiento antihipertensivo con un antagonista de los canales de calcio, sin observarse mejoría clínica.

A su ingreso se documentó una presión arterial de 170/100 mmHg, sin otros datos clínicos diferentes a los referidos previamente. Con base en los hallazgos clínicos se estableció el diagnóstico de preeclampsia con criterios de severidad, iniciándose tratamiento con sulfato de magnesio para profilaxis anticonvulsiva, manejo antihipertensivo y esquema de maduración pulmonar fetal con betametasona. Debido a la gravedad del cuadro, la paciente fue trasladada a la Unidad de Cuidados Intensivos para vigilancia estrecha y manejo multidisciplinario.

Durante su evolución persistió la amaurosis bilateral y presentó disminución de la fuerza muscular en las extremidades. Los estudios de laboratorio correspondientes al perfil para trastornos hipertensivos del embarazo no mostraron alteraciones significativas. Ante la persistencia de las manifestaciones neurológicas y visuales, se integró la sospecha clínica de síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES).

Considerando el deterioro neurológico materno y la persistencia de los síntomas a pesar del tratamiento instaurado, se decidió la interrupción del embarazo mediante cesárea. El procedimiento transcurrió sin complicaciones, con un sangrado transoperatorio aproximado de 600 mL. El recién nacido fue trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales para su manejo especializado.

En el puerperio inmediato, la paciente reingresó a la Unidad de Cuidados Intensivos debido a hipertensión arterial de difícil control y ante la sospecha de un evento vascular cerebral. Se realizó una tomografía computarizada simple de cráneo, la cual reportó calcificaciones en la tienda del cerebelo y en la línea media, sin evidencia de lesiones intracraneales agudas. Debido a limitaciones en la disponibilidad del estudio durante la hospitalización, no fue posible realizar una resonancia magnética cerebral.

Posteriormente, la paciente presentó recuperación visual progresiva, inicialmente con percepción de sombras y posteriormente con capacidad para distinguir objetos, personas y colores, así como para realizar conteo de dedos, hasta recuperar una visión funcional. De manera concomitante presentó mejoría del estado neurológico, lo que permitió su egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos al servicio de hospitalización. Sin embargo, presentó un nuevo episodio de hipertensión arterial de difícil control que motivó un segundo ingreso a terapia intensiva, donde fue necesario ajustar el tratamiento antihipertensivo hasta lograr cifras tensionales adecuadas. Finalmente, evolucionó de forma favorable, sin evidencia de deterioro orgánico adicional en los estudios de laboratorio, por lo que fue egresada con tratamiento antihipertensivo combinado y seguimiento por el servicio de Medicina Interna. La secuencia de los principales acontecimientos clínicos y terapéuticos se resume en la Tabla 1 y Figura 1.

Momento clínico	Hallazgos relevantes	Conducta
Hospital de referencia	Hipertensión arterial >200 mmHg y pérdida súbita de la visión bilateral. Manejo inicial con antagonista de los canales de calcio sin mejoría clínica.	Referencia a hospital de tercer nivel.
Ingreso hospitalario (28	Presión arterial de 170/100 mmHg. Se integra diagnóstico de	Inicio de sulfato de magnesio, antihipertensivos, esquema de

semanas de gestación)	preeclampsia con criterios de severidad.	maduración pulmonar fetal con betametasona e ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos.
Evolución inicial	Persistencia de amaurosis bilateral y disminución de la fuerza muscular en extremidades. Estudios de laboratorio sin alteraciones significativas.	Se considera como principal diagnóstico el síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES).
Resolución obstétrica	Persistencia de manifestaciones neurológicas a pesar del tratamiento.	Interrupción del embarazo mediante cesárea. Recién nacido trasladado a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
Puerperio inmediato	Hipertensión arterial de difícil control. Sospecha de evento vascular cerebral.	Reingreso a Unidad de Cuidados Intensivos y realización de tomografía computarizada de cráneo, sin evidencia de lesiones intracraneales agudas.
Evolución posterior	Inicio de percepción de sombras con recuperación progresiva de la visión y mejoría neurológica.	Ajuste del tratamiento antihipertensivo y vigilancia multidisciplinaria.
Nuevo episodio hipertensivo	Persistencia de hipertensión arterial de difícil control durante el puerperio.	Segundo ingreso a Unidad de Cuidados Intensivos para optimización del tratamiento antihipertensivo.
Egreso hospitalario	Estabilidad clínica, recuperación progresiva de la visión y control de las cifras tensionales	Egreso con tratamiento . antihipertensivo y seguimiento por Medicina Interna.

Tabla 1. Cronología clínica



Figura 1. Cronología clínica de la evolución de la paciente con amaurosis bilateral secundaria a síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES).

Fuente: Elaboración propia con base en la información obtenida del expediente clínico.

Discusión

El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) constituye una complicación neurológica poco frecuente de los trastornos hipertensivos del embarazo, particularmente de la preeclampsia con criterios de severidad y la eclampsia.^{1,2,8} Se considera una entidad clínico-radiológica potencialmente reversible cuyo desarrollo se ha relacionado con la disfunción endotelial generalizada y la alteración de la autorregulación cerebrovascular, lo que favorece la formación de edema vasogénico con predominio en las regiones parieto-occipitales del cerebro.^{3,4,6} Este mecanismo explica el amplio espectro de manifestaciones neurológicas y visuales observadas en estos pacientes.

Las manifestaciones visuales constituyen la tercera presentación clínica más frecuente del PRES y se han descrito en aproximadamente el 20–40 % de los pacientes.^{4,7} Estas incluyen visión borrosa, hemianopsia, escotomas, alucinaciones visuales y ceguera cortical transitoria. Sin embargo, la amaurosis bilateral como manifestación inicial continúa siendo una forma de presentación poco habitual, motivo por el cual puede retrasar el diagnóstico cuando no se integra oportunamente al contexto clínico obstétrico.^{7,9}

En el presente caso, la pérdida súbita de la visión fue uno de los primeros datos de deterioro neurológico en una paciente con preeclampsia con criterios de severidad. La asociación entre hipertensión arterial severa, embarazo de 28 semanas y amaurosis bilateral orientó hacia una complicación neurológica relacionada con el trastorno hipertensivo del embarazo, permitiendo instaurar tratamiento antihipertensivo intensivo, profilaxis anticonvulsiva e interrupción oportuna del embarazo. La recuperación progresiva de la visión posterior al control del cuadro hipertensivo

es congruente con el carácter potencialmente reversible del PRES cuando el tratamiento se instaura de manera temprana.^{4,8}

Los hallazgos del presente caso son consistentes con lo descrito por Rho et al.⁹, quienes reportaron una paciente con preeclampsia posparto que presentó cefalea y pérdida visual bilateral como manifestaciones iniciales de PRES. En dicho caso, la tomografía computarizada inicial fue normal, mientras que la resonancia magnética evidenció lesiones parieto-occipitales características; posteriormente se documentó recuperación completa de la función visual y resolución de las alteraciones radiológicas tras el control de la hipertensión arterial.⁹ Las principales similitudes y diferencias entre el presente caso y el reporte publicado por Rho et al. se resumen en la Tabla 2.

Característica	Rho et al., 2023	Presente caso
Contexto obstétrico y momento de presentación	Preeclampsia en puerperio	Preeclampsia con criterios de severidad a las 28 semanas de gestación
Manifestación inicial	Cefalea intensa y disminución visual bilateral	Amaurosis bilateral transitoria
Tomografía computarizada	Sin alteraciones agudas	Sin lesiones intracraneales agudas
Resonancia magnética	Compatible con PRES	No realizada
Evaluación oftalmológica	Agudeza visual, campimetría, potenciales evocados visuales y OCT	No disponible

Tratamiento	Control de la hipertensión arterial	Sulfato de magnesio, antihipertensivos e interrupción del embarazo mediante cesárea
Evolución visual	Recuperación completa	Recuperación progresiva desde la percepción de sombras hasta la identificación de objetos, personas y colores, conteo de dedos y recuperación de visión funcional.
Desenlace	Resolución clínica y radiológica	Evolución neurológica favorable y egreso hospitalario sin secuelas neurológicas documentadas

Tabla 2. Comparación de las características clínicas y evolución del presente caso con un reporte previamente publicado de síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) asociado a alteraciones visuales.

A diferencia del caso descrito por Rho y colaboradores⁹, la paciente del presente caso desarrolló el cuadro durante el embarazo y no en el puerperio, además de que no fue posible realizar resonancia magnética cerebral ni pruebas oftalmológicas complementarias, como campimetría o tomografía de coherencia óptica. Esta diferencia refleja una situación frecuente en la práctica clínica de muchos hospitales, donde el acceso inmediato a estudios especializados puede ser limitado. En este contexto, el diagnóstico debe sustentarse en la integración de los hallazgos clínicos, la exclusión de otras causas de deterioro neurológico y la evolución del paciente, ya que actualmente no existen criterios diagnósticos universalmente aceptados para PRES.^{4,6}

La resonancia magnética continúa siendo el estudio de imagen con mayor sensibilidad para demostrar el edema vasogénico característico del PRES y diferenciarlo de otras entidades, como el infarto cerebral.^{4,6} La tomografía computarizada presenta menor sensibilidad para la detección de estas alteraciones, por lo que una TC sin hallazgos característicos no excluye el diagnóstico de PRES.¹⁰ No obstante, la ausencia de este estudio no debe retrasar el tratamiento cuando la sospecha clínica es elevada, especialmente en pacientes obstétricas con hipertensión severa y manifestaciones neurológicas agudas.^{4,8} En el presente caso, la tomografía computarizada permitió descartar lesiones intracraneales agudas, mientras que la evolución clínica favorable posterior al control de la presión arterial y a la resolución del embarazo respaldó el diagnóstico de PRES.^{4,9}

El presente reporte presenta las limitaciones inherentes a la información disponible en el expediente clínico. No fue posible contar con resonancia magnética cerebral ni con una evaluación oftalmológica estandarizada que incluyera medición de agudeza visual, campimetría o tomografía de coherencia óptica. Por este motivo, la recuperación visual se documentó clínicamente mediante la progresión desde la percepción de sombras hasta la capacidad para distinguir objetos, personas y colores, realizar conteo de dedos y recuperar una visión funcional, de acuerdo con lo registrado en el expediente clínico. A pesar de ello, la correlación entre el contexto obstétrico, la presentación clínica y la evolución favorable posterior al tratamiento apoyan el diagnóstico de PRES.^{4,9}

Finalmente, este caso resalta la importancia de mantener un alto índice de sospecha ante la aparición de amaurosis bilateral en pacientes con preeclampsia con criterios de severidad. Se han descrito casos de PRES asociado a eclampsia con ceguera cortical y recuperación posterior de la función visual tras el tratamiento, lo que evidencia el carácter potencialmente reversible de estas manifestaciones.¹⁰⁻¹¹ El reconocimiento temprano de esta manifestación puede acelerar el diagnóstico de PRES, favorecer la instauración oportuna del tratamiento y contribuir a prevenir secuelas neurológicas permanentes.^{1,2,4}

El presente caso aporta tres elementos de interés clínico. Primero, documenta una forma de presentación poco frecuente de PRES mediante amaurosis bilateral como manifestación inicial en una paciente embarazada. Segundo, ilustra el razonamiento diagnóstico en un contexto donde la resonancia magnética no estuvo disponible. Finalmente, enfatiza que la instauración temprana del tratamiento y la resolución obstétrica permitieron una evolución neurológica favorable.^{4,9}

Conclusión

El síndrome de encefalopatía posterior reversible debe considerarse dentro del diagnóstico diferencial de toda paciente con preeclampsia con criterios de severidad que presente alteraciones visuales agudas o manifestaciones neurológicas de inicio súbito. Aunque la resonancia magnética constituye el estudio de imagen de elección para confirmar el diagnóstico, su ausencia no debe retrasar el tratamiento cuando el contexto clínico es altamente sugestivo.

El presente caso resalta que la amaurosis bilateral puede ser una manifestación inicial de PRES y que su reconocimiento oportuno permite instaurar un abordaje multidisciplinario encaminado al control de la hipertensión arterial, la prevención de convulsiones y la resolución del embarazo cuando está indicada, favoreciendo una evolución neurológica y visual satisfactoria.

Este caso enfatiza que la amaurosis bilateral transitoria puede constituir la primera manifestación de PRES en pacientes con preeclampsia con criterios de severidad. Su reconocimiento temprano puede acelerar el diagnóstico, orientar un tratamiento oportuno y contribuir a prevenir secuelas neurológicas potencialmente permanentes.

Referencias

1. American College of Obstetricians and Gynecologists. Gestational hypertension and preeclampsia: ACOG Practice Bulletin No. 222. *Obstet Gynecol.* 2020;135(6):e237–60.
2. Magee LA, Brown MA, Hall DR, et al. The 2021 international society for the study of hypertension in pregnancy (ISSHP) classification, diagnosis, and management recommendations. *Hypertension.* 2022;79(2):e21–41.
3. Ives CW, Sinkey R, Rajapreyar I, Tita ATN, Oparil S. *Preeclampsia—Pathophysiology and Clinical Presentations. J Am Coll Cardiol.* 2020.
4. Fugate JE, Rabinstein AA. Posterior reversible encephalopathy syndrome: update on clinical and imaging features. *Curr Opin Neurol.* 2022;35(1):1–8.
5. Liman TG, Siebert E, Endres M, et al. Posterior reversible encephalopathy syndrome: clinical spectrum and prognosis. *Stroke.* 2021;52(7):e282–90.
6. Lee VH, Wijndicks EFM. Clinical spectrum of posterior reversible encephalopathy syndrome. *Neurol Clin.* 2023;41(1):1–15.
7. Chen Z, Zhang G, Wang Y, et al. Visual disturbances in posterior reversible encephalopathy syndrome: clinical characteristics and outcomes. *Eur J Neurol.* 2022;29(9):2678–86.
8. Brewer J, Owens MY, Wallace K, et al. Posterior reversible encephalopathy syndrome in pregnancy: updated clinical outcomes. *Obstet Gynecol.* 2021;137(4):673–81.
9. Rho JD, et al. *A case of posterior reversible encephalopathy in postpartum preeclampsia. Medicine.* 2023.
10. Edlow JA, Caplan LR, O'Brien K, Tibbles CD. Diagnosis of acute neurological emergencies in pregnant and post-partum women. *Lancet Neurol.* 2013 Feb;12(2):175-85.
11. Zhu M, Huang H. Posterior reversible encephalopathy syndrome in a patient with late postpartum eclampsia. *Medicine (Baltimore).* 2023;102(45):e35867.