



COLESTASIS INTRAHEPÁTICA EN EMBARAZO GEMELAR, CASO CLÍNICO. MATERNIDAD BABAHOYO, 2014

COLESTASIS INTRAHEPATIC IN GEMELAR PREGNANCY, CLINICAL CASE. MATERNIDAD BABAHOYO, 2014

<https://doi.org/10.5281/zenodo.4536623>

AUTORES: Hugolino Orellana Gaibor ¹
Gladys Adelaida Díaz Padilla ²
Roció Margarita Suarez Fuentes ³

DIRECCIÓN PARA CORRESPONDENCIA: horellana@utb.edu.ec

Fecha de recepción: 10 de febrero del 2020

Fecha de aceptación: 22 de marzo del 2020

RESUMEN:

La Colestasis Intrahepática es una patología que cursa con Prurito Nocturno que se incrementa al avanzar la gestación, especialmente en el segundo trimestre del embarazo, en las cuales no existe causa orgánica, y solo movimiento enzimático hepático e ictericia. Sus síntomas se controlan la mayoría de las veces con medicación y desaparece al terminar la gestación. Causando alta morbi-mortalidad fetal. Se presenta un caso clínico de un Embarazo gemelar y Colestasis.

PALABRAS CLAVE: Colestasis, Embarazo, Gemelar, Desoxicólico

ABSTRACT:

Intrahepatic cholestasis is a pathology that occurs with nocturnal itching that increases with advancing gestation, especially in the second trimester of pregnancy, in which there is no organic cause, and only hepatic enzyme movement and jaundice. Its symptoms are

¹ Profesor Auxiliar Titular Universidad Técnica de Babahoyo /

² Especialista en Atención Primaria de la Salud, Docente Universidad Técnica de Babahoyo

³ Magister En Administración de los Servicios de Salud, Junta de Beneficencia de Guayaquil,

controlled most of the time with medication and disappears at the end of pregnancy. Causing high fetal morbidity and mortality. A clinical case of a twin pregnancy and cholestasis is presented.

KEY WORDS: Colestasis, Pregnancy, Gemelar, Desoxicólico

INTRODUCCION

La Colestasis del embarazo es la segunda causa de ictericia durante la gestación, representa un amplio espectro de situaciones clínicas que van desde el simple prurito hasta la aparición de ictericia intensa. La primera descripción fue el 1883, sin embargo, fue Svanborg en 1954 y Thorling en 1955, quienes definieron este síndrome. Su frecuencia es de 1 en 2000-8000 embarazos. (1)

La patogénesis de la Colestasis intrahepática del embarazo permanece siendo poco clara. La evidencia actual indica que es un trastorno que probablemente debe su origen a la interrelación de factores genéticos, hormonales y ambientales (2)

Se relaciona con un aumento de las concentraciones de estrógenos y progesterona, por lo que su aparición ocurre a partir del segundo trimestre del embarazo, en la cual estas hormonas están al máximo de su producción, en especial en los embarazos gemelares. Así mismos se los relaciona con la ingesta de anticonceptivos hormonales con alta carga estrogenica, lo que explica su presencia en mujeres en edad reproductiva susceptibles a esta patología.

Varios genes han sido involucrados en la patogénesis molecular de la Colestasis intrahepática del embarazo, siendo el más estudiado de ellos el ABCB4. El gen ABCB4 codifica para la proteína MDR3 (multidrug resistance protein), que es un transportador de membrana encargado de mover fosfatidilcolina desde el hepatocito hacia los canalículos biliares. Otros genes que han sido relacionados son el ABCB11 y el ABCC2 que codifican para las proteínas BSEP (bile salt export pump) y MRP2 (multidrug resistance associated protein),

respectivamente; ambas proteínas de membrana encargadas de trasladar ácidos biliares y aniones orgánicos como la bilirrubina hacia los canalículos biliares. (2)

Es decir que esta patología se presentaría en las pacientes que tengan un trastorno genético y situación hormonal especial, adicionalmente se debe considerar los factores ambientales, que ocasionan una amplia variación en los índices de presentación, que van desde los muy esporádicos como en Australia con un 0,2-1,5% y los muy frecuentes como en Chile de 4,7-27,6%. Como se indica en la Tabla 1. (3)

Tabla 1.

PAIS	PREVALENCIA (%)
AUSTRALIA	0,2-1,5%
BOLIVIA	4,3-13%
CANADA	0,07%
CHILE	4,7-27,6%
CHINA	0.05-0.3%
FINLANDIA	0.5-4.1%
FRANCIA	0.2-0.53%
ITALIA	0.96-1.0%
ESTADOS UNIDOS	0.32-5.6%

Ginecología Obst Mex, 2012, 80(4)285-295

En cuanto a su cuadro clínico el síntoma principal es la aparición de prurito en el tercer trimestre del embarazo, aunque en ocasiones se presenta desde el segundo. El prurito puede afectar al tronco, a las extremidades o a ambas, incluyendo las palmas de manos y plantas de pies. Su intensidad es variable, desde algo leve hasta algo intenso que afecta su estado general ocasionando insomnio de difícil manejo. La ictericia cuando se presenta, aparece una a dos semanas después del prurito, se inicia de forma brusca y permanece estable. Está a diferencia del prurito no aumenta con la progresión del embarazo. Estas dos manifestaciones clínicas desaparecen en las dos primeras semanas del pos-parto. (1)

No presentan manifestaciones clínicas de hepatitis aguda, como astenia, anorexia, febrícula, malestar abdominal, náuseas, vómitos, artralgias ni mialgias. Su exploración física solo revela lesiones de rascado e ictericia, sin ningún otro signo de hepatopatía. Los exámenes de laboratorio, presentan Transaminasas séricas elevadas, bilirrubina puede aumentar hasta 5 mg/dl. La fosfatasa alcalina puede elevarse en forma moderada (1)

El diagnóstico de la Colestasis intrahepática del embarazo, es de exclusión, y con prueba terapéutica. Es decir, cuando se instaura manejo médico, los síntomas deben disminuir.

En cuanto a los riesgos, son de índole distintos para la madre y para el feto. En cuanto a la madre las molestias pueden ser en algún momento insoportables si no existe un manejo adecuado. Para el feto, cuando la afectación materna es intensa, puede ocurrir un desenlace fatal. Se cree ocasionado por el aumento de los pigmentos biliares que atraviesa la placenta y ocasionan en el feto sufrimiento fetal y arritmia cardíaca que puede llevar a la muerte del mismo, especialmente al llegar a las 36 semanas de gestación. Lo que ocasiona que la mayoría de los obstetras terminen el embarazo en forma temprana pagando un precio de prematuridad al tratar de evitar una evolución fatal.

El objetivo del manejo se centra en reducir los síntomas y anomalías bioquímicas maternas, además de disminuir el riesgo de complicaciones fetales (2)

El tratamiento actual consiste en el uso del ácido ursodeoxicólico (UDCA) 500 mg dos veces al día o 15 mg/kg/día hasta el parto. En embarazos con Colestasis, el sistema de transporte de ácidos biliares de la placenta está disminuido. El UDCA es un ácido biliar secundario, producto del metabolismo de la flora intestinal, hidrófilo, que mejora la secreción hepatocelular y el transporte de ácidos biliares a través del trofoblasto. El UDCA aumenta el

flujo biliar, mejora el prurito y las pruebas de laboratorio, sin efectos adversos en la madre y el feto. Este ácido biliar atraviesa la placenta, pero no causa toxicidad fetal, porque los niveles sanguíneos de las dosis terapéuticas son comparables a los niveles en un embarazo normal (4)

También se aconseja agregar corticoides parenterales y orales en su manejo y medicación de tipo sintomática para el prurito. La terminación del embarazo debe ser en la semana 37 en adelante, y su vía dependerá de las condiciones obstétricas.

A continuación, se presenta un caso clínico de un embarazo gemelar en el cual el síntoma principal fue el prurito de gran intensidad que ocasionaba insomnio.

CASO CLÍNICO.

Paciente de 31 años, G3 C1 A1, Profesora, con antecedentes personales de Herpes. Familiares sin patologías, acude a la consulta con Diagnóstico de Embarazo Gemelar (Monocoriónicos/Biamniótico).

Presento al inicio de su gestación cuadro clínico de amenaza de aborto por IVU. Controlada en el MSP - IESS. Sin novedades en su gestación. Grupo O positivo, exámenes prenatales normales.

A partir de la semana 26 de gestación, inicia cuadro de PRURITO NOCTURNO, que con el paso de los días se aumenta, ocasionando INSOMNIO, que no cede a los Antihistamínicos y Antialérgicos, se le recomienda valoración por Psicología por cuadro de ANSIEDAD. Se valora con Gastroenterología, y se cataloga como COLESTASIS DEL EMBARAZO.

Se inicia Tratamiento con UDCA (ACIDO DEXOSICOLICO), vía oral, 250mg cada 12 horas hasta el nacimiento. Dexametasona 12 mg intramuscular, por 3 días. Y luego Prednisona oral 10 mg al 4 día, por 7 días y luego 5 mg por un mes. Hidroxina 25 mg diaria

Corticoides tópicos cada noche. Con mejoría de su cuadro clínico, disminución del prurito y del insomnio.

Se interrumpe Embarazo a la Semana 36 de Gestación, por presentar Hipertensión Gestacional e inicio de Actividad Uterina, Cesárea Segmentaria, mas SPB, obtención de productos, Masculino, peso, 2500 gr, Apgar 7/9, sin novedades, Femenino, peso, 2300gr, Apgar 7/9, presenta Distrés Respiratorio el producto masculino, necesita internación en Cuidados Intermedios, alta al 5 día.

EXAMENES DE LABORATORIO

TGO	26 U/L
TGP	24 U/L
BT	0.9mg/dl
BI	0.3 mg/dl
DB	0.6 mg/dl
Glicemia	87mg/dl
PCR	1.0
Ig E	50.00
Ecografía Abdominal	Normal

DISCUSION

La Colestasis Intrahepatica es una patología poco frecuente en nuestro medio, por lo que la mayoría de las veces no se maneja de forma adecuada. Su diagnóstico es de exclusión, y al no poder valorar los ácidos biliares séricos en forma rutinaria se dificulta el diagnóstico. Por lo que debemos tener alto grado de sospecha en aquella paciente que manifieste prurito de característica nocturno

Los síntomas maternos desaparecen rápidamente después del parto y su pronóstico es bueno. La morbilidad y mortalidad perinatal son altas. Se asocia con parto pretermino, meconio del líquido

amniótico, sufrimiento fetal, muerte intrauterina, que generalmente sucede después de la semana 36 de la gestación. La elevación sérica total de ácidos biliares es la anomalía de laboratorio más frecuente y es el marcador más sensible para diagnóstico y marcador bioquímico de monitoreo. (5)

Se acepta un rango de normalidad de ácidos biliares entre 10 a 14 $\mu\text{mol/L}$.

La TGO y la TGP pueden elevarse antes o después que lo hagan los ácidos biliares. Pudiendo elevarse la TGP entre 2 a 10 veces su valor normal (5)

La bilirrubina se eleva a expensas de la forma directa, habitualmente menor a 5 mg/dl y el colesterol total, colesterol LDL, apolipoproteína, triglicéridos, también se incrementan

En la Colestasis intrahepática del embarazo la mujer se presenta con un prurito de severidad creciente que afecta al tronco, extremidades, palmas y plantas y que puede exacerbarse durante la noche (6)

CONCLUSIONES

El pronóstico en los embarazos que cursan con Colestasis intrahepática, es diferente para la madre y el feto. Ocasiona a nivel fetal elevada morbilidad, por aspiración meconial, prematuridad o muerte fetal. Por lo que se debe pensar en esta patología en aquellas pacientes con prurito, ictericia y movimiento enzimático, sin causa orgánica.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

- Perinatología, Lluís Cavero Roura, Tomo I, Salvat Ediciones, 1986.

- Colestasis intrahepática del embarazo: conceptos actuales, Rev. Med cient. 2012;25(1):18-23
- Colestasis intrahepática del Embarazo. Juan Manuel Medina Lomelí, Rosa Alicia Jáuregui Meléndrez, Néstor Medina Castro, Daniela Medina Castro Ginecol Obstet Mex 2012;80(4):285-294
- Colestasis del Embarazo, Pedro Poma, artículo de Revisión, Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, 2013;59:213-224
- Colestasis intrahepática del embarazo: reporte de un caso y revisión de la bibliografía, Rafael González-Blanco, Águeda Sofía Mortara-Gómez, Alfonso Martínez-Uribe, Rosa Arias-Loza, Augusto Sanginés-Martínez/ Ginecol Obstet Mex 2013;81:652-657
- Colestasis intrahepática del embarazo. Dra. Yanet Pérez González, Dra. Karen Luz Torres Rojas, Lic. Carmen Argote Viñals. Revista Electrónica Dr. Zoilo E. Marinello Vidaurreta. Vol. 40, número 8 ISSN 1029-3027 | RNPS 1824 agosto 2015 España, S. (2021). Siemens. Obtenido de Siemens: <https://new.siemens.com/es/es/productos/automatizacion/sistemas/simatic/controladores-simatic/simatic-s7-1500.html>