



UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
ESCUELA DE POSGRADO

SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA

TRABAJO ACADÉMICO

**COLESTASIS INTRAHEPÁTICA GESTACIONAL EN EL
HOSPITAL NACIONAL HIPÓLITO UNANUE- LIMA 2019**

PRESENTADO POR:

JANETH CINTHIA INGA ESCOBAR

ASESORA:

MGR. JUANA ROSA VERA JUÁREZ

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN OBSTETRICIA
CON MENCIÓN EN EMERGENCIAS OBSTÉTRICAS, ALTO RIESGO Y
CUIDADOS CRÍTICOS MATERNOS.**

MOQUEGUA-PERÚ

2022

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pág.
PÁGINA DEL JURADO	i
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
ÍNDICE DE CONTENIDO	iv
RESUMEN.....	v
CAPÍTULO I.....	1
1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	1
1.2 JUSTIFICACIÓN.....	2
1.3 MARCO TEÓRICO	3
1.3.1 ANTECEDENTES	3
1.3.2 CONCEPTOS BÁSICOS	5
CAPÍTULO II	14
2.1 OBJETIVOS.....	14
2.2 SUSCESOS RELEVANTES	15
2.3 DISCUSIÓN.....	28
2.4 CONCLUSIONES.....	30
2.5 RECOMENDACIONES	31
BIBLIOGRAFÍA	33

RESUMEN

El presente trabajo académico, aborda la problemática de una gestante de 32 años que cursa con una colestasis intrahepática durante el embarazo. Presenta resultados de laboratorio alterados y los síntomas no cesan a la medicación, se sigue los protocolos de atención administrando el tratamiento establecido y las interconsultas de acuerdo al nivel, se realizó maduración pulmonar y se culminó con parto tipo cesárea después de 11 días de ingresada al Hospital Nacional Hipólito Unanue. La CIG es una nosología que se presenta durante el segundo y tercer trimestre del embarazo. No implica peligro materno; no obstante, existe el peligro de desenlaces fetales nefastos, principalmente nacimiento pre término y mortandad intrauterina. **Objetivo:** Analizar el manejo clínico y terapéutico de una gestante con colestasis intrahepática atendida en el Hospital Nacional Hipólito Unanue 2019. **Resultados:** Gestante que presenta prurito en todo el cuerpo con presencia de lesiones dérmicas, elevación de enzimas hepáticas y ácidos biliares. **Conclusiones:** Prurito es el síntoma principal del cuadro de CIG con elevación de ácidos biliares, el factor de riesgo presente es la presencia de cálculos vesiculares con enzimas hepáticas elevadas desde el inicio de la gestación. La complicación presentada la prematurez. La terapéutica empleada fue oportuna y adecuada. **Palabras claves:** Colestasis Intrahepática del embarazo, ácidos biliares y prematuridad.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

La colestasis intrahepática del embarazo, hepatopatía más común de la gestación que se produce por un cambio en la homeostasis de los ácidos biliares a nivel de hepatocito de la gestante, produciéndose un incremento en su provisión y, por ende, el alza de los mismos en sangre.

Esta enfermedad tiene un carácter muchas veces leve y reversible para la mamá, presenta baja morbimortalidad materna, restableciéndose poco a poco tras el parto², se ha documentado que años después de un embarazo con colestasis intrahepática, estas mujeres tienen riesgo aumentado de presentar enfermedades crónicas y neoplásicas como el cáncer hepático y biliar, diabetes mellitus, patología hepática, biliar, gastrointestinal no neoplásica y aumento de riesgo cardiovascular ¹.

Sin embargo, el feto presenta mayor riesgo perinatal, con peligro de nacimientos pre términos, sufrimiento fetal, aparición de líquido amniótico meconial y óbito. En el

Perú, no se sabe muy bien la repercusión, sin embargo, se cuenta con una investigación acerca del predominio de esta afección en el Hospital Santa Rosa resultando un 0.01%, durante el período 2013-2015 ².

En el presente trabajo se hará la revisión de un caso clínico presentado en el Hospital Nacional Hipólito Unanue; de colestasis intrahepática gestacional, por constituir un síndrome clínico - bioquímico, con riesgo variable para la madre y muy grave para el feto.

1.2 JUSTIFICACIÓN

En las últimas décadas se ha evidenciado en la literatura que la CIG es una patología que no solo produce complicaciones durante la gestación; ya que, complica también los futuros embarazos con cuadros de diabetes gestacional y la pre eclampsia. En la vida intrauterina se puede presentar un incremento de los nacimientos pre término, mayoritariamente electivos, generando una población de neonatos con probabilidad de desarrollar distrés respiratorio de mayor severidad que el esperado. Prolongándose sus complicaciones a la infancia y adolescencia encontrándose un aumento de la frecuencia de síndrome metabólico en hijos de madres con CIG. Incrementando el riesgo de morbimortalidad materno perinatal.

Razón por la que tiene importancia en la salud perinatal, el presente trabajo académico, pues al conocer los signos de alarma que presenta la patología y los riesgos fetales a los que expone al feto, contribuirá al mejor manejo de esta, permitiendo mejorar el diagnóstico oportuno de la CIG por parte del personal de salud para disminuir la mortalidad perinatal en el país.

1.3 MARCO TEÓRICO

1.3.1 ANTECEDENTES

- **Antecedentes internacionales**

Maya Quiñones et al. 2013 ³ refiere que los ácidos biliares en las terminaciones nerviosas de la piel es la causa del prurito; otra teoría concluye que la causa sigue siendo desconocida y es un signo que precede a la alteración de las pruebas de laboratorio. Otros signos asociados a la colestasis intrahepática son: desvelo, excitabilidad, malestar frecuente y esteatorrea por mala anexión de grasas debido a un déficit de AB en el intestino generando un déficit de vitamina K, aumentando teóricamente el peligro de hemorragia postparto.

Martínez- Montero et al. (2013) ⁴ Presentó el suceso de una segundigesta colombiana de 40 años, con antecedente obstétrico previo sin complicaciones, presenta un IMC > 30 Kg/cm² y cólica biliar de repetición. Se hospitaliza con dictamen CIG y se inicia tratamiento indicado. Se solicitó radiografía de torso, hemocultivo y frotis nasofaríngeo ya que a los 2 días de su hospitalización presentó fiebre de 38.6 °C, se inicia tratamiento con antibióticos y se solicita ecografía ventral que confirma el dictamen de colestasis y el frotis resultó negativo, sin embargo, en el hemocultivo aisló listeria monocytogenes sensible a penicilinas y amino glucósidos.

Carballo- Núñez et al. 2015⁵ En un estudio a 71 pacientes con colestasis gravídica en el Complejo Hospitalario Universitario de Vigo en España, se observó que el

10% de los neonatos fueron prematuros; 1,4% terminó en óbito; el 18,3% presentó meconio intraparto; el 5,6% terminó en cesárea por pérdida de bienestar fetal. En el examen no se halló vinculación con cifras considerables entre los efectos perinatales nocivos y la concurrencia de AB; no obstante, se observa relación entre altas concentraciones de transaminasas con prematuridad y sufrimiento grave.

Pedro Poma 2013 ⁶ En su revisión menciona que la incidencia de la colestasis intrahepática difiere en diferentes áreas geográficas, por lo que hace pensar que corresponde a un gen; así mismo refiere que el origen étnico del individuo está ligado a las distintas complicaciones. En EEUU la tasa de muertes fetales es 6.5 de cada 1000 partos, en gestantes con colestasis intrahepática la tasa de defunción fetal es 2 a 4 superior que la letalidad promedio.

- **Antecedentes nacionales**

Pacheco Eslava 2015 ² En una investigación descriptiva desarrollada en el Hospital Santa Rosa de Lima –Perú se determinó que la prevalencia de casos de colestasis intrahepática durante el período 2013-2015 fue de 0.01% de una población de 3785 gestantes, de las cuales el 79% pertenecían a los rangos de edad de 19-34 años.

Cruz Guzmán 2017 ⁷, en un estudio de cohorte realizado a 144 gestantes en un hospital de Perú tuvo como finalidad ejemplificar que la CIG es un factor de acontecimiento para hemorragia durante el puerperio. El 16,7% de las pacientes presentó hemorragia en el puerperio con IC de 95% (1,876-16,476) siendo estadísticamente representativo (p=0,01).

1.3.2 CONCEPTOS BÁSICOS

CONCEPTO DE COLESTASIS INTRAHEPÁTICA GESTACIONAL

Afección hepática más común específica del embarazo, clásicamente se presenta entre el segundo y tercer trimestre, se caracteriza por ser un trastorno clínico (presencia de prurito en las palmas de las manos y plantas de los pies o generalizado si es un cuadro prolongado) y bioquímico (incremento de enzimas hepáticas y elevación de los niveles séricos de ácidos biliares).^{1, 7}

ETIOLOGÍA

La CIG se determina como un ente de etiología no identificada, en la que parecen estar involucrados diferentes aspectos: ambientales, hormonales y hereditarios. A pesar de no saber con exactitud el mecanismo por el que se desarrolla esta patología, sí que se acepta una conexión clara con distintos acontecimientos: origen étnico, patologías biliares, antecedente de CIG, gestación múltiple, mayores de 35 años e infección con el virus de la hepatitis C.⁸

Para la Dra. Cecilia Estiú et al ¹ asocia a factores: glandulares, hereditarios y ambientales. Encontrándose también la participación de los estrógenos en la aparición de esta entidad la que se corrobora en numerosos estudios clínicos y epidemiológicos.

Las teorías genéticas y ambientales encuentran sostenimiento en:

- La incidencia de CIG de acuerdo al territorio. Chile 10-12%, Bolivia 8%, Suecia 1%.
- La alta predisposición en algunos grupos étnicos.
- Se encontró que existe una mutación a nivel del genoma MDR3 ATP8B1 y ABCB4 en las comunidades con más incidencia de colestasis intrahepática gestacional.

La patología es más habitual si hay antecedentes de CIG o parientes que lo hayan padecido. Durante el embarazo existe una disminución de bilis, que en muchos casos puede asociarse a un daño subclínico preexistente en el sistema de traslado activo a través de la membrana apical del hepatocito por modificaciones heterocigotas en el genoma ABCB11 que codifica la bomba exportadora de sales biliares o en los genomas de las proteínas MDR3 y FIC1 decisivos en el sostenimiento operacional de dicha membrana, lo que tiene como resultado una manera revocable, no obstructiva de colestasis intrahepática hepatocelular. Es un hecho conocido que las altas concurrencias de ácido biliar que se alcanzan internamente del hepatocito provocan estrés oxidativo, modificaciones en la biotransformación celular y pueden ultimar en defunción celular por apoptosis y, en función de la magnitud del aumento, incluso pueden originar destrucción debido a la actividad detergente de los ácidos biliares. La CIG presenta por precisión un alza de los porcentajes séricos de ácidos biliares, utilizándose para diagnosticar mediante laboratorio la enfermedad. Se ha descrito que, en situaciones fisiológicas, durante la gravidez cambian las proporciones de las distintas especies moleculares de ácidos; así como también, aumentan a medida que avanza el embarazo.²

DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de la CIG es clínico^{11,12}:

- **Prurito**

Es el signo fundamental y representa el 80 %, aparece en el tercer trimestre de la gestación (10% en el 1er trimestre, 25% en el 2do trimestre), empezando en las regiones

palmo-plantares, de ahí puede progresar, inclusive se puede extender a todo el cuerpo en casos graves.

- **Excoriaciones por rascado.**

Generalmente por las noches, suscitando desvelo y excitabilidad.

- **Ictericia**

Representa el 25%. Se muestra entre las 1-4 semanas luego del prurito, con coluria e hipocolia.

- **Náuseas, vómitos y dolor en hipocondrio derecho.**

- **Esteatorrea**

Producida por mala absorción de vitaminas liposolubles, baja de peso (inusual).

- **Criterio laboratorial**

En CIG pueden incrementarse algunos indicadores bioquímicos como los que podemos observar en la siguiente tabla:

Tabla 1

Indicadores Bioquímicos que se pueden alterar en una CIG

PRUEBA	VALORES
Bilirrubina total	>1.2 mg/dl
Fosfatasa alcalina	>500 UI/Litro
Transaminasas (GTO/GTP):	>35-60 UI/l (siempre <1000 UI/L)
Colesterol (sobretudo LDL)	>300 mg
Triglicéridos	>150 mg
Ácidos biliares (ácido cólico y quenodesoxicólico)	>10-14 micromoles/Litro

GGT	>40 UI/L
Tiempo de protrombina	<70%

Nota. Datos tomados de Guía Clínica de la Colestasis Intrahepática Gestacional.

El incremento de los AB es la expresión que tiene mayor significancia. No suele surgir de manera apartada, y su valoración habitual no descarta la detección. Si los resultados de laboratorio son generales, se aconseja reiterar dentro de las primeras semanas si continúa los síntomas, puesto que una importante cifra de gestantes presenta prurito semanas antes de la presencia de la variación en los exámenes bioquímicos en una CIG.

CRITERIO DIFERENCIAL ¹

Generalmente se debe diferenciar con algunas hepatopatías en el embarazo como:

- Hepatitis virales y tóxicas
- Hepatitis autoinmune, cirrosis biliar primaria, colangitis esclerosante primaria
- Coledocolitiasis
- Esteatosis/Esteatohepatitis
- Dermatopatías propias de la gestación
- Reacciones alérgicas

En casos tempranos o atípicos:

- Preeclampsia (Síndrome de Hellp)
- Hígado graso agudo (insuficiencia hepática grave: ascitis, encefalopatía, coagulopatía)

PROBABLE COLESTASIS INSTRAHEPATICA GESTACIONAL (PCIG) ¹

Frente a la sintomatología no siempre se da la oportunidad de efectuar dosaje de ácidos biliares séricos. Frente a este inconveniente, toda paciente que tengan el síndrome distintivo con incremento de enzimas y desechado los dictámenes diferenciales, se considerará como PCIG. Mientras no se especifique los valores de AB, será manejado como CIG.

COMPLICACIONES

La sintomatología de la CIG, desaparece espontáneamente después del parto, para el feto puede originarle muchas complicaciones importantes alcanzando en oportunidades aun la letalidad.³ Se determinó que una cantidad de AB con valores de 40 o más, se vincula a presencia de nacimiento pre término y existencia de meconio. La incidencia de nacimiento pre término se calcula en un 30 %, se provocará por un aumento de receptores de oxitocina miométriales mediada por los AB; ya que, estos estimulan la motilidad colónica. Los AB intervienen como un intermediador vasoconstrictor tipo agudo a nivel placentario, y este impacto es concentración dependiente. En embarazos entre 36 y 37 semanas con CIG, con test de madurez afirmativo en líquido amniótico, se mostró máximo distress por injuria pulmonar directa por influencia de los AB, así como edema y neumonitis. No obstante, existen estudios que mostraron defunciones fetales en gestaciones de 31-32 semanas y con índices mínimos o regulares de AB. Siendo compleja la decisión del criterio a seguir. Los ácidos biliares causan falla cardíaca secundaria a arritmia fetal.¹⁴

INCONVENIENTES A LARGO PLAZO (PARA LA MADRE):

- Problemas biliares (litiasis y colecistitis)
- Problemas pancreáticos(pancreatitis)
- Cirrosis (no alcohólicas).

INCONVENIENTES A LARGO PLAZO (NIÑOS)

Neonatos de mujeres con CIG presentan más peligro de tener índice de masa corporal aumentada y dislipidemia a los 16 años de edad.

CLASIFICACIÓN DEL NIVEL DE RIESGO ²

Los ácidos biliares es un resultado final de la biotransformación hepática del colesterol, e incrementan de forma considerable en pacientes con CIG. Se ha relacionado la magnitud de la gravedad de la patología, principalmente con algunos ácidos biliares (ácido cólico, ácido quenodesoxicólico y ácido desoxicólico), y son sus efectos tóxicos los que generan las complicaciones fetales, por ello son utilizados para realizar el diagnóstico y seguimiento en pacientes con CIG.

Para un tratamiento ideal y punto de vista de esta patología se debe considerar:

- Categoría bioquímica: perfil hepático y ácidos biliares.
- Criterios clínicos.
- Colestasis intrahepática en gestaciones anteriores, CIG con fetos muertos con o sin dictamen de CIG y antecedentes familiares de CIG. Dado que la máxima prevalencia de complejidad habitualmente se muestra próximo al término de la

gestación y éstas se basan en el nivel de hipercolanemia, cuando se detecta y cataloga una CIG se establecer el riesgo en función de los ácidos biliares.

Clasificándose en: ²

- **Alto riesgo:** Ácidos biliares ≥ 40 micro mol/litro y/o enzimas hepáticas (AST y ALT) incrementado el doble o más de la cantidad de referencia laboratorial. Criterios clínicos
- **Mediano riesgo:** Ácidos biliares entre 20 y 39 micro moles/litro y/o enzimas con incremento menor del doble de la cifra de control. Criterios clínicos.
- **Menor riesgo:** Ácidos biliares entre 11 – 19 micro moles/litro con perfil hepático normal. Criterios clínicos.
- **Clase particular:** Individualmente de sus cifras bioquímicos serán estudiados en esta clase las pacientes con: Historia de la enfermedad o aquellas que tuvieron CIG en gestaciones anteriores e historia de óbitos con o sin dictamen concreto de CIG.

TRATAMIENTO Y SEGUIMIENTO ^{1,2,9}

VIGILANCIA MATERNA

1. Se realizará hemograma de seguimiento semanal (de acuerdo al criterio), así como glucosa, creatinina y Na/K., GOT, GPT, GGT, fosfatasa alcalina, bilirrubina total, colesterol total, triglicéridos, tiempo de protrombina, tiempo de tromboplastina parcial activada, sales biliares.
2. Visita desde el momento de la detección y control gestacional en el área de ARO

3. Procedimiento farmacológico

- Ácido ursodesoxicólico 500 mgr 2 veces al día o dosis de 300 mgrs cada 8 horas conforme la dosis por día total 15 mg/kg/día. Hasta el parto.

- Antihistamínicos

Si presenta prurito activo podrá elegirse por uno de estos medicamentos:

a. Loratadina. 10 mg/día. Dosis: 1 comprimido /día. Posología tope 10 mg día.

b. Clorfeniramina. Dosis: 1 comprimido cada 12 horas. Posología tope 12 miligramos/día

- Maduración pulmonar fetal

Entre las 24 y 34 semanas o con inmadurez constatada por test de Clements (amniocentesis) se puede emplear uno de los siguientes:

a. Betametasona 12 miligramos intramuscular cada 24 horas por 2 días.

b. Dexametasona 6 miligramos intramuscular cada 12 horas (4 dosis).

- Neuroprotección con sulfato de magnesio

Su indicación es en la inminencia del parto prematuro, antes de las 32 semanas, como prevención de la muerte y/o parálisis cerebral infantil.

- Dosis carga de entre 4 y 6 gr en 30 min

- Dosis de mantenimiento de entre 1g/h y 3 gr/hr

4. Dieta

Se otorgarán pautas para realizar dieta hepato protectora.

VIGILANCIA FETAL

1. Test No Estresante

Semanal desde que se diagnosticó. Efectuar perfil biofísico si el resultado del test no estresante es patológico.

2. Ecografía

Supervisión frecuente de acuerdo a la semana gestacional.

3.- Ecografía Doppler.

4.- Se aconseja ecografía hepatobiliar

5.- Vigilancia de movimientos fetales (por la madre)

PARÁMETROS DE CULMINACIÓN DEL EMBARAZO

Debido a un máximo peligro de morbimortalidad fetal, se aconseja la inducción del nacimiento entre las 37 y 38 semanas, en casos de sintomatología persistente y/o valores de AB ≥ 40 umol/litro. Si es un embarazo prolongado se tendrá en cuenta como embarazo ARO y se aconsejará su terminación a las 41 \pm 2 días.

CAPÍTULO II

CASO CLÍNICO

2.1 OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Analizar el manejo clínico y terapéutico de una gestante con colestasis intrahepática atendida en el Hospital Nacional Hipólito Unanue-Lima 2019.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conocer el cuadro clínico y bioquímico que presentó la gestante con colestasis intrahepática.
- Determinar los factores de riesgo que presentó la gestante con colestasis intrahepática.
- Identificar las complicaciones maternas y perinatales que ocasiono la colestasis intrahepática gestacional.
- Conocer el manejo terapéutico utilizado en la gestante con colestasis intrahepática.

2.2 SUSCESOS RELEVANTES

a. ANAMNESIS:

FECHA: 31 DE ENERO DEL 2019

HORA: 18:28 Hrs

SERVICIO DE EMERGENCIA GINECOOBSTÉTRICA

Datos de filiación:

Edad: 32

Raza: Mestiza

Ocupación: Ama de casa

Estudios: Superior no universitaria

Estado civil: Conviviente

Dirección: Huaycán - Vitarte

Antecedentes personales:

Antecedente patológico: Asma bronquial

Antecedente de intervención quirúrgica: Niega

Alergias: Niega

Antecedentes gineco obstétricos:

Menarquía: 12 años

R.C: 5/28 días

FUR: 26/06/2018

FPP: 04/04/2019

Fórmula obstétrica: G2 P0010

Antecedentes familiares:

Abuelo con diabetes

Embarazo actual:

05 controles prenatales en el Hospital de Huaycán, refiere que hace 3 semanas presenta prurito en todo el cuerpo con predominio en miembros inferiores y superiores, que ha estado aumentando en intensidad con predominio nocturno, refiere movimientos fetales, niega otras molestias. Ingresó con resultados de ácidos biliares elevados y no cesa a la medicación. Trae con ella tarjeta de control con 5 controles prenatales, se observa una ganancia de peso de 7 kg y no se observa resultados alterados en los exámenes del primer trimestre.

Ingresó con resultados de TGP: 340 y TGO: 216 (25/01/2019)

Ecografía Abdominal: Litiasis Vesicular

b.- EXPLORACIÓN FÍSICA:

- AL EXAMEN: AREG, AREN, AREH, LOTEP
- FUNCIONES VITALES:

Presión arterial: 100/70 mmHg	Pulso: 72 lat/min	
Temperatura: 36,4°C	FR: 18 resp/min	Sat O ₂ : 96%
- PIEL Y MUCOSAS: Lesión escamativa en piernas y brazos, prurito generalizado.
- ABDOMEN: Ocupado por útero gravídico AU: 27 cm SPP: LCD
FCF: 149 lat/min DU: Ausente
- GENITALES EXTERNOS: Normales para edad, PSV (NO), PLA (NO)
- TACTO VAGINAL: Cérvix posterior sin cambios, pelvis ginecoide

c. DIAGNÓSTICO:

- Segundigesta nulípara de 30 5/7 x ECO I TRIM
- No trabajo de parto
- Colestasis gestacional

d. PLAN:

- Hospitalización
- NaCl 9% 10ml 1000cc a XX gts
- Betametasona 12mg c/24 hrs IM
- Ácido Ursodesoxicólico 500 mg c/ 12 hrs VO
- Loratadina 0.5 mg c/ 8 hrs VO
- Dieta completa + líquidos a voluntad (hipo alergénico)
- Se solicita: ácidos biliares, ecografía obstétrica, test no estresante (NST)
- MMFF
- CFV+ OSA

e. EXÁMENES DE LABORATORIO:

Bilirrubina Total: 1.38 miligramos/ decilitro

Bilirrubina directa: 0.92 miligramos/ decilitro

Bilirrubina indirecta: 0.46 miligramos/ decilitro

TGO: 328.01 U/L

TGP: 517.67 U/L

Fosfatasa alcalina: 611.91 U/L

Urea en sangre: 20 mg/ dl

Creatina en sangre: 0.61 mg/ dl

Hemograma: Normales

HB: 12.2 mg/ dl

Plaquetas: 180

NST: Feto activo reactivo

EVOLUCIÓN OBSTÉTRICA EN HOSPITALIZACIÓN

ARO C

FECHA: 01 DE FEBRERO DEL 2019

Paciente gestante no refiere molestias

- Al examen físico: AREG-LOTEP
- Abdomen: No dinámica uterina, AU:30 cm FCF:148 lat/min, percibe movimientos fetales
- Genitales externos: PSV(N0) PLA(NO)

DIAGNÓSTICO: -Segundigesta nulípara de 30 semanas

-Colestasis del embarazo

PLAN:

- NaCl 9% 100 ml XX gts
- Betametasona 12 mg IM c/ 24 hrs
- Ácido ursodesoxicólico 500 mg VO c/12 hrs
- Loratadina 0.5 mg c/ 8 hrs VO
- Dieta Hipo alergénica + líquido a voluntad
- CFV+ OSA

FECHA: 02 DE FEBRERO DEL 2019

Paciente gestante refiere prurito en todo el cuerpo, niega otras molestias, refiere movimientos fetales presentes.

- Al examen: AREG-LOTEP
- Abdomen: Ocupado por útero gravídico AU:27 cm, LCF: 134, DU: ausente
- Genitales Externos: PSV(N0) PLA(NO)

DIAGNÓSTICO:

- Segundigesta nulípara de 30sem
- Colestasis del embarazo

PLAN:

- Ácido ursodesoxicólico 500 mg vía oral cada 12 hrs
- Loratadina 10 mg cada 8 hrs VO
- Dieta completa Hipo alérgica + líquido a voluntad
- Control de funciones vitales
- OSA + MMFF

Exámenes Auxiliares

Serología RPR: No Reactivo

Ecografía obstétrica: Gestación única activa de 31 sem x BF Doppler obstétrico

Ácidos biliares: 46.8 Umol/l

NST: feto activo reactivo en condiciones actuales

FECHA: 03 DE FEBRERO DEL 2019

Paciente gestante con vía permeable refiere que el prurito ha disminuido y solo

presenta prurito a nivel de manos y de manera esporádica, niega otras molestias.

- Al examen: AREG- LOTEPE
- Abdomen: Útero gravídico AU:27 cm LCF: 142
MF: Presentes DU: No perceptibles
- Genitales Externos: PSV(N0) PLA(NO)

DIAGNÓSTICO:

- Segundigesta nulípara de 30 semanas
- Colestasis del embarazo

PLAN:

- NaCl 9% 100ml XX gtas
- Ácido ursodesoxicólico 500 mg VO c/12 hrs
- Loratadina 10 mg c/ 8 hrs VO
- Dieta completa + líquido a voluntad (hipo alergénico)
- CFV+OSA

FECHA: 04 DE FEBRERO DEL 2019

Paciente gestante con vía permeable refiere que el prurito ha disminuido y solo presenta prurito a nivel de brazos y piernas, niega otras molestias.

- Al examen: AREG- LOTEPE
- Abdomen: Útero gravídico AU:27 cm LCF: 144 MF: Presente
DU: No perceptibles
- Genitales Externos: PSV(N0) PLA(NO)

DIAGNÓSTICO:

- Segundigesta nulípara de 30 sem
- Colestasis del embarazo

PLAN:

- Ácido ursodesoxicólico 500 mg VO c/12 hrs
- Loratadina 10 mg c/ 8 hrs VO
- Dieta completa + líquido a voluntad
- CFV+OSA
- Examen de ácidos biliares

FECHA: 05 DE FEBRERO DEL 2019

Paciente gestante con vía permeable refiere que el prurito ha disminuido y solo presenta prurito a nivel de brazos y piernas, niega otras molestias.

- Al examen: AREG- LOTEPE
- Abdomen: Útero gravídico AU:27 cm LCF: 148
MF: Presentes DU: No perceptibles
- Genitales Externos: PSV(N0) PLA(NO)

DIAGNÓSTICO:

- Segundigesta nulípara de 30 semanas
- Colestasis del embarazo

Exámenes auxiliares:

TGO: 122.37 U/L

TGP: 295.32 U/L

Bilirrubina total: 0.68 mg/dl

Bilirrubina directa: 0.41 mg/dl

Albúmina: 3.49 g/dl

Fosfatasa alcalina: 479.56 U/l

PLAN:

- Ácido ursodesoxicólico 500 mg vía oral cada 12 hrs
- Loratadina 10 mg cada 8 hrs VO
- Dieta completa hipo alergénico + líquido a voluntad
- S/S Perfil Hepático control
- I/C Neonatología
- Ecografía Tronco Pulmonar
- CFV+OSA

ARO A

FECHA: 06 DE FEBRERO DEL 2019

Paciente gestante con vía permeable refiere que el prurito ha disminuido y solo presenta prurito a nivel de brazos y piernas, niega otras molestias.

- Al examen: AREG- LOTEF
- Abdomen: Útero gravídico AU:27 cm LCF: 148 MF:
Presentes DU: No perceptibles
- Genitales Externos: PSV(NO) PLA(NO)

DIAGNÓSTICO:

- Secundigesta nulípara de 30sem
- Colestasis del embarazo

PLAN:

- Ácido ursodesoxicólico 500 mg vía oral cada 12 hrs
- Loratadina 10 mg cada 8 hrs VO
- NaCl 9% 100ml 750cc + Sulfato de Magnesio 20% 15 ampollas, dosis de ataque 4gr en 20 Min, continuar 1g/hora
- Dieta blanda + líquido a voluntad
- Test no estresante
- S/S Hemograma
- S/S examen de orina
- MMFF
- CFV+OSA

FECHA: 07 DE FEBRERO DEL 2019

Gestante con vía permeable, niega molestias.

- Al examen: AREG- LOTEPE
- Abdomen: Útero gravídico AU:27 cm LCF: 132
MF: Presentes DU: No perceptibles
- Genitales Externos: PSV(N0) PLA(NO)

DIAGNÓSTICO:

- Segundigesta nulípara de 31 sem
- Colestasis del embarazo

PLAN:

- Ácido ursodesoxicólico 500 mg VO c/12 hrs
- Loratadina 10 mg cada 8 hrs VO
- NaCl 9% 100ml 750cc + Sulfato de magnesio 20% 15 amp a dosis de 1g/hra.

Terminar y retirar.

- Dieta blanda + líquido a voluntad
- S/S Ecografía Doppler del Tronco pulmonar + Perfil biofísico
- S/S Hemograma, Perfil Hepático, RPR y Perfil de coagulación
- MMFF
- CFV
- Monitoreo de latidos cardiacos fetales

Resultados:

Perfil de coagulación: Normal

Plaquetas: 177

TGO :87

TGP: 202

Bilirrubina total: 0.79

Bilirrubina indirecta:0.4

Fosfatasa: 438

Hemoglobina: 12 g/dl

FECHA: 08 DE FEBRERO DEL 2019

Paciente gestante con vía permeable, niega molestias.

- Al examen: AREG- LOTEF
- Abdomen: Útero gravídico AU:27 cm LCF: 148
MF: Presentes DU: No perceptibles
- Genitales Externos: PSV(N0) PLA (NO)

DIAGNÓSTICO:

- Segundigesta nulípara de 31 sem X ECO
- Colestasis del embarazo

PLAN:

- NaCl 9% 1000cc
- Ácido ursodesoxicólico 500 mg VO c/12 hrs
- Loratadina 10 mg c/ 8 hrs VO
- Dieta blanda + líquido a voluntad
- S/S ecografía doppler del tronco pulmonar + PBF
- S/S NST y examen de ácidos biliares
- MMFF
- CFV
- Monitoreo de latidos cardíacos fetales

Resultados:

Servicio de Neonatología indica que se siga los procedimientos establecidos por el servicio de Gineco-Obstetricia

ECO Doppler: Gestación única activa de 32 semanas

Bienestar fetal conservado

Signos indirectos de madurez pulmonar

ARO B**FECHA: 09 DE FEBRERO DEL 2019**

Paciente gestante con vía permeable, niega molestias.

- Al examen: AREG- LOTEP
- Abdomen: Útero gravídico AU:27 cm LCF: 138 MF: Presentes DU:
Ausente
- Genitales Externos: PSV(NO) PLA(NO)

DIAGNÓSTICO:

- Segundigesta nulípara de 31 sem X ECO
- Colestasis del embarazo

PLAN:

- Nada por vía oral
- MMFF
- CFV

- Preparar para sala de operaciones

Resultados:

TGO : 108

TGP: 166

Bilirrubina total: 0.89

Bilirrubina directa: 0.91

Albumina: 3.41

HCTO: 36

REPORTE OPERATORIO

Fecha: 09-02-2019 Hora: 17:54

Diagnóstico preoperatorio:

- Segundigesta nulípara de 31 sem x eco
- Colestasis gestacional de alto riesgo
- Pródromos de trabajo de parto

Abierta cavidad uterina se encuentra feto de sexo femenino peso de 1780 gramos, talla 38 cms, perímetro cefálico 30.5 cm, perímetro torácico 39 centímetros, Apgar 9 y 9.

Se realiza alumbramiento manual encontrándose placenta de 15x15 cm con impregnaciones (verde) y calcificaciones periféricas y líquido amniótico verde.

Se realiza limpieza de cavidad uterina con escobillaje . histerorrafia en 2 planos con surget cruzado, se hace hemostasia, se cierra cavidad por planos.

Complicaciones: Ninguna

Diagnóstico posoperatorio:

- Post cesareada

Plan De trabajo/ indicciones posoperatorias:

- CFV+ OSA
- Curación de herida operatoria
- Deambulaci3n

Tratamiento:

- Dieta blanda + l3quido a voluntad
- NaCl 9% + 20 UI de Oxitocina
- Cefazolina 1gr EV c/8hrs x 3 dosis
- Metamizol EV 1gr c/8hrs
- Ketoprofeno 100mg VO c/ 8hrs
- Tramal 100mg EV c/8hrs
- Curaci3n de herida operatoria+ deambulaci3n

FECHA: 11 DE FEBERO DEL 2019

Alta con indicaciones

2.3 DISCUSI3N

Se realiza el an3lisis del caso cl3nico de una gestante con colestasis intrahep3tica, usualmente estos casos se presentan m3s en el 3ltimo trimestre del embarazo y en el presente trabajo acad3mico la gestante experimenta sintomatolog3a a las 30 semanas de gestaci3n, presentando prurito intenso palmo plantar que se generaliza

por todo el cuerpo y a predominio nocturno coincidiendo como es descrito por la literatura, presentando lesiones dérmicas. El prurito durante años fue vinculado a la elevación de los marcadores de funcionalidad hepática. Sin embargo, en algunos casos el prurito precede a esta elevación sérica. En este contexto, en el año 2018, Estiú y col ¹, describieron el rol que juega la placenta y la elevación de la autotaxina como mecanismo generador de prurito en CIG. Frecuentemente estas pacientes presentan también náusea, malestar general, insomnio, excitabilidad y esteatorrea; en nuestro caso clínico la paciente no presentó estos otros síntomas; ya que, solo presentó prurito. Laboratorialmente pudimos observar un alza de las enzimas hepáticas de la paciente, estas enzimas en la etapa gestacional normalmente no deberían de encontrarse alteradas

Los valores encontrados de la bilirrubina están dentro de lo normal, los valores de ácido biliar que presentó la paciente se encontraban muy elevados, clasificándose por los valores encontrados en la paciente como de alto riesgo ¹.

Con respecto a los factores de riesgo, es una segundigesta nulípara, no habiendo presentado un cuadro similar en su primera gestación, es importante mencionar que la paciente presenta litiasis vesicular y que ya en el primer trimestre de la gestación presentó valores altos de las enzimas hepáticas TGP 340 y TGO 216, la gestante cuenta con cinco controles prenatales y niega usar un tratamiento continuo, siendo estos factores de riesgo los más importantes.

Esta patología aumentan el porcentaje de partos pre terminó en un 19-60%, siendo más significativo este evento en pacientes con valores superiores a los 40 umol/l

de ácidos biliares como se presentó en nuestro caso ya que la paciente fue sometida a una cesárea a las 32 semanas de gestación decisión de finalización del embarazo tomada por los riesgos que presentaban los exámenes bioquímicos la presencia de signos de maduración pulmonar(ecografía) y la amenaza de un parto pre término ya que la paciente comenzó a presentar contracciones, poniendo en riesgo al feto. Además, la literatura nos indica la presencia del líquido amniótico meconial en un 27% el que se presentó en nuestro caso clínico de acuerdo a los reportes operatorios se encontró la presencia de líquido amniótico verdoso, placenta impregnada (verde) con calcificaciones periféricas. Recién nacido vivo con un Apgar 9-9, peso de 1789 gramos correspondiendo a una edad gestacional de 32 semanas.

Estas modificaciones pueden producir complicaciones tanto para la madre como para el feto inclusive aún pueden producirle la muerte. La etapa puerperal de una mujer con CIG es en gran medida de buen augurio y la sintomatología se puede remitir en este tiempo como sucedió en nuestro caso. El manejo terapéutico utilizado en la paciente con CIG está basado en la disminución de los síntomas y corregir las alteraciones bioquímicas maternas, así como evitar alguna complicación en el feto; para ello es necesario una vigilancia fetal constante, enfoque farmacológico preciso, consideramos que el enfoque empleado en nuestro caso clínico fue adecuado y oportuno.

2.4 CONCLUSIONES

- Los síntomas del CIG se iniciaron a las 30 semanas de gestación, presentando

prurito intenso en las palmas y plantas que se generaliza por todo el cuerpo a predominio nocturno coincidiendo como es descrito por la literatura, presentándose también lesiones dérmicas.

- Con respecto a los factores de riesgo la paciente es una segundigesta nulípara, no habiendo presentado un cuadro similar en su primera gestación, paciente presenta litiasis vesicular presentando en el primer trimestre de la gestación valores altos de las enzimas hepáticas TGP 340 y TGO 216, la gestante cuenta con cinco controles prenatales y niega el uso de tratamientos de cualquier clase, considerándose estos factores de riesgo como los más importantes.
- Las complicaciones que se presentaron en este caso han sido la prematuridad, la paciente fue sometida a una cesárea a las 32 semanas de gestación decisión de finalización del embarazo tomada por los riesgos que presentaban los exámenes bioquímicos la presencia de signos de maduración pulmonar (ecografía) y la amenaza de un parto pre término ya que la paciente comenzó a presentar contracciones, poniendo en riesgo la vida del feto.
- El manejo terapéutico empleado para el caso clínico de colestasis intrahepática del embarazo consideramos que fue adecuado y oportuno basándose en guías clínicas internacionales existentes.

2.5 RECOMENDACIONES

- La revisión de casos clínicos de patologías no muy frecuentes ayuda a la

actualización de manejo clínico, contribuyendo así a la mejorar la atención brindada a la gestante.

- El control prenatal es enormemente importante dado que se pueden detectar las posibles complicaciones que pueden presentarse durante la gestación y es el momento atinado de poder iniciar algún tratamiento o realizar el seguimiento de estas complicaciones por médicos especialistas a través de la referencia oportuna y así poder disminuir la morbimortalidad materno fetal en nuestro país.
- El personal de salud de los Establecimientos de salud del primer nivel debe establecer estrategias de seguimiento de las complicaciones en este caso la paciente presenta alteración de las enzimas hepática desde el momento que inicio de su control prenatal no presentado ningún tratamiento.
- La educación permanente sobre los signos de alarma del embarazo a la gestante y a su familia sigue siendo una estrategia que ayudará a la gestante a buscar ayuda o acudir a los establecimientos de salud en forma oportuna evitando así complicaciones que ponen en riesgo la salud del binomio madre-feto.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Estiu C, Frailuna MA, Marcela D, Repetto J, gestacional Gdisci. Guía de Colestasis Intrahepatica Gestacional del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá, Buenos Aires- Argentina. 2011.
- 2.- Pacheco Eslava AM. Prevalencia de Colestasis Intrahepatica Gestacional en el Hospital Santa Rosa durante el periodo 2013-2015. Tesis para sustentar el título de médico cirujano.
- 3.- Maya Quiñones JJ, Zúñiga Lara DS, Maya Quiñones JL. Diagnóstico y manejo de la colestasis Intrahepática del embarazo. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Acta Medica Grupo Ángeles. 2013; 11(1).
- 4.- Martínez Montero I, Segura Ortega V, Martínez Jiménez L, García Jiménez A, Unzetabarrenetxea Barrenetxea O, Pérez Rodríguez A. Colestasis y Listeriosis en el tercer trimestre de la gestación. Anales del sistema sanitario de Navarra. 2013; 36(3).
- 5.- Carballo Núñez E, Gonzales Rodríguez L, Gonzales Boubeta R, Alves Pérez M. Resultados Perinatales en pacientes con colestasis gravídica. Ginecología y Obstetricia de México. 2015; 83(12).
- 6.- Poma Pedro A. Colestasis del embarazo. Rev. peru. ginecol. obstet. [Internet]. 2013 Jul [citado 2021 Feb 07] ; 59(3): 207-224.
- 7.- Cruz G. Colestasis Intrahepatica del Embarazo: conceptos actuales. Revista

Medico Científica. 2012; 25(1): p. 18-23.

8.- Cerrillo Martínez M, Argüello Gonzales A, Avilés Salas C, Gil Martínez Acacio L, Amezcua Recover A, González de Merlo G. Colestasis Gravídica: Etiología, Clínica,

Diagnóstico y Tratamiento. Archivos de Medicina. Asociación Española de Médicos Internos Residentes Madrid, España. 2005; 1(5).

9.- González-Blanco R, Mortara-Gómez AS, Martínez-Uribe A, et al. Colestasis intrahepática del embarazo: reporte de un caso y revisión de la bibliografía. Ginecol Obstet Mex. 2013;81(11):652-657

10.- Ñaupá Laura LA. Relación entre resultado neonatal adverso y niveles de ácidos biliares en gestantes con colestasis intrahepática del Hospital Nacional Alberto Sabogal Sologuren Callao 2013- 2015. Tesis para sustentar el título de médico cirujano

11.- Medina Lomeli JM, Jáuregui Melendre RA, Medina Castro N, Castro M, Daniela. Colestasis intrahepática del embarazo: una revisión. Ginecología y Obstetricia de México. 2012; 80(4).

12.- Collares M, Valverde M, Fernández I, Ormaechea G. Colestasis Intrahepática: un desafío diagnóstico. Archivo de Medicina Interna. Udelar Montevideo-Uruguay. 2014; 36(1).

13.- Briozzo G, Perego MdC, Gonzales MM. Valores de Referencia de los ácidos biliares séricos en embarazadas del tercer trimestre. Revista del Hospital Materno

Infantil Ramón Sarda. 2005; 24(1).

14.- Sánchez Méndez J, López Rodríguez M. Manejo del prurito durante el embarazo. MEDIFAM. 2001; 11(4).

15.- Tercero Vallecillo J, Padilla Santos A, Torres Vásquez X, Sánchez Orellana N, Díaz Tilguant Y. Caso clínico: Colestasis intrahepática en el segundo trimestre del embarazo. Revista Cient Cienc Med 2017; 20(2): 53-56.

16.- Sepúlveda A, Hasbun J, Enrique Valdés E, Salinas H, Parra M. Colestasia Intrahepática del embarazo. Revista Hospital Clínica Universitaria Chile 2015; 26: 63- 72.

17.- Ambros-Rudolph C, Glatz M, Trauner M, Kerl H, Müllegger R . The Importance of Serum Bile Acid Level Analysis and Treatment With Ursodeoxycholic Acid in Intrahepatic Cholestasis.

18.- Solórzano Gutiérrez S. Prevalencia de las dermatosis pruriginosas durante la gestación y su relación a la infección por HTLV-I, en el Hospital de Apoyo María Auxiliadora. Lima 2006-2007.

19.- Espinoza Artavia AL, Vélchez León M, Webb Webb K. Colestasis intrahepática del embarazo. Rev.méd.sinerg. [Internet]. 1 de junio de 2019 [citado 8 de febrero de 2021];4(6):14 - 23.

20.- Palacios-Llorente MA, Ramírez-Sierra L, Campo-Campo MN, Sanín-Blair JE, Echavarría-Restrepo LG, Parra-Rodas LM, Cuesta-Castro DP. Colestasis intrahepática del embarazo: implicaciones maternas y perinatales. Ginecol Obstet Mex. 2019 septiembre;87(9):567-575. <https://doi.org/10.24245/gom.v87i9.30>