

COLESTASIS INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO

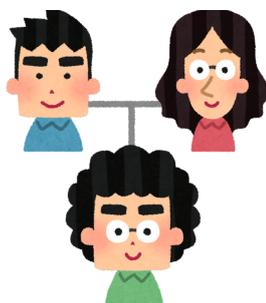


Generalidades

- Disfunción de los hepatocitos, propia de la gestación.
- La incidencia 1-2 de cada 1000 embarazos.
- Varía según etnia, criterio diagnóstico y variación geográfica (más frecuente en América del Sur).
- Caracterizada por prurito persistente, aumento de las concentraciones de ácidos biliares, generalmente a finales del segundo o tercer trimestre del embarazo.

Factores de riesgo

Edad materna, multiparidad, gestación múltiple, portadoras hepatitis C y antecedentes personales o familiares de colestasis.

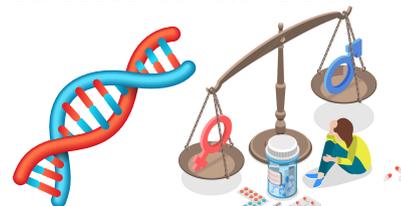


Definición

La Colestasis intrahepática del embarazo (CIE) es una forma reversible de colestasis que aparece durante el 3er. trimestre (muy infrecuente antes de la semana 26) y que se resuelve espontáneamente tras el parto.

Es la hepatopatía más frecuente durante la gestación y la segunda causa de ictericia en el embarazo.

Etiología

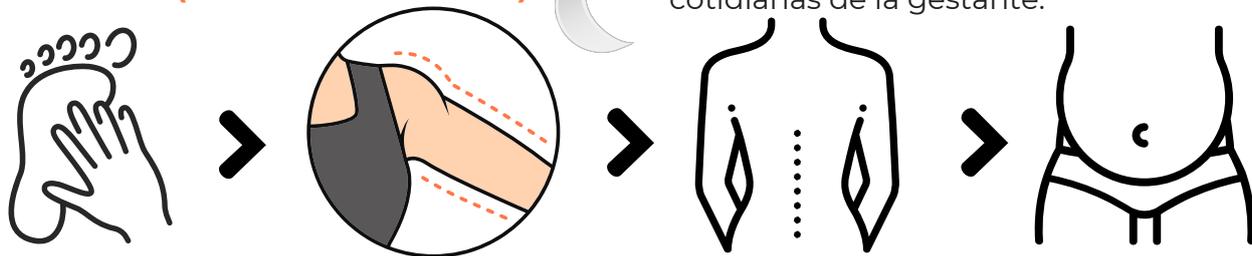


Su etiología es desconocida, pero se pueden destacar algunas consideraciones importantes a considerar:

- **Cambios hormonales**, principalmente por aumento en las concentraciones séricas de progesterona, que causan elentecimiento del flujo de bilis, cambios en la composición y engrosamiento de las vías biliares.
- **Alteraciones genéticas** que afectan la supresión de la síntesis de ácidos biliares, modificaciones en el metabolismo lipídico y aparición familiar de esta condición.

Clínica:

- **Prurito:** Presente en el 98% de los casos; ocurre por aumento de los depósitos de ácidos biliares en tej. subcutáneo. (**Predominio nocturno**)



LEVE: Si no perturba el sueño.

MODERADO: Afecta el sueño y despierta al paciente)

GRAVE: Interfiere con actividades cotidianas de la gestante.

Al principio sólo afecta manos y pies, pero conforme avanza la enfermedad, afecta extremidades, espalda y abdomen. En ocasiones se sobreinfectan.

- **Ictericia y acolia** (17%) son poco frecuentes e inician 4 semanas posterior al inicio del prurito.



El diagnóstico se realiza por exclusión, luego de haber descartado otras hepatopatías que pueden afectar el curso de la gestación



Laboratorios

- Concentración de ácidos biliares $\geq 10 \mu\text{mol} / \text{L}$.
- Transaminasas: $> 70 \text{ UI} / \text{L}$
- Bilirrubina Total: $1.5 - 4 \text{ mg/dL}$ (a expensas de la B. Directa)
- GGT $> 40 \text{ UI} / \text{L}$

Dependiendo de las concentraciones de ácidos biliares puede clasificarse en:

- **LEVE:** $10 - 20 \mu\text{mol} / \text{L}$.
- **MODERADA:** $20 - 40 \mu\text{mol} / \text{L}$.
- **GRAVE:** $> 40 \mu\text{mol} / \text{L}$.

3. Ácido Ursodesoxicólico:



Fármaco de elección en gestantes con prurito moderado-grave y alteraciones de laboratorio.

- **DOSIS:** $15 \text{ mg} / \text{Kg} / \text{día}$. (2-3 tomas al día).
- **DOSIS MÁXIMA:** $21 \text{ mg} / \text{Kg} / \text{día}$.
- Bien tolerado.
- Reduce prurito y niveles de sales biliares y transaminasas.

Tratamiento:

- Busca mejorar la clínica materna, aunque no se ha demostrado que mejore los resultados perinatales.
- Tratamiento progresivo o escalonado, comenzando con soluciones tópicas, antihistamínicos y ácido ursodesoxicólico para las pacientes con mas síntomas y alteraciones de laboratorio.

1. Soluciones tópicas:

Son seguras, eficacia no demostrada, producen alivio temporal del prurito.

- Loción calamina
- Cremas Mentoladas (0.25%)



2. Antihistamínicos:

Eficacia mínima en prurito, por el contrario ofrece un efecto sedante nocturno.

4. Vitamina K:

Sólo en pacientes que tengan asociada una alteración en las pruebas de coagulación.

DOSIS: $10 \text{ mg} / \text{semana} / \text{Vía Intramuscular}$.

Manejo de la gestación:

Monitorización Materna:

Control prenatal en servicio de Alto Riesgo Obstétrico, Hospital de referencia o en conjunto con especialista en medicina materno fetal.

Frecuencia de consultas:

- **Cada 2 - 3 sem:** Si hay buen control clínico y ac. biliares $< 40 \mu\text{mol} / \text{L}$.
- **Cada 1 - 2 sem:** Si hay alteración de laboratorios, ac. biliares $> 40 \mu\text{mol} / \text{L}$. o progresión de los síntomas

En cada control se debe solicitar:

- Laboratorios que incluyan transaminasas, GGT, Bilirrubina total, Glicemia, creatinina, electrolitos y tiempos de coagulación.
- Ácidos biliares se solicitaran para hacer diagnóstico, posteriormente a las 36 - 37 semanas 7 luego bisemanal hasta finalizar gestación; debido a su papel pronóstico.



Monitorización Fetal:

- Control de movimiento fetales por la madre.
- Control ecográfico rutinario
- Monitoreo electrónico o Test No estresante semanal posterior a las 38 sem y hasta la finalización de la gestación.
- Ecocardiografía funcional si Ácidos Biliares son $\geq 40 \mu\text{mol} / \text{L}$ (por efectos adversos en los cardiomiocitos), evaluación del Índice TEI*



Riesgos perinatales:

- Parto pretérmino (74%)
- Hipoxia uteroplacentaria (44%)
- Meconio en líquido amniótico (27%)
- Hemorragia posparto (22%)
- Preeclampsia (18%)
- Dificultad respiratoria neonatal (19%)
- Muerte perinatal (4%).



A medida que aumentan los ácidos biliares ($\geq 100 \mu\text{mol} / \text{L}$), es mayor la incidencia de éxitus fetal.

En países desarrollados la CIE **NO** aumenta la tasa de cesareas, mientras que en países de bajos y medianos ingresos la tasa de cesareas asociada es **36 %**

¿Cuándo finalizar la gestación?



EVITAR LA PREMATURIDAD IATROGÉNICA



Finalización < 37 semanas:

- Si Ácidos biliares $> 100 \mu\text{mol} / \text{L}$



(Casos muy seleccionados, considerar previo a la finalización de la gestación test de madurez fetal o inductores para maduración pulmonar)

Finalización > 37 semanas:

- Ácidos biliares $\geq 40 \mu\text{mol} / \text{L}$
- Mal control clínico (a pesar del tratamiento)
- Pruebas hepáticas sin mejoría
- Antecedente de Colestasis intrahepática y óbito fetal.

Seguimiento posparto

- Solicitar control de función hepática 6 semanas posparto.
- Prurito desaparece 1 o 2 días de puerperio.
- Niveles séricos de ácidos biliares se normalizan en la primera semana.
- **Riesgo de recurrencia en subsiguiente gestación 40 a 92 % - Profilaxis con dieta rica en grasas vegetales y suplementación de selenio y vitamina E desde el primer trimestre.**
- Reprogramación fetal dislipidemia en adolescencia de productos de la concepción (a los 16 años) . Aumento de IMC en masculinos y circunferencia abdominal en femeninas.



Bibliografía

Gracias por el feedback

¿No has podido disfrutar de los boletines previos?
Ingresa a ellos a través del siguiente Código QR

