

Reporte de caso clínico de colestasis intrahepática del embarazo

Clinical case report of intrahepatic cholestasis of pregnancy

Relato de caso de colestase intra-hepática de gravidez

Grace Pamela López Pérez

gp.lopez@uta.edu.ec

Universidad Técnica de Ambato - Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-0558-5429>

Verónica Sofia Quenorán Almeida

vs.quenoran@uta.edu.ec

Universidad Técnica de Ambato - Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-1870-0887>

Yolanda Elizabeth López Romo

ye.lopez@uta.edu.ec

Universidad Técnica de Ambato - Ecuador

<https://orcid.org/0000-0001-9270-7019>

Marlene Elizabeth Cumbajin Montatixe

me.cumbajin@uta.edu.ec

Universidad Técnica de Ambato - Ecuador

<https://orcid.org/0000-0002-1255-5754>

RESUMEN

Introducción: La Colestasis Intrahepática Gestacional (CIG), se considera una patología peligrosa para el feto, que conlleva la interrupción del embarazo, con una alta incidencia de muerte fetal intrauterina. El tratamiento oportuno logra disminuir la sintomatología y evita el deceso fetal. **Objetivo:** Comparar los signos y síntomas que se presentan en el reporte de caso, con la expuesta en la revisión bibliográfica, determinando las complicaciones que puede tener el feto. **Metodología:** La metodología empleada para el análisis del estudio comprende un diseño descriptivo, comparativo, se recolectó información mediante la revisión de la historia clínica de la paciente. **Resultados:** En base al análisis, según varios autores concuerdan que el CIG, es una condición asociada principalmente a la parte genética, poco recurrente, que aparece durante el embarazo y desaparece cuando culmina, sus principales síntomas son el prurito en las palmas de las manos y pies, sumándose, la elevación de ácidos biliares. Con una afección considerable hacia el feto y sin ninguna complicación posterior para la madre. El tratamiento farmacológico recomendado y empleado es el Ursodesoxicólico. **Conclusión:** La CIG es una patológica compleja y potencialmente peligrosa, que compromete la salud materno-fetal, hasta la actualidad sigue siendo debatible y pone de manifiesto la diversidad de criterios para abordarla.

Palabras clave / Descriptores: Colestasis intrahepática. Embarazo. Prurito. Ácidos biliares elevados.

ABSTRACT

Introduction: Gestational Intrahepatic Cholestasis (GIC), is considered a dangerous pathology for the fetus, leading to termination of pregnancy, with a high incidence of intrauterine fetal death. Timely treatment reduces symptoms and avoids fetal death. **Objective:** To compare the signs and symptoms presented in the case report with those presented in the literature review, determining the complications that the fetus may have. **Methodology:** The methodology used for the analysis of the study comprises a descriptive, comparative design, information was collected by reviewing the patient's clinical history. **Results:** Based on the analysis, several authors agree that IGC is a condition mainly associated to genetics, not very recurrent, which appears during pregnancy and disappears when it ends, its main symptoms are pruritus in the palms of the hands and feet, in addition to the elevation of bile acids. With a considerable affection towards the fetus and without any subsequent complication for the mother. The pharmacological treatment recommended and used is Ursodeoxycholic. **Conclusion:** IGC is a complex and potentially dangerous pathology, which compromises maternal-fetal health, and to this day it is still debatable and shows the diversity of criteria to deal with it.

Keywords: Intrahepatic cholestasis. Pregnancy. Pruritus. Elevated bile acids.

RESUMO

Introdução: A colestase intra-hepática (GIC), é considerada uma patologia perigosa para o feto, levando à interrupção da gravidez, com alta incidência de morte intra-uterina do feto. O tratamento oportuno reduz os sintomas e previne a morte fetal. **Objetivo:** Comparar os sinais e sintomas apresentados no relato do caso com os apresentados na revisão da

literatura, determinando as possíveis complicações para o feto. Metodologia: A metodologia utilizada para a análise do estudo compreende um desenho descritivo, comparativo e as informações foram coletadas através da revisão do histórico clínico do paciente. Resultados: Com base na análise, vários autores concordam que a IGC é uma condição principalmente associada à genética, não muito recorrente, que aparece durante a gravidez e desaparece quando termina, seus principais sintomas são pruridos nas palmas das mãos e nos pés, além da elevação dos ácidos biliares. Com uma afeição considerável pelo feto e sem complicações subseqüentes para a mãe. O tratamento farmacológico recomendado utilizado é o ácido Ursodeoxicólico. Conclusão: A IGC é uma patologia complexa e potencialmente perigosa, que compromete a saúde materna e fetal, e até hoje permanece discutível e demonstra a diversidade de abordagens a ela.

Palavras-chave: Colestase intra-hepática. Gravidez. Pruritus. Ácidos biliares elevados.

1. INTRODUCCIÓN

La Colestasis Intrahepática Gestacional (CIG) es una patología compleja y potencialmente peligrosa para el feto, de etiología multifactorial que se presenta comúnmente desde el segundo y tercer trimestre del embarazo, es poco comprendida por el personal sanitario, siendo una patología poco frecuente.

Es así, que en esta patología se considera la interrupción del embarazo antes de las 37 semanas, solo si se ha confirmado la madurez fetal, o la paciente tiene antecedentes patológicos graves. (Piechota & Jelski, 2020). Otros autores coinciden en que el manejo óptimo consiste en inducir el parto a la semana 36-37 de gestación, en casos de niveles de ácidos biliares (AB) >40 $\mu\text{mol/L}$, (Peraza & Borbón, 2021), por el contrario, cuando hay respuesta al tratamiento y los AB no alcanzan las cifras antedichas, se puede continuar la gestación hasta la semana 39, (Dorelo et al., s. f.), y en pacientes con concentraciones de ácidos biliares de 100 $\mu\text{mol/L}$ o mayores se lleve a cabo la inducción de la labor de parto, incluso entre las 35 a 37 semanas. (Ng Ye et al., 2021) (Piechota & Jelski, 2020).

Por lo anterior, resulta importante conocer acerca de la viabilidad fetal, (Stanojevic, 2021), puesto que con el paso de los años y gracias a los avances tecnológicos, los límites de viabilidad se han ido reduciendo, desde las 28 semanas, hasta las 22 semanas actuales. (Ceriani, 2018) (Pescador et al., 2021). En tal sentido, se conoce como periviabilidad neonatal o zona gris al periodo entre las 22 y 25 semanas de gestación, donde la oportunidad de vida es incierta, por debajo de este límite cualquier oportunidad de vida es inalcanzable, y por encima de este límite el niño es suficientemente maduro para tener buenos resultados a mediano y largo plazo. Para esto es necesario tener un tratamiento activo, ya que este es el determinante más importante de supervivencia con parto prematuro, sin embargo, es importante considerar las complicaciones neurológicas y la calidad de vida a futuro del niño. (Pescador et al., 2021).

Cabe destacar, la importancia de terapias que logren disminuir la incidencia de muerte fetal intrauterina, siendo este el desenlace más sombrío y poco comprendido hasta la actualidad.

En este sentido esta investigación tiene como objetivo comparar los signos y síntomas que se presentan en el reporte de caso, con la expuesta en la revisión bibliográfica, determinando las complicaciones que puede tener el feto.

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

La colestasis intrahepática gestacional (CIG) es un trastorno asociado al embarazo que aparece durante el tercer trimestre y se resuelve espontáneamente después del parto, se trata de una enfermedad de causa desconocida asociada a factores genéticos, hormonales y ambientales. (Almeida et al., 2020).

La etiología de la CIG, como ya se mencionó es una condición multifactorial (American Liver Foundation, 2021). El principal factor, es el genético, ya que varios estudios europeos han demostrado la alteración en los genes ABCB4, ABCB 11, ABCC2, y NR1H4, que codifican para el receptor nuclear FXR, inhibiendo así la absorción y el flujo de salida de ácidos biliares. (Ng Ye et al., 2021) En cuanto al factor hormonal, el estrógeno y progesterona inhiben la capacidad del hígado para transportar los ácidos biliares, de modo que se acumulan en la sangre y causan los síntomas. (Arriaga et al., 2021) (Peraza & Borbón, 2021). Por último en el factor ambiental, se ha evidenciado que en verano hay menos casos de CIG, a comparación del invierno donde más mujeres padecen esta enfermedad, asociándolo a la disminución de la exposición a la luz solar y por ende disminución de la vitamina D. (American Liver Foundation, 2021) (Peraza & Borbón, 2021)

Por otro lado, la incidencia de la CIG, varía a nivel mundial entre un 0,2 y 25%, en Escandinavia y América del Sur específicamente en Chile con una prevalencia de 15.6%, en USA, 1 a 2 embarazos de cada 10.000 se ven afectados, (American Liver Foundation, 2021). En el Norte de Europa, la incidencia es de 1 a 1.5%, en Francia e Italia el valor es de 0.4 a 1%, en Reino Unido solo el 6% de mujeres caucásicas han sido afectadas, mientras que las mujeres de origen asiático el 1.4 presentan la patología, y en China esta enfermedad se considera común con una incidencia de 2,3 a 6 %. (Arriaga et al., 2021) (Yanque, 2020). Actualmente, en Ecuador la prevalencia es desconocida, ya que no existen estudios que nos permitan estimar el número de reportes de casos.

Estas incidencias son variables puesto que difieren en cuanto al criterio diagnóstico usado, la zona geográfica, el origen étnico, los factores ambientales y genéticos (Yanque, 2020), además el riesgo de padecer CIG aumenta en mujeres multíparas, embarazos múltiples, aquellas que toman anticonceptivos orales y que han tenido antecedentes de esta patología o de algún daño o problema hepático. (American Liver Foundation, 2021)

El cuadro clínico de la CIE, se caracteriza principalmente por presentar prurito y concentraciones elevadas de ácidos biliares con o sin elevación de enzimas hepáticas. (Murillo et al., 2020), por lo general aparece a partir de las 30 semanas de gestación en un 80% de las pacientes. Lai Yi, menciona que se han reportado casos en donde se evidencia que puede ocurrir en el primer trimestre de gestación lo que se asocia a una mayor complicación fetal. (Ng Ye et al., 2021)

Comúnmente el prurito afecta las palmas de las manos y las plantas de los pies, sin embargo, puede generalizarse a medida que la enfermedad progresa e involucra las extremidades, glúteos y abdomen, sin erupción cutánea pero en algunos casos se ha evidenciado excoriaciones o abrasiones al rascado, (Yanque, 2020), además que empeora por las noches y a medida que avanza la edad gestacional, puede ser tan intenso que provoque insomnio, estrés psicológico e ictericia esto puede ocurrir de forma leve en 10-15% de los casos. Otros síntomas incluyen dolor en cuadrante superior derecho, náuseas, deficiencia de vitamina K, orina oscura, heces blanquecinas y pobre apetito (Peraza & Borbón, 2021)

En lo que respecta a las complicaciones para la madre y el feto, la madre cursa con prurito, ansiedad y fatiga que son muy leves. (Ng Ye et al., 2021), y rara vez presenta complicaciones como la malabsorción temporal de la grasa y el déficit de vitamina K relacionado con la coagulación de la sangre. (MayoClinic, 2020) Además se ha demostrado el incremento del riesgo de enfermedades hepatobiliares, por ejemplo: cálculos biliares, hepatitis C y cirrosis. (Murillo et al., 2020). Sin embargo, a pesar de estas complicaciones, el pronóstico materno en general es bueno.

A diferencia de la madre, el feto presenta complicaciones graves como prematuridad, líquido amniótico con meconio, sufrimiento fetal agudo, asfixia, síndrome de distrés agudo. Este riesgo de prematuridad viene dado por los niveles elevados de ácidos biliares que ocasionan toxicidad irreversible al feto, que pueden desencadenar en parto pretérmino, (Dorelo et al., s. f.), no obstante la complicación más severa es el aumento de 3 a 5 veces de óbito fetal. (Ferreiro et al., 2020) (Ng Ye et al., 2021)

Es por esto, que distintas bibliografías concuerdan que el manejo intraparto se debe dar de una manera individual en cada paciente, recomienda que se debe inducir el parto dentro de las 37 a 38 semanas de gestación e incluso mencionan que si los valores de laboratorio presentan concentración de ácidos biliares $>10\mu\text{mol/L}$ se puede inducir el parto entre las 35 a 37 semanas gestantes, pero no existe evidencia científica suficiente para el manejo intraparto hasta la actualidad. (Ferreiro et al., 2020)

Con respecto al diagnóstico, la mayoría de las guías recomiendan que se tome en cuenta el prurito palmo plantar, el aumento de los ácidos biliares ($>10\mu\text{mol/l}$) (Tessore et al., s. f.) (Hoofnagle & Björnsson, 2019) (Ferreiro et al., 2020), elevación de las enzimas hepáticas (AST, ALT y GCT) y Bilirrubina. La fosfatasa alcalina puede llegar a aumentar 4 veces su valor, pero no es de utilidad diagnóstica en estos casos ya que existe un aumento fisiológico de la misma debido a la isoenzima placentaria (Ayusso, s. f.). Pero antes del diagnóstico se debe excluir otras patologías colestásicas y enfermedades hepáticas. Según, Lai Yi, los síntomas y parámetros de laboratorio asociado con CIE, se resuelven rápidamente después del parto, sin embargo, es importante realizar un seguimiento por medio de pruebas de función hepática y niveles de ácidos biliares séricos hasta 6 semanas postparto, y en caso de que estos valores no disminuyan se referirá a la paciente a un gastroenterólogo, además se descarta otra posible enfermedad hepática, es importante mencionar que la CIE no se considera una contraindicación para la lactancia materna.

Con respecto al tratamiento de elección, es el ácido ursodesoxicólico (UDCA) (10-15 mg/kg/día). Este es el único medicamento que ha demostrado beneficios en los síntomas maternos y la bioquímica hepática, además de posibles efectos aumenta la expresión de transportadores placentarios de ácidos biliares, lo que mejora la transferencia de los mismos. (Toro et al., 2019)

Dentro del tratamiento farmacológico también podemos encontrar a la Rifampicina, antibiótico, utilizado para la disminución del prurito y mejora de la función hepática. Se sugiere dicho medicamento junto con UDCA, en casos de CIE grave que no responden al tratamiento con UDCA solo, administrar durante 3 a 4 días (600 mg/día). Por otro lado, la dexametasona, no se debe usar como tratamiento para el prurito de la CIE, debido a la exposición prolongada fetal intrauterina. Mientras que, el uso del suplemento oral de Vitamina K, es recomendado debido al riesgo de padecer una hemorragia postparto. (Murillo et al., 2020)

Por otra parte, la colestiramina solo se recomienda en casos de que no mejore los niveles bioquímicos alterados con UDCA. Otro fármaco, como el S-adenosil-L-metionina, va ayudar a la composición de las membranas plasmáticas de los hepatocitos de tal manera que ocasiona el aumento de la metilación y excreción biliar. Cabe mencionar que el uso de Antihistamínicos ha sido de mucha ayuda para la disminución del prurito, sin efecto sobre enzimas hepáticas. (Murillo et al., 2020)

Asimismo, se puede implementar el tratamiento no farmacológico, donde la paciente puede aplicar; baños de agua fría, colocación de hielo en la zona epitelial, cremas o lociones de avena, que, disminuyan el dolor y la picazón que pueda causar la patología. (MayoClinic, 2020)

2.1 Descripción del caso clínico.

Paciente de 31 años mestiza, múltipara, de religión católica, casada, de grupo sanguíneo BRh+, residente de la ciudadela Nuevo Ambato, Ambato, Ecuador, con instrucción superior, ingresa el 12/09/2021 al servicio de Urgencias Ginecológicas del Hospital General Ambato (IEES) a las 9: 56 de la mañana, no manifiesta antecedentes patológicos de importancia, sin embargo en su G1 presentó un aborto y en su G2 presentó una cesaría hace 5 años, actualmente cursa su G3 con 37.4 semanas de gestación por FUM confiable, al momento refiere que presenta prurito generalizado con predominio en la palma de las manos y los pies con 6 días de evolución, acompañado de eritema y dolor de tipo contracción de leve intensidad 4/10 en la escala de EVA, localizado en epigastrio, a la valoración la paciente niega síntomas urinarios y síntomas de vasoespasmo, manifiesta que acudió a un médico particular quien le prescribió medicación ácido

ursodesoxicólico, pero el cuadro no mejora, por lo que acude a esta casa de salud. al momento los signos vitales son: P/A: 120/83 mmHg FC: 86 lpm FR: 20 rpm T: 36.6 °C, no se realiza tirilla por edad gestación y un score mama 0.

Al examen físico la paciente está consciente y orientada en tiempo espacio y persona afebril e hidratada, escala de coma Glasgow 15/15, altura de fondo uterino acorde a la edad gestacional, feto único vivo, longitudinal dorso izquierdo, movimientos fetales presentes, ruidos hidroaéreos presentes, en región lumbar: puño percusión negativa, en región inguino genital: no se evidencia presencia de secreciones vaginales ni sangrado, extremidades: simétricas con presencia de lesiones eritematosas, de bordes regulares de 5 milímetros de diámetro aproximadamente, con predominio en la palma de manos y pies, tono, fuerza y sensibilidad conservada, no edema, pulsos distales presentes. Se realiza exámenes de laboratorio, los mismo a espera de resultados, al momento paciente hemodinámicamente estable, sin embargo, presenta hipocinesia fetal por lo que se decide terminar el embarazo.

Diagnóstico Médico: Colestasia en el embarazo + hipocinesia fetal.

Exámenes laboratorio entregados 13/09/2021

Tabla 1
Exámenes de Laboratorio

EXAMEN	RESULTADO	REFERENCIA
EXAMEN: BIOMETRÍA HEMÁTICA		
Recuento Leucocitario (WBC)	12.36	4.5-10
Recuento de glóbulos rojos	4.27	4.2-5.4
Hemoglobina (HGB)	12.6	12-16
Hematocrito (HCT)	38.7	37-47
Volumen corp. medio (MCV)	90.5	81-99
Hemoglobina Cospus Media (MCH)	29.5	
Conocen HB Corp. media (MCHC)	32.6	32-36
Recuento Plaquetas	208	130-400
Neutrofilos %	73.8	40-65
Linfocitos %	21.3	40.5-45.5
Monocitos %	4.5	5.5-11.7
Nitritos	Negativo	
Hemoglobina	Negativo	
Proteínas	Negativo	

Urobilinógeno	Normal	
Piocitos	6	
Hematies	2	
Bacterias	77	
EXAMEN: FOSFATASA-ALKALINA		
Fosfatasa-Alkalina	187	0-270
EXAMEN: EMO (UROANALISIS DE RUTINA)		
Color	Amarillo	
Aspecto	Transparente	
Densidad	1.020	
PH	6	5.5- 7
Glucosa en orina	Negativo	
Cetonas	16	
Bilirrubinas	Negativo	
Leucocitos en orina	Negativo	
EXAMEN: GLUCOSA		
Glucosa (prediabetes)	115.3	70- 100
EXAMEN: TIEMPO DE TROMBOPLASTINA		
Tiempo de Tromboplastina (TTP)	36.3	20-39
EXAMEN: TIEMPO DE PROTROMBINA		
Tiempo de Protrombina (TP)	18.0	11.7-17.6
NRI	1.21	
%	50.2	70-120
EXAMEN: BILIRRUNINA TOTAL DIRECTA		
Bilirrubina Total	0.57	0-1.1
Bilirrubina Directa	0.21	0.01-0.25
Bilirrubina Indirecta	0.36	0.21-0.8

EXAMEN: AST (SGOT)		
AST (SGOT)	15	0-33
EXAMEN: ALTA (SGPT)		
ALT (SGPT)	19	0-33
EXAMEN: NITROGENO UREICO		
UREA EN SUERO	19.8	10-50
EXAMEN: CREATININA		
CREATININA	0.5	0.5-0.9

Fuente: Historia Clínica

3. PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO

La presente investigación se enmarcó en la modalidad bibliográfica documental, al realizarse una revisión de literatura publicados en los últimos 5 años, en diferentes revistas científicas y documentales, que aportaron en la fundamentación teórica, aspecto que benefició en la profundización del conocimiento relacionado con la temática propuesta. Se realizó búsquedas a través de bases de datos como Google académico, Mendeley, Scielo, Elsevier, Science Citation Inde, Web of Science, mediante descriptores como: colestasis intrahepática gestacional y enfermedades hepáticas en el embarazo. Selección: En este proceso se tomó en cuenta bases de datos como Scielo, Mendeley, Google académico, de los cuales se escogieron, artículos originales y de revisión relacionados con la colestasis intrahepática en el embarazo y su abordaje. Fueron excluidos bases de datos como Cochrane, Medline, Trip, Embase, Psycinfo, Scopus, Science Citation Index, Trip Data Base Web of Science.

La investigación es de campo y de tipo descriptivo, ya que se recolectó y analizó datos de la historia clínica obtenida del área de urgencia ginecológicas en el HOSPITAL GENERAL AMBATO (IESS) ubicado en la provincia de Tungurahua, cantón Ambato, lo que posibilitó la profundización en el caso clínico de una paciente diagnosticada con colestasis intrahepática gestacional.

Esta investigación tiene presente los principios éticos de privacidad, confidencialidad y respeto hacia la paciente, tomando en cuenta la declaración de Helsinki, que garantiza el bienestar de las personas, mediante la protección de datos y promoviendo la ética de la investigación, así mismo se empleó el consentimiento informado, en el cual la participante confirmó voluntariamente, su colaboración con la investigación.

4. RESULTADO Y DISCUSIÓN

En base al análisis del artículo; según Espinoza, manifiesta que uno de sus síntomas principales es el prurito que generalmente es más intenso en las palmas de las manos o de las plantas de los pies, aunque en ocasiones puede presentarse en cualquier parte del cuerpo y generalmente se intensifica en las noches causando que la paciente no tenga un buen descanso, el

prurito puede ser localizado o generalizado y en casos severos puede haber excoriación por rascado. (Espinoza et al., 2019). Otros signos y síntomas que se pueden presentar son insomnio, fatiga, anorexia, dolor abdominal o alteraciones características de un patrón colestásico, ictericia, malabsorción, deficiencia de vitamina k, esteatorrea, acolia o coluria, leve elevación de la bilirrubina (Ruiz et al., 2020). Las pacientes con CIG, tienen mayor prevalencia de desarrollar diabetes gestacional y preeclampsia. (Pizarro et al., 2022) Teniendo esto en cuenta, se puede decir que el caso presentado anteriormente se asemeja con la presentación clínica típica en algunos aspectos, como es el prurito generalizado con predominio en las palmas de las manos y pies, además del dolor en epigastrio.

En lo que respecta a los factores relacionados con la recurrencia de esta enfermedad, se ha determinado que esta es una condición multifactorial en la que predomina el factor genético ya que se ha encontrado evidencia sobre la alteración de genes ABCB4 y ABCB11, que intervienen en el funcionamiento de la bomba transportadora de sales biliares, (Arriaga et al., 2021), sin embargo, cabe mencionar que en el caso presentado la paciente no refirió ningún antecedente relacionado con esta patología, por lo cual se ha comprobado que, a pesar de ser el factor principal, no necesariamente todas las mujeres tienen predisposición genética.

Respecto al factor hormonal según Peraza & Borbón, 2021, las principales hormonas que intervienen en el curso de esta patología son el estrógeno y progesterona ya que están en sus niveles más altos durante el tercer trimestre de embarazo, cuando generalmente se manifiesta la enfermedad, los estrógenos, disminuyen el consumo de ácidos biliares y por otro lado los metabolitos de progesterona contribuyen a la etiología produciendo la inhibición competitiva de la captación de los ácidos biliares. Aquí cabe mencionar que en nuestro caso de estudio la paciente usaba un dispositivo intrauterino (DIU) como método anticonceptivo y este al liberar progesterona pudo contribuir a padecer la enfermedad ya que según Doroleo, 2021 y Toro, 2019, las pacientes que usan anticonceptivos orales o basados únicamente de progesterona, tienen un mayor riesgo de padecer esta patología.

Ahora bien, respecto a otros factores que intervienen, ha coincidido, en que se presenta en mujeres multíparas hasta en un 22% (Arriaga et al., 2021), no obstante en nuestro caso se descartan factores como pacientes que han concebido con reproducción asistida, que tienen litiasis biliar, que tienen el virus de Hepatitis C, > 35 años y por embarazo múltiple (Dorelo et al., s. f.)

Con relación al tiempo que se presenta la CIG, es en el segundo y tercer trimestre de gestación, por lo que coincide con el caso presentado ya que la paciente presenta prurito en las palmas de las manos y plantas de los pies, en la semana 37,4 de gestación, cabe mencionar que Lai Yi, refiere que se puede presentar en el primer trimestre de gestación lo que asocia a una tasa mayor de complicación fetal. (Ng Ye et al., 2021)

Según el Colegio Real de Obstetras y Ginecólogos (RCOG) y el Gobierno de Departamento de Salud del Oeste de Australia (GWADOH), en cuanto al diagnósticos en base a los valores analíticos; se indican como, valores normales esperados para el embarazo, un AST: 3-33 u/L y un ALT: 2-33 u/L, una gamaglutinamil-transpeptidasa: 2-26 u/L dependiendo el semestre, y un ácido biliar; hasta 11,3 μ mol/L en el tercer trimestre. Además, la Comunidad en Práctica Maternal y Neonatal del Sur de Australia (SAMNCP), es la única guía cuyo enfoque divide las elevaciones de los valores de ácidos biliares en; leves (10-40 μ mol/L) y severas (>40 μ mol/L) (Espinoza et al., 2019). Mientras que, por otra parte, Peraza manifiesta, que se divide a los valores de dichos ácidos en; Bajo Riesgo (11-19 μ mol/L con perfil hepático normal), Moderado Riesgo (20 - 30 μ mol/L y/o enzimas hepáticas elevadas) y Alto Riesgo (>40 μ mol/L y/o enzimas hepáticas elevadas el doble). (Peraza & Borbón, 2021)

En comparación con los valores de analítica de nuestra paciente, estos se encuentran dentro del rango de la normalidad y en base a la división de valores de los ácidos biliares se encuentra en la AST = 15 μ mol/L y un ALT = 19 μ mol/L en la categoría de Leve y Bajo Riesgo respectivamente, según los distintos autores ya mencionados.

En lo que se refiere a los padecimientos del feto, es importante mencionar que no existe ninguna prueba confiable que demuestre el bienestar o compromiso de vida del feto, dado que varios estudios han reportado muertes fetales intrauterinas, incluso después de un registro cardiotocográfico normal. Por este motivo surge la importancia de instruir sobre el automonitoreo de movimientos fetales a la madre y educación que ante cualquier disminución o ausencia de estos debe acudir inmediatamente a urgencias. (Arriaga et al., 2021). En el caso que estudiamos la paciente se encuentra en el servicio de urgencias ginecológicas cuando la diagnosticaron con hipocinesia fetal que se define como una disminución de la intensidad, la duración o la frecuencia de las contracciones uterinas, que en la mayoría de los casos provoca una ralentización o un estancamiento de la dilatación. (Riethmuller et al., 2022)

Continuando, con los padecimientos del feto, entre los que más se presentan está un parto prematuro, el aumento de meconio en el líquido amniótico, dificultad respiratoria, puntajes bajos de Apgar, la muerte fetal intrauterina, (Dorelo et al., s. f.), asfixia neonatal dado que se cree que los ácidos biliares elevados interfieren con la formación de tensoactivo, lo que permite que los pulmones se expandan después del nacimiento y hemorragias obstétricas. (Gallardo et al., 2018). En el caso presentado no se evidenció ninguna de estas complicaciones por lo que el recién nacido fue dado de alta.

En cuanto al tratamiento farmacológico se administró el indicado en la literatura como es el ácido ursodesoxicólico pero no se evidenciaron resultados favorables, y procedieron a terminar el embarazo a las 37 semanas de gestación.

En lo que concierne al tratamiento farmacológico, este varía según la literatura encontrada, sin embargo, predomina el uso del UDCA ya que es el más eficaz para tratar la CIG, además ayuda a disminuir el prurito, los resultados de las pruebas hepáticas y mejorar el pronóstico fetal. (Murillo et al., 2020). Cabe mencionar que el UDCA presenta buena tolerancia oral, pero en algunos casos ocasiona diarreas y náuseas. Lai Yi, menciona que la mejoría sintomática suele darse en aproximadamente una a dos semanas posteriores al inicio de la terapia, y la mejoría en parámetros de laboratorio en tres a cuatro semanas, en caso de no existir una mejoría adecuada se debe ajustar la dosis o optar por otra medicación. artículo 8 como por ejemplo la rifampicina este es un medicamento que se usa en segunda línea en combinación del UDCA en mujeres gestantes que no responde a la terapia farmacológica con UDCA. (Ng Ye et al., 2021)

Con respecto a la Colestiramina y el S-adenosil-L-metionina todas las literaturas concuerdan que disminuye el prurito materno, pero no se recomiendan ya que no existe mejoría en los niveles bioquímicos alterados, Murillo M., menciona que la colestiramina puede causar hemorragia materna por mal absorción de la vitamina K y estreñimiento. (Murillo et al., 2020)

Otros de los fármacos encontrados en la literatura son los antihistamínicos que se usa en caso de prurito con predominio nocturno que sea intenso e insoportable, es importante mencionar que en la práctica clínica los médicos sugieren la suplementación oral de vitamina K en mujeres con esteatorrea debido al riesgo de presentar hemorragias posparto.

Cabe mencionar que no se puede usar la dexametasona como tratamiento, debido a que no tiene beneficios sobre el prurito maternal y presenta efectos adversos neurológicos para el feto en desarrollo. (Espinoza et al., 2019)

En lo que respecta, al tratamiento no farmacológica citada en diversas guías como la del RCOG, el Gobierno del Departamento de Salud del Oeste de Australia (GWADOH), la Sociedad de Medicina Materno Fetal (SMFM) recomienda que los baños frescos, baños con avena o bicarbonato de sodio, cremas o lociones con avena y el uso de cremas con mentol al 2%, mejoran los síntomas como el prurito y disminuye la ansiedad a las pacientes, pero no sé a evidenciado mejoría fetal.

En cuanto a las semanas que tiene que tener una paciente con CIG para terminar el embarazo varía la literatura ya que Roncaglia N, menciona que el embarazo debe terminar a las 37 semanas de gestación mientras que Puljit A y col concluye que debe ser a las 36 semanas ya que reduce el

riesgo de óbito fetal, en el caso de Murillo M., refiere que la inducción al parto debe ser dentro de las 37 y 38 semanas para prevenir complicaciones obstétricas, sin embargo menciona que existe poca evidencia científica que respalde la inducción del parto de la misma forma Carballo Núñez E, refiere que no existe evidencia científica para poder determinar la finalización del embarazo, menciona que ni las características clínicas ni las bioquímicas son suficientes para finalizar el embarazo artículo 5 con respecto al caso clínico presentado se asemeja a la semana de finalización del embarazo ya que se finalizó a las 37,4 semanas de gestación por cesárea. (Murillo et al., 2020).

5. CONCLUSIÓN

La colestasis intrahepática del embarazo es una patología compleja y potencialmente peligrosa comprometiendo la salud materno- fetal, es poco comprendida por el personal de salud existiendo un debate continuo con respecto al diagnóstico y correcto manejo de la misma. El hecho de que sea una patología poco frecuente en el área ginecológica, pone de manifiesto la diversidad de criterios en cuanto al abordaje de la misma, complicando su manejo. Es preciso resaltar la importancia del manejo clínico en base a la sintomatología, pues los resultados de laboratorio suelen retrasar el diagnóstico inicial.

Se considera trascendental la realización de estudios clínicos retrospectivos que proporcionen datos certeros acerca de la patología; proporcionando datos que sustenten la creación de guías por parte de organizaciones internacionales; unificando lineamientos que se deban aplicar para el diagnóstico y tratamiento oportuno; precautelando la salud y el bienestar de la madre y el niño.

En conclusión, los signos y síntomas que se presentan en el reporte de caso concuerdan en gran porcentaje con lo expuesto en la revisión bibliográfica, determinando que las complicaciones a nivel fetal suelen ser letales; teniendo como desenlace la muerte del mismo, se menciona que los niveles teóricos y metodológicos en las investigaciones en salud tienen una relevancia importante en el descubrimiento de tratamientos y aporta nuevos conocimientos científicos para el personal de salud que conllevará al perfeccionamiento en el tratamiento, en el diagnóstico oportuno y en el tratamiento precoz de esta patología, que es poco frecuente de carácter voluble, para precautelar el bienestar del binomio madre e hijo.

REFERENCIAS

- Almeida, L., Vásquez, I., López, M., García, L., & Forn, X. (2020). Colestasis Intrahepática Gestacional. *Hospital Clínic | Hospital Sant Joan de Déu | Universitat de Barcelona*.
<https://medicinafetalbarcelona.org/protocolos/es/patologia-materna-obstetrica/colestasis%20intrahep%C3%A1tica.pdf>
- American Liver Foundation. (2021). Colestasis intrahepática del embarazo (ICP) [American Liver Foundation]. *American Liver Foundation*. <https://liverfoundation.org/es/for-patients/about-the-liver/diseases-of-the-liver/intrahepatic-cholestasis-of-pregnancy/>
- Arriaga, A., Rosales, L., Martínez, L., Pérez, Y., Jiménez, S., Marcial, A., Villa, R., Chaucanés, A., & Palma, L. (2021). Colestasis intrahepática del embarazo Un reto más para la obstetricia. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*, 64(3), 20-36. <https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2021.64.3.03>
- Ayusso, E. (s. f.). *Colestasis Intrahepática Gestacional*. IBC LABORATORIOS. Recuperado 25 de abril de 2022, de <https://www.ibcrosario.com.ar/articulos/Colestasis-Intrahepatica-Gestacional.html>
- Ceriani, J. (2018). The limits of viability in preterm infants, a growing ethical dilemma. *Arch Argent Pediatr*, 116(3), 170-171. <https://doi.org/10.5546/aap.2018.eng.170>
- Dorelo, R., Chiodi, D., Sánchez, A., & Hernández, N. (s. f.). Intrahepatic cholestasis of pregnancy: Early presentation and relationship with infection by the hepatitis c virus. Case reports. *Facultad de Medicina, Universidad de la República. Montevideo, Uruguay*, 8(2), e403. <https://doi.org/10.25184/anfamed2021v8n2a11>
- Espinoza, A., Vílchez, M., & Webb, K. (2019). Colestasis intrahepática del embarazo. *Revista Medica Sinergia*, 4(6), 14-23. <https://doi.org/10.31434/rms.v4i6.196>

- Ferreiro, J., Lauría, W., & Rey, G. (2020). Nuevas miradas en la colestasis Intrahepática del embarazo. Revisión bibliográfica. *Archivos de Ginecología y Obstetricia*, 58(3), 177-190. <https://ago.uy/descargar/adjunto/61-u9uwx-ago58-3-art-2.pdf>
- Gallardo, J., Lemionet, D., Acevedo, S., Velázquez, B., Ramírez, J., & Camarena, D. (2018). Resultados perinatales adversos en colestasis intrahepática del embarazo. *Perinatología y Reproducción Humana*, 32(3), 131-137. <https://doi.org/10.1016/j.rprh.2018.08.002>
- Hoofnagle, J., & Björnsson, E. S. (2019). Drug-Induced Liver Injury—Types and Phenotypes. *New England Journal of Medicine*, 381(3), 264-273. <https://doi.org/10.1056/NEJMra1816149>
- MayoClinic. (2020). *Colestasis del embarazo*. MayoClinic. <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/cholestasis-of-pregnancy/diagnosis-treatment/drc-20363258>
- Murillo, M., Jiménez, S., & Kagi, M. (2020). Colestasis intrahepática del embarazo. *Revista Médica Sinergia*, 5(11), e600-e600. <https://doi.org/10.31434/rms.v5i11.600>
- Ng Ye, L. Y., Castro, G., Aragón, P., Álvarez, G., & Rojas, E. (2021). Colestasis Intrahepática del Embarazo. *Revista de la Facultad de Medicina de la Universidad de Iberoamérica*, 3(2), Article 2. <https://doi.org/10.54376/rcmui.v3i2.59>
- Peraza, M., & Borbón, J. (2021). Colestasis Intrahepática del Embarazo: Revisión de tema. *Revista Ciencia y Salud Integrando Conocimientos*, 5(6), 7-15. <https://doi.org/10.34192/cienciaysalud.v5i6.320>
- Pescador, M., Zeballos, S., Ramos, C., & Sánchez, M. (2021). Límite de Viabilidad: ¿Dónde estamos y hacia dónde vamos? *Revista Médica Clínica Las Condes*, 32(6), 656-663. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2021.10.002>
- Piechota, J., & Jelski, W. (2020). Intrahepatic Cholestasis in Pregnancy: Review of the Literature. *Journal of Clinical Medicine*, 9(5), 1361. <https://doi.org/10.3390/jcm9051361>
- Pizarro, M., Guerrero, C., & Chacón, N. (2022). Colestasis intrahepática del embarazo: Una revisión sistemática. *Revista Médica Sinergia*, 7(3), e771-e771. <https://doi.org/10.31434/rms.v7i3.771>
- Riethmuller, D., Equy, V., & Mottet, N. (2022). Distocia dinámica. *EMC - Ginecología-Obstetricia*, 58(1), 1-11. [https://doi.org/10.1016/S1283-081X\(22\)46054-1](https://doi.org/10.1016/S1283-081X(22)46054-1)
- Ruiz, J., García de la Fila, I., Burgos, D., & Martín, R. (2020). Estudio de la alteración de las pruebas de función hepática en el embarazo. *Medicine*, 13(4), 230-234.
- Stanojevic, M. (2021). Limits Of Viability: Should We Play God? *Psychiatria Danubina*, 33(3), S280-S291. <https://hrcak.srce.hr/file/374387>
- Tessore, I., Pacheco, A., & Zamory, E. (s. f.). Colestasis Intrahepática del Embarazo: Asociación entre Factores de Riesgo y Elevación de Ácidos Biliares. *BIOQUINFORMA DIGITAL*, 1(4). <https://cobico.com.ar/wp-content/archivos/2022/01/PG-COLESTASIS-INTRAHEP%C3%81TICA-DEL-EMBARAZO-ASOCIACI%C3%93N-ENTRE.pdf>
- Toro, L., Correa, E., Calle, L., Ocampo, A., & Vélez, S. (2019). Enfermedades hepáticas y embarazo. *Rev Colomb Gastroenterol*, 34(4), 385-398. <https://doi.org/10.22516/25007440.367>
- Yanque, O. (2020). Colestasis Intrahepática gestacional. *Revista Peruana de Investigación en Salud*, 4(1), 37-42. <https://doi.org/10.35839/repis.4.1.608>