

Comportamiento de las hepatopatías y embarazos en el Hospital Materno Infantil "10 de octubre"

Behavior of liver disease and pregnancy at "10 de Octubre" Maternity Hospital

MSc. Dalis Diago Caballero, Lic. Adnery Luaces Casas, MSc. Roberto García Valdés, MSc. Regla Rodríguez Pedroso

Hospital Materno Infantil "10 de octubre". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: las hepatopatías ocuparon la cuarta causa de incidencia en afecciones clínicas en el embarazo entre las 15 y 42 sem, los neonatos aportaron pretérminos o crecimiento intrauterino restringido (CIUR) y Apgar bajos.

Objetivo: describir el resultado perinatal de las pacientes con hepatopatías gravídicas.

Métodos: se realizó una investigación retrospectiva, descriptiva, transversal, en el Hospital Materno Infantil "10 de Octubre". La muestra la constituyeron 16 gestantes con el diagnóstico de hepatopatía y embarazo en el periodo comprendido entre enero de 2007 y junio de 2011. Las variables consideradas fueron: edad, edad gestacional al ingreso y al parto, vía del parto, peso de los neonatos según edad gestacional, Apgar de los neonatos, tipo de hepatopatía, causas de cesárea.

Resultados: el 68,8 % ingresó en cuidados perinatales entre las 37 y 42 sem y el 75 % presentó colestasis intrahepática. Al momento del parto el 62,5 % se encontraba entre las 37 y las 42 sem de gestación. La cesárea fue la vía del parto más frecuente. El 37,5 % de los neonatos tuvieron un peso entre el 3-10 percentil con Apgar entre 6 y 9. El 50 % no presentó complicaciones.

Conclusiones: las hepatopatías más frecuentes son las propias del embarazo y entre ellas, la colestasis intrahepática. Se diagnosticó entre 34-36 sem. La cesárea es la vía del parto más elegida entre las 37 y 42 sem. Los neonatos nacen entre el 3-10 percentil y con Apgar entre 6 y 9.

Palabras clave: hepatopatías, colestasis intrahepática, embarazo.

ABSTRACT

Introduction: liver diseases occupied the fourth leading cause of incidence in clinical conditions in pregnancy between 15 and 42 weeks, or preterm infants provided intrauterine growth restricted (IUGR) and low Apgar.

Objective: to describe the perinatal result of the pregnant patients with liver diseases.

Methods: A retrospective, descriptive, cross study was conducted at Maternity Hospital in 10 de Octubre Municipality from January 2007 and June 2011. The sample comprised 16 pregnant women with diagnosis of liver disease. The variables considered were age, gestational age at admission and age at delivery, delivery procedure, weight of neonates according their gestational age, neonatal Apgar scores, type of liver disease, causes of caesarean.

Results: 68.8 % were admitted to perinatal care between 37 and 42 weeks and 75 % had intrahepatic cholestasis. At birth, 62.5% were between 37 and 42 weeks of gestation. Caesarean section was the most common delivery procedure. 37.5 % of the infants weighed between 3-10 percentiles with Apgar scores between 6 and 9. 50% had no complications.

Conclusions: The most frequent liver diseases are those characteristic of the pregnancy and intrahepatic cholestasis is one of among them. It was frequently diagnosed at 34-36 weeks. The Caesarean operation is the elected childbirth procedure at 37 to 42 weeks, generally for bad obstetric conditions. Neonates are born ranking 3-10 percentile and Apgar scores from 6 and 9.

Key words: liver diseases, intrahepatic cholestasis, pregnancy.

INTRODUCCIÓN

La incidencia de ictericia durante el embarazo varía entre 1/300 y 1/5 000 embarazos y obedece a múltiples causas. En varios países se han escrito experiencias sobre el comportamiento de esta enfermedad, como por ejemplo, Chile, España, México, EEUU, Nueva Zelanda y no se conoce con exactitud la frecuencia de la enfermedad hepática durante la gestación, estimándose una incidencia aproximada de una hepatopatía por cada 500 -5 000 embarazos. En el 75 % de los casos son hepatitis virales o colestasis intrahepáticas gestacionales.¹⁻³

Todos los estudiosos del tema coinciden en que esta afección conlleva a un alto riesgo de producir complicaciones materno-fetales.^{1,2}

El comportamiento de las hepatopatías y el embarazo en este centro es similar a lo descrito en la literatura y en la experiencia de otros países.

El hígado es el órgano más grande y desde el punto de vista metabólico más complejo del cuerpo, esta íntimamente relacionado con la toda la fisiología del organismo y pocas funciones se escapan a su control y regulación, sus enfermedades repercuten en las funciones de toda la economía. Durante la gestación se plantea que no existen cambios anatómicos pero sí en su funcionamiento, pues hay un aumento del volumen plasmático de ≥ 50 % y un

incremento del volumen/min. cardíaco de hasta un 50 %. Estos cambios son máximos al inicio del tercer trimestre. El flujo sanguíneo hepático no se modifica en el embarazo, lo que determina un descenso relativo del volumen/min cardíaco destinado al hígado de alrededor del 35 % y esta es la razón por la que en la última mitad del embarazo se produce una reducción en el aclaramiento de diversos compuestos sanguíneos. Ejemplo: las proteínas séricas que se sintetizan en el hígado experimentan ligeras variaciones durante el embarazo. No hay variación de la bilirrubina sérica y un aumento de esta sugeriría enfermedad hepática o hematológica. Las enzimas séricas varían, salvo las transaminasas, que permanecen sin cambios, su elevación indicará lesión hepática, sin embargo la fosfatasa alcalina se elevará en el tercer trimestre y el origen principal de este incremento reside en la placenta. Los lípidos séricos aumentan durante el embarazo, lo cual puede ser consecuencia de cambios en las lipoproteínas séricas de baja densidad (LDLs) y las lipoproteínas de muy baja densidad. Por ello, un aumento del colesterol sérico no tiene ningún valor diagnóstico y por tanto no se recomienda su estudio.

Las enfermedades hepáticas podemos clasificarlas en propias del embarazo o no propias del embarazo (pueden tener relación o no con este).

Las enfermedades propias del embarazo solo se desarrollan en su transcurso, por ejemplo: la hiperemesis gravídica, la colestasis intrahepática, el síndrome de HELLP y el hígado graso agudo.

Entre las no propias de la gestación están: la hepatitis viral (ABCDEG GB), la cirrosis hepática, síndrome de Dubin Johnson, síndrome de Budd Chiari, hepatitis crónica.⁴⁻⁶

Es importante que obstetras y clínicos conozcan el manejo de las diversas situaciones que puedan presentarse y cuál es la conducta más apropiada a seguir en beneficio del binomio. El objetivo de este estudio fue describir el comportamiento perinatólogo en las hepatopatías durante el embarazo.

MÉTODOS

Se realizó una investigación retrospectiva, descriptiva y transversal, en la sala de cuidados perinatales del Hospital Docente Materno Infantil 10 de Octubre, barriada de Luyanó, La Habana.

Universo: estuvo constituido por las 16 gestantes, en el período de 2007 a primer semestre 2011, con diagnóstico de una hepatopatía y embarazo que estuvieron ingresadas en dicho servicio.

Variables: edad gestacional al ingreso y al momento del parto: tiempo de gestación en sem.

Vía del parto: cesárea o transpélvico.

El peso de los neonatos según la edad gestacional: > 3 percentil, entre el 3 y el 10 percentil, 10 y el 50 percentil. Entre el 50 y el 90 del 90 al 97 percentil < del 97 percentil.

El Apgar: 1-3, 4-6, 7-9

Hepatopatías propias de la gestación: hiperemesis, colestasis intrahepática, síndrome HELLP, hígado graso agudo.

No propias: hepatitis, cirrosis y cualquier otra causa.

Causas para la decisión de la cesárea: Según parámetros descritos en el informe operatorio.

Los datos iniciales (motivo de ingreso y diagnóstico) se obtuvieron del libro de registro de pacientes ingresadas en la sala de perinatales y para obtener los resultados de las variables seleccionadas, se revisaron exhaustivamente las historias clínicas de cada paciente, toda esta información fue almacenada en una base de datos EPIINFO para su procesamiento, se utilizó el método porcentual y los resultados se organizaron en tablas.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestra que el 43,7 % (7) de las pacientes tenían entre los 20 y 29 años de edad, seguido con un 25 % (4) entre los 30 a 34 años. Solamente tuvimos dos adolescentes para un 12,5 %. Al analizar la edad gestacional al momento del diagnóstico vemos que 9 pacientes tenían entre las 34 y 36 sem de gestación para un 56,3 %. A las adolescentes se les diagnosticó con menos de 34 sem.

Tabla 1. Relación entre edad gestacional en el momento que se hace el diagnóstico y edad en años

Edad gestacional al diagnóstico	Edad (años)								Total	
	15-19		20-29 a		30-34		+ 35			
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
- 34	2	100	1	14,3	4	100	1	33,3	8	50
34-36	0	0	2	28,6	0	0	2	66,7	4	25
37-42	0	0	4	57,1	0	0	0	0	4	25
Total	2	12,5	7	43,7	4	25	3	18,8	16	100

En la tabla 2 podemos observar que el 75 % presentó colestasis intrahepática (12 pacientes). El resto de las afecciones como síndrome de HELLP, hígado graso agudo, hepatitis y cirrosis hepática, se presentaron en cada uno de esos diagnósticos para el 6,25 %. No fueron reportados e ingresados en cuidados perinatales, hiperemesis gravídica con hepatopatía asociada.

Tabla 2. Distribución de pacientes según el tipo de hepatopatía

Tipos de hepatopatías	No.	%
Colestasis intrahepática	12	75,00
Hígado graso agudo	1	6,25
Síndrome de Hellp	1	6,25
Hiperemesis gravídica	0	0
Hepatitis	1	6,25
Cirrosis hepática	1	6,25
Total	16	100

Al momento del parto el 62,5 % tenía entre 37 y 42 sem (10 pacientes), 4 pacientes entre las 34 y 37 para un 25 % y por último solo 2 gestantes por debajo de las 34 sem para el 12,5 % (tabla 3). Únicamente 2 pacientes llegaron hasta las 40 y 40,2 sem. La vía alta o sea por cesárea fue la más frecuentemente empleada, en 10 pacientes para un 62,5 % y el parto transpélvico ocupó el segundo lugar con seis casos para un 37,5 %. Las malas condiciones obstétricas fue la causa de indicación más frecuente de la cesárea en tres pacientes para un 30 %. La inducción fallida, el embarazo gemelar, sufrimiento fetal crónico, cesárea anterior, hígado grado agudo, preeclampsia y oligoamnios ocupan el 10 % del resto de las cesáreas con un caso en cada uno de esos diagnósticos.

Tabla 3. Relación entre edad gestacional al parto y vías de este

Edad gestacional al parto (semanas)	Vías					
	Vía cesárea		Vía transpélvica		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos de 34	2	12,5	-	-	2	12,5
34-36	2	12,5	2	12,5	4	25
37-42	6	37,5	4	25	10	62,5
Total	10	62,5	6	37,5	16	100

En la tabla 4 se observa que un 37,5 % (6 casos) de los neonatos estuvieron entre el 3 y 10 percentil y tres casos entre el 50 y el 90 percentil para 18,8 %.

El 12,5 % (2 casos) estuvo por debajo del 3 percentil. Entre el 90 y 97 percentil fue 1 caso para un 6,3 %.

Como se observa en la tabla 5, la mayoría de los neonatos tuvo un Apgar entre 6 y 9 (87,5 %) con 14 pacientes y solo dos que representaron el 12,5 % tuvieron Apgar de 4-6, en este grupo existe un nacido vivo que falleció con apgar en este rango.

Tabla 4. Distribución de pacientes según percentiles de peso fetal y edad gestacional al momento del parto

Percentiles	No.	%
>3	2	12,5
Entre el 3 y el 10	6	37,5
Entre el 10 y el 50	2	12,5
Entre el 50 y el 90	3	18,8
Del 90 al 97	1	6,3
< del 97	1	6,3
Total	16	100

Tabla 5. Distribución según Apgar de los neonatos al nacer

Apgar	No.	%
1-3	0	0
4-6	2	12,5
6-9	14	87,5
Total	16	100

DISCUSIÓN

Las hepatopatías en el embarazo son entidades poco frecuentes pero implican un riesgo materno-infantil importante. En este estudio se comportó de esta misma forma, los autores tuvieron la experiencia de participar en el diagnóstico y la evolución en la mayoría de los casos.

La hiperemesis gravídica presenta una prevalencia que varía de 0,35 a 0,8 %. Clásicamente se dice que desaparece después de las 20 sem y puede ser acompañada de disfunción tiroidea y trastornos psiquiátricos.⁴ Se diagnostica en el primer trimestre del embarazo y a cualquier edad de la paciente, se plantea que el contexto social tiene un impacto en la aparición de la hiperemesis y por ende riesgo de hepatopatías.⁵ Las hiperemesis gravídicas pueden ser difíciles de tratar satisfactoriamente, y las mujeres aquejan no ser admitidas en un hospital varias veces durante el embarazo temprano.⁶

En la experiencia de los autores, aunque en el servicio de perinatales no hubo ingresos por este diagnóstico, sí se han tenido pacientes con enzimas hepáticas elevadas durante esta afección y en muchas ocasiones no se tiene en cuenta

realizarle exámenes de función hepática a las hiperémesis, sobre todo cuando no son graves.

En cuanto a la colestasis intrahepática fue la de mayor frecuencia en este estudio, si se compara en el año 1996 con estudios en México donde fue mucho menos frecuente, anteponiéndose en frecuencia el hígado graso agudo y la preeclampsia.⁷

Su prevalencia varía ampliamente desde 0,7 en los Estados Unidos hasta 6,5 % en Chile, con una prevalencia hasta del 24 % en los indios araucanos de ese país.

Se han descrito mutaciones en el gen MDR3 que codifica el transporte de fosfolípidos a nivel canalicular lo que también es responsable de la capacidad de transporte de los ácidos biliares.⁴ En Sudamérica, su prevalencia sería menor al 2 % de los embarazos.⁸

Se ha observado un 50 % de recurrencia en embarazos posteriores y se puede reproducir con el uso de anticonceptivos orales. El mecanismo parece estar relacionado con los cambios esteroideos durante el embarazo y, en consecuencia, en la composición fisicoquímica de la bilis.^{5,9} Se presenta en el segundo o tercer trimestre del embarazo y desaparece espontáneamente, después del parto tiene que sospecharse de esta enfermedad pues en sus inicios solo produce prurito, este se va haciendo severo, generalizado, más intenso en las extremidades inferiores, y sobre todo nocturno, que hace imposible el sueño, como consecuencia del rascado, se pueden ver excoriaciones en la piel. El prurito suele preceder a la ictericia en 1-2 sem. En ocasiones pueden asociarse manifestaciones gastrointestinales y fatiga, anorexia, discomfort epigástrico, esteatorrea y orinas oscuras, todo esto en una embarazada con buen estado general sin fiebre ni dolores en la región hepatobiliar. Se debe finalizar el embarazo a las 38 sem y en los casos severos a las 36 sem, una vez comprobada la madurez pulmonar.^{3,5}

No es sencillo definir en muchos de los casos la terminación del embarazo cuando la edad gestacional no es la óptima.

Otra complicación muy temida por obstetras y clínicos dedicados a la Obstetricia, es enfrentarse a un síndrome HELLP (hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y disminución de las plaquetas). La preeclampsia afecta a 3-10 % de los embarazos y el síndrome HELLP ocurre en el 20 % de las pacientes con preeclampsia severa. La mayoría de las pacientes no están ictéricas y la hemólisis se manifiesta por la presencia de esquistositos en un frotis de sangre periférica,¹⁰ se presenta con dolor abdominal en barra, náuseas, vómitos y puede llegar al hematoma y ruptura hepática, *shock* y muerte, en nuestra experiencia podemos decir que se diagnosticó rápidamente, se interrumpió el embarazo y no hubo complicaciones maternas.

En el hígado graso agudo además de la edad gestacional es importante la edad materna, pues la incidencia es de uno por cada 13 000 partos sin predilección étnica, con un inicio en la 35-36 sem, generalmente en embarazadas jóvenes en una edad promedio de 27 años. La mortalidad materna es de 22 a 50 %, con una muerte fetal que varía de 36 a 50 %, es mejor en el parto temprano, por lo que debe existir un manejo integral con el intensivista, ginecobstetra y perinatólogo. El pronóstico materno y fetal es excelente si el diagnóstico es precoz. Este estudio aportó una muerte materna con el diagnóstico de hígado graso agudo.

Se plantea que el 20 % de los niños de madres con atrofia amarilla aguda del embarazo, tienen una deficiencia de la cadena larga de la enzima deshidrogenasa 3-hidroxi-acil-Co-enzima A (LCHAD),¹¹ hecho que habría que seguir de cerca por gastroenterólogos.

Como puede observarse en las tablas, se han enfrentado a las variantes más severas de las afecciones hepáticas propias del embarazo.

Sobre las hepatopatías no propias del embarazo como: hepatitis viral, cirrosis hepática, hepatitis crónica, los autores han tenido pocos casos de estas entidades durante el embarazo, uno de hepatitis B y otro de cirrosis hepática como antecedentes patológicos personales. Sobre hepatitis B y embarazo se conoce bastante y la cirrosis así como las hepatitis crónicas engendran infertilidad, aunque existen reporte de casos de gestantes que han llegado a término.

Respecto a la cirrosis hepática, en las revisiones se encontró que se ha reportado un caso de gestación en una mujer de 33 años con cirrosis hepática por hepatitis B, asociada a esplenomegalia e hipertensión portal. El embarazo llegó a término y se obtuvo un producto vivo nacido por vía vaginal de 2 900 g.¹²

En Cuba se ha logrado que mujeres transplantadas de hígado posteriormente han logrado embarazarse en un lapso de 3 a 4 años después del trasplante y con productos por encima de 2 000 g y Apgar mayor de 8.¹³

Otras afecciones infrecuentes son el síndrome de Budd-Chiari (trombosis de las venas suprahepáticas) trastorno raro, generalmente causado por coágulos de sangre que obstruyen, parcial o completamente, las grandes venas que drenan el hígado, y el síndrome de Dubin-Johnson el cual es un trastorno heredado de manera autosómica recesiva, que causa un aumento de la concentración de bilirrubina conjugada sin la elevación de enzimas del hígado.³ Los autores no han diagnosticado ningún caso de dichas afecciones.

Es importante reconocer las enfermedades hepáticas que se presentan concomitantemente con la gestación, ya que un diagnóstico precoz de estas permite que se actúe contra las causas que las están produciendo, para lograr, en la medida de lo posible, la finalización de la gestación, si la gravedad de la enfermedad obligara a ello, realizando así todo lo posible a favor del binomio.

La colestasis intrahepática fue la causa más frecuente entre las hepatopatías en el embarazo. El grupo de edades en que más frecuentemente se encontró fue entre los 20 y 29 años de edad y el diagnóstico se hizo entre las 34 y 36 sem; se realizó el parto después de las 37 sem de gestación más frecuentemente por cesárea. Casi nueve de cada diez recién nacidos tuvieron un Apgar entre 6 y 9. La mayoría de los neonatos nacieron entre el 3-10 percentil.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Palacios A, Salmerón J, Ruiz. Extremera A. Actualización: Hígado y embarazo. Gastroenterol Hepatol Continuada. 2006;5 (3):1-67.
2. Jenkins JK, Boothby LA. Treatment of itching associated with intrahepatic cholestasis of pregnancy. Ann Pharmacother. 2008;36(9):1462-5.
3. Protocolos SEGO. Hepatopatía y embarazo. Prog Obstet Ginecol. 2008;51(5):321-6.
4. Doshi S, Zucker S. Liver Emergencies during Pregnancy. Gastroenterology Clinics of North America. 2008;32:1213-27.

5. Santos D, Doblaza PA, López-Torres E, Herrera J. Hepatopatías en la gestación. Clin Invest Gin Obst. 2007;34(1):21-3.
6. Munch S, Korst LM, Hernandez GD, Romero R, Goodwin TM. Health-related quality of life in women with nausea and vomiting of pregnancy: the importance of psychosocial context. J Perinatol. 2011;31(1):10-20.
7. Ballard S. School of Midwifery, Auckland University of Technology, New Zealand. Blood tests for investigating maternal wellbeing. When nausea and vomiting in pregnancy becomes pathological: hyperemesis gravidarum. Pract Midwife. 2011;14(1):37-41.
8. Costero C. Hepatopatía del embarazo. Ginecol obstet Méx. 1993;61(3):66-71.
9. Reyes H, Zapata R, Hernández I, Gotteland M, Sandoval L, Jirón MI, et al. Is a leaky gut involved in the pathogenesis of intrahepatic cholestasis of pregnancy? Hepatology. 2006;43:715-22.
10. Jamjute P, Ahmad A, Ghosh T, Banfield P. Liver function test and pregnancy. J Matern Fetal Neonatal Med. 2009;22(3):274-83.
11. Sánchez SE, Gómez DJ, Morales GV. Preclampsia severa, eclampsia, síndrome de Hellp, comportamiento clínico. [revista en Internet] [acceso 19 Sep 2011];(7). Disponible en: <http://www.ejournal.unam.mx/rfm/no48-4/RFM48405.pdf>.
12. Lozano A, Vargas G, Núñez N, Figueroa E. Cirrosis hepática y de gestación. Revista de Gastroenterología del Perú. 2000;20(1): 15-9.
13. Samada Suárez M, Vasallo Prieto R, Martínez Changüí Y. Embarazo y trasplante hepático en pacientes cubanas. Rev Cubana Obstet Ginecol. 2011;37(1): 22-7.

Recibido: 20 de octubre de 2012.

Aprobado: 6 de enero de 2013.

Dalis Diago Caballero. Hospital Docente Materno Infantil "10 de octubre". Nuestra Señora de Regla No. 52. Luyanó. La Habana, Cuba. Correo electrónico: dalisdiago@yahoo.com