

11719
71
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios Superiores
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Hospital de Gineco Obstetricia No. 2
Centro Médico Nacional

COLESTASIS INTRAHEPATICA DEL EMBARAZO.
REVISION DE 31 CASOS.

TESIS DE GRADO
PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA
P R E S E N T A :
DR. AMADEO PEINCARES ABUD SEBASTIANI

Asesor Responsable: Dr. Sergio Quillo Resendiz



**TESIS CON
PALA DE ORO**

México, D. F.

1985



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

INDICE

Introducción.	pág. 1
Objetivos..	pág. 2
Antecedentes Científicos.	pág. 3-
Material y Métodos.	pág. 15
Análisis.	pág. 16
Resultados.	pág. 30
Conclusiones.	pág. 39
Bibliografía.	pág. 41

I N T R O D U C C I O N

Dado el antecedente que tenemos por la inquietud de la ictericia presentada durante el transcurso del embarazo, nos llevó a realizar una revisión retrospectiva de hace cinco años hasta la fecha, que habfan sido catalogados como ictericia en estudio agregada al embarazo, tomando en consideración las bases y antecedentes para ir catalogando a las pacientes de acuerdo a las que tuvieran patrón de ictericia como era la colelitiasis, ingesta tóxica de medicamentos, hepatitis de diversa etiología y finalmente, colestasis del embarazo.

Se hizo una revisión de la literatura con el objeto de apoyar el estudio y su respectiva presentación.

El estudio se estructuró según el siguiente diagrama:

- a) Título del estudio a realizar.
- b) Objetivos que se pretenden con el estudio.
- c) Antecedentes científicos sobre el tema estudiado.
- d) Planteamiento del problema.
- e) Hipótesis de nulidad planteadas.
- f) Hipótesis alternas.
- g) Programa de trabajo a desarrollar.
- h) Material y Métodos.
- i) Resultados del estudio realizado.
- j) Conclusiones.
- k) Índice de bibliografía revisada sobre el tema estudiado.

COLESTASIS INTRAHEPÁTICA DEL EMBARAZO
REVISIÓN DE 31 CASOS

O B J E T I V O S:

1. Contrastar la impresión clínica inicial con el diagnóstico final en las pacientes con colestasis intrahepática del embarazo.
2. Comparar la efectividad del tratamiento médico en el manejo de pacientes con colestasis intrahepática del embarazo.
3. Localizar las complicaciones de la gestación en las pacientes con colestasis intrahepática del embarazo.
4. Investigar la morbimortalidad fetal en pacientes con colestasis intrahepática del embarazo.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS:

La colestasis intrahepática del embarazo, ocurre en - cerca del 1% a 2% de todos los embarazos en Finlandia y Es-
candinavia, sin embargo, desde hace aproximadamente veinte años se ha confirmado que esta no es una condición con--
finada a Escandinavia y Finlandia y que de hecho ocurre--
en otros países, como ha sido reportado en Canadá, Chile--
y Austria(14).

Se reporta en Chile una incidencia de hasta 9.86% y - se hace la observación que la mayor frecuencia está en--
pacientes de 21 a 30 años de edad y es, aún, más frecuente
en mujeres multíparas(16,19).

En cuanto a la posible etiología de la colestasis in-
trahepática del embarazo, se ha observado una asociación -
entre esta enfermedad y el sistema de histocompatibilidad-
HLA, de este sistema, sólo el HLA-BW16 mostró una tenden-
cia a ser más frecuente(18). Además, se ha comprobado ---
que la colestasis intrahepática del embarazo representa una
reacción anormal a los estrógenos en mujeres que tienen --
una predisposición genética, inclusive, esta predisposi ---
ción podría ser transmitida genéticamente por individuos---
de ambos sexos, determinando la posibilidad de desarrollar
colestasis del embarazo en su familia descendente (17).

Lo que en sí coinciden la mayoría de los autores, es

que la colestasis intrahepática del embarazo es inducida por hormonas y específicamente estrógenos, acusados de ser responsables de provocar un estancamiento de la función -- hepática excretora. Las mismas alteraciones ocurren en menor grado durante el embarazo normal y en el tratamiento con estrógenos en pacientes sin predisposición para la colestasis(2,3).

En cuanto a la sintomatología y signología clínica de la colestasis intrahepática del embarazo, se observa que este padecimiento es de tipo recurrente y puede ir progresando a formas más severas en embarazos subsecuentes, puede ser familiar y ocurrir más frecuentemente en pacientes con una historia de hepatitis o de ingestión de anticonceptivos orales(3). Los síntomas primarios de esta enfermedad son prurito e ictericia. El prurito tiende a ser más severo conforme avanza el embarazo y desaparece posterior a la resolución del embarazo, es de tipo generalizado y puede ser más severo en las noches provocando insomnio.

En una proporción de un 50% la paciente puede estar ictérica y en otro 50% sin ictericia y sólo con prurito. Aparte de estos dos síntomas, prurito e ictericia, la madre no presenta ningún otro síntoma, no hay náuseas, mareos, anorexia, dolor abdominal ni ningún otro síntoma que sugiera enfermedad hepática. La orina puede tener un color un poco más oscuro que lo usual. No hay hepatomegalia ni -

esplenomegalia. Los síntomas de esta enfermedad, rápidamente regresan después del parto. El prurito cesa en una o dos semanas post parto y la ictericia puede persistir hasta unas semanas del puerperio mediato al tardío(13).

En suma, el diagnóstico de la colestasis intrahepática del embarazo se basa fundamentalmente en la historia clínica y fundamentalmente los antecedentes, el examen físico y la ayuda de los exámenes de Laboratorio. Para afinar el diagnóstico de esta enfermedad, deben tenerse presentes los siguientes criterios: a) Síntomas sugestivos durante el embarazo, descartando exposición a hepatitis y/o drogas hepatotóxicas; b) Presencia de prurito y/o ictericia generalizada; c) Demostración de anormalidad bioquímica; d) Desaparición de la ictericia post parto; e) Recurrencia de la ictericia y/o prurito generalizado en un embarazo subsecuente.

Existe una asociación entre la colestasis intrahepática del embarazo y la presencia de litiasis vesicular reportada en aproximadamente el 23% de los casos y se piensa que se debe a la síntesis alterada de lecitina, que puede ser la causa primaria que altera la solubilidad del colesterol en la bilis produciendo la formación de cálculos biliares en la colestasis intrahepática del embarazo(2).

En cuanto a la ayuda que nos proporciona el laboratorio para el diagnóstico de esta enfermedad, tenemos que en la colestasis del embarazo, el colesterol, los fosfolípi

dos, triglicéridos y las lipoproteínas de baja densidad--- se encuentran en niveles elevados, mientras que las lipoproteínas de alta densidad están característicamente disminuidas(3). La bilirrubina sérica, rara vez se eleva más de 5mgrs%. La fosfatasa alcalina, tiene valores invariablemente elevados, pero cerca de los valores normales para la paciente embarazada (85-200 UI/lts). Las transaminasas, SGOT y SGPT, están generalmente normales o ligeramente incrementadas. El colesterol sérico puede estar elevado. El tiempo de protrombina puede estar prolongado con otras alteraciones de la coagulación que pueden evidenciar una diatésis hemorrágica post parto(13). A nivel del feto, hay evidencias reportadas de que los ácidos biliares están elevados en la circulación fetal, ya que los ácidos biliares maternos atraviesan la circulación placentaria y entran al compartimiento fetal. Se ha observado en embarazos complicados por colestasis del embarazo, una alta incidencia en la presencia de líquido meconial, esto se explica en base a que se ha demostrado que existe un efecto directo entre el ácido biliar y la motilidad colónica en animales de experimentación(5).

El radioinmunoensayo ha sido utilizado para cuantificar la conjugación de los ácidos cólico y xenodeoxicólico en sangre venosa de mujeres con distintas edades del embarazo de evolución normal y en pacientes que han presenta

do colestasis intrahepática del embarazo. Los niveles de ácido cólico y xenodeoxicólico muestran valores normales durante toda la evolución del embarazo no complicado y se observa una patente elevación en los casos de embarazo más colestasis intrahepática. Por esto, el radioinmunoensayo se sugiere como un método que puede ser usado para la detección y el seguimiento del curso de la colestasis del embarazo así como de la posible respuesta al tratamiento médico empleado. Los métodos para la detección de ácidos biliares conjugados en suero por radioinmunoensayo han probado su sensibilidad y su alta especificidad, sin embargo, la complejidad de estos métodos lo han excluido del uso clínico rutinario(15).

En pacientes con colestasis del embarazo es posible determinar la concentración sérica de los ácidos cólico, xenodeoxicólico y deoxicólico, usando el método de cromatografía de gas, encontrando en un 92% elevados los niveles séricos de ácido cólico. Así, al parecer los niveles séricos de ácido cólico es un indicador preciso de colestasis del embarazo(9). Otros indicadores son los niveles bajos de ácido palmítico y niveles elevados de ácido oleico(14). Los ácidos biliares y las pruebas de funcionalismo hepático remiten a la normalidad en el término aproximado de cuatro semanas(21).

En cuanto al aspecto histopatológico del hígado de las

pacientes con colestasis intrahepática del embarazo, las biopsias reportan que el aspecto microscópico del hígado es normal, conservando su arquitectura y el material biliar también es normal(13). Las biopsias hepáticas generalmente son obtenidas por el método de aspiración con la aguja de Menghini, lo que se ha reportado es la presencia de cilindros o trombos biliares intracaniculares con absoluta indemnidad del parénquima hepático(16). El examen de la placenta, cordón y membranas amnióticas no mostraron alteraciones microscópicas y sólo se observó coloración amarillenta de membranas con líquido amniótico citrino(10).

Aunque muchos autores utilizan el término de "Ictericia benigna del embarazo", para referirse a la colestasis intrahepática del embarazo, sin embargo, muchos otros reportes demuestran un aumento en la incidencia de prematuridad y sufrimiento fetal agudo intraparto o de muerte fetal inexplicable en pacientes con colestasis del embarazo. Por esto, no debe considerarse a la colestasis del embarazo como una condición benigna, debiéndose tenerla en cuenta para diagnóstico oportuno y consideración del riesgo perinatal(12). Hay reportes en la literatura internacional que informan una incidencia de hasta un 36% de partos prematuros asociados a la colestasis intrahepática del embarazo(18,6).

En vista de que en esta enfermedad se desconocen las-

causas que producen el óbito fetal anteparto, es recomendable una vigilancia estrecha de la paciente hasta la semana 37, posteriormente debe considerarse la posibilidad de la vigilancia del trabajo de parto mediante monitoreo biofísico(18). Las complicaciones que se observan más frecuentes asociadas al embarazo complicado con colestasis son:--
Maternas y Fetales.

Entre las maternas, las principales son la anemia --- posterior a la hemorragia profusa del puerperio inmediato, la toxemia, ruptura prematura de membranas y la amenaza--- y/o parto prematuro(11). De las fetales, tenemos las muertes fetales inexplicables, la hipoxia fetal intraparto,--- prematuridez y los productos de bajo peso para la edad gestacional(12).

La presencia de líquido amniótico meconial aumenta--- a cuatro veces la tendencia de obtener niños con apgar más bajo. Lo que se considera un signo de alarma que obliga a la hospitalización de la paciente hasta la resolución del embarazo.

Además, la presencia de hiperbilirrubinemia aumenta la proporción de apgar más bajo casi al doble, esta alteración ocurre desde bilirrubinas de 1.1mgrs% o más. La evolución del embarazo en estas pacientes deberá vigilarse en base a los indicadores del líquido amniótico, pruebas de funcionalismo hepático de la madre, pruebas seriadas de --

condición fetal, estudios de ultraecografía seriados para precisar curva de crecimiento fetal e indicadores en líquido amniótico de madurez fetal(11).

En el puerperio de pacientes con colestasis intrahepática del embarazo, se observó que el prurito remitió normalmente a las 48 horas de la resolución del embarazo, aunque los ácidos biliares y las pruebas de funcionalismo hepático remitieron dentro del término de las cuatro semanas postparto en la mayoría de los casos(21).

Se ha observado que las pacientes con colestasis del embarazo presentan en aproximadamente un 20% hemorragia significativa en el post parto inmediato(12). La hemorragia significativa en el puerperio inmediato se explica en base al déficit en la absorción de la vitamina K, lo que conlleva a una disminución en la síntesis hepática de los factores de coagulación dependientes de la vitamina K(II, VII, IX, X). Por esta razón, es aconsejable la administración profiláctica de la vitamina K a la madre(6,8).

Para el tratamiento de la colestasis del embarazo, ha sido usado el fenobarbital por la vía oral a dosis de 30mgrs por kg.peso corporal fraccionado tres veces al día. También se ha usado la Colestiramina a dosis de 12 grs. por día. Además, se puede usar la asociación de fenobarbital más colestiramina. En las pacientes tratadas con la asociación de fenobarbital más colestiramina, se observó que no

tuvieron una significativa mejoría en cuanto al descenso de los ácidos biliares(21).

El mecanismo de acción de la colestiramina es fundamentalmente un recambio iónico de los ácidos biliares con la resina controlando así el prurito(13). La presentación de la colestiramina es en sobres de 4 grs. Puede ser tomado un sobre tres veces al día, hasta un máximo de 30grs/día. Desafortunadamente, la colestiramina no siempre mejora los síntomas de los pacientes con colestasis del embarazo y -- puede ser necesario añadir la acción del fenobarbital con la finalidad de incrementar la excreción de los ácidos biliares y potenciar el efecto del intercambio de la resina(13). Las resinas de intercambio iónico no absorbibles -- forman complejos con los ácidos biliares en el intestino y así movilizan los ácidos biliares de la circulación entero hepática y facilitan la excreción de dichos ácidos. Existe un nuevo secuestrador de ácidos biliares denominado --- PDX-Choloride (Secholex^R) el cual ha demostrado que su -- uso no produce interferencia con la absorción de las grasas, que la desaparición del prurito se obtiene en un 80% de los casos y que los efectos colaterales observados fueron principalmente la constipación, no se observaron ni diarreas ni esteatorreas en ninguno de los casos en que se administró(1).

Actualmente, se ha estado empleando como tratamiento

de la colestasis del embarazo a una sustancia natural llamada Silimarina, la cual es extraída del *Silybum Marianum*, se usa en dosis de 140 mgrs cada 8 horas y ha demostrado una excelente acción sobre la disminución del prurito y la ictericia, además de que se obtuvieron recién nacidos de mejor peso con una disminución de los partos pretérminos. Reportes recientes sobre esta droga demuestran su inocuidad sobre el binomio madre-feto(19).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA :

El estudio que se pretende realizar es en base a que la colestasis intrahepática del embarazo es una enfermedad de difícil diagnóstico tanto clínico como de laboratorio y como tiene un parecido similar al de un estadio temprano de hepatitis, tanto de etiología viral como bacteriana, ocasiona que en el clínico cause un estado de alarma y al no poder afinar su diagnóstico inicial, toma conductas y manejos clínicos erróneos y con mucha expectativa, lo que ocasiona un estado de permanente alarma alrededor de la paciente en cuestión.

En nuestro país existen pocos reportes de la frecuencia real de la colestasis intrahepática del embarazo en comparación a los estudios epidemiológicos realizados en las poblaciones de otros países.

No existe en nuestro hospital de Gineco Obstetricia--

No. 2, del CMN normas para el manejo de estas pacientes -- que padecen dicha patología asociada al embarazo, por lo-- que, mediante el análisis de los casos estudiados en este-- trabajo y tomando en cuenta la revisión de la literatura-- médica internacional sobre este padecimiento, pretendemos-- sentar bases para su sospecha diagnóstica clínica y de La-- boratorio así como de su manejo y tratamiento tanto médico-- como quirúrgico en la paciente embarazada con colestasis.

HIPOTESIS DE NULIDAD.

- a) La frecuencia de la colestasis intrahepática del embarazo en el HGO No.2 del CMN, es igual a la reportada en-- la literatura mundial.
- b) La impresión clínica inicial es igual al diagnóstico fi
nal en las pacientes con colestasis intrahepática del -
embarazo.
- c) El tratamiento médico con fenobarbital es igual al de--
colestiramina en las pacientes con colestasis intrahepá--
tica del embarazo.
- d) Las complicaciones de la gestación son iguales a las de
las pacientes con colestasis intrahepática del embara--
zo.
- e) La morbimortalidad fetal es igual a la de las pacien--
tes con colestasis intrahepática del embarazo.

HIPOTESIS ALTERNAS:

- a) La frecuencia de la colestasis intrahepática del embarazo en el HGO No.2 del CMN es menor a la reportada en la literatura mundial.
- b) La impresión clínica inicial es errónea en el 60 al 80% de los casos de colestasis intrahepática del embarazo.
- c) El tratamiento médico con fenobarbital es superior al de colestiramina en las pacientes con colestasis intrahepática del embarazo.
- d) Las complicaciones del embarazo no complicado y de evolución normal son menores a las de las pacientes con colestasis intrahepática del embarazo.
- e) La morbimortalidad fetal es menor a la de las pacientes con colestasis intrahepática del embarazo.

PROGRAMA DE TRABAJO:

Criterio de inclusión: Se escogerán los expedientes del año 1980 al 1984 de todas las pacientes con diagnóstico final de colestasis intrahepática del embarazo que hallan sido estudiadas en el HGO 2 del CMN del IMSS.

Criterios de exclusión: A) Se excluirán a todas las pacientes que teniendo patología de fondo grave ya conocida, desarrollaron colestasis intrahepática del embarazo; B) Se excluirán las pacientes que murieron y no se corroboró por anatomía patológica, el diagnóstico de colestasis del ----

embarazo.

Criterios de Selección: A) Se tomará en cuenta el --- tiempo de administración del medicamento para evaluar el-- resultado de esa terapéutica; B) Se tendrá en cuenta la do-- sis y la vía de administración del medicamento para la eva-- luación de los resultados terapéuticos.

MATERIAL Y METODOS:

Mediante un protocolo previamente establecido, se ana-- lizaron treinta y uno casos de pacientes que presentaron-- colestasis intrahepática del embarazo tratados en el HGO 2 del CMN del IMSS. Todos estos casos ingresaron a nuestro Hospital entre las fechas de 1980 al 1984.

Se tomaron como base para el estudio, la historia cli-- nica haciendo especial énfasis en la revisión de los ante-- cedentes heredofamiliares y personales patológicos. Los -- diagnósticos iniciales a nivel del servicio de Admisión de la Unidad Tocoquirúrgica de nuestro Hospital. La semana de gestación en que se elaboró el diagnóstico y el estado de-- los productos al resolverse el embarazo. Los signos y sín-- tomas de la entidad clínica. Los estudios de laboratorio-- realizados como lo son la citología hemática completa, las pruebas de funcionalismo hepático realizadas. Las complica-- ciones médicas y quirúrgicas que se presentaron. Los estu-- dios radiológicos o de medicina nuclear que se practicaron.

Los estudios radiológicos o de medicina nuclear que se ---
practicaron. La respuesta al tratamiento médico y la culmi-
nación del embarazo (vía del nacimiento, edad gestacional-
según FUR y/o UESG). Complicaciones del puerperio inmedia-
to y mediato o tardío. El sexo, peso y calificación de Ap-
gar/Silverman de los productos al nacimiento.

E D A D

(Tabla: 1)

AÑOS	CASOS
<15	0
15-25	14
26-30	8
31-35	7
>35	2
TOTAL:	31

NUMERO DE GESTAS

(Tabla: 2)

GESTAS	CASOS
I	5
II-III	13
IV-VI	11
>VI	2
TOTAL:	31

NUMERO DE PARIDAD:

(Tabla: 3)

PARA	CASOS
I	5
II-III	13
IV-VI	11
VI	2

NUMERO DE ABORTOS:

(Tabla: 4)

ABORTOS	FRECUENCIA
I	6
II-III	3
IV- VI	0
VI	0
TOTAL:	9

NUMERO DE CESAREAS:

(Tabla: 5)

CESAREAS	FRECUENCIA
I	3
II-III	0
III	0
TOTAL:	3

EDAD DEL EMBARAZO EN QUE SE
PRESENTO LA ENFERMEDAD:

(Tabla: 6)

SEMANAS	CASOS
20-25	2
26-30	26
31-35	3
36-40	0
TOTAL:	31

DIAGNOSTICO DE INGRESO EN
ESTE GRUPO DE PACIENTES:

(Tabla: 7)

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA
Hepatitis	6
Ictericia a Estudiar	25
TOTAL	31

S I N T O M A T O L O G I A

P R E S E N T A D A :

(Tabla: 8)

SINTOMAS	CASOS
Prurito:	30
Ictericia:	31

BILIRRUBINA TOTAL:

MGRS%	No. PACIENTES
2. 0-2.5	5
2.51-3.0 .	2
3.01-3.5	13
3.51-4.0	3
4.01-4.5	10
4.51-5.0	0
TOTAL:	31

BILIRRUBINA INDIRECTA:

MGRS%	No. PACIENTES
0.10-0.40	2
0.41-0.70	8
0.71-1. 0	10
1.01-1.40	11
1.41-1.71	0
TOTAL:	31

BILIRRUBINA DIRECTA:

MGRS%	No. PACIENTES
1.70-2.0	5
2.01-2.3	3
2.31-2.6	2
2.61-3.0	14
3.01-3.3	7
3.31-3.6	0
TOTAL:	31

TRANSAMINASA OXALOACETICA:

VALORES (UI)	CASOS
15-20	5
21-25	7
26-30	13
31-36	6
TOTAL:	31

TRANSAMINASA GLUTAMICOPIRUVICA:

VALORES (UI)	CASOS
9-15	9
16-22	15
23-29	6
30-35	1
TOTAL:	31

U R E A :

VALOR	CASOS
14-18	9
19-23	12
24-28	7
29-33	3
TOTAL:	31

C R E A T I N I N A :

VALOR	CASOS
0.6-0.8	15
0.81-1.0	11
1.01-1.2	2
1.21-1.4	3
TOTAL;	31

VALORES DE HEMOGLOBINA EN LA SEMANA DE
GESTACION QUE SE DETECTO LA CIE

.-24

VALORES DE Hb. (GRS%)	C A S O S
10.00-10.50	4
10.51-11.0.	6
11.01-11.5	11
11.51-12.0	8
12.01-12.5	2
TOTAL:	31

DENSIDAD URINARIA:

DENSIDAD	C A S O S
1015-1020	14
1021-1025	5
1026-1030	12
1031-1035	0
TOTAL:	31

Ph EN *ORINA:

P H	C A S O S
5.5	5
6.0	8
6.5	6
7.0	12
TOTAL:	31

TRATAMIENTO INDICADO:

(Tabla: 9)

T I P O	CASOS
FENOBARBITAL	28
FENOB. + COLESTIRAMINA	3
COLESTIRAMINA	0
T O T A L :	31

RESPUESTA AL TRATAMIENTO:

(Tabla:10)

T I P O	CASOS
BUENA	26
REGULAR	5
M A L A	0
TOTAL:	31

COMPLICACIONES FETALES:

(Tabla:11)

T I P O	FRECUENCIA
S.F.A.*	4
A.P.P.**	6
T O T A L:	10

PARTOS PREMATUROS:

(Tabla:12)

TIPO DE PARTO	FRECUENCIA
TERMINO	27
PREMATUROS	4
T O T A L:	31

*S.F.A: Sufrimiento Fetal Agudo.

**A.P.P: Amenaza de Parto Prematuro.

TRATAMIENTO INDICADO PARA LA AMENAZA
DE PARTO PREMATURO (A.P.P.):

(Tabla:13)

T I P O :	NUMERO DE CASOS
ORCIPRENOLINA	4
INDOMETACINA	0
ORCIPRENOL. + INDOMET.	6
T O T A L :	10

VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO:

(Tabla:14)

T I P O :	NUMERO DE CASOS
VAGINAL.	27
CESAREA	4
T O T A L:	31

SEMANAS EN QUE SE RESOLVIO EL EMBARAZO:

(Tabla:15)

SEMANAS	CASOS
30-33	0
34-36	4
37-39	10
40-42	17
TOTAL:	31

PESOS DE LOS PRODUCTOS:

(Tabla:16)

PESOS	No. DE CASOS:
2000-2499	4
2500-2999	4
3000-3499	23
3500-3999	0
4000	0
TOTAL:	31

CALIFICACION DE APGAR:

(Tabla:17)

CALIFICACION	C A S O S
10	0
9	21
8	7
7	2
6	1
TOTAL:	31

RESULTADOS:

EDAD. (Ver tabla 1)

Podemos observar que la mayor incidencia de colestasis intrahepática del embarazo fue entre las edades comprendidas entre 15 a 25 años de edad. Lo siguió en orden de frecuencia, las edades comprendidas entre 26-30 años y en menor frecuencia, en menores de 35 años de edad.

ANTECEDENTES:

Se tomó en consideración en el estudio efectuado, tanto los antecedentes familiares como personales, de colestasis del embarazo.

De los 31 casos estudiados, en solo 11 casos se consignaron en el expediente clínico antecedentes de tipo personal de haber padecido con anterioridad colestasis en un embarazo anterior. En 20 casos, no hubieron antecedentes personales. Ninguno de los 31 casos estudiados presentaron antecedentes familiares de colestasis del embarazo.

NUMERO DE GESTACIONES: (Ver tabla 2)

Observamos que en el mayor número de pacientes que presentaron colestasis del embarazo, su número de gestaciones eran de II-III gestas.

En solo 5 casos se trataban de pacientes primigestas.

En dos casos, el número de gestas era mayor de seis.

PARIDAD: (Ver tabla 3).

La paridad que se observó con mayor frecuencia, fue-- la comprendida entre II-III PARA en 19 casos. Siguiendo en orden de frecuencia la comprendida entre IV-VI PARA. Con-- menor frecuencia observamos la incidencia de colestasis -- del embarazo en pacientes primigestas.

NUMERO DE ABORTOS: (Ver Tabla 4)

La mayor incidencia de abortos la observamos en las-- pacientes primigestas y en menor número en las pacientes-- múltiples.

NUMERO DE CESAREAS: (Ver tabla 5)

Observamos que en las pacientes primigestas tuvieron el mayor índice de operación cesárea.

EDAD DEL EMBARAZO EN QUE SE PRESENTO LA ENFERMEDAD:

(Ver tabla 6). En la mayor parte de los 31 casos es-- tudiados, la colestasis del embarazo se presentó en 26 ca-- sos entre las semanas 26-30 de embarazo. En menor número-- se presentó la enfermedad entre la 20-25 semanas de emba-- razo.

DIAGNOSTICO DE INGRESO EN ESTE GRUPO DE PACIENTES:

(Tabla 7). En 25 casos de los 31 estudiados, el diagnóstico inicial fue el de ictericia en estudio. En el resto de los casos (6) el diagnóstico inicial fue el de probable hepatitis.

SINTOMATOLOGIA PRESENTADA: (Tabla 8)

El prurito se presentó en 30 casos de los 31 pacientes estudiados. La ictericia se presentó en los 31 casos.

EXAMENES DE LABORATORIO:

a) Bilirrubina total: Los valores de bilirrubina total que se observaron con más frecuencia en los 31 casos estudiados de colestasis del embarazo fueron los comprendidos entre 3.01 mgrs% y 3.5 mgrs% siguiendo en orden de frecuencia los observados entre 4.01-4.5 mgrs% y con menor frecuencia los que estaban en el rango de 2.1-3.0 mgrs%

b) Bilirrubina indirecta: Los valores de bilirrubina indirecta que en el mayor número de casos se presentaron, estuvieron en el rango de 1.01-1.40 mgrs% y en el menor número de casos entre 0.10-0.40 mgrs%.

c) Bilirrubina directa: Los valores de bilirrubina directa que se presentaron con más frecuencia en el estudio, fueron las comprendidas entre 2.7-3.0 mgrs% y en menor fre---

cuencia los observados en el rango de 2.31-2.6 mgrs%

d) Transaminasa oxaloacética: Observamos que los valores más altos de TGO estuvieron entre 31-36 UI en 06 casos. -- Los valores de TGO que con más frecuencia se presentaron estuvieron entre 26-30 UI en 13 casos. Los valores más bajos de TGO estuvieron entre 15-20 UI en 5 casos.

e) Transaminasa glutámico-pirúvica: Los valores más altos de TGP observados en este estudio estuvieron comprendidos entre 29-35 UI en solo un caso. Los valores de TGP que --- con más frecuencia se observaron fueron de 16-22 UI en 15 casos. Los valores de TGP más bajos estuvieron en el rango de 9-15 UI en 9 casos.

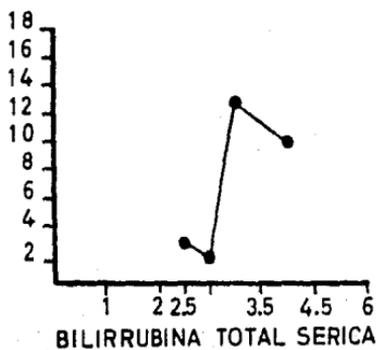
f) Urea: Se observó en el estudio realizado que en el mayor número de casos, los valores de urea no fueron mayores de 22 mgrs% y en solo un caso el valor de la urea alcanzó valores entre 29-35 mgrs%.

g) Creatinina: Podemos apreciar que en el mayor número de casos los valores de creatinina en pacientes con colestasis del embarazo estudiadas oscilaban entre 0.6-0.8 mgrs%. Solo en 3 casos, los valores de creatinina fueron cuantificados entre 1.21-1.40 mgrs%.

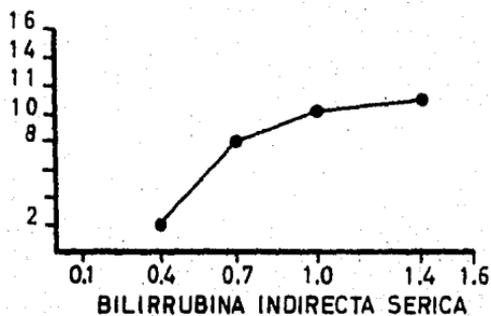
h) Hemoglobina en la semana que se detectó la colestasis del embarazo: Se observó que en la mayoría de los casos el valor de la Hb oscilaba en valores entre 11-11.5 grs% si -

COLESTASIS DEL EMBARAZO

No. DE CASOS

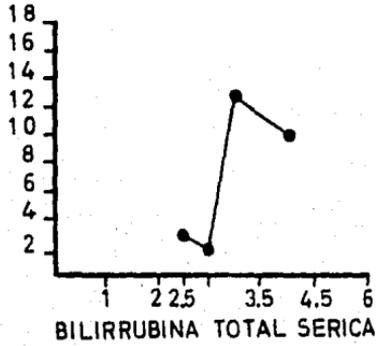


No. DE CASOS

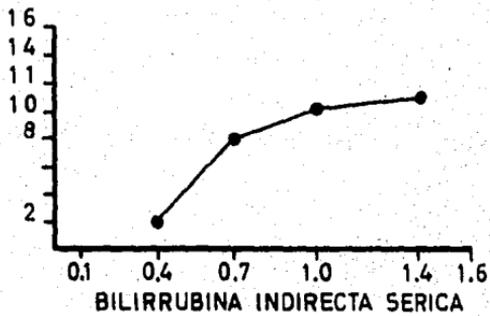


COLESTASIS DEL EMBARAZO

No. DE CASOS

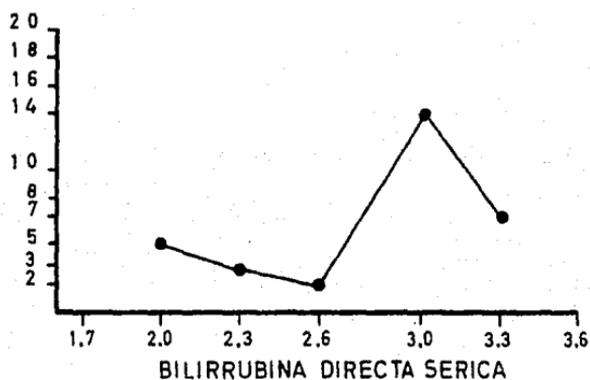


No. DE CASOS

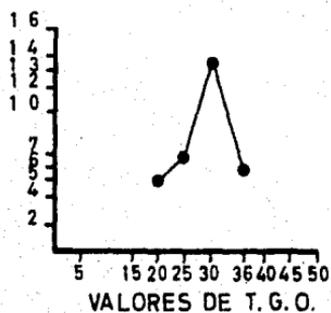


COLESTASIS DEL EMBARAZO

No. DE CASOS

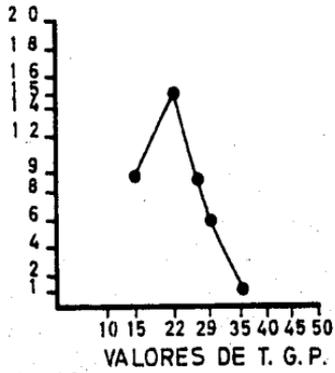


No. DE CASOS

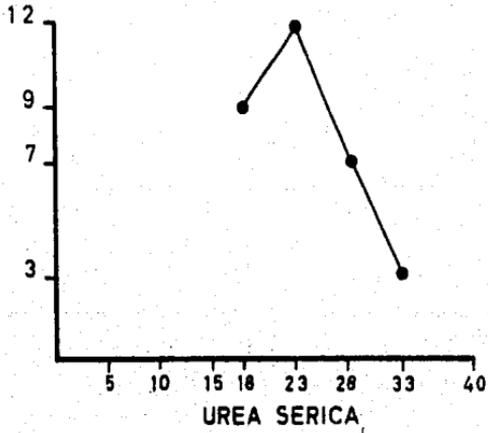


COLESTASIS DEL EMBARAZO

No. DE CASOS

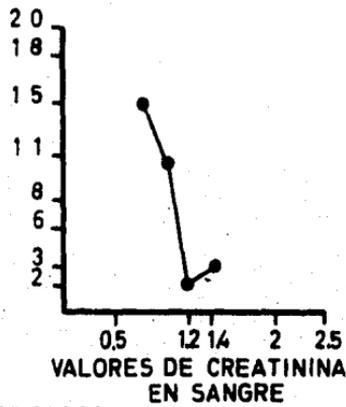


No. DE CASOS

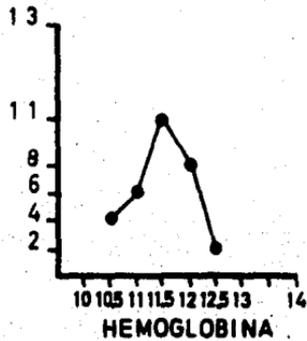


COLESTASIS DEL EMBARAZO

No. DE CASOS

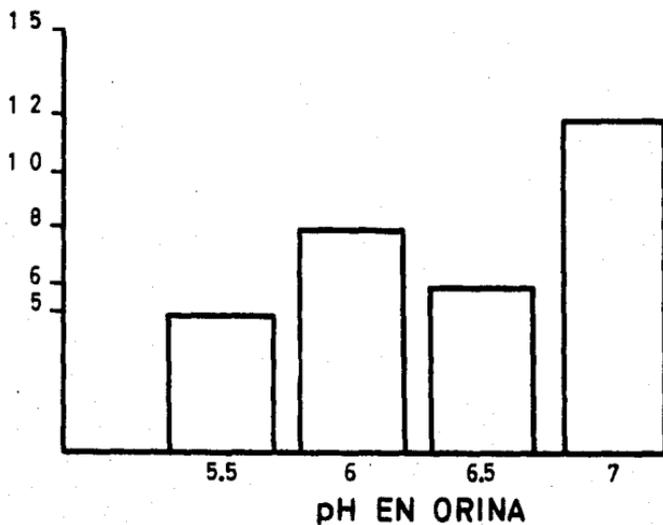


No. DE CASOS

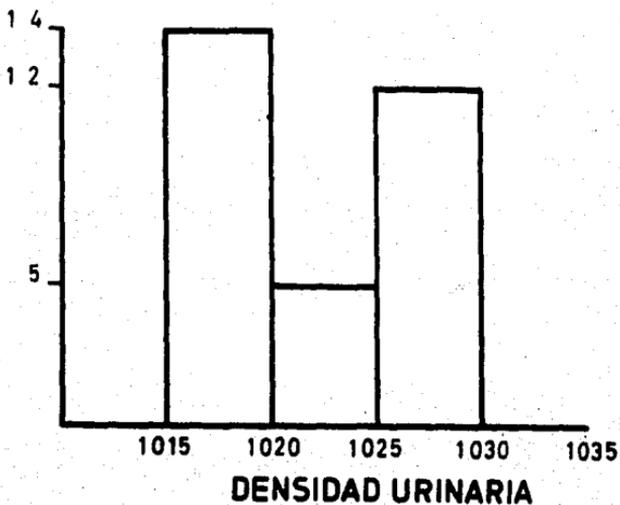


COLESTASIS DEL EMBARAZO

No. DE CASOS



No. DE CASOS



guiendo en orden de frecuencia, hubieron 8 casos con valores de Hb entre 11.5 y 12 grs%. Los valores de Hb más bajos oscilaron entre 10-10.5 grs% y se presentaron en solo 4 casos.

i) Densidad urinaria: Se observó que la densidad urinaria que con más frecuencia se presentó, fue la comprendida entre 1015 y 1020 y con menor frecuencia, la densidad urinaria entre 1025 y 1030.

j) Ph en orina: El valor de Ph en orina que en mayor número de casos se observó fue el de 7 y en el menor número de casos de 5.5

k) Proteinuria: Solo 4 casos de los 31 estudiados, se detectó protefinas en orina. Estos casos, en tres de ellos-- tuvieron proteinuria cuantificada en + y en un solo caso-- tuvo proteinuria de ++.

l) Bilirrubina en orina: Negativo en los 31 casos estudiados.

TRATAMIENTO INDICADO:

De los 31 casos estudiados, en 28 casos se usó fenobarbital. En 3 casos se usó la asociación de fenobarbital--mas colestiramina. No hubo casos en que se usó la colestiramina sola.

RESPUESTA AL TRATAMIENTO:

Fue buena en 26 casos, ya que eliminó las molestias a las pacientes. Regular en 5 casos porque solo alivió la sintomatología. No se detectó una respuesta completamente negativa al tratamiento instituido.

COMPLICACIONES MATERNAS:

No se detectó en los 31 casos de pacientes estudiadas con colestasis del embarazo complicaciones mayores. Solo en 4 casos hubo toxemia catalogada de leve a moderada que evolucionaron de manera satisfactoria.

COMPLICACIONES FETALES:

Hubieron 4 casos de sufrimiento fetal agudo.

Seis casos de amenaza de parto prematuro (Tabla 11) y cuatro casos de partos prematuros (Tabla 12)

TRATAMIENTO INDICADO PARA LA AMENAZA DE PARTO PREMATURO:

(Tabla 13). De los 10 casos del total de 31 casos de pacientes con colestasis del embarazo revisadas en este estudio, 4 de ellas recibieron orciprenalina y en 6 pacientes, se les administró Orciprenolina + Indometacina.

VIA DE RESOLUCION DEL EMBARAZO : (Tabla 14)

De los 31 casos revisados, 27 pacientes se resolvió-- el embarazo por la vía vaginal y en 4 casos fue por operación cesárea.

SEMANAS EN QUE SE RESOLVIO EL EMBARAZO: (Tabla 15).

Hubieron 4 casos en que el embarazo se resolvió entre las semanas 34-36, los 27 casos restantes, se resolvieron entre las semanas 37 a 42 semanas.

EVOLUCION DEL PUERPERIO INMEDIATO Y MEDIATO:

Fue normal en todos los 31 casos revisados en este estudio.

DIAGNOSTICO FINAL:

En los 31 casos estudiados, en su totalidad egresaron con diagnóstico de colestasis h intrahepática del embarazo.

PESOS DE LOS PRODUCTOS DE MADRES CON COLESTASIS DEL EMBARAZO:

(Tabla 16). En 23 de los casos, los pesos de los productos oscilaron entre 3000 a 3499 grs. En 4 casos los pesos de los productos fueron entre 2000 y 2499 grs. Y en los 4 casos restantes, los pesos estuvieron entre 2500 y 2999 grs.

CALIFICACION DE APGAR: (Tabla 17)'

21 de los productos de madres con colestasis del embarazo recibieron calificación de 9 puntos de apgar. 7 de --

los productos restantes recibieron calificación de 8 puntos de apgar. En solo un caso se le asignó calificación de 6-- puntos de apgar a un producto.

CONCLUSIONES

ESTA TESIS NO DEBE

- 1.- La edad que con más frecuencia se presentó este padecimiento fue la comprendida entre los 15-25 años.
- 2.- Se observó que este padecimiento es más frecuente en pacientes multíparas que en primíparas.
- 3.- La edad del embarazo en que con más frecuencia se presenta este padecimiento es la comprendida entre las 26-30 semanas de gestación.
- 4.- Los diagnósticos de ingresos que se formularon, fueron en primer lugar, el de ictericia en estudio y en segundo lugar, el de hepatitis.
- 5.- Los valores de bilirrubina total, no fueron mayores de 4.5 mgrs%.
- 6.- La bilirrubina indirecta no se elevó más de 1.4 mgrs%.
- 7.- La bilirrubina directa no fue mayor de 3.3 mgrs%.
- 8.- Los valores de transaminasas tanto oxaloacética como glutamicopirúvica no fueron mayores de 36 UI.
- 9.- Los valores de úrea y de creatinina estuvieron dentro de los límites normales en todos los casos estudiados.
- 10.- Los valores de hemoglobina en ningún caso fue menor de 30 grs% ni mayor de 12.5 grs%.
- 11.- La respuesta al tratamiento médico fue efectiva en 26-

de los 31 casos. En los restantes casos(5), se conside
ró que remitió la sintomatología pero no totalmente.

- 12.- Solo hubieron cuatro casos de complicaciones maternas, en los que se detectó toxemia leve a moderada sobre -- agregada, los cuales evolucionaron satisfactoriamente.
- 13.- Las complicaciones fetales, fueron principalmente la inmadurez por parto prematuro y el sufrimiento fetal.
- 14.- La calificación de apgar de los productos fue buena en la mayoría de los casos, sólo hubo un caso de un recién nacido calificado con 6 puntos de apgar.
- 15.- En la mayoría de los casos los pesos de los productos estuvieron dentro del rango de los 2500-3499 grs. En - sólo cuatro casos, los pesos estuvieron dentro de --- 200-2499 grs.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- G. Samsioe; P. Johnson y A. Gustafson: Tratamiento del prurito en la Colestasis del embarazo con una nueva resina de intercambio iónico. Acta Obstet. Gynecol Scand. 54:333-340, 1975.
- 2.- G. Samsioe; P. Svendsen; P. Johnson and A. Gustafson: Estudios en Colestasis del embarazo. Acta Obstet and-- Gynecol Scand. 54:417-423, 1975.
- 3.- P. Johnson and Col.: Estudios en Colestasis del embarazo. Acta Obstet Gynecol Scand. 54:307-316, 1975.
- 4.- P. Johnson; R. Olegard; G. Samsioe and A. Gustafson.: Estudios en Colestasis del embarazo. Acta Obstet. Gynecol Scand 54:241-246, 1975.
- 5.- Laatikainen T.: Niveles de ácidos biliares fetales en embarazos complicados por colestasis hintrahepática. Am J. Obstet. Gynecol 1:852, 1975.
- 6.- Richard Reid and. col. Complicaciones fetales de la colestasis del embarazo. British Medical Journal. 1:870-872, 1976.
- 7.- Richard Reid. Complicaciones fetales en la colestasis-- intrahepática del embarazo. British Medical Journal. 3:720-725, 1976.
- 8.- Garoff L. : Riesgo fetal en la colestasis intrahepática del embarazo. Obstet. Gynecol. 48:659-666, 1976.

- 9.- Timo Laatikainen and Esio Ikonen: Acidos biliares en-colestasis intrahepática del embarazo. Obstet and Gynecol. Vol. 50, No.3, 1977.
- 10.- Richard Reid. Colestasis gravídica. J. Gynecol and -- Obstet. 6:357-366, 1977.
- 11.- G. Farías: Parámetros para la resolución del embarazo en pacientes con colestasis intrahepática. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia. 43(2), 109-114, 1978.
- 12.- W. Johnson; T. Basket: Una revisión de 14 años de colestasis intrahepática del embarazo. Am. J. Obstet. and Gynecol. 133:299, 1979.
- 13.- R. Brian; I. Wilson and D. Haverkamp: Ictericia por colestasis del embarazo. Aspectos prospectivos. Obstetrics and Gynecology. Vol 54, No.5, 1979.
- 14.- W. Johnson.: Colestasis del embarazo. Am. J. Obstet and Gynecol. 133(3), 299-301, 1979.
- 15.- Kickan Samuelson and Peter A. Thomassen.: Radioinmuno ensayo de ácidos biliares séricos en el embarazo normal y en la colestasis del embarazo recurrente. Acta Obstet Gynecol. 59:417-420, 1980.
- 16.- Mateo Rendic.: Estudio de 24 casos de colestasis intrahepática del embarazo. Revista Chilena de ginecología y Obstetricia. Vol. XXXV No.2, 1980.

- 17.- H. Reyes; J. Rivalta; N. Segovia.: Pruebas de depuración de la sulfobromotalefina antes y después de la administración de etinilestradiol en mujeres y hombres - con historia familiar de colestasis intrahepática. Gastroenterology. 81(2) 226-231, 1981.
- 18.- H. Reyes; N. Segovia; M. Cuchacovich.: HLA en mujeres chilenas con colestasis del embarazo. Hepatology. 2(4) 463-466, 1982.
- 19.- Rodolfo Hernández; Emilia Nazar: -Acción de la Silimarina en la colestasis intraepática del embarazo. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia. Vol XLVII No.1, 1982.
- 20.- Juan López; J. Glasinovic; E. Ahumada: Caracterización clínica y de laboratorio de cien casos de colestasis intrahéptica del embarazo. Revista Chilena de Ginecología y Obstetricia. Vol. XLVII No.4, 1982.
- 21.- D. Shaw; B. Wittman: Un estudio prospectivo de 18 pacientes con colestasis intrahepática del embarazo. Am. J. Obstet. Gynecol. 142:621(6), 1982.