

11217

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION
HOSPITAL DE LA MUJER, SECRETARIA DE SALUD.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA



HOSPITAL DE LA MUJER
SECRETARIA DE ENSEÑANZA
"INCIDENCIA DE ENFERMEDADES HEPATICAS EN EL
EMBARAZO. HOSPITAL DE LA MUJER

DE ENERO A DICIEMBRE DE 1998"

PRESENTA:
DR. FERMIN CHOY OW

ASESOR:
DRA. VILMA REYES

282178

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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 esta 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.

INDICE

Página

INTRODUCCION.	1
FUNCION HEPATICA DURANTE EL EMBARAZO .	5
COLESTASIS INTRAHEPATICA DEL EMBARAZO.	7
HIGADO GRASO DEL EMBARAZO	11
HEPATITIS EN EL EMBARAZO.	15
HEPATITIS A.	15
HEPATITIS B.	16
SINDROME DE HELLP.	20
RUPTURA DE HEMATOMA HEPATICO.	23
JUSTIFICACION.	24
MATERIAL Y METODOS.	25
CRITERIOS DE SELECCIÓN.	26
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.	27
HIPOTESIS.	28
OBJETIVO.	29
ANALISIS ESTADISTICO	30
RESULTADOS.	31
DISCUSION	32
CONCLUSIONES	34
BIBLIOGRAFIA.	36

INTRODUCCION

ANTECEDENTES:

La experiencia actual del manejo de las enfermedades hepáticas durante el embarazo es muy limitada debido a que no son patologías comunes y los casos reportados son muy atípicos, especialmente de enfermedades severas. Las estadísticas en Estados Unidos indican solamente 50 casos de enfermedades primarias hepáticas en 56,000 embarazos revisados en un centro hospitalario (menos de 0.1%) y en otros estudios estadísticos varían de 1 en 1,500 a 1 en 500 dependiendo de los parámetros diagnósticos utilizados(1).

Estas enfermedades hepáticas se han dividido en dos grupos, aquellas enfermedades que son únicas o propias del embarazo y aquellas enfermedades que coinciden con el embarazo(1,2).

Durante el embarazo ocurren muchos cambios fisiológicos y sistémicos. En un embarazo no complicado, la función hepática difiere de las mujeres no embarazadas; la fosfatasa alcalina aumenta gradualmente durante los primeros 7 meses. La concentración de albúmina en suero disminuye en un 10 a 60%. En contraste, los niveles de aminotransferasa y bilirrubina permanecen normales(2).

La colestasis Intrahepática es la enfermedad hepática más común en el embarazo y en segundo término la hepatitis viral como causante de ictericia. Su incidencia ha sido difícil de estimar debido al mal diagnóstico y reconocimiento de casos leves y varían según la localización geográfica y raza de un 12 a 22% en Chile, entre los indios Araucanos(2).

Existen varias enfermedades hepáticas que ocurren en el último trimestre, asociados con la hipertensión, síndrome de HELLP, hígado graso agudo, ruptura hepática, en donde su etiología e interrelaciones no son muy claras. El hígado no es

afectado primariamente en la preeclampsia, pero se convierte en un órgano blanco en casos severos(1,2).

Las características clínicas tempranas de estas enfermedades son similares y vagas; como dolor abdominal en cuadrantes superiores, náusea, vómito, ictericia, los cuales no son comunes en casos leves. Los niveles elevados de Aminotransferasa de Aspartato (AST) y la Glutamil Transerasa (GGT) son comunes en muchas condiciones no relacionadas con el embarazo(2).

Las hepatitis virales, son enfermedades que coinciden con el embarazo, son la segunda causa de ictericia durante el embarazo, hasta en un 40% de casos. La incidencia exacta de la hepatitis viral durante el embarazo, se desconoce y varía según la región geográfica. En naciones en desarrollo se estima la incidencia de 1 en 700, en los Estados Unidos, la infección de Hepatitis B crónica, está presente entre 5-15 por 1,000 embarazos, la hepatitis B aguda de 1 - 2 por 1,000. La

Hepatitis A y C es menor o igual de 1 en 1,000. La Hepatitis C está presente en un 2.3% de la población indigente(2).

No hay evidencias que sugieran que el embarazo predispone al desarrollo de la hepatitis viral, aunque posteriormente a la infección, la historia natural de la hepatitis puede ser alterada por el embarazo(3).

Existen amplias razones para estar en constante vigilancia con estas enfermedades del hígado durante el embarazo, por las complicaciones hepáticas y su potencial de rápido deterioro, las cuales son bien conocidas(2).

Desde la enfermedad común típica y benigna, como la colestasis del embarazo hasta la catastrófica consecuencia de la ruptura hepática, ningún obstetra puede vigilar una paciente sin entender la función hepática y su papel en estos procesos patológicos(1,2).

FUNCION HEPATICA DURANTE EL EMBARAZO

En el embarazo normal, no se presentan cambios anatómicos en el hígado ni en el sistema biliar. No hay modificaciones en el peso ni cambios histológicos de importancia, el flujo sanguíneo se mantiene; y para evaluar los cambios de la función hepática es necesario utilizar el laboratorio^(1, 5).

Sin embargo, desde el punto de vista funcional, se producen dos cambios importantes que tienen repercusión clínica:

- 1.- Disminución de la capacidad excretora de la unidad funcional del hígado.
- 2.- Producción de bilis litogénica.

CAMBIOS EN LAS PRUEBAS DEL FUNCIONAMIENTO HEPatico DURANTE EL EMBARAZO.

NORMAL	AUMENTADO	DISMINUIDO
Transaminasas	Colesterol	Tiempo de Protrombina
Bilirrubina	Fosfatasa alcalina	Albúmina/ Globulina
	Deshidrogenasa Láctica	Actividad de la Colinesterasa
	Lípidos totales	
	Retención de bromo	

COLESTASIS INTRAHEPATICA DEL EMBARAZO

Esta entidad patológica también llamada (ictericia recurrente del embarazo, colestasis benigna del embarazo, prurito gravídico), es la primera causa de ictericia durante la gestación, y en segundo lugar la hepatitis viral.(2).

Tiene una incidencia de una de cada 1:000 - 10,000 gestaciones (2).

Esta patología aparece después de las 22 semanas de gestación en un 75% (2)

Es muy común en Sudamérica 19 a 20% de los embarazos y en Escandinavia 2 a 3% de los embarazos(3)

El Síntoma inicial es prurito que aparece 1-2 semanas antes que la ictericia, el 90% de los casos aparece ictericia y prurito, pero hasta en el 50% el prurito es sólo el signo cardinal de la disfunción hepática (2,3,4).

Aproximadamente el 70% de las pacientes con una colestasis intrahepática del embarazo tienen una recurrencia en un embarazo posterior (2).

Como se indicó anteriormente, la ictericia, el prurito y la orina oscura son los signos físicos más frecuentes (4).

El hígado y el bazo no están agrandados (6). Existe una tendencia a la hemorragia puerperal si no se sintetiza adecuadamente la protrombina (5,4).

Por laboratorio la función hepática sugiere un patrón obstructivo. La bilirrubina sérica es predominante directa con un valor total de 5 mg/dl o menos (2,5,6).

El tiempo de protrombina está prolongado, la albúmina y globulina normales (2).

El tiempo de protrombina está prolongado, la albúmina y globulina normales (2).

Desde el punto de vista histológico, se encuentra una colestasis discreta de predominio centrolobulillar en los hepatocitos y canaliculos, con activación focal de las células de Kupffer (2)

Existen datos que orientan a pensar en la patogénesis de la enfermedad como causa de desequilibrio hormonal específicamente estrógeno y progesterona (4)

Se ha documentado que durante el estado gravídico existe disminución de la excreción biliar de estrógeno y progesterona.

El tratamiento está orientado al control del prurito. La colestiramina es una sal de una resina de intercambio de aniones básicos, estas resinas se unen a acidos biliares que característicamente reducen la concentración del coresterol en el plasma por lo tanto disminuyen el nivel del lipoproteinas de baja densidad (L.B.L.). Siendo este el único tratamiento

La dosis de colestiramina es de 12 a 16 gr. por día, son más usuales pero pueden necesitarse hasta 27 gr. por día (7)

Haemmerli; realizó trabajos sobre la evolución de la colestasis intrahepática del embarazo y mostró un aumento acumulativo en la prematuridad y mortalidad fetal pero ninguna correlación entre la severidad de la bilirrubinemia y las complicaciones fetales (2,4).

En resumen, el tratamiento habitual de la paciente que se acerca al parto es expectante, con tratamiento de sostén, que incluye la administración profiláctica de vitamina K para la ictericia de más de 2 semanas de duración. Algunos investigadores recomiendan para este síndrome la inducción del parto a más de 37 semanas de gestación, pero en la práctica habitual se espera que la paciente tenga un parto espontáneo (2,4).

HIGADO GRASO DEL EMBARAZO

También denominado (atrofia amarilla obstétrica aguda, metamorfosis grasa del embarazo), es la más rara de las enfermedades que provocan ictericia en la gestación, pero también es la más devastadora, con una mortalidad materna del 75 al 85% (7,8).

Tiene una incidencia estimada de aproximadamente 1 en un millón de embarazos(8). Aunque reportes recientes indican una incidencia de 1 en 13,328 embarazos (7,8).

Ocurre comúnmente durante la primera gestación con embarazo múltiple y fetos masculinos (8).

No se conocen todas las causas del hígado graso, sólo se sabe que es una complicación exclusiva del embarazo, sin base genética ya que no se han informado casos en un embarazo posterior o en algún otro miembro de la familia (8,9).

Por lo general la paciente se encuentra en el primer o segundo embarazo. Inicia en el tercer trimestre, con una ocurrencia súbita de náuseas y vómitos asociada con el dolor en el cuadrante superior derecho en alrededor del 50% de los casos, aparece de las 36-40 semanas del embarazo.

La ictericia aparece poco después de los primeros signos, estrés gastrointestinal y el estado de la paciente se deteriora rápidamente con confusión y coma en aproximadamente el 80%. Aparece fiebre en una fase tardía de la evolución, en 10 a 20% de los casos el comienzo de los síntomas precede a los signos de preeclampsia eclampsia, presenta diatesis hemorrágica, hipoglicemia e insuficiencia renal, tiene una

evolución de 3 horas a 6 semanas que la llevan a la mejoría o a la muerte (28,9).

En lo que respecta a laboratorio se encuentra transaminasas en promedio 300-500 UI. La bÍlirrubina es menor de 10 mg/dl, pero puede estar elevada a 25 mg/dl.

Los leucocitos en el orden de 20,000 a 30,000 y un tiempo de protrombina elevado, trombocitopenia y aumento de los productos de degradación de la fibrina o hipofibrinogenemia (10).

Histológicamente esto es a través de biopsia o estudio de necropsia, se encuentra un hÍgado pequeño, con un patrón típico de infiltrado graso micro vesicular con predominancia en los hepatocitos centro lobulillar; y se ha descrito infiltrado de grasa en el tubulo contorneado proximal del riñón y en el páncreas, cerebro y médula ósea (10).

En cuanto a la patogénesis, no está clara, se presume el uso de tetraciclinas y/o valproato, durante el embarazo se ha

comprobado que dietas características por deficiencia de aminoácidos específicos producen grasa micro vesicular similar en las ratas hembras, pero no en los machos (2,10).

El tratamiento de los síntomas es sólo de sostén, una problemática frecuente es la muerte, siendo la hemorragia por alteración de la coagulación lo que la provoca. El tratamiento consiste en la administración de vitamina K, plasma fresco congelado y plaquetas (10)

En cuanto al tratamiento del embarazo, se sugiere que se induzca el parto, pero esto no puede resultar benéfico para la madre; pero en cambio parece que beneficia a la sobrevivencia del feto, la inducción del parto vaginal siempre y cuando estén estables el producto y la madre, pero de lo contrario se recomienda una operación cesárea.

HEPATITIS EN EL EMBARAZO

La hepatitis viral es un problema de salud pública ya que afecta a millones de personas en todo el mundo, causando una mayor morbi - mortalidad en los recién nacidos que puede ser con secuelas agudas y/o crónicas (10, 11).

HEPATITIS A

El agente es un virus DNA pequeño sin cápsula, pertenece a la familia de picornavirus. La infección puede ser esporádica o epidémica y es transmitida por la ruta fecal-oral por contaminación de agua, leche y productos alimenticios (11). El cuadro clínico es caracterizado en la forma aguda por síntomas como mialgias, fiebre y ataque al estado general. El período de incubación es de 15 a 50 días. Posteriormente inicia con ictericia con elevación de transaminasas en suero, la bilirrubina y la fosfatasa alcalina ligeramente elevada, la

protrombina normal. El diagnóstico se confirma por la presencia de anticuerpos IgG en la etapa aguda de la infección (11).

La incidencia de hepatitis A aguda en el embarazo, es menos de una por 1,000 embarazadas. El tratamiento es de soporte, siendo necesario líquidos intravenosos y en ocasiones antieméticos. Si se presentara coagulopatía, se administrará vitamina K. Existe la vacuna de virus agonistas inactivos que se debe utilizar en pacientes que habitan en áreas endémicas.

HEPATITIS B

Este virus cubierto por DNA miembro de la familia hepatotrópicos conocido como Hepadnaviridae. Descrito como virus hematógeno diseminada a menudo por transmisión vertical de madre a feto, las partículas viridales son incompletas presenta antígeno de superficie (HBs Ag)

partícula Dane, antígeno de la hepatitis B (HBc Ag), se vincula con la infectividad y la síntesis de viriones (12).

La hepatitis B constituye un problema de salud pública mundial, se estima que casi 200 millones de portadores crónicos. En Estados Unidos ocurren 200,000 a 300,000 casos nuevos cada año (11,12)

La transmisión vertical tal vez sea la principal vía de diseminación del virus de la hepatitis B en todo el mundo, ya que sólo 5 a 10% de las infecciones agudas en el primer trimestre causan infección al nacer. En el tercer trimestre y el puerperio temprano no obstante, 75% de los fetos y neonatos están infectados. Parece que el líquido amniótico y la sangre constituyen vías importantes de transmisión infecciosa (12).

Actualmente se recomienda de todas las embarazadas sean objeto de muestreo para ABs Ag. Existen estudios como los de Ernest y col., en los que encuentra una prevalencia global de 0.14% (13). Los datos obtenidos por Dinsmoor y Gibbs en

un estudio de prevalencia de hepatitis B asintomática en México-Estadounidenses embarazadas, fue de 3.2 X 1,000 siendo la porción latina de una prevalencia de 2 por 1,000.

Actualmente se siguen los criterios universales para identificar a las madres con altas probabilidades de infección HBV. La vacunación es actualmente recomendable en mujeres de alto riesgo (11).

En las manifestaciones clínicas hay que recordar que hasta 75% de las infecciones HBV, son asintomáticas, el período de incubación es de uno a 6 meses. Existe etapa prodrómica que incluye fatiga, mal estado general, mialgias, vómito y ocasionalmente diarrea. Existen complejos inmunitarios, posteriormente sigue una fase ictérica, que dura de 6 a 8 semanas, hipersensibilidad, hepatomegalia. El embarazo en sí no empeora los síntomas y signos clínicos de la enfermedad. No hay mayor número de malformaciones

congénitas, óbitos, pérdidas gestacionales o retraso del crecimiento (12).

El diagnóstico por laboratorio se realiza a través de antígeno de superficie de la hepatitis B. Se debe realizar el anticuerpo nuclear. Si es portadora, generalmente persiste la presencia de HBs AG, IgG e IgM nucleares.

Las complicaciones pueden ser hepatitis crónica, hepatitis fulminante (12, 13).



SINDROME DE HELLP

Como sabemos, la preeclampsia es un síndrome del embarazo que incluye hipertensión, proteinuria y edema de gravedad variable y las evidencias de disfunción hepática suele presentarse junto al síndrome en un 50% aproximadamente de los casos (2).

Sin embargo en aproximadamente 10% de las pacientes puede aparecer un síndrome grave, el que presenta dolor en el cuadrante superior derecho HELLP (hemólisis, elevación de los niveles séricos de las enzimas hepáticas y reducción de las plaquetas).

	WEINSTEIN	SIBAI Y COL.	MARTIN COL.
Hemolisis	No especifico	Frotis periférico Anormal LDH > 600 BT > 1.2	Hematocrito bajo LDH > 164
Elevación Enzimas Hepáticas	No especifico	AST > 70	AST > 48 ALT > 24
Plaquetas	2,100.999/m ³	< 100.000/mm ³	< 100,000*mm ³

LDH Deshidrogenasa láctica
 BT Bilirrubina total
 AST Aminotransferasa aspartato
 ALT Aminotransferasa de alanina (14)

Ninguno de los autores toma en forma precisa la presencia de células Burr en el frotis periférico, solamente Sibai y col., lo mencionan como un dato más que puede tomarse como parámetro para el diagnóstico de Síndrome de HELLP (2).

El diagnóstico diferencial debe realizarse con las siguientes entidades: púrpura trombocitopénica, síndrome urémico hemolítico y falla hepática aguda. El tratamiento es sólo de sostén y expectante (14).

Desde el punto de vista histológico, se encuentran depósitos hialinos en la red capilar asociados con necrosis variable y hemorragia tisular, existen depósitos de fibrina, fibrinógeno, sin que hasta el momento se conozca la causa (2).

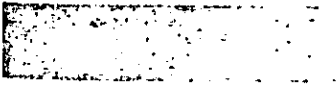
RUPTURA DEL HEMATOMA HEPATICO

Algunas pacientes con preeclampsia/eclampsia, presentan tendencia hacia la necrosis hemorrágica en el hígado formando un hematoma subcapsular que puede romperse a cavidad peritoneal (2).

Tiene una incidencia estimada de 1 en 4,500 a 1 en 250,000 embarazos (15).

Esta complicación presenta una mortalidad del 100% para la madre y el feto, si no se realiza operación con rapidez. Se inicia con dolor súbito en el cuadrante superior derecho en barra o hemicinturón que no calma, se irradia a la espalda y caída de presión sanguínea, con cuadro peritoneal agudo (15).

La operación incluye evacuación del coágulo y puede requerir resección de un lóbulo hepático, siendo el lado derecho el más afectado (15).



JUSTIFICACION

Considero importante conocer la incidencia de enfermedades hepáticas y embarazo, porque se trata de un problema de salud pública, con repercusiones maternas graves que pueden llegar a ser fatales, con manejos en ocasiones inadecuados y que no incluyen medidas preventivas maternas ni neonatales.

Por lo anterior, el ginecólogo debe estar capacitado para hacer diagnóstico oportuno y tratamiento adecuado.



MATERIAL Y METODOS

Se realizó un estudio retrospectivo, transversal, descriptivo en el Hospital de la Mujer, en el cual se revisaron expedientes clínicos que tuvieron diagnóstico de enfermedad hepática y embarazo en el periodo comprendido de Enero a Diciembre de 1998.

Se analizaron las siguientes variables: edad, nivel socioeconómico, estado nutricional, numero de gestaciones, cuadro clínico, antecedente de toxemia, peso del producto al nacimiento, tratamiento empleado y confirmación histopatologica.



CRITERIOS DE SELECCIÓN

a) Criterios de inclusión

- Expedientes de pacientes embarazadas con el diagnóstico clínico, laboratorio y/o ambos de enfermedad hepática y embarazo.

b) Criterios de exclusión

- Todo expediente con diagnóstico de enfermedad hepática y embarazo y tenga otra patología.

b) Criterios de eliminación

- Expedientes incompletos

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Es de suma importancia para el Ginecólogo conocer los cambios fisiológicos y sistémicos que ocurren en la función hepática durante el embarazo.

La literatura reporta una incidencia de 1 en 1,000 embarazos, con diversos factores de riesgo. Por todo esto, es importante conocer cuál es el comportamiento actual de estas entidades en el Hospital de la Mujer, para poder realizar una mejor atención a nuestras pacientes.

HIPOTESIS

La incidencia de enfermedades hepáticas durante el embarazo en el Hospital de la Mujer, es menor a lo reportado en la literatura mundial.

OBJETIVOS

- Conocer la incidencia actual de hepatopatías en el embarazo en el Hospital de la Mujer, S.S.A.
- Conocer los aspectos clínicos y estudios de laboratorio para realizar el diagnóstico de patología hepática durante el embarazo.
- Determinar el comportamiento de las siguientes variables: edad, nivel socioeconómico, estado nutricional, antecedente de toxemia, número de gestaciones, cuadro clínico, hallazgos de laboratorio, tratamiento, peso del producto al nacimiento y confirmación histopatológica.

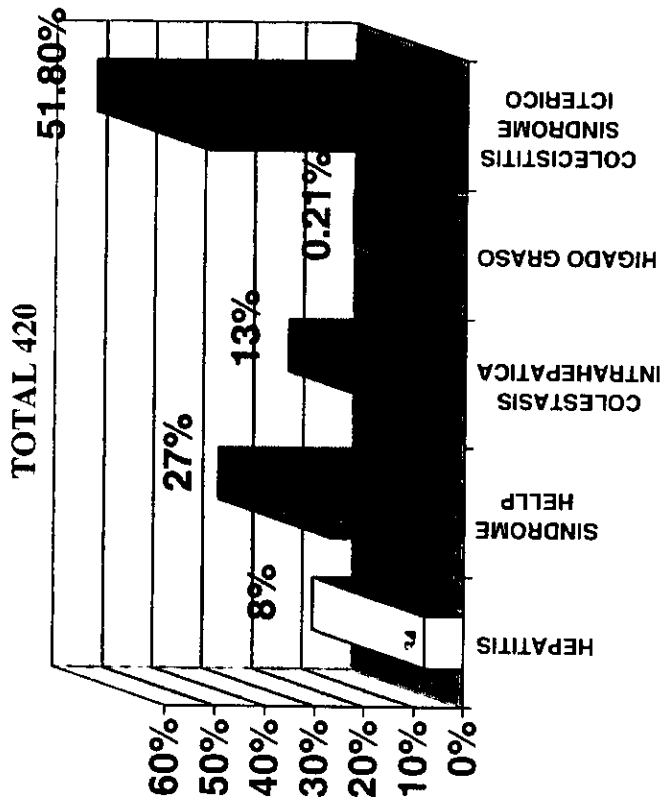
ANALISIS ESTADISTICO

Se obtuvo la incidencia de enfermedad hepática y embarazo.

Las variables se expresaron en porcentaje y frecuencias simples.

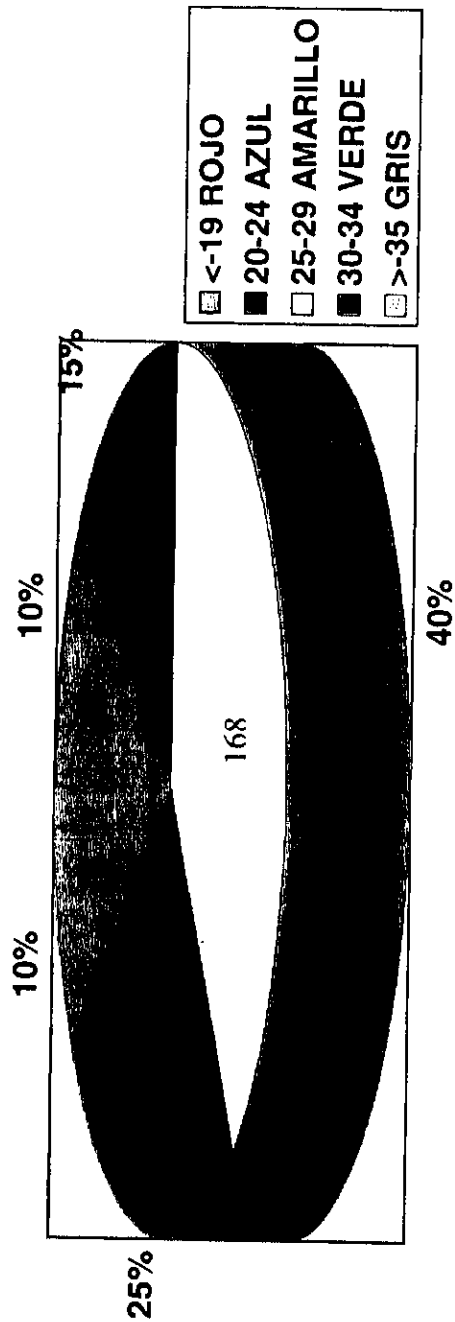
FIGURA 1

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR ENTIDAD PATOLOGICA



Con lo que respecta a la edad se agrupó en quinquenios, y se encontró que el grupo más afectado es de 25 – 29 años.

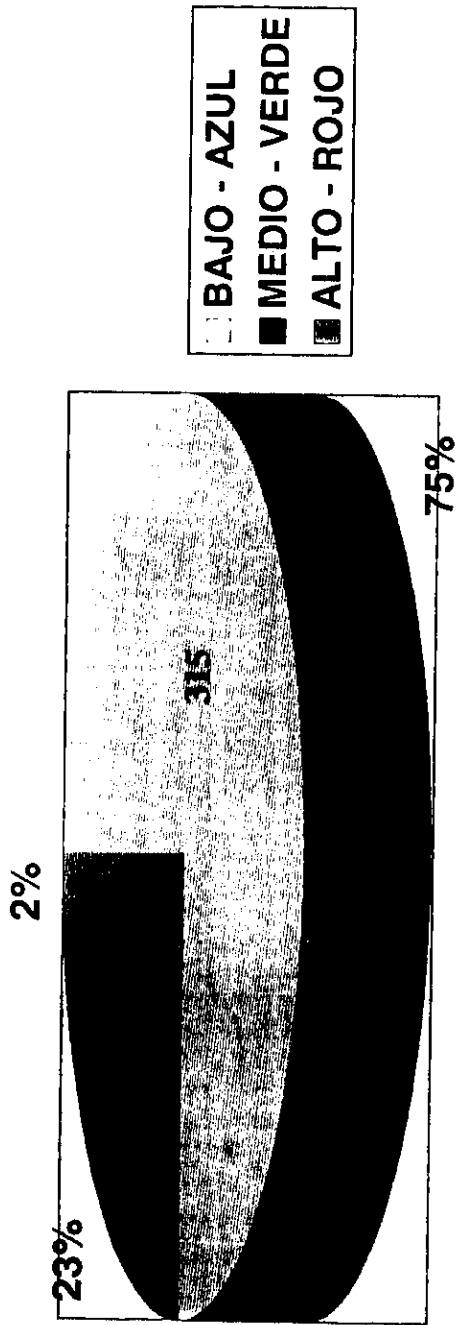
FIGURA 2
DISTRIBUCION DE PACIENTES POR GRUPO DE EDAD



De acuerdo a nivel socioeconómico, se encontró que las tres cuartas partes de las pacientes correspondieron al nivel bajo

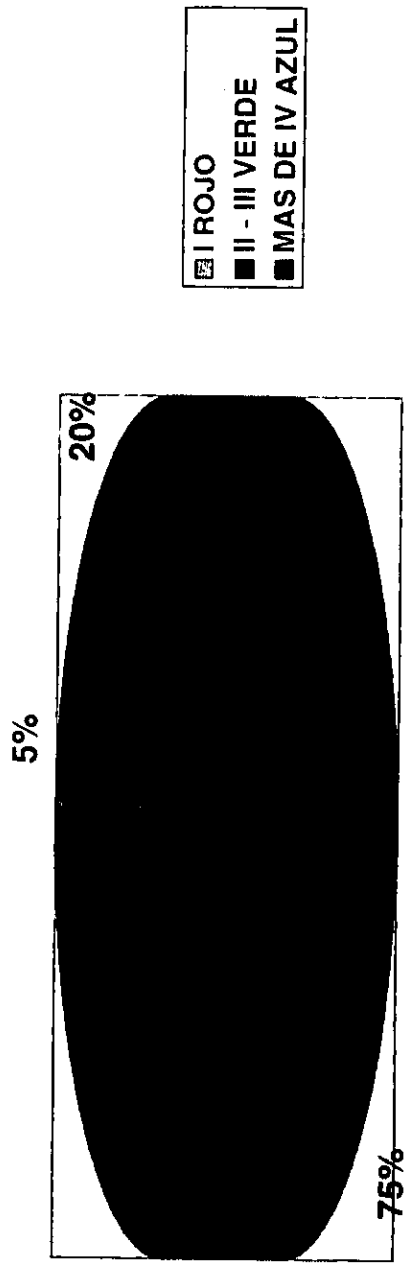
FIGURA 3

DISTRIBUCION DE PACIENTES POR NIVEL SOCIOECONOMICO



De acuerdo al número de gestaciones se encontró que probablemente a mayor paridad, se incrementa la patología hepática asociada a embarazo como lo muestra la gráfica.

FIGURA. 4
DISTRIBUCION DE PACIENTES POR NUMERO DE GESTACIONES

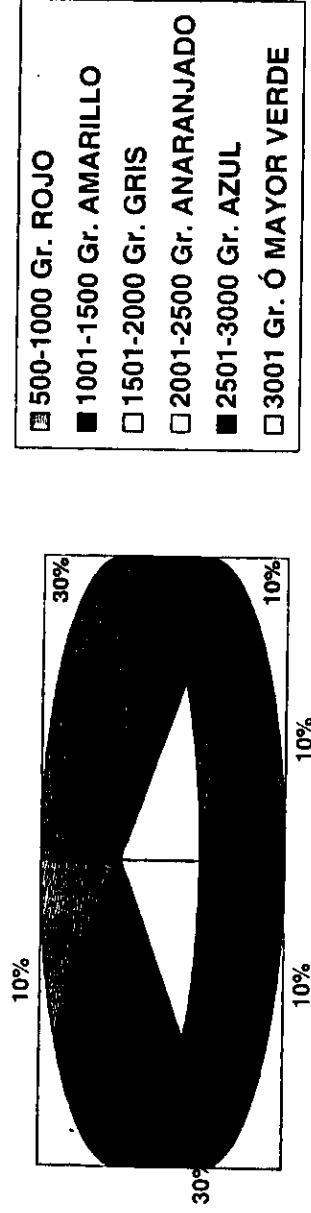


Con lo que respecta a la variable de antecedente de toxemia, sólo se relacionó con el síndrome de HELLP; como resultado de la preeclampsia / eclampsia con un 27%.

En lo que respecta al peso de los productos cabe señalar que de la muestra de estudio sólo se atendieron 310 de parto o cesárea; de los cuales 250 fueron pretérmino y 60 de término (86% y 14% respectivamente).

FIGURA 5

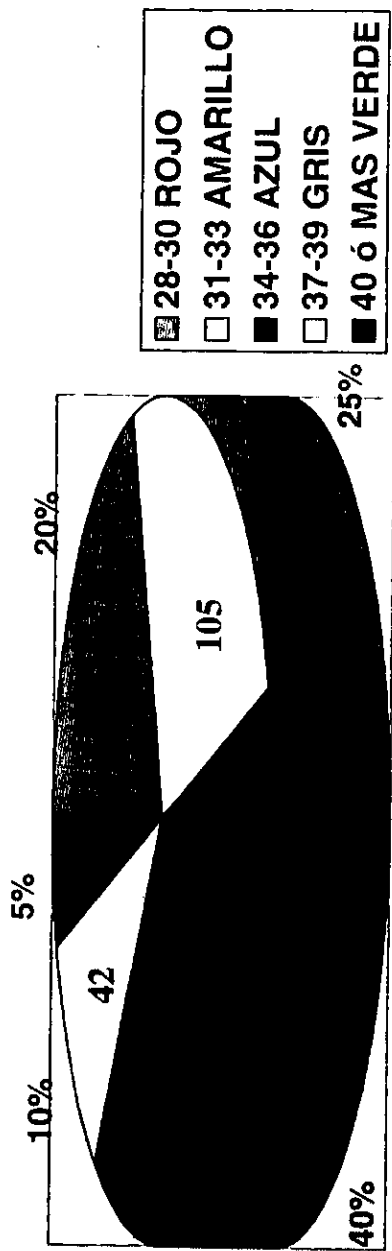
DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO A PESO DE PRODUCTOS



Encontramos que los grupos predominantes son de 500 – 1000 gr. y de 2500 –3000 gr.

Cabe señalar que de acuerdo a las semanas de gestación se encontró que afecta más frecuente a productos de edades gestacionales de 34 – 36 semanas como lo muestra la fig. 6. A su vez se detecta que se afecta en grupos de tres en tres semanas de gestación.

FIGURA 6
DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTOS POR EDAD GESTACIONAL



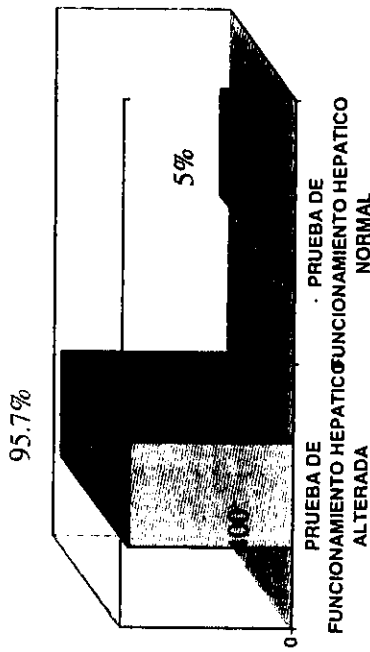
En lo que se refiere al estado nutricional se valoró con los datos obtenidos del expediente en el rubro de hábitos higiénicos y dietéticos; los cuales en todos los casos se encontraron deficientes en calidad y cantidad.

En cuanto al tratamiento se encontró que sólo se manejó con medidas de sostén y medidas preventivas. Las cuales consistieron en uso de dietas libres de colecistoquinéticos, reposo; ácido acetil salicílico 60 mg. Diarios y en caso de hepatitis aislamiento.

En cuanto a las pruebas de laboratorio, podemos decir que las que se encontraron más frecuentemente alteradas fueron: la bilirrubina directa e indirecta, amino transferasa de aspartato (AST), hemoglobina, hematocrito y plaquetas.

Los resultados de laboratorio fueron los siguientes de acuerdo a la gráfica.

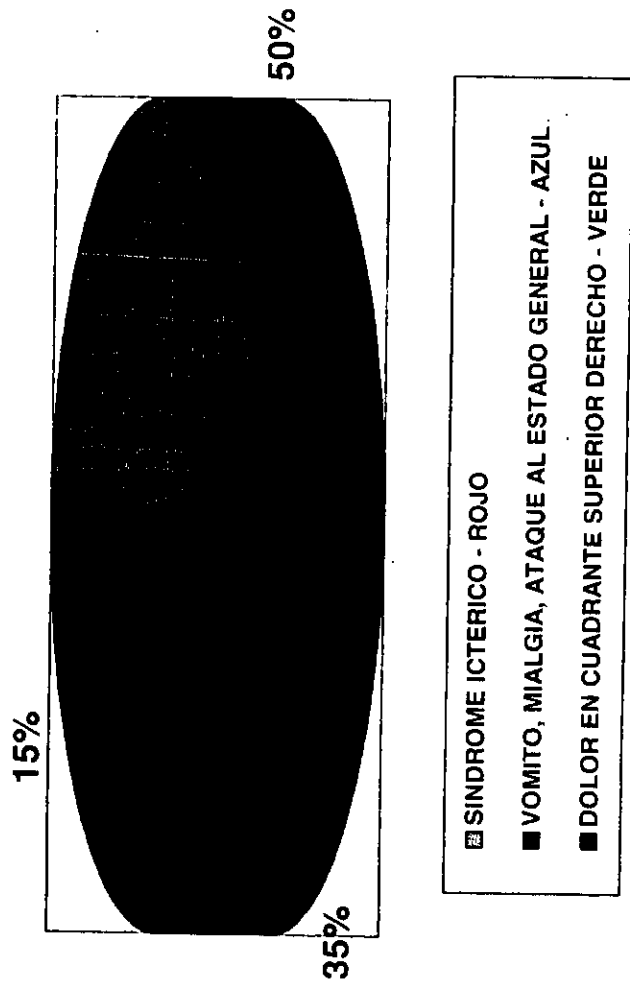
FIGURA 7
DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO A RESULTADOS DE PRUEBAS DE FUNCIONAMIENTO HEPATICO.



Con lo que respecta a hallazgos clínicos se encontraron los siguientes datos.

FIGURA 8

DISTRIBUCIÓN DE PACIENTES DE ACUERDO A HALLAZGOS CLINICOS



RESULTADOS

Se revisaron 735 expedientes clínicos con diagnóstico de enfermedad hepática y embarazo, se eliminaron 315 por ser expedientes incompletos, siendo la muestra 420 expedientes. Durante el periodo de enero a diciembre de 1998 se atendieron 7,850 mujeres embarazadas en el Hospital de la Mujer.

En la Figura 1, se muestra la distribución de pacientes por entidad patológica. Lo que llama la atención es que se encontró un 51.8% de pacientes con diagnóstico de coleliscistitis y síndrome icterico, y en segundo término síndrome de hellp con un 27%, colestasis intrahepática

13%, hepatitis 8%, e hígado graso 0.21%. En este último rubro solo se tuvo un caso de hígado graso el cual no se realizo necropsia.

DISCUSION

En el presente estudio se encontró una gran diversidad de patología hepática como lo muestra la Figura 1, siendo por fortuna el hígado graso muy raro, con un 0.21 %, sin embargo, el síndrome de HELLP sigue ocupando un porcentaje alto, (un 27%), no encontrando correlación entre la patologías más frecuentes (colestasis intrahepática y hepatitis viral) como lo reporta la literatura (2) y lo encontrado en este estudio que fue colecistitis y el síndrome icterico, puede ser

13%, hepatitis 8%, e hígado graso 0.21%. En este último rubro solo se tuvo un caso de hígado graso el cual no se realizo necropsia.

DISCUSION

En el presente estudio se encontró una gran diversidad de patología hepática como lo muestra la Figura 1, siendo por fortuna el hígado graso muy raro, con un 0.21 %, sin embargo, el síndrome de HELLP sigue ocupando un porcentaje alto, (un 27%), no encontrando correlación entre la patologías más frecuentes (colestasis intrahepática y hepatitis viral) como lo reporta la literatura (2) y lo encontrado en este estudio que fue colecistitis y el síndrome icterico, puede ser

debido a que muchos diagnósticos no se confirmaron y quedaron encasillados como Síndrome Ictérico.

Con lo que respecta a los grupos de edad, podemos decir que en el estudio encontramos más afectadas a mujeres jóvenes. El nivel socio económico más afectado fue el bajo. Se encontró también que es más frecuente en multigestas y en algunas patologías como el Síndrome de HELLP que se asocia a preeclampsia/eclampsia. Al parecer esta patología desencadena y/o favorece el embarazo pretérmino como lo indica el 48% de prematuros que se atendieron, esto se vio reflejado en productos de bajo peso. Con lo que respecta al laboratorio, se encontraron las pruebas de funcionamiento hepático alteradas en un 95.7% como era de esperarse.

CONCLUSIONES

En este estudio se encontró una relación de 10.6 x 1000 la cual es mayor a la reportada por la literatura de 1 x 1,000 embarazos.

Encontramos que la colestasis y la hepatitis viral, no son las principales patologías hepáticas como lo reporta la literatura. El grupo edad más afectado fue el de 25 -29 años.

Los productos obtenidos en su mayoría fueron prematuros de 34-36 semanas de gestación y con pesos de 2000 a 2500 gr.

En lo que se refiere a las variables de bajo nivel socioeconómico predominó el bajo con un 75%, congruente con un Estado nutricional deficiente en cantidad y calidad.

Estas patologías se encontraron más frecuentemente en multiparas con más de tres gestaciones, lo que equivale a un 75% de la muestra de estudio.

Los hallazgos clínicos más frecuentes fueron la ictericia, el vomito y ataque al estado general.

Se encontró pruebas de funcionamiento Hepático alteradas en un 95.7%, las cuales fueron un parámetro diagnóstico, principalmente la bilirrubina directa e indirecta y la amino transferasa de aspartato(AST).

En ningún caso se realizó biopsia hepática para corroborar diagnóstico. Solo una paciente falleció por ruptura hígado graso por lo que la mortalidad materna fue 0.1×100 en la muestra de estudio(420). Siendo la mortalidad fetal 8.06×100 recién nacidos; y la causa principal inmadurez y prematurez.

BIBLIOGRAFIA

1. Dexeus-Camera. Salvat. Fisiología obstétrica Editores, 1982; 128-1 36.
2. Gleichter. Medicina Clínica. Edit. Panamericana, 1989; 948-961.
3. M Assy MD, FRCP and GY Minuky, MD Liver Disease 'in pregnancy. Journal of the American College of Surgeons. Decernber. Vol 183; 1996: 643-653.
4. Gregory T. Everson MD, Liver Problem in pregnancy: Part 2, managing pre-existing and pregnancy induced liver disease. Medicine Toxline 1994-1998.
5. Gregory. Problement in pregnancy: Distinging normal from abnormal hepatic changes med line toxline 1994-1998.
6. Tamsin A, Knox MD, MPA and Lor 1, B Olans, Ma; MPH Liver disease in pregnancy the new England Journal of Medicine. Vol. 335, No. 8 August 1996; 569-576.
7. Caroline A Riely, MD. Hepatic disease in pregnancy. The American Journal of Medicine. Vol. 96 (suppl IA);18-22.

8. Richard H, Moseley MD, Management of chronic liver disease. Medical Clinics of North America Vol. 8, No. 5, September 1996; 1-23.
9. Marie L, Borum MD, MPH Womens Health Issues Part I. Hepatobiliary Diseases in Women. Medical Clinics of North America, Vol. 82, No. 8m January, 1998; 1-8.
10. Mannice Bacq. Seminars in perinatology. Acute Fatty of Pregnancy. Vol. 22 No. 2, April, 1998; 134-140.
11. Urania Maqriples. Hepatitis in pregnancy. Seminars 14 Perinatology, Vol. 22, No. 2, April 1998; 112-117.
12. Phillip Sarnuels, MD y Arnold W, Cohen MD. Embarazo complicado por disfunción y enfermedad hepática. Temas Actuales, Edit. Panamericana 1992; 731-747.
13. Ernest JM, Ginner LB, Pool R. Intrapartum hepatitis B screening in a low-risk population. Am J Obstet Gynecol 163; 978, 1990.
14. Carl J Sapaier and John T. Repré Hemolysis, elevated liver enzyme and low platelets (HELLP) syndrome. A review of diagnosis and management. Seminars in perinatology Vol. 22, No. 2, April; 1998: 118-1 ~3.

15. Steven J Realston and Steven D. Schwaitzberg. Liver hematoma and rupture in pregnancy. Seminars in Perinatology Vol. 22, No. 2, April. 1998; 141-148.