



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Academia Nacional de Medicina de México

Acta de la Sesión

Día mundial del hígado

Enfermedades del hígado durante el embarazo

Ciudad de México a 05 de junio del 2019

Bajo la coordinación del Dr. Enrique Wolpert Barraza y como ponentes: Dra. Graciela Castro Narro, Dra. Margarita Dehesa Violante, Dr. Aldo Torre Delgadillo

Dra. Graciela Castro Narro: “hepatitis por virus”

Las hepatitis virales se pueden dividir en las hepatitis A y E, mismas que son transmitidas de manera enteral y las hepatitis B y C, que son transmitidas de manera parenteral, la hepatitis D siempre va de la mano con la hepatitis B.

En la hepatitis C, se tiene la particularidad de que se presenta hasta el 65% de las infecciones en mujeres y es mucho más alta esta prevalencia precisamente por esos antecedentes de las transfusiones por los embarazos de las mujeres.

La historia natural del virus de la hepatitis en la mujer puede evolucionar hacia el aclaramiento espontáneo (curación espontánea), la progresión de la enfermedad y en esto tienen que ver los estrógenos, en cuanto al aclaramiento espontáneo, se puede decir que en la población general ocurre en 20% de los casos, sin embargo en las mujeres ocurre en mayor porcentaje.

En un estudio de 366 mujeres irlandesas, el 47% tuvieron una curación espontánea del virus después de 17 años y progresaron a cirrosis en forma más lenta que los hombres, en cuanto a la progresión de la enfermedad en 3 cohortes de 2,235 pacientes, ya que se visualizó que la progresión fue significativamente mayor en los hombres, que en las mujeres, la duración media de cirrosis en los hombres fue de 26 años y de las mujeres de 36 años.

En otro estudio alemán, las mujeres progresaron a cirrosis en 35 años, únicamente el 9.3% de los casos y esto se puede deber al efecto protector que tienen los estrógenos, sin embargo se ha visto que en las mujeres con menopausia con reemplazo hormonal progresa en menor, que las que no tienen reemplazo hormonal a la cirrosis hepática.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

En cuanto al embarazo el virus de hepatitis C, no afecta la historia natural de la infección crónica por virus de hepatitis C y durante el embarazo puede haber disminución de los niveles de transaminasas y la carga viral puede fluctuar sin que haya ninguna repercusión.

Por lo que el virus de hepatitis C, no afecta negativamente el embarazo, excepto cuando existe cirrosis hepática y lo que se ha visto en cuanto al virus C y embarazo, es que se ha reportado un incremento de bajo peso al nacer en aquellas mujeres que tienen hepatitis C, así como un tamaño menor para la edad gestacional del producto y con necesidad de cuidados intensivos mayores y también de ventilación asistida.

En cuanto a la transmisión vertical, se ha visto en 67 cohortes, prospectivas que únicamente el 1.7% de las mujeres con el virus del hepatitis C positivo, se encontró con 4.3% con una viremia documentada para virus de hepatitis C y el 19.4% con coinfección y los factores de riesgo que se encontraron para que hubiera esta transmisión vertical, fue el tener una carga viral aumentada, tener coinfección con VIH y también tener una ruptura prolongada de membranas con una vigilancia fetal invasiva.

Referente al tamizaje de hepatitis C positiva y embarazo, se han encontrado una prevalencia de .24% a 4.3%, con respecto a la hepatitis c y la lactancia materna existe la posibilidad de encontrar el virus C en la leche materna, pero no hay transmisión en la lactancia del virus de hepatitis C, excepto cuando hay pezones agrietados y sangrantes o en pacientes coinfectadas con VIH o virus c.

El tratamiento con antivirales, no está aprobado durante la lactancia, debido a que hay falta de seguridad y eficacia en este periodo que realmente no se ha estudiado.

La hepatitis C y el riesgo de transmisión sexual, es rara y se ha visto que puede haber riesgo en mujeres que tienen múltiples parejas sexuales, que tienen coinfección o bien que son usuarias de drogas intravenosas.

Con respecto al tratamiento del virus de hepatitis c en la mujer embarazada, no se recomienda dar el tratamiento para virus de hepatitis, sin embargo, el tratamiento se debe dar después del parto a toda paciente con infección crónica por virus de hepatitis C, teniendo las mismas indicaciones de priorización que todos los pacientes que pueden tener este virus, para alcanzar el objetivo final que es tener una respuesta viral sostenida y evitar la progresión del virus.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

La mujer tiene más probabilidad de una curación espontánea y una lenta progresión de fibrosis, existe un efecto protector de los estrógenos, el virus de hepatitis C, no afecta negativamente al embarazo, pues como se había dicho existe cuando hay cirrosis hepática, el tratamiento está contraindicado en el embarazo en pacientes con este virus y los antivirales de acción directa no tienen interacciones importantes con anticonceptivos.

En relación a la hepatitis por virus E, como se mencionó es una hepatitis que se transmite de manera enteral, dicho virus es un RNA lineal y este tiene 8 genotipos, el 1 y el 4 son los que pueden tener las personas y se va a transmitir por medio de una zoonosis, generalmente el 1 y el 2 existe en países con menos desarrollo y el 3 y 4 en países con un poco más de desarrollo, la OMS reporta por año 20 millones de infección por virus de hepatitis e y 3.3 millones de casos son sintomáticos, con 60mil muertes atribuidas a genotipos 1 y 2.

Se tiene de cero prevalencia en diferentes países hasta un 40% en Asia y África, 20% en EEUU, un 30% Europa y en México la epidemiología ha variado está cero prevalencia, ya que puede ir desde 0.4% hasta 36.6%, siendo esta la prevalencia más alta en Durango, encontrándose en embarazadas en 5.7% de los casos.

Las manifestaciones de la hepatitis por virus de hepatitis e, pueden ser manifestaciones extra hepáticas o manifestaciones hepáticas y éstas se pueden presentar tanto en las mujeres embarazadas como en cualquier persona.

Las manifestaciones extra hepáticas pueden ser desde: neurológicas, daño renal, presencia de anemia hemolítica, de miastenia gravis y hasta pancreatitis, por lo que en una paciente embarazada con estas manifestaciones clínicas hay que buscar virus de hepatitis E.

Las manifestaciones hepáticas pueden presentarse también, en las mujeres embarazadas como en las no embarazadas y puede presentarse como una hepatitis aguda, como una hepatopatía crónica, ya que el virus de hepatitis e puede dar una hepatitis crónica y sobre todo en aquellas mujeres que se encuentran con inmunocompromiso, así como en toda mujer que tenga manifestaciones hepáticas se debe descartar el virus de hepatitis E, en virtud de que aquí lo importante es que la mortalidad en el embarazo por este virus, puede ir de un 15 a un 25% de los casos.

El diagnóstico se puede hacer con anticuerpos, de preferencia igM positivos y si se pudiera tener carga viral para virus de hepatitis e, con esto ya se puede tener el



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

diagnóstico seguro, de tal manera que en toda paciente embarazada que tenga: una falla hepática aguda, una hepatitis aguda, presencia de ictericia, que presente datos de hepatopatía crónica o descompensación de esta hepatopatía y sobre todo si son pacientes con inmunocompromiso, se debe descartar siempre virus de hepatitis E.

El tratamiento para la hepatitis por virus E, en la paciente embarazada, de preferencia es únicamente sintomático, ya que está contraindicada la ribavirina y en algunas ocasiones en mujeres que tienen inmunocompromiso y que están tomando inmunosupresores, hay que bajar la dosis de estos y dependiendo de cómo se encuentre en el periodo de la gestación, se puede llegar hasta el trasplante hepático.

Para la prevención, lo más importante es tener un saneamiento en: zonas endémicas, mejoras en el agua potable y evitar en pacientes inmunocomprometidas y hepatópatas el consumo de carne mal cocida y mariscos, lo anterior debido a que en México no se cuenta con una vacuna, hay una vacuna autorizada en China, pero hasta el momento no se tiene en el país.

Se llega a la conclusión que las mujeres embarazadas presentan alta mortalidad y aumento de las complicaciones en el embarazo, México es considerado un país hiper endémico y la infección por virus de hepatitis e, en la mujer embarazada, requiere un tratamiento sintomático de inicio.

El virus de hepatitis B, mismo que es un virus que se transmite por vía parenteral, pero que también puede tener transmisión por vía sexual, mucho más elevada que el virus de hepatitis c y que puede transmitirse mucho más en forma vertical en la paciente embarazada, por lo que aquí existen dos problemas, el de la transmisión vertical que puede llevarse a cabo como una infección intrauterina perinatal o bien posnatal y donde puede haber el daño a este producto después de que nació y además del problema en el hígado, con una enfermedad hepática aguda o crónica, que incluso puede estar dando cirrosis hepática, en este caso, el tratamiento en la paciente embarazada con virus de hepatitis B, está contraindicado el interferón, por lo que se recomienda dar tratamiento con lamivudina o con tenofovir, pero sobre todo en las pacientes que tienen una hepatitis grave aguda durante el embarazo, sin embargo, con lo que se han visto mejores resultados en con el tenofovir, se debe de evitar la lactancia en estas pacientes que tienen una carga viral alta con un antígeno de superficie positivo, así mismo, se recomienda para evitar esta transmisión perinatal una profilaxis antiviral con tenofovir durante el tercer trimestre del embarazo hasta la semana 4 o



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

12 después del parto, en caso de que la carga sea mayor a 200 mil unidades por ml, se recomienda para el producto inmunoglobulina para hepatitis B y una vacunación al nacimiento lo antes posible, de preferencia en las primeras 12 a 24 hrs., con el mismo esquema de vacunación de 01 y 6 meses.

Se han visto buenos resultados en el tratamiento en estos pacientes con tenofovir disoproxil, así como una disminución de la carga viral y que como se puede ver, es significativa en aquellas pacientes en las que se administra tenofovir en comparación con las controles que no reciben el tratamiento, también se ha visto que al dar el tenofovir hay una negativización del DNA viral hasta en un 34%, sin embargo el 66% no se logra alcanzar al 100% la negativización, pero si una disminución importante de la carga viral.

Entonces en la hepatitis B, lo importante es llevar a cabo esa profilaxis para evitar el contagio al producto, en virtud de que si no se lleva a cabo esta profilaxis, hasta el 90% de los casos puede ser contagiado con una disminución muy importante con esta profilaxis.

Dr. Enrique Wolpert Barraza, “colestasis intrahepática”

La colestasis intrahepática, es una de las enfermedades que ocurren como consecuencia del embarazo, se caracteriza por prurito, comezón sobre todo en la palma de los manos y en la planta de los pies, muy intenso e intratable en ocasiones, así como alteraciones en las pruebas de funcionamiento hepática de colestasis que son reversibles y que afecta a las mujeres principalmente en el 3er trimestre del embarazo.

Es rara, pero es la más frecuente de las alteraciones hepáticas del embarazo, con una prevalencia de 1 en mil y hasta 1 en 10mil, esta puede ser más común en América Latina, particularmente en Chile donde la prevalencia llega a ser de un 3 a un 5%, sin embargo, con cambios en la dieta, puede disminuir esta prevalencia, de manera que los factores ambientales como se verá que participan de manera importante en la colestasis intrahepática.

El diagnóstico se hace determinando ácidos biliares en el suero, ya que esta es la prueba más útil y que puede llegar hasta 40 micromoles por litro, siendo esta una cifra normal entre 10, 15 y quizá hasta 20 micromoles por litro.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Esta determinación de ácidos biliares si está elevada, debe de repetirse cada semana, ya que las complicaciones aumentan cuando los valores de ácidos biliares son mayores de 40 micromoles.

En el “Instituto Nacional de Perinatología”, se comentaba que cuando se alteran los ácidos biliares en proporciones hasta de 200 micromoles por litro, no solamente hay estos daños, sino que también el daño a la placenta condiciona la menor sobrevida del producto.

Los factores de riesgo para desarrollar colestasis intrahepática en el embarazo, incluyen multiparidad, edad materna avanzada, embarazo gemelar y puede haber el antecedente de colestasis intrahepática con el uso de contraceptivos orales.

En las mujeres que han padecido colestasis intrahepática del embarazo, el padecimiento se puede presentar en más de la mitad de los embarazos subsecuentes, lo que sugiere una predisposición genética, esta variación genética en la mayoría de las pacientes con colestasis intrahepática en el embarazo, se ha identificado en los transportadores de la bilis, como los genes ABCB4 y ABCB11 y otros en la placenta, así como mutaciones que confieren un aumento en la susceptibilidad.

Las mujeres con colestasis intrahepática en el embarazo, tienen un aumento de padecimiento hepatobiliares en los años subsecuentes como: litiasis vesicular y más raramente neoplasias malignas, por lo que se ha informado de un aumento en la frecuencia de hepatitis C en pacientes con colestasis intrahepática, también pueden tener enfermedad cardiovascular y otros padecimientos de naturaleza autoinmune.

Dra. Margarita Dehesa Violante “hígado graso agudo”

La incidencia del hígado graso agudo en el embarazo, varía de un caso en 7 mil a 20 mil embarazos, esta enfermedad se describió por primera vez en 1940, como una entidad clínica muy similar a la atrofia amarilla aguda, la que provocaba que el hígado se encogiera y se hiciera amarillo con áreas de coloración rojiza, es más frecuente en primíparas y generalmente los productos son del género masculino, en virtud de que se presenta más en los embarazos cuando son del sexo masculino.

Es una enfermedad rara pero potencialmente devastadora, ya que se presenta como un episodio de hepatitis fulminante en las últimas semanas del embarazo,



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

histológicamente se caracteriza por la presencia de esteatosis microvesicular en el hígado.

Generalmente cursa con ataque al estado general, fatiga, anorexia, cefalea, náusea y vómito, existen múltiples cambios fisiológicos y hormonales durante el embarazo, necesarios para sostener el desarrollo fetal, el volumen plasmático circulante aumenta un 30%, existe aumento en la frecuencia cardíaca y una disminución de las resistencias vasculares periféricas, estos cambios aunados a aumento en el gasto cardíaco hasta en 30 y 40%, producen una circulación hiperdinámica similar a la que se presenta en la cirrosis compensada.

Los ácidos grasos libres, normalmente aumentan durante el embarazo, particularmente al final de la gestación, con el objeto de alimentar a la placenta para su crecimiento, si el metabolismo materno-fetal de los ácidos grasos está defectuoso, se acumulan productos intermedios del metabolismo en la sangre materna y en los hepatocitos con efecto deletéreo en ellos.

La deficiencia de la 3 hidroxiacil coenzima A deshidrogenasa fetal de cadena larga en el feto, se asocia con una mutación de la E474Q, por lo que no oxida los ácidos grasos, que regresan a la circulación materna la que se satura y da lugar al hígado graso agudo del embarazo, es una de las enzimas involucradas en la oxidación de los ácidos grasos y cataliza el paso del β oxidación de los ácidos grasos mitocondriales, en la cual se forma la 3 cetoacil coenzima de la hidroxiacil coenzima A.

En los fetos homocigotos con esta deficiencia la unidad fetoplacentaria no puede efectuar este paso, por lo que los niveles de los productos intermedios del metabolismo de los ácidos grasos aumentan y entran en circulación materna, en las madres de los heterocigotos que tienen esta deficiencia, estos metabolitos se pueden acumular en la sangre y en los hepatocitos, lo que es tóxico para el hígado materno.

La LCHAD es uno de los factores de Riesgo más estudiados, aunque cualquier enzima involucrada en la oxidación de los AG podría tener un efecto similar, existen otras mutaciones aunque rara vez se ha asociado al HGAE, La prevalencia de la enfermedad hepática materna es del 16% en todos los DOAG.

Se tiene un defecto compensado en la oxidación de los ácidos mitocondriales en la mujer, por factores endógenos y factores exógenos, por lo que al final del embarazo ocurre un cambio de energía evidente en la oxidación de los ácidos



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

grasos, de igual manera hay un aumento en los metabolitos de los ácidos grasos en la placenta y en la sangre materna, va a llegar a una esteatosis microvesicular y apoptosis de los hepatocitos y finalmente tiene lugar la falla hepática aguda en la madre.

En cuanto a los sistemas más frecuentes de acuerdo a lo informado en la literatura, son: vomito 83%, dolor abdominal 52%, ictericia 93%, encefalopatía 87%, polidipsia 60%, prurito 60% y ascitis 47%, por lo que cuando se tiene a una paciente con estas características lo ideal es inducir el parto lo más pronto posible, para que se pueda salvar la vida tanto de la madre como del producto.

Existen hepatopatías que solo aparecen en las mujeres embarazadas y que pueden desaparecer si se interrumpe el embarazo, por tal motivo se debe tener conocimiento de ellas y de sus complicaciones, ya que pueden comprometer la vida de la madre y del producto, el cual se debe estudiar y el manejo debe ser multidisciplinario.

Dr. Aldo Torre Delgadillo “síndrome de HELLP”

Hay que conocer que las enfermedades hepáticas del embarazo se dividen en aquellas que son no relacionadas con el embarazo y aquellas que son propias de embarazo, en esta última es donde cabe la patología en cuestión como todas las hipertensivas del embarazo aunada a la colestasis intrahepática, hiperémesis gravídica y el hígado graso.

Dentro de las patologías hipertensivas del embarazo, se debe de recordar que se cuenta con: la hipertensión crónica, la hipertensión gestacional, la pre-eclampsia – eclampsia y el síndrome de HELLP, como una manifestación extrema o atípica de la misma y la hipertensión crónica con pre-eclampsia agregada.

Se debe de entender que los desórdenes hipertensivos del embarazo afectan aproximadamente al 10% de los mismos, lo cual fue descrito como una variante de la pre-eclampsia en 1982 por el Dr. Louis Weinstein, de una corte de 29 mujeres embarazadas con estas características entendiéndose por síndrome de hellp a la montaña de enzimas hepáticas elevadas, hemólisis y plaquetas bajas.

En cuanto a la epidemiología lo que se tiene es que se presenta en el 0.5 a 0.9% de los embarazos y en el 10 a 20% de los casos de pre-eclampsia severa, el 70% se presenta antes del parto y el 10% se presentas antes de la semana 27 y el 20%



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

después de la semana 37, la mortalidad materna del 5%, sin embargo la fetal puede alcanzar hasta un 30%, en México la incidencia estimada oscila en el 12.7%.

Las mujeres con pre-eclampsia, como se sabe se puede complicar con el síndrome de HELLP y esto tiene un riesgo incrementado en morbilidad perinatal, existe el riesgo de tener fallo multiorgánico y hay situaciones atípicas que son graves, como pueden ser: la ruptura de la capsula hepática, insuficiencia renal, derrame pleural, ascitis y edema pulmonar y también cursar con coagulación intravascular post-parto.

La fisiopatología es compleja, pero se debe considerar que toda mujer embarazada tiene alteraciones que llevan a síntesis de proteínas alteradas, ya que estas, pueden llevar alteraciones en cuanto a factores de vasoconstricción, compromiso placentario y con esto llegar a lo que es el extremo de la entidad, mismo que es el síndrome de HELLP y cuya fisiopatología va por: depósitos de fibrina, complejos antígeno anticuerpo, agregación plaquetaria, respuesta inmune comprometida, aumento de la síntesis tromboxano A2, con afección a 3 órganos independientes que son los que dan nombre al síndrome, debido a que el hígado que es el sistema nervioso central y que es a nivel hematológico, a nivel de hígado: la alteración en las funciones hepáticas, a nivel de sistema nervioso central: episodios importantes de cefalea y compromiso microvascular y a nivel hematológico: la hemólisis y la plaquetopenia y todo esto bajo un sustento de daño endotelial importante, debido a que a nivel de la hemólisis: se tendrá una anemia hemolítica microangiopática característica, a nivel de la lesión hepática: la elevación de las enzimas hepáticas con compromiso importante de glutatión S-transferasa-1 y a nivel hematológico: el consumo plaquetario, cuyo diagnóstico debe ser por debajo de 100mil.

Es importante reconocer los factores de riesgo por los cuales las mujeres embarazadas pueden llegar a tener síndrome de HELLP, historia familiar del síndrome de HELLP igual a factor de riesgo reconocido, pre-eclampsia o síndrome de HELLP en embarazo previo, igual a prevalencia de hasta 10 o 20% en un futuro embarazo y la obesidad.

Las herramientas diagnósticas que se tienen y el cómo se hace el diagnóstico de esta entidad, pues como se ha mencionado síndrome de HELLP por las letras que determinan hemólisis, enzimas hepáticas alteradas y plaquetopenia, se considera un sub-tipo de la pre-eclampsia, existe un pequeño subgrupo entre el 12 y el 18% de las mujeres que pueden cursar con normo-tensión y el 13 % no tienen



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

proteinuria, la evaluación de toda paciente bajo esta sospecha debe incluir una biometría hemática, horas de funcionamiento hepático, fibrinógeno y factores de coagulación, buscar intencionalmente datos tempranos de patologías complicadas que pueden llevar a situaciones graves como es: infarto hepático, hemorragia y ruptura uterina, la falla renal aguda, el desprendimiento de retina, edema pulmonar, el desprendimiento de la placenta y la coagulación intravascular deben de entrar dentro del radar de la búsqueda de las complicaciones en los pacientes con síndrome de HELLP.

Clínicamente, son situaciones en las cuales el paciente se queja de dolor en el cuadrante superior derecho, dolor epigástrico, náusea-vómito, cefalea, disturbios visuales, ganancia de peso y edema secundario.

Es importante tener el diagnóstico diferencial con el cual estas patologías deben descartarse, se está hablando de enfermedades relacionadas con el embarazo y como puede ser: una trombocitopenia gestacional, falla hepática aguda en el embarazo y a aquellas enfermedades infecciosas o inflamatorias no relacionadas específicamente con el embarazo como son: hepatitis viral, colangitis y colecistitis o bien aquellas que cursen con patología epigástrica como pueden ser: gastritis, úlcera gástrica, pancreatitis aguda o aquellas entidades que tengan trombocitopenia no relacionado este síndrome y que puede ser: púrpura trombocitopénica inmunológica (PTI), deficiencia de folato, patologías inmunes como: lupus eritematoso o bien síndrome antifosfolípido, así como enfermedades raras, que pueden simular el síndrome de HELLP como: púrpura trombocitopénica trombótica (PTT) o el síndrome hemolítico-urémico.

Para hacer el diagnóstico del síndrome de HELLP completo, se requieren los 3 componentes, sin embargo, se tienen situaciones en las cuales el síndrome de HELLP puede ser incompleto o parcial donde se pueden contar con 1 o 2 elementos de la tríada, es importante reconocer criterios de seguridad que indiquen el riesgo que puede tener la paciente embarazada y estos son: DHL > 1400 U/L, AST > 150 U/L, ALT > 100 U/L, A. Único > 7.8 mg/ml.

El tratamiento se puede dividir en 3 partes, como 1) la interrupción inmediata del embarazo como primera opción en embarazos de más de 34 semanas 2) la interrupción del embarazo dentro de 48 hrs., después de evaluación y estabilización materna, bajo tratamiento con esteroides entre la semana 27- 34 de gestación. 3) tratamiento conservador de más de 48 - 72 hrs, en mujeres embarazadas de < 27 semanas de gestación.



ACADEMIA NACIONAL DE MEDICINA DE MÉXICO, A.C.

CUERPO CONSULTIVO DEL GOBIERNO FEDERAL

Presidente

Dra. Teresita Corona Vázquez

Vicepresidente

Dr. José Halabe Cherem

Secretario General

Dr. Gabriel Manjarrez Gutiérrez

Tesorero

Dr. Gilberto Felipe Vázquez de Anda

Secretaria Adjunta

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante

Los esteroides son justificados para el tratamiento pre-natal, ya que ha demostrado que acelera la maduración pulmonar, el pulmón debe de estar preparado para la inducción de maduración bajo el tratamiento con esteroides entre la semana 26 y 33 de gestación.

Por lo tanto los beneficios del uso temprano de esteroides y de injustificados corresponde a una reducción en la edición plaquetaria por el bazo, un mecanismo reológico directo endotelial, además disminuye la actividad plaquetaria.

Los medicamentos anti-hipertensivos son una parte fundamental del manejo de estas pacientes y se tienen a la mano múltiples de ellos, como son: alfa metil dopa, nifedipina, labetalol, prazosin, sulfato de Mg (esquema de zuspan) y DFH.

En el contexto de la trombocitopenia, se tienen que transfundir plaquetas, solo cuando se tengan < 50 mil UI, descenso rápido y existencia de coagulopatía, antes de la cesare en síndrome de HELLP clase 1, antes del parto, con recuento plaquetario por debajo de 25mil plaquetas.

Está indicada la Cesárea cuando, el síndrome de HELLP está presente antes de la semana 30 de gestación, cuando hay oligohidramnios y cuando el índice de bishop no favorable.

El síndrome de HELLP forma parte de las enfermedades hepáticas relacionadas al embarazo, se presenta en el 0.5 a 0.9% de los embarazos, y del 10 a 20% de los casos de pre-eclampsia severa, reconocer el síndrome de HELLP por la montaña de hemolisis, enzimas hepáticas alteradas y plaquetopenia, la conducta es interrumpir el embarazo y el uso de esteroides totalmente justificado para favorecer la maduración pulmonar en embarazos por debajo de 34 semanas.

La **Dra. Teresita Corona Vázquez**, agradece la presencia del Dr. Enrique Wolpert Barraza y como ponentes: Dra. Graciela Castro Narro, Dra. Margarita Dehesa Violante, Dr. Aldo Torre Delgadillo e invita el próximo miércoles 12 de junio con el tema "**la seguridad sanguínea**" bajo la coordinación de la Dra. Julieta Rojo Medina.

Dra. Mayela de Jesús Rodríguez Violante
Secretaria Adjunta

Para visualizar la sesión completa con su discusión favor de acceder al sitio www.anmm.org,