

Herrera Ortiz Alejandra¹ Arjona Méndez-Albarrán Roxana² Mijangos-Navarro Olivia Marisol³

1 Médico Adscrito de Ginecología y Obstetricia, 2 Residente de 3er año de Ginecología y Obstetricia, 3 Residente de 2do año de Ginecología y Obstetricia
Departamento de Ginecología y Obstetricia Hospital General "Dr. Manuel Gea González"



El hígado graso agudo del embarazo (HGAE) es una urgencia obstétrica cada vez más frecuente y potencialmente fatal.

Incidencia de 1/10.000-15.000 embarazos, aunque recientemente se han reportado 1/6.600 embarazos.

- Más común en 3er trimestre.
- La biopsia hepática confirma el diagnóstico.
- La mortalidad materno-fetal se sitúa en torno al 20%
- Asociada a embarazos gemelares, antecedente de HGAE, gestantes con fetos varones y pacientes primigestas.
- Es la causa más común de insuficiencia hepática aguda durante el embarazo.



Primigesta de 20 años, originaria de Oaxaca y residente de la Ciudad de México, quien niega antecedentes personales patológicos

Inicia padecimiento actual el día 21 de mayo de 2021, acude al servicio de urgencias del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" con embarazo de 33 semanas de gestación por ultrasonido de 2do trimestre refiriendo cefalea frontotemporal de intensidad 8/10 pulsante, sin atenuantes o agravantes, además de dolor abdominal tipo cólico abrupto, localizado en hipogastrio, sangrado transvaginal y salida de tapón mucoso además de actividad uterina irregular que aumenta en intensidad y frecuencia.

Tensión arterial:
120/90 mmHg
Frecuencia cardiaca:
76'
Frecuencia respiratoria:
18'
Temperatura:
36° C

Leucocitos	15 X10 ³ /µl
Hemoglobina	12.4 g/dL
Hematocrito	36.8%
Plaquetas	116 X10 ³ /µl
Glucosa	31 mg/dl
Creatinina	5.52 mg/dl
Bilirrubina indirecta	5.01 mg/dl
Bilirrubina directa	8.26 mg/dl

Alanino aminotransferasa (ALT)	138 UI/L
Aspartato aminotransferasa (AST)	201 UI/L
Deshidrogenasa láctica	893 IU/l
Tiempo de protrombina (TP)	16.8 seg
Tiempo de tromboplastina parcial (TTPa)	51.1 seg
INR	1.49

Ingresó a unidad tocoquirúrgica con los siguientes diagnósticos:
Gesta 1 + embarazo de 33.6 semanas de gestación por ultrasonido de segundo trimestre + feto óbito + periodo expulsivo del trabajo de parto + probable hígado graso agudo del embarazo

Paciente que cumple con 7 **Criterios de Swansea** con alta probabilidad de cursar con HGAE
El día 21.05.2021 a las 23:48 horas se obtiene feto obito masculino de 2390 gramos, talla 44 centímetros, Capurro 37.4 semanas, sin malformaciones aparentes, placenta con tinte icterico. Se repara episiotomía media con catgut crómico 2-0 sin alteraciones, sangrado 350 cc.



Ingresó a la Unidad de Terapia Intensiva por mal pronóstico a corto plazo.

Tratamiento médico

Medicamentos

- Metronidazol
 - Doxiciclina
 - Meropenem
 - Ertapenem
 - Metilprednisolona
 - Levotiroxina
 - Ergotamina
 - Carbetocina
 - Paracetamol
- Hemoderivados:**
- 5 concentrados eritrocitarios
 - 4 plasmas frescos congelados
 - 2 concentrados plaquetarios

Estudios de imagen

Ultrasonido (USG) de hígado y vías biliares:
Esteatosis hepática grado III

Tomografía (TAC) de cráneo:
Datos de hemorragia a nivel hipofisario

Procedimientos médicos

- Pinzamiento de arterias uterinas con técnica Zea
- Colocación del Balón de Bakri
- Reparación de dehiscencia de episiorrafia
- Ventilación mecánica (CPAP)

Otros estudios de laboratorio

Prueba de Coombs directa: Positiva

Sangrado total

**2300 mililitros
1950 gramos (evacuación melénica)**

La paciente presenta mejoría, se retira sedación y ventilación mecánica, se reinicia vía oral. Por mejoría clínica se decide su alta y se envía a uroginecología y a planificación familiar para seguimiento

Método de planificación familiar: Dispositivo intrauterino hormonal

El HGAE es una entidad poco frecuente y potencialmente mortal, el cuadro clínico cursa con elevación de transaminasas, hiperbilirrubinemia, hipoglucemia, prolongación de tiempos de coagulación, trombocitopenia, y elevación de creatinina. El diagnóstico puede ser complicado ya que comparte similitudes clínicas con otras patologías como preeclampsia, las hepatitis víricas y la colestasis del embarazo. La paciente presentaba el mismo caso clínico, sin embargo no presentaba cifras de tensión arterial elevada, por lo que se descarta inicialmente alguna enfermedad hipertensiva del embarazo.

La etiología es multicausal, aunque se relaciona estrechamente con el déficit de la hidroxil-coA deshidrogenasa de cadena larga (LCHAD) de forma aislada o de la proteína trifuncional mitocondrial.

El deterioro es rápido y progresivo hasta llegar a falla hepato-renal, coagulación intravascular diseminada y/o pancreatitis. La mortalidad materna y la fetal ronda los 15-30% y 14-20% respectivamente.

El diagnóstico de presunción se realiza con los criterios de Swansea, se deben cumplir 6 o más de los criterios, el diagnóstico definitivo se realiza con biopsia hepática. En este caso clínico la paciente a su ingreso presentaba 7 criterios de Swansea y posteriormente luego de realizar USG de hígado y vías biliares, cumplió con 8 criterios, no se realizó biopsia hepática. Una vez reconocido, el manejo del HGAE es la planificación del evento obstétrico y el manejo de la disfunción multiorgánica asociada con un equipo multidisciplinario

Vómito	Leucocitosis > 11 mil	Amoniaco elevado >27.5 mg/dL
Dolor abdominal	Hipoglucemia < 72 mg/dL	Creatinina >1.7 mg/dL
Polidipsia	Ascitis o hígado brillante en USG	Bilirrubina >8 mg/dL
Poliuria	Transaminasas >42 UI/L	Coagulopatía TO > 14 segundos
Encefalopatía	Urato elevado >47 uml/L	Esteatosis microvesicular en biopsia hepática