



EL DÍA A DÍA EN ATENCIÓN PRIMARIA: ¿QUÉ HARÍA USTED ANTE UN PACIENTE...?

## ¿Qué haría usted ante una paciente gestante de 29 semanas y prurito generalizado?



B. Moreno<sup>a,\*</sup> y Á. López Faraldo<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Centro de Salud Reina Victoria, Madrid, España

<sup>b</sup> Medicina Familiar y Comunitaria, Centro Madrid Salud Navas de Tolosa, Madrid, España

Recibido el 2 de enero de 2014; aceptado el 1 de abril de 2014

Disponible en Internet el 3 de junio de 2014

### PALABRAS CLAVE

Colestasis;  
Embarazo

### KEYWORDS

Cholestasis;  
Pregnancy

**Resumen** La colestasis intrahepática del embarazo es una enfermedad reversible, de frecuencia variable, cuya fisiopatología es el incremento de los ácidos biliares en la sangre materna y fetal. Las altas concentraciones de los ácidos biliares causan prurito materno y alta morbi-mortalidad perinatal. Los médicos de atención primaria, en contacto cercano con el paciente, debemos tener un alto índice de sospecha ante un síntoma típico de colestasis como es el prurito generalizado, así como en palmas y plantas en mujeres en el segundo o tercer trimestre de gestación, para poder actuar en consecuencia.

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### What would you do with a 29-weeks pregnant woman with generalised pruritus?

**Abstract** Intrahepatic cholestasis of pregnancy is a reversible disease of variable frequency. The pathophysiology involves an increase of the bile acids in the fetal blood of the mother and the fetus. The high concentrations of the bile acids cause maternal pruritus and high perinatal morbimortality. Primary Care physicians in close contact with the patient must have a high index of suspicion when faced with typical symptoms of cholestasis, such as generalized pruritus in women in the second or third trimester of gestation to be able to act on the consequences.

© 2014 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

### Situación clínica

Presentamos el caso de una paciente de 34 años, secundigesta de 32 semanas en seguimiento por el Servicio de Obstetricia de zona. Hasta el momento, su embarazo

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [Barbaramoreno71@yahoo.es](mailto:Barbaramoreno71@yahoo.es) (B. Moreno).

**Tabla 1** Diagnóstico diferencial de colestasis intrahepática

	Hiperémesis gravídica	Preeclampsia/ síndrome de HELLP	Colestasis intrahepática	Hígado graso agudo
Dolor abdominal	—	++	—	++
Vómitos	+++	++	—	++
Ictericia	+/-	+	+	++
Prurito	—	—	+++	+/-
Insuficiencia hepática	—	+/-	—	+++
Síntomas neurológicos	+/-	+	—	++
Aparición	Primer trimestre	Trimestres 2-3	Trimestres 2-3	Tercer trimestre

Fuente: Pérez et al.<sup>3</sup>.

transcurre con normalidad y a nuestra consulta acude normalmente por recetas de hierro para su embarazo. Sin embargo, un día acude porque presenta mucho picor generalizado desde la semana 29, color muy amarillo en la orina y las heces normales. No presenta disuria, fiebre u otros síntomas asociados. Cuando se le pregunta, refiere que el prurito también lo había tenido en su primer embarazo.

Ante la sospecha de colestasis intrahepática del embarazo, se solicita analítica preferente para el día siguiente con perfil hepático completo, bioquímica y sedimento de orina. Los resultados son los siguientes: GPT (ALT) 826 U/L, GOT (AST) 342 U/L, GGT 50 U/L, *fosfatasa alcalina* 340 U/L (n: 30-120), *bilirrubina total* 1,82 mg/dL (n: 0,3-1,2); sedimento de orina, sin alteraciones. Ante estos resultados, y puesto que el especialista de zona la veía en un plazo de 2 semanas, se deriva a Urgencias. En el hospital la paciente permanece ingresada y alcanza los valores de transaminasas más altos, con GPT 1.692 UI/L y GOT 988 UI/L; la ecografía abdominal revela esteatosis hepática, y el resto no muestra alteraciones significativas. Finalmente, y tras estar ingresada en observación, le inducen el parto en la semana 35, con resolución del cuadro.

### Manejo de la situación

El prurito, aunque es infravalorado a menudo por pacientes y médicos, es un síntoma importante en muchas enfermedades cutáneas, y también puede ser crucial en algunas afecciones sistémicas, tales como la insuficiencia renal y la colestasis<sup>1</sup>. En el embarazo, además, puede haber distintas dermatosis (herpes gestacional, erupción polimorfa, colestasis intrahepática y erupción atópica) cuyo síntoma cardinal es el prurito; su localización, el tiempo de inicio, así como la morfología de las lesiones pueden ayudar al diagnóstico diferencial<sup>2</sup>.

Nuestra paciente presenta una colestasis intrahepática del embarazo, y en estos casos, el prurito suele ser generalizado o confinado a palmas y plantas, empeora por las noches y solo existen lesiones de rascado. No suele asociar ictericia, fiebre o dolor abdominal; precede muchas veces a las alteraciones del laboratorio, que consisten en un aumento de las transaminasas que no superan los 1.000 U/L, con un aumento de la fosfatasa alcalina; la bilirrubina no supera los 6mg/dl y las pruebas de coagulación son normales<sup>3</sup>. Realizar un correcto diagnóstico diferencial es importante porque pequeñas peculiaridades nos orientan

a una u otra dermatosis, así como otras hepatopatías que transcurren en el embarazo y cuya evolución, manejo y pronóstico son distintos (tabla 1).

El pronóstico materno es bueno, en pocos días todo retorna a la normalidad tras el parto: no contraindica la lactancia materna, aunque la colestasis puede repetirse en embarazos posteriores, con una gravedad variable hasta en un 60-70% de los casos. También es posible una recurrencia de los síntomas con la toma de anticonceptivos hormonales combinados<sup>4</sup>. Hasta ahora, se pensaba que no había secuelas biliares o hepáticas importantes para la madre, aunque existen estudios de cohortes que señalan una mayor incidencia de hepatitis C, con una odds ratio de 3,5 (IC 95% 1,6-7,6; p < 0,001), cirrosis no alcohólica 8,2 (IC 95% 1,9-35,5; p < 0,05) y litiasis biliar 3,7 (IC 95% 3,2-4,2; p < 0,001). Ante estos resultados, los autores concluyen que se debería hacer un seguimiento evolutivo de la madre por la posibilidad de desarrollar estas hepatopatías<sup>5</sup>.

La colestasis intrahepática del embarazo, a diferencia de otras dermatopatías de este período, conlleva un riesgo significativo para el feto, cuyas principales complicaciones son la prematuridad (19-60%), el distrés fetal (22-33%), la tinción meconial y la muerte intraútero (1-2%)<sup>2,4</sup>.

Cuando se presenta una colestasis intrahepática del embarazo, el objetivo primordial es finalizar este con éxito, y para mejorar el pronóstico fetal se necesita un diagnóstico temprano y un seguimiento estrecho del feto, induciendo el parto cuando se alcance la madurez fetal. El tratamiento es sintomático con antihistamínicos (hidroxicina), aunque no mejora el pronóstico y en casos graves puede usarse el ácido ursodesoxicólico, obteniendo mejorías sintomáticas y analíticas a corto plazo, aunque su seguridad en el embarazo no está completamente establecida (Anexo 1)<sup>3,6</sup>.

Nuestro papel como médicos de cabecera de los pacientes y nuestra accesibilidad permiten en muchos casos la detección precoz de este tipo de situaciones, y aunque el manejo de ellas sea fundamentalmente de segundo nivel, en nuestras manos está muchas veces hacer un diagnóstico precoz para facilitar el tratamiento y, en este caso, un seguimiento adecuado de la madre y, en especial, del feto. Desde atención primaria el seguimiento posparto implica comprobar la resolución posnatal del prurito y la normalización de las enzimas hepáticas 2 semanas después del parto. Se debe hacer una vigilancia activa ante posibles enfermedades hepáticas relacionadas e informar de la recurrencia en gestaciones posteriores, así como durante la toma de anticonceptivos hormonales. Estos no están

contraindicados, se ha de valorar el beneficio/riesgo, y el índice de recurrencia es bajo con la toma de progesterona sola.

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Algoritmo 1. Manejo y tratamiento hospitalario. Fuente: Martínez Terrón et al.<sup>7</sup>

#### Control materno

1. Analítica de control cada 1-2 semanas.
  - Hemograma, glucosa, creatinina, iones.
  - Perfil hepático y lipídico.
  - Coagulación.
2. Determinación única de sales biliares a las 37 semanas o al diagnóstico si > 37 semanas y visita en una semana para valorar los resultados.
3. Medidas farmacológicas:
  - Ácido ursodesoxicólico.
  - Antihistamínicos: dexclorferinamina o hidroxicina que pueden tener un papel sedante para aliviar el prurito.
  - Vitamina K semanal intramuscular o diariamente por vía oral a partir de la semana 35, ya que se puede encontrar déficit de la misma por posible malabsorción intestinal, o bien por dificultad en la producción de los factores de coagulación.
  - No se recomienda el uso de dexametasona ni de colestiramina, ya que no existe evidencia de su efectividad sintomática ni en la mejora de los parámetros analíticos.

#### Control fetal

1. Prueba sin estrés fetal o cardiotocografía basal cada 1-2 semanas desde el momento del diagnóstico.
2. Ecografías habituales según la edad gestacional.
3. Control de movimientos fetales por parte de la madre e instrucciones para consultar a Urgencias.

#### Criterios de finalización del parto

Se recomienda la inducción del parto a partir de la semana 37-38, aunque será la sintomatología materna y las pruebas de bienestar fetal las que ayuden a tomar esta decisión.

### Bibliografía

1. Terán A, Fábrega E, Pons-Romero F. Prurito asociado a colestasis. *Gastroenterol Hepatol.* 2010;33:313-22.
2. Ambros-Rudolph CM. Dermatoses of pregnancy - Clues to diagnosis, fetal risk and therapy. *Ann Dermatol.* 2011;23:265-75.
3. Pérez N, Ortiz Bellver V, Pastor Plasencia MA, Berenguer Haym M, Ponce García J. Enfermedades hepáticas y gestación. Revisión de conjunto. *An Med Interna.* 2001;18:10.
4. Lorente S, Montoso MA. Colestasis gravídica. *Gastroenterol Hepatol.* 2007;30:541-7.
5. Ropponen A, Sund R, Riikonen S, Ylikorkala O, Aittomäki K. Intrahepatic cholestasis of pregnancy as an indicator of liver and biliary diseases: A population-based study. *Hepatology.* 2006;43:723-966728.
6. Medina Lomelí JM, Jáuregui Meléndez RA, Medina Castro N, Medina Castro D. Colestasis intrahepática del embarazo: una revisión. *Ginecol Obstet Mex.* 2012;80:285-94.
7. Martínez Terrón M, Ros C, Teixidó I, Palacio M. *Protocols: Medicina fetal y perinatal [actualizado 17 Ene 2012].* Barcelona: Servei de Medicina MaternoFetal-ICGON-Hospital Clínic; 2012.