

## **Diagnóstico de presunción y tratamiento de la colestasis gestacional intrahepática.**

A. Pereda, M Monclús, V. Alvarez, S Cano, B. Consola, J Bermúdez, F Ojeda  
Servei de Ginecologia i Obstetricia. Fundació Hospital/Asil de Granollers.

### **Introducción:**

La colestasis gestacional intrahepática es una complicación obstétrica que se presenta generalmente en el tercer trimestre de la gestación. De etiopatogenia desconocida se asocia a peores resultados perinatales, prematuridad e incluso muerte intraútero.

Por tanto parece necesario el tratamiento lo más precozmente posible y la finalización de la gestación, tras comprobar madurez fetal.

El retraso en el diagnóstico de confirmación mediante la comprobación de la elevación de los ácidos biliares en sangre es uno de los problemas principales. El objetivo de nuestro estudio es cuantificar dicho retraso y los problemas que esto acarrea en gestaciones que se finalizan sin la confirmación diagnóstica elevando el índice de prematuridad y de morbilidad fetal; y la necesidad de buscar diagnósticos de sospecha lo suficientemente sólidos como para justificar el inicio del tratamiento con ácido ursodesoxicólico (AUDC).

### **Pacientes y método:**

Estudiamos retrospectivamente a 23 gestantes y puérperas con alteración de los ácidos biliares entre enero de 1997 y junio del 2004. 1 de los casos precisó atención en un hospital de 3º nivel.

Analizamos la clínica, los parámetros analíticos que presentaban las pacientes y los resultados perinatales obtenidos.

### **Resultados:**

La mediana de tiempo de gestación en el que se inician los síntomas es de 36 semanas, y de 14 días el tiempo de retraso diagnóstico de la enfermedad. Los resultados se describen en las siguientes tablas:

<b>Tabla 1. Diagnóstico</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Prurito	23	100%
Meconio	9	39.1%
Transaminasas alteradas	21	91.3%

<b>Tabla 2. Inducción y prematuridad</b>	<b>Nº</b>	<b>%</b>
Inducciones (respecto el total)	19	86.4%
Inducción sin diagnostico (respecto las inducciones totales)	7	36.8%
Prematuros (respecto el total)	4	18.2%

<b>Tabla 3. Tipo parto</b>	eutócico	instrumentado	cesárea
Inducciones (19)	9 (47.4%)	5 (26,3%)	5 (26.3%)
Espontáneos (3)	1 (33,3%)	2 (66.7%)	0

<b>Tabla 4</b>	Transaminasas alteradas	Transaminasas alteradas+clínica	Transaminasas normales
Ac biliares alterados (diag. de colestasis)	20 (87%)	21 (91,3%)	2 (8,7%)

#### **Discusión:**

En el momento en el que se llega a un diagnóstico de certeza se finaliza el parto en el 100% de las gestaciones a término y en el 37.8% de las prematuras. En el periodo de tiempo considerado del total de inducciones 36.8% se produjeron sin diagnóstico definitivo y sin iniciar tratamiento con AUCD. El porcentaje de instrumentación en los partos espontáneos es tan alto por la prematuridad de las gestaciones.

El 100% de las gestaciones consideradas con alteración de transaminasas y clínica pruriginosa presentaban alteración en ácidos biliares (S=91.3%)  
 Por último, se ha detectado morbilidad fetal en 1 de los casos estudiados con un APGAR de 0-3-6 al nacimiento. La paciente presentaba clínica compatible y transaminasas alteradas pero sin confirmación diagnóstica en el momento del parto, el niño se encuentra en estos momento en seguimiento pediátrico mostrando limitaciones psicomotrices.

#### **Conclusiones:**

Se hace necesario un estudio prospectivo que pueda demostrar la relación entre la alteración de transaminasas en pacientes con clínica pruriginosa y la de los ácidos biliares, para poder establecer un diagnóstico de sospecha que nos permita iniciar el tratamiento con AUCD y disminuir así la clínica materna y mejorar los resultados perinatales disminuyendo el índice de prematuridad y morbilidad fetal en este colectivo.

**Presentado en el XXVIII Congreso Español de Ginecología y Obstetricia. A Coruña 2005.**