

X Congreso Médico Centroamericano

Primer Congreso Centroamericano de Gastroenterología

ICTERICIAS EN EL EMBARAZO*

*Dr. JORGE HADDAD Q.***

*Dr. EDGARDO ALONZO M.****

Aparentemente la presencia de Ictericia en el curso del embarazo es poco frecuente; sin embargo, tenemos la impresión de que todo obstetra afronta de vez en cuando este problema y si esto se enfoca sobre volúmenes importantes de mujeres en gestación, la proporción de casos se hace evidente.

En la actualidad y seguramente en el futuro, por el hecho de un mejor conocimiento de las diferentes causas de Ictericia y porque las formas virales de hepatitis se observan con más frecuencia o bien por el uso inmoderado de drogas hepatotóxicas, los estudios estadísticos tienden a demostrar mayores incidencias de esta complicación del embarazo.

El objeto del presente trabajo, es efectuar una revisión del problema, basándonos en estudios bibliográficos, interesando así a Obstetras e Internistas para efectuar estudios en masa en nuestros respectivos países para luego compaginar resultados y obtener un estudio regional que corresponda al Istmo Centroamericano.

Nuestro deseo inicial fue de adjuntar a este trabajo, una casuística propia y en efecto hemos revisado alrededor de 4.000 fichas del Servicio de Maternidad del Hospital General San Felipe y de la Consulta Externa de Obstetricia del mismo Hospital, encontrando solamente unas breves alusiones a cólicos hepáticos transitorios, a operaciones efectuadas en el árbol biliar fuera de embarazos y otras sin importancia. Nosotros creemos que no se ha dado la debida atención al problema de las Ictericias en los interrogatorios de las gestantes y de allí nuestro interés en formar un gran equipo de trabajo en el que los Obstetras serán los detectores en primera instancia.

* Presentado al 1er. Congreso Centroamericano de Gastroenterología, San Salvador, diciembre 1963.

** Del Servicio de Gastroenterología de La Policlínica, S. A., Instructor de Medicina, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Autónoma de Honduras.

*** Del Departamento de Medicina, Hospital General «San Felipe», Profesor Titular de Clínica Médica, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

Es evidente que la incidencia de esta complicación es baja, lo que justifica nuestros escasos hallazgos y a ese propósito en el curso de nuestra exposición tendremos ocasión de presentar varios datos estadísticos que demuestran en diferentes latitudes como la proporción, siendo pequeña, ha ido en aumento en los últimos años.

Es interesante apuntar, que aunque las cifras indiquen proporciones bajas, esos pocos casos que puedan presentarse en períodos de tiempo talvez prolongados, pueden a su vez plantear verdaderos problemas terapéuticos, problemas sobre los cuales aún no hay un criterio definido y sobre el cual tendremos que acumular experiencia.

Queremos proponer a la naciente Sociedad de Gastroenterología Centroamericana que ahora inicia sus actividades, el siguiente programa relativo al tema Ictericias en el Embarazo:

1) Revisión Bibliográfica del problema. El presente trabajo puede servir de base, enriqueciéndole con futuras adquisiciones o con la opinión de connotados elementos de la Gastroenterología y de la Obstetricia, que podrán ser consultados al respecto. Esta revisión puede ser publicada de tal manera que sea del conocimiento de los grupos de trabajo de cada uno de nuestros países y que estarán constituidos especialmente por Obstetras y Gastroenterólogos o Internistas.

2) Fijar un plazo, a partir de la presentación de este trabajo, durante el cual se hará una observación cuidadosa de las gestantes tanto en clínicas privadas como en centros de beneficencia para obtener valores estadísticos globales.

3) Al término del plazo fijado, compaginar resultados para obtener los valores estadísticos de Centroamérica y Panamá, con los que podremos presentarnos en Congresos Panamericanos o Mundiales de Gastroenterología.

4) Deducir las indicaciones terapéuticas en los diferentes tipos de Ictericia, según nuestra experiencia y basados en las indicaciones que prevalezcan en el presente.

EL HÍGADO DURANTE EL EMBARAZO. —Podemos sentar como premisa que el hígado durante el embarazo no sufre ninguna alteración⁽¹⁷⁻¹⁹⁾.

Que los cambios histológicos encontrados por algunos, carecen de importancia clínica pudiendo ser considerados como reacciones del órgano ante la demanda de la madre y del feto.

Hasta hace solamente un tiempo atrás, se sostenía que habían cambios de importancia en el parénquima hepático que le eran característicos e incluso se consideraba que algunos embarazos producían ictericia que podía repetirse en las próximas gestaciones⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Se acepta en general, que los cambios más frecuentemente encontrados consisten en agrandamiento de los hepatocitos con citoplasma finamente granular, pequeñas infiltraciones linfocíticas en los espacios periportales, evidencia histoquímica de pobreza glucogénica en el hígado, vacuolas de grasa y moderada tumefacción de las células de Kupffer, pero estos mismos hallazgos han sido encontrados en mujeres no embarazadas, de lo que se dedujo que la única diferencia histológica de importancia es un moderado recargo de grasa de los hepatocitos.

CLASIFICACIÓN. —Thorling, citado por Raichman⁽¹⁷⁾ nos ofrece una clasificación de los estados patológicos del hígado debidos al embarazo y también de enfermedades hepáticas que pueden presentarse en el curso del embarazo:

- 1) Enfermedades hepáticas debidas al embarazo.
 - A) Hiperémesis Gravídica.
 - B) Toxemias del embarazo especialmente la eclampsia.
 - C) La llamada "atrofia amarilla Aguda Obstétrica" una entidad patológica distinta y relacionada con daño hepático y diferente de la hepatitis viral y la Atrofia Amarilla.
 - D) Ictericia Recurrente del Embarazo.
- 2) Enfermedades Hepáticas coincidentes, en las que la clasificación de las Ictericias es aplicable.
 - A) Hepatitis Viral con progresión ocasional a la necrosis celular masiva de hígado, a la Atrofia Amarilla Aguda.
 - B) Enfermedades del Tracto Biliar.
 - C) Factores tóxicos o infecciosos tales como químicos, drogas o enfermedades infecciosas agudas.
 - D) Desórdenes sanguíneos con procesos hemolíticos.
 - E) Enfermedad Hepática Pre-existente tal como Cirrosis.

Una clasificación que es ampliamente conocida y fácil de recordar puede aplicarse a lo antes anotado; la clasificación de Ducci dice así:

	Hemolíticas
Pre-Hepáticas	No hemolíticas
Hepáticas	Hepatocelular
	Hepatocanalicular
Post-Hepáticas	Incompleta
	Completa

Quedan anotadas ambas clasificaciones, ya que tanto una como la otra interesan a Obstetras e Internistas.

HIPEREMÉSIS GRAVÍDICA

En general, la hiperémesis gravídica es considerada como un trastorno relacionado con la producción de hormonas gonadotrópicas por el trofoblasto ⁽⁸⁾ ya que hay una coincidencia entre la máxima elevación de los niveles sanguíneos de esta hormona y la mayor intensidad de náuseas y vómitos, lo que ocurre en las primeras semanas del embarazo. Los factores psíquicos han sido involucrados y existen pruebas evidentes de esta posibilidad.

Los estados nauseosos prolongados llevan a trastornos nutricionales que afectan en un grado acentuado a la célula hepática; la insuficiencia de proteínas, que son indispensables para la movilización de la grasa hepática, conduce a estados de

sobrecarga de la misma y a necrosis centrolobulillares que han sido evidenciados por estudios histológicos y revelado por las pruebas de laboratorio. En casos más graves se observan hiperbilirrubinemias moderadas.

ECLAMPSIA – La ictericia como signo de perturbación hepática durante Los episodios de eclampsia, es rara. Los autores consultados están de acuerdo en que hay lesiones hepáticas caracterizadas por fenómenos vasculares como en el resto del organismo, es decir, trombosis de la porta o la arteria hepática, necrosis centrolobulillar y mediozonal, necrosis fibrinoide periportal y lesiones hemorrágicas necróticas extensas alrededor del tracto portal y de la vena central.

Sheehan ⁽²⁰⁾, ha encontrado ictericia en 10 de 90 casos mortales de eclampsia y atribuye su origen a fenómenos hemolíticos vasculares.

Según Popper y Schaffner, ⁽¹⁴⁾ el hígado está comprometido cuando menos en el 50% de los casos de eclampsia. Originalmente, dicen, se creyó que una toxina era la causa de la lesión hepática, pero actualmente parecen ser más importantes ciertos factores circulatorios y alteraciones en la coagulación sanguínea. Las venas pueden ser obstruidas por trombos, pero es más característica la presencia de trombos de fibrina en los sinusoides, lo que produce necrosis de los hepatocitos, con hemorragia y ruptura de la red estructural. La periferia del lóbulo se vuelve anóxica, quedando indemne la zona central porque recibe sangre de otros sinusoides. La causa de estos trombos se cree es la liberación de factores tromboplásticos de la placenta.

El tratamiento de las lesiones hepáticas con o sin Ictericia en el curso de la Eclampsia, es el tratamiento de la toxemia.

ATROFIA AMARILLA AGUDA OBSTÉTRICA. Esta forma fue descrita por Sheehan ^(2°) y aunque hay alguna controversia en cuanto al factor etiológico, parece en realidad tratarse de una forma especial de injuria severa del hígado. Rara, solamente es encontrada por Mickal, citado por Richrnan ⁽¹⁹⁾ 1 vez en 69.000 partos en el Charity Hospital de Louisiana en New Orleans, Eastman no encuentra ningún caso de 30.000 partos en el Hospital de Johns Hopkins de Baltimore y ninguno en 25.000 admisiones al Servicio de Obstetricia del Mount Sinai Hospital de Nueva York. Han sido reportados 18 casos hasta el momento en la literatura mundial. Se trata de un síndrome icterico del último trimestre del embarazo, que en los 7 a 15 primeros días de la enfermedad provoca el parto prematuro de un feto muerto, con mortalidad materna alta (83%). 5 de estas 18 mujeres murieron poco después del parto. El cuadro biológico es el de una hepatitis grave, pero la anatomía patológica sólo demuestra reducción moderada del volumen del hígado con algunos cambios grasos que no trastornan la arquitectura lobulillar; no se encuentran cambios histológicos que recuerden a las formas usuales de hepatitis viral. Es por ello que es considerada como un proceso patológico totalmente diferente a la Atrofia Amarilla Aguda de las Hepatitis virales. Se informan también infiltraciones grasas en el riñón y en el páncreas, por lo que se ha planteado la posibilidad de que se trate de disturbios ocasionados por mal nutrición; posiblemente sea un trastorno en la movilización de la grasa por la inhibición de un sistema enzimático o por un antagonismo biológico hacia un metabolito necesario ⁽¹⁷⁾.

ICTERICIA RECURRENTE DEL EMBARAZO. Llamada por otros autores Ictericia Idiopática recurrente del embarazo, hepatitis colestásica del embarazo, Ictericia recidivante o Hepatitis de Sheehan, es una entidad relativamente rara, descrita en los países nórdicos y caracterizada por ictericia de los últimos cuatro meses acompañada de prurito, coluria y acolia. Aunque algunos autores ^(21, 11, 18, 13)

afirman crisis de ictericia en sucesivos embarazos, Thorling, citados por Richman ⁽¹⁷⁾ en revisión de 73 casos en los cuales 25 habían sido considerados como ictericia recurrente, pudo demostrar solamente en 3 que la ictericia se había presentado en embarazos sucesivos. Los estudios histológicos efectuados por punción biopsia durante el embarazo han demostrado la presecencia de trombos biliares ocupando los finos canalículos sin lesión celular o del tejido conectivo periportal. Nuevas biopsias después del parto revelaron que todo indicio de lesión había desaparecido. Esto induce a pensar que esta forma de ictericia obedece a colestasis intrahepática como aquellas obsesidas después de la administración de drogas como la clorpromazina. Sin embargo Richman considera que esta hiperbilirrubinemia puede ser debida a algún transtorno en el metabolismo de la bilirrubina por defecto enzimático que recae en la captación a nivel de la célula hepática (Enf. de Gilbert) o por acumulación de pigmento anormal en la célula hepática (Síndrome de Dubin-Johnson). El curso clínico de la ictericia no presenta mayores eventualidades. La ictericia es moderada. El prurito puede incluso ser el único síntoma. En un caso relatado por Van Woert y Kirsner, ⁽²⁵⁾ el prurito fue el síntoma principal. Puede acontecer que futuros embarazos así complicados presenten prurito como única manifestación. El estado general se conserva. El hígado puede estar moderadamente hipertrófico. El bazo está normal. El parto prematuro se observa con frecuencia tal vez debido a una supuesta acción del ácido cólico sobre el útero. El feto nace en buenas condiciones y se desarrolla normalmente. Los exámenes de laboratorio indican la ausencia de daño celular, ya que los tests de floculación y la electroforesis son normales. Solamente se ha informado una discreta elevación de la fosfatasa alcalina. El tratamiento consiste en una dieta adecuada, reposo relativo, proscrición del alcohol, administración de Vit. K para prever estados hemorrágicos según algunos autores.

HEPATITIS VIRAL. Parece ser opinión general que la hepatitis viral es la causa más frecuente de ictericia en el embarazo. La incidencia ha ido aumentando en los últimos años, posiblemente a consecuencia del aumento de la enfermedad en la población general, y al uso cada vez mayor de la terapéutica parenteral en las embarazadas. Zondeck y Bromberg ⁽²⁶⁾ informan sobre 10 casos en 72.000 pacientes del Chicago Lying-in-Hospital de 1943 a la fecha. Los mismos autores habían estudiado en 1934 a 1943, 30 casos en 12.360 embarazadas. De 1943 a 1946, 29 casos en 3.382 en Israel, durante una epidemia. Otras estadísticas apuntadas por Synodinos ⁽²²⁾ son también demostrativos del grado de incidencia de la enfermedad en el embarazo; Lacomme: 10 casos sobre 10.000 partos; Vicent ⁽²⁴⁾ reporta 32 casos de ictericia entre 136.179 embarazadas en el Charity Hospital de Louisiana de 1941 a 1956 con una proporción de 0.02341. De estos 32 casos 23 fueron debidos a hepatitis viral infecciosa y 2 a hepatitis por suero homólogo. Eynodinos ⁽²²⁾ en 6 años ha observado 37 casos de ictericia en 44.000 gestantes con una incidencia de 0.84% 24 de éstos eran casos de hepatitis viral; cita además a Martín que encontró 27 casos sobre 91.000 observaciones; a Cova quién informa sobre 82 mujeres de 156 enfermas estudiadas en una epidemia con 23 embarazadas de las cuales murieron 11, a Thiefelder quién encontró en 88 enfermas, 33 embarazadas, reportando 1 muerte y a Thorling, quién informa 26 casos sobre 27.797 gestantes, sin ninguna muerte.

Los ya conocidos virus A y B ^(9,10) son los factores etiológicos de la enfermedad. Pero han sido invocados la mal nutrición, sobre todo por deficiencia de elementos proteicos, la multiparidad y posiblemente factores raciales y climáticos. La virulencia del factor etiológico está en relación directa con la gravedad de la hepatitis. Se ha discutido sobre la sobrecarga funcional hepática que la gestación puede ocasionar., creando así un terreno apropiado para la instalación del proceso, pero esto carece de suficiente comprobación.

Los autores nórdicos informan una menor gravedad en los casos estudiados por ellos; por el contrario, los casos más graves han sido reportados del norte de Israel, Tunicia y Senegal.

En la gestación pueden presentarse los mismos grados de intensidad de la Hepatitis observados en la práctica medica corriente. El cuadro clínico por lo consiguiente es el mismo. Para los casos leves, la astenia, la anorexia, las náuseas, dispepsias, artralgias, cefaleas, fiebre moderada o no, precediendo o acompañando a la instalación de la ictericia, prurito, en un porcentaje bajo de los casos, coluria, acolia, hepatomegalia y sensibilidad palpatoria del órgano, suelen ser los síntomas y signos habituales.

En el laboratorio, el índice icterico y la bilirrubinemia están elevados, los tests de floculación (Hanger, Timol, Kumkel, etc.) son positivos, las transaminasas están (TGO y TGP) elevadas, el colesterol sérico puede permanecer normal o descender; la fracción esterificada del colesterol suele encontrarse descendida a expensas de un alza del colesterol libre, lo que se conoce con el nombre de "derrumbe de los esteres" y que es indicio de un pronóstico grave; la fosfatasa alcalina está normal o descendida, pero si la hepatitis tiene un componente colestático puede observarse una moderada elevación. Las formas de hepatitis anictéricas pueden a menudo pasar inadvertidas, o suelen presentar cuadros semejantes a gastroenteritis. En las epidemias de hepatitis se debe tener en cuenta esta posibilidad e investigarlas a base de estudios de transaminasas que se elevan precozmente ⁽¹⁶⁾; las formas graves suelen instalarse en una forma más violenta, con niveles de la bilirrubina por encima de 10 mgrs. % de B. total.

Estados de gravedad pueden ocasionar la muerte por el cuadro bien conocido de la atrofia amarilla aguda del hígado, pudiendo presentarse el óbito incluso en el curso de pocas horas. La hepatitis grave puede complicarse con parto prematuro acompañado o no de fuertes hemorragias y de muerte fetal y a su vez empeorar el estado de la paciente, la que puede presentar estados de somnolencias y apatía seguidos de excitación psíquica premonitorios del coma hepático.

Las hepatitis benignas y de los primeros meses son bien tolerados por la madre y el feto, sin dejar secuelas. Pero este mismo estado en los últimos meses del embarazo puede también provocar el parto prematuro sin que afecte a ambos. Las formas graves o sobreagudas presentan, además de lo anotado, reducción del volumen del hígado, taquicardia, taquipnea, descenso de la tensión arterial, temperaturas variables, oliguria. Estas pueden evolucionar a la curación, a la cirrosis post-necrótica o bien hacia una forma aún más intensa, generalmente mortal, la atrofia amarilla del hígado ¿Hasta dónde la hepatitis viral afecta el feto? Según Caroli, citado por Sinodinos ⁽²²⁾ ha encontrado en el feto "lesiones hepáticas idénticas a las de la madre"; Stokes y col. (Cattan y Cattan) ⁽²²⁾ ha encontrado modificaciones histológicas en el hígado fetal, semejantes a las de la hepatitis viral. Este autor va aún más lejos: ha inyectado sangre de uno de estos niños, y también de la madre, a dos voluntarios quienes han contraído la enfermedad.

Sin embargo, Zondeck y Bromberg ⁽²⁶⁾ no han observado lesiones ni en el feto ni en la placenta. Se piensa por el contrario que el pasaje trasplacentario no se efectúa.

Se han informado algunos casos de malformaciones fetales y monstruosidades, pero en una incidencia muy baja (casos esporádicos). Roth ⁽¹⁶⁾ afirma que la mayor parte de embarazos con Hepatitis, en el primer trimestre concluyen con un parto de niño normal. Nuestra impresión es que faltan mayores comprobaciones para poder sentar conclusiones.

¿Cómo afecta la Hepatitis Viral a la embarazada? Por lo dicho anteriormente tenemos la impresión de que la embarazada es más vulnerable a la Hepatitis Viral y que los casos benignos en que la madre hacia una dieta adecuada y con un standard de vida aceptable, no han presentado secólas después de la enfermedad. Los casos graves, en los cuales hay parto prematuro o indicación de suspender el embarazo, pueden verse complicados con hemorragias graves, o bien la madre puede agravar su estado y presentar Atrofia Amarilla Hepática.

No hemos encontrado notas bibliográficas sobre Hepatitis con un Componente Colostático por lo que consideramos interesante dirigir nuestra atención a este aspecto particular. El uso frecuente en la época actual de la Clorpromazina o productos semejantes, es posible que el futuro nos haga ver formas de Ictericias de componentes Colostático, por lo que es necesario tener en mente tal posibilidad. Hace algunos decenios, fue proscrito el uso del Cloroformo por su evidente acción necrótica sobre el hepatocito; actualmente las nuevas técnicas y productos anestésicos, han obviado este peligro.

El tratamiento es el mismo que para la Hepatitis corrientemente observadas⁽¹⁸⁾. La revisión de opiniones sobre la indicación de suspender el embarazo indica que estas son sumamente contradictorias: la mayoría de los autores considera que no se gana nada para el feto con suspender el embarazo. Por el contrario, su viabilidad puede verse seriamente comprometida. Para el hígado materno, el peligro de intensificar la necrosis celular, es glande. La tendencia a la agravación de] proceso que puede terminar en Coma Hepático, se ha observado con alguna frecuencia. Parece ser el "Stress Quirúrgico" el responsable de estas situaciones. Es frecuente también encontrar informes sobre graves hemorragias que acompañan al parto. Roth y Grenhill^(16, 17) son categóricos en declarar que no debe intentarse la suspensión del embarazo por el peligro del Stress de la cirugía o de la anestesia. Sin embargo, queremos hacer notar la opinión de Coreos⁽⁴⁾, quien afirma "que es casi una ley que una embarazada con ictericia-grave curará si aborta, mientras que el desenlace será fatal si no se lleva al aborto".

ENFERMEDADES DE LAS VÍAS- BILIARES. —Hay acuerdo en cuanto a que el embarazo es factor predisponente a la formación de cálculos de naturaleza colesterínica, ya que la tasa de colesterol en sangre y en bilis están más altos en el embarazo⁽³⁾; por otra parte, la estasis biliar provocada por la compresión de un útero agrandado ha sido considerada como posible causa de precipitación de sales biliares. El cuadro clínico de las ictericias obstructivas durante el embarazo presenta la misma incidencia que fuera del mismo: la aparición brusca de dolor, ictericia, generalmente consecutivos a un episodio del cólico del H.D. con su clásica propagación a la región escapular; dolor espasmódico, de duración variable, que cede al uso de antiespasmódicos, o bien se prolonga por más tiempo en los casos de enclavamiento total de cálculos en el colédoco; la aparición de fiebre bilioséptica puede ser debida a colédocolitiasis o bien a colecistitis aguda con hidro o puocolecisto; en este último caso presentando signos de inflamación local o la aparición de una masa tensa demostrativa de proceso agudo. Otros síntomas concomitantes pueden ser los vómitos biliosos, flatulencia, dispepsia a grasas, etc.

En el laboratorio los tests de floculación son negativos; la bilirrubinemia está alta, las transaminasas son normales o ligeramente elevadas; el colesterol y la fosfatasa alcalina que ya son altas en el embarazo, alcanzan leves elevaciones agregadas, por lo que consideramos muy relativo su valor diagnóstico. Los estudios radiológicos no deben intentarse más que en los últimos meses del embarazo o después del parto, y de preferencia sólo en aquellos casos de muy difícil diagnóstico.

Las ictericias obstructivas durante el embarazo son raras. Más frecuente es observar cólicos hepáticos en mujeres con previas calculosis vesiculares, dolores que

son tratados con antiespasmódicos para esperar oportunidad de mejor estudio después del parto. Para aquellos casos en que la ictericia no cede al uso de antiespasmódicos, o que se prolongan y aumentan de intensidad, la intervención está indicada, sin que ello constituya riesgo para el feto o la madre. Sin embargo, puntualizamos que, lo mejor es que el embarazo se lleve a su término y luego resolver el problema biliar, una vez recuperada la paciente.

ICTERICIAS HEMOLITICAS. La bibliografía que hemos obtenido es escasa sobre el particular. Los autores consultados están de acuerdo en que las formas de anemias hemolíticas familiares son perfectamente toleradas durante el embarazo, y que, en el caso de crisis hemolíticas intensas se puede llegar a la esplenectomía sin complicaciones para la madre o el feto. Sheehan considera que la ictericia hemolítica puede verse en tres condiciones obstétricas: eclampsia, transfusiones sanguíneas y aborto⁽²⁰⁾ No vale la pena detenerse a comentar las dos primeras condiciones; pero en lo que se refiere al aborto, es importante transcribir la opinión del mismo Sheehan, que dice que es producida por la inyección de jabón o detergentes en el útero y por ende en la circulación sanguínea, o a una septicemia por *Bacillus Welchii*, o a una idiosincrasia a la quinina o cualquier otro abortivo⁽²⁰⁾. Es importante controlar frecuentemente la evolución del proceso en el laboratorio, y esperar el fin de la gestación para indicaciones definitivas a fin de corregir el proceso hemo-Mtico. Las anemias hemolíticas adquiridas son tributarias del tratamiento con corticosteroides y transfusiones. Synodinos⁽²²⁾ relata experiencias de Karanastasis, Ichialotis y Phessas en casos de anemia drepanocítica que se ve muy afectada por el embarazo.

ICTERICIA IDIOPÁTICA CRÓNICA (SÍNDROME DE DUBIN-JOHNSON). En base a un mejor conocimiento del metabolismo de la bilirrubina y de las encimas que contribuyen a la conjugación de la misma en su paso a través de la célula hepática.^(1, 23) la fisiopatología de la enfermedad de Gilbert, del síndrome de Dubin-Johnson y del Síndrome de Rotor (que para algunos puede ser una misma entidad en diferentes grados) va aclarándose. El síndrome de Dubin-Johnson ha sido encontrado en 7 casos de 9 estudiados por Dubin,⁽⁵⁾ Teniendo en mente la posibilidad de esta afección se deberá investigar la historia de ictericias intermitentes desde la infancia o la juventud, asociada a dolores suaves en la región hepática, debilidad, anorexia y fatiga. Aumento de la urobilina y retención de la brumosulfaleína con 15 pruebas de floculación positivas, inducen a pensar en algún defecto de conjugación que puede determinarse al encontrar en una biopsia hepática la pigmentación anormal dentro de la célula que ha sido descrito como específico del síndrome de Dubin-Johnson. Dubin considera que la ictericia puede agravarse con los embarazos pero esto no parece poner en peligro a la madre.

De 7 casos, la ictericia estaba presente antes del embarazo de 6 de ellos, 4 niños que nacieron normales, 1 murió poco después de nacer, otra paciente presentó de 7 embarazos, 2 partos normales, 4 abortos y 1 monstruo. El último caso sufrió de abortos espontáneos. En la misma nota bibliográfica que obtuvimos al respecto, no hay indicación de interrupción del embarazo en este tipo de afecciones.

CIRROSIS HEPÁTICA. Según Richman,⁽¹⁷⁾ la mujer cirrótica sólo muy improbablemente quedará embarazada; sólo existen 19 casos reportados de embarazo en cirróticas, lo cual puede explicarse en parte por la baja incidencia de cirrosis nutricional en mujeres, y porque la edad en que aparece la cirrosis usualmente es fuera de los períodos de actividad sexual. Además., es posible que haya un trastorno acentuado del metabolismo hepático de los esteroides del sexo que impida la fertilización. En los 19 casos reportados por Richman⁽¹⁷⁾ la supervivencia hasta el parto fue total, pero la muerte sobrevino poco después del parto en 5 enfermas, dos

por hemorragia por vórices esofágicas, fuera del puerperio inmediato; otra de insuficiencia hepática progresiva que la hizo sucumbir 2 semanas después del parto. Otra murió por hemorragia post-esplenectomía 6 meses después del parto, y la quinta murió de una causa no relacionada con la cirrosis. En lo que respecta a los infantes, sólo se reportan dos muertes, una de ellas en un parto prematuro provocado. Esto indica un buen pronóstico en cuanto a supervivencia fetal en madres erráticas.

Hay reportes que hacen pensar que una cirrótica compensada, sin síntomas usuales, sinjácitis y sin vórices esofágicas, así como con evidencia en el laboratorio de función hepática aceptable, pueden tolerar bien el embarazo.

Es razonable mantener un buen programa terapéutico en estos casos: La cirrótica conocida debe ser prevenida acerca del peligro que corre al salir embarazada. Cuando el embarazo sucede en una cirrótica compensada, deben tomarse las medidas usuales para el tratamiento de las enfermedades crónicas del hígado: reposo adecuado, dieta hiperproteica e hiperhidrocarbonada, suplementos vitamínicos.

Si hay ictericia o manifestaciones de deterioro en el laboratorio, el aborto terapéutico debe ser considerado sólo en el primer trimestre. En los últimos meses es más inocuo manejar el embarazo sin el agregado de traumas quirúrgicos o anestésicos que se requieren para interrumpirlo. La interrupción del embarazo, por otro lado se impone en los casos de vórices esofágicas para evitar el peligro de hemorragias, a menos que la paciente pueda ser vigilada de cerca, bajo condiciones hospitalarias, durante todo su embarazo hasta el final.

C O N C L U S I O N E S

1) Aunque aparentemente el problema de las ictericias en el curso del embarazo sólo involucre un porcentaje muy bajo de casos según las diversas estadísticas, dado el volumen muy grande de gestaciones que se atienden en todas las latitudes, no es raro que se presenten constantemente casos de ictericia que pueden ser problemas diagnósticos o de tratamiento.

2) Las hepatitis virales son la causa más frecuente de ictericia según lo observado en los diferentes trabajos bibliográficos encontrados.

3) Hay controversia en lo relativo a la indicación de interrumpir el embarazo en el curso de hepatitis graves ya que ello implica peligro para el feto (si ya es viable) y para la madre. Muchos son de la opinión que nada se gana con la interrupción que pone en peligro la vida de la madre por hemorragias graves o porque la lesión hepática se acentúe con el trauma quirúrgico y anestésico. Otros sin embargo, consideran obligatoria la interrupción como única posibilidad de salvar a la madre. Abogamos por un estudio a fondo del problema con proyecciones a largo plazo en los países centroamericanos de manera que podamos en el futuro sentar nuestras conclusiones terapéuticas en nuestra experiencia. Deseamos interesar a Obstetras y Gastroenterólogos a efectuar un estudio en equipo y sobre volúmenes importantes de Mujeres en gestación.

S U M A R I O

Se presenta un análisis del problema de las ictericias en el embarazo. Se hace una revisión de la Bibliografía existente al respecto, tratando de crear una base para realizar investigaciones sobre este problema en los distintos países de Centro América. Se llama la atención de Obstetras e Internistas sobre los aspectos más sobresalientes de la etiopatogenia, sintomatología, diagnóstico y tratamiento de las entidades icterígenas más comunes en el embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—Arias, I: Recent Advances in the Metabolism of Bilirubin and their clinical implications. — *Med. Clin. of North Amer.* 44:607, 1, 60.
- 2.—Castro Anaya, E. y Velásquez, T.: Hepatitis Infecciosa Fatal durante el Embarazo. *Ginec. y Obst. de México.* 16:97, 1961
- 3.—Cachera, R., Caroli, J. y Eolger, Ar. *Maladies du foie des voies i^rC^ires et du páncreas.* Les Editions Medicales Flammarion. p. 750, 1951.
- 4.—Coreos, A.: Severe Jaundice and Pregnancy, a Report of 8 cases.—*La Presst "Medicale,* 62:544:1954.
- 5.—Dubin, I.: Chronic Idiopathic jaundice. *Au. Jour. of Med.,* 24:268, 1958.
- 6.—Eppinger, H.: *JEnfermeuaaes del Hígado.*— Ed Labor, buenos Airej, p. 533, 1954.
- 7.—Greenhill, J. P.: *Principios y Práctica de Obstetricia.*—Ed. Uthea, México, p. 432, Iv.
- 8.—Gutimatner, A.: *Medicai, Surgical and Gynecological Ccmplcauons of Pregnancy Williai.i_ and Wilkins Co.,* p. 166, 1960.
- 9.—Hammonds, A.: Acute Virus Hepatitis and Pregnancy.—*Jour. of Obst. and Gyn. of the Brit. Commonwealth.* 69:680.—1962.
- 10.—Harrison, T. R.: *Medicina Interna,* Ed. La Prensa Médica Mexicana, p. 150. 1956.
- 11.—Hausheer, H. y Lauer, D.: Recurrent jaundice of Pregnancy. *N. Engl. Jour. of Med.* 267:1300, 1962.
- 12.—McAllister, J., Waddel, J.: Recurrent Idiopathic Jaundice in Pregnancy *am. Jour. of Obst. and Gyn.* 84:62, 1962.
- 13.—Pavel, J. Ccausi, G. y Gartenberg, A.: Recurrent Jaundice During Successive Pregnancies.—*Rev. Int. d'hepat.*—7:317, 1957.
- 14.—Popper, H. y Schaffner, F.: *Liver: Structure and Function.* p. 485, McGraw-Hill Book Co. Inc, N. Y. 1957.
- 15.—Portis, S.: *Tice, Sloans Practice of Medicine.*—Ed. W. Prior, p. 336, 1957.
- 16.—Roth, L.: Pregnancy and Viral Hepatitis. *Clin. Obst. and gyn.* 1:87, 1958.
- 17.—Richman, A.: *Medical, Surgical and Gynecological Complications of Pregnancy* p. 187, Williams and Wilkins Co. 1960.
- 18.—Samuels, B.: Jaundice in pregnancy. *Obst. and Gyn.* 17:103:1961.
- 19.—Sherlock, S.: *Diseases of the liver and biliary system.* p. 457. 1955.
- 20.—Sheehan, A. L.: Jaundice in pregnancy. *Am. Jour. of Obst. and Gyn.,* 81:427, 1961.
- 21.—Svanborg, A. and Ohlsson, S.: Recurrent jaundice in pregnancy. *Am. Jour. of Med.* 27:40, 1959.
- 22.—Synodinos, E.: *Ictere at groszesse.* *Rev. Grane, de Gyne. et Obst.* 4:313. 1963.
- 23.—*Syllabus of Laboratory examinations in clinical diagnosis.* Ed. Lot. Page and Perry Culver, p. 404, 1961.
- 24.—Vincent, C. R.: Jaundice in pregnancy: a review from the Charity Hospital. *New Orleans. Obst. and Gyn.* 9:595, 1957.
- 25.—Van Woert, M. and Kirsner, J.: Idiopathic jaundice of pregnancy. *Gastroenterology.* 40:633: 1961.
- 26.—Zondek, B. and Bromberg, Y.: Infectious hepatitis in pregnancy. *Jour. of Mount Sinai Hosp* 14:222: 1957.