

Hígado graso agudo del embarazo asociado a hemólisis y falla renal en paciente crítico

Julio Moscoso C¹, Oscar Brito².

1. Universidad de Chile, Santiago, Chile, 2. Hospital San Borja Arriarán, Santiago, Chile.

*Correspondencia: julius.moscosoc@gmail.com

Introducción: El hígado graso agudo del embarazo es una entidad infrecuente que se observa en la paciente gestante luego de las 35 semanas de gestación, constituye un cuadro de elevada mortalidad y disfunción orgánica, su fisiopatología aún es desconocida aunque se presume sobrecarga lipídica que genera insuficiencia hepática dado alteración genética fetal y sobreproducción hormonal. El compromiso renal y la hemólisis se pueden observar como complicaciones de la hepatopatía pudiendo presentarse hasta en un 30% de los casos. **Caso clínico:** Mujer de 27 años, sin antecedentes mórbidos conocido, cursando embarazo de 35+5 semanas, sin complicaciones previas. Con historia de 2 semanas de compromiso general caracterizado por astenia, y anorexia a lo que se asoció dolor epigástrico EVA 5-6/10 de carácter urente con vómitos y náuseas autolimitados, donde se objetiva hipertensión arterial y edema EEII. Motivo por el que derivaron a SU Maternidad. Al ingreso destacaba ictericia, hipertensión leve con respuesta parcial y exámenes: Creatinina 2.26 NU 23.9 LDH 863 BT 5.4 de predominio directo INR 1.66 GOT 356 GPT 471 FA 669 TTPK 38.6 IPC 370 mg/g Hb 13.5 RGB 14.110 Segm 74.6% PLT 183.000 PT 6.4. Motivo por el que se decide iniciar infusión de sulfato de magnesio, 1 dosis de betametasona e interrumpir embarazo por cesárea, bajo anestesia general por coagulopatía, sin incidentes con RN de sexo masculino de 2570gr con APGAR 8-9. En puerperio anemia se profundiza, realizándose primer frotis sanguíneo con abundantes esquistocitos y CT abdomen y pelvis que muestra hígado hipodenso sin lesiones focales ni hematoma subcapsular. Evolucionando con corrección de alteraciones hepáticas y de coagulación; sin embargo, persiste anemia con nueva trombocitopenia y anuria sostenida. Nuevo frotis muestra escasos esquistocitos y aparición de "target cells" en moderada cantidad, con Coombs directo negativo. Requirió apoyo con terapia de reemplazo renal y Transfusión de hemoderivados. Con lenta recuperación de función renal, es extubada al tercer día con recuperación de la disfunción orgánica. Evoluciona estable, trasladándose a unidad de menor complejidad junto a su hijo. **Discusión:** Se presenta el caso de una paciente gestante que cumple criterios de swansea para hígado graso agudo del embarazo complicado con falla renal y coagulopatía se manejo con interrupción del embarazo con buena respuesta, resolviendo sus disfunciones y logrando su extubación. Llama la atención el compromiso renal y medular el cual se puede observar en este cuadro grave constituyendo incluso CID en casos más severos. Afortunadamente la paciente evoluciona favorablemente con terapia de soporte y la interrupción del embarazo. Se presenta tabla comparativa para hacer diagnóstico diferencial entre hígado graso agudo del embarazo y HELLP siendo su principal confundente diagnóstico (Tabla 1).

Tabla 1. Principales características en diagnóstico diferencial de HELLP vs HGAE.

Hallazgos clínicos	HELLP	HGAE
Edad gestacional	3 trimestre	3 trimestre
Elevación de transaminasas	++	+++
Hemólisis	+++	+
Falla renal	+	+++
Trombocitopenia	+++	++
Hipertension	+	+
Ictericia	+/-	+++
Otros	Hematoma subcapsular	Hipoglicemia