



# UNIVERSIDAD DEL SURESTE

CAMPUS COMITÁN

LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA

ALUMNO(A): GUADALUPE DEL CARMEN COELLO SALGADO

La hiperémesis gravídica (HG) es una condición frecuente en el embarazo, que puede resultar en complicaciones potencialmente letales como la encefalopatía de Wernicke (EW), síndrome que al ser reconocido y tratado tardíamente puede traducirse en una alta morbi-mortalidad materna y fetal. Al comienzo de la gestación hasta el 80 % de las mujeres experimentan algún grado de náuseas y/o vómito. Su frecuente presentación hace que éste síntoma sea minimizado y subtratado, facilitando en algunos casos su progresión a cuadros más severos como la hiperémesis gravídica (HG) que se caracteriza por vómito persistente, pérdida de peso. En el espectro más severo de la HG se encuentran algunas complicaciones neurológicas como neuropatías periféricas por déficit de vitamina B6 y B12 y la encefalopatía de Wernicke (EW). La EW es un síndrome neuropsiquiátrico agudo relacionado en la mayoría de los casos con alcoholismo crónico y es causado por otras condiciones como la HG. Dando énfasis al diagnóstico temprano y el manejo interdisciplinario con el fin de evitar secuelas neurológicas severas a largo plazo en el caso clínico Paciente de 23 años, G2A1, con antecedente de gastritis crónica y trastorno depresivo previo a la gestación, desde las 7 semanas de gestación presenta vómito persistente manejada con metoclopramida oral. A las 14 semanas de gestación, consulta al servicio de salud donde hacen diagnóstico de HG, con transaminasas elevadas (alanino aminotransferasa (ALT): 86 U/L, aspartato aminotransferasa (AST): 33 U/L), hiperbilirrubinemia (bilirrubina total (BT): 1.74 mg/dl, bilirrubina directa (BD) Cinco días después regresa por persistencia de los síntomas, con mayor aumento de transaminasas (AST 60 U/L, ALT 120 U/L) y bilirrubinas (BT 1,8 mg/gl), es valorada por cirugía general quienes consideran colangitis como posible diagnóstico con colangiografía magnética. Por lo que a las 16 semanas de gestación presenta desorientación en tiempo y lugar, pérdida del control del esfínter urinario, fiebre, afasia motora, deterioro estado de conciencia (Glasgow 7/15) y oftalmoplejia, requiriendo traslado a la unidad de cuidado intensivo e intubación orotraqueal durante 8 días. Ante sospecha de neuroinfección realizan tomografía cerebral y estudio de líquido cefalorraquídeo obteniendo resultados normales. A las 17 semanas de embarazo se documenta muerte fetal y se induce aborto con misoprostol y posterior legrado uterino. posteriormente A las 17

semanas y 5 días, sin ninguna mejoría neurológica, es remitida a la UACO de la FVL, donde ingresa con Glasgow de 9/15, hipertensa (143/51 mmHg), taquicárdica (118 lpm), con pupilas reactivas, limitación para la supravversión de la mirada y para el seguimiento ocular a la derecha, nistagmus horizontal, cuadriparesia y arreflexia. En los estudios de laboratorio se encuentra con trombocitopenia (75000/mcL) y anemia de volúmenes normales (hemoglobina 10.4 gr/dl, volumen corpuscular medio 79.8 fL/célula y hemoglobina corpuscular media de 27.6 picogramos/célula), sodio y potasio sérico en valores de normalidad, cloro sérico de 108.6 mmol/L, sin leucocitosis, con urocultivo y hemocultivos negativos, por lo cual se descarta proceso infeccioso activo. Por lo que se realiza una tomografía también se miden los niveles de vitaminas B1 y B6 estas nuestras son tomadas posterior a una infusión de dextrosa en agua destilada. Se realizó un estudio de neuroconducción compatible con polineuropatía axonal motora y sensitiva. Se traslada la paciente a un centro de menor nivel de complejidad para continuar con el proceso de rehabilitación, en donde se da egreso después de completar 4 meses de rehabilitación sin embargo la HG es una condición presente en el 0,3 al 1% de los embarazos (2) y puede conducir a graves complicaciones perinatales como bajo peso al nacer, restricción del crecimiento intrauterino, nacimiento pretérmino y muerte fetal (5); por su parte, la madre puede presentar desde deshidratación severa, pérdida de masa muscular, desequilibrio electrolítico, cetonuria e hipovitaminosis. La tiamina es una coenzima de aproximadamente 24 enzimas cruciales en la producción de energía, utilización de la glucosa en el ciclo de las pentosas fosfato, metabolismo de los lípidos, producción de aminoácidos de cadena ramificada y mantenimiento de la vaina de mielina. Cuando existe un déficit de tiamina se produce concomitantemente déficit de la actividad de enzimas como la transcetolasa, alfa glutarato deshidrogenasa y 2-oxoglutarato deshidrogenasa. Los niveles de tiamina normales no excluyen el diagnóstico de EW, ya que existe una relación con mutaciones en el gen del transportador de tiamina (20, 21) y adicionalmente, su medición es difícil en el contexto de los países en vías de desarrollo. En nuestra institución es necesaria la remisión internacional de la muestra, con resultado disponible luego de 10 días de la toma, además son

necesarias algunas condiciones técnicas difíciles de cumplir en pacientes sintomáticos (análisis de la muestra antes de 24 horas de la recolección, toma en ayuno mínimo de 8 horas y sin infusiones dextrosadas, entre otras). Una opción diagnóstica recomendada en algunas guías es la medición de la actividad de la enzima transcetolasa eritrocitaria antes y después de la suplementación de tiamina, en donde se define un déficit de ésta última cuando se encuentra un aumento de la actividad de la enzima transcetolasa. El tratamiento consiste en la reposición de tiamina. Aunque no existe un consenso acerca de la dosis y forma de preparación, es claro que el tratamiento se debe realizar vía parenteral ya que la tiamina se absorbe en el duodeno a una velocidad limitada y la cantidad máxima vía oral que puede absorberse en una dosis es de sólo 4.5 mg . La vida media de la tiamina es 96 minutos por lo que la administración en varias dosis Se recomienda que cualquier paciente con un cuadro de HG debe recibir un manejo que implica corrección de los posibles desequilibrios electrolíticos, rehidratación, administración de antieméticos, apoyo nutricional y psicológico (30). Si hay un cuadro de más de 3 - 4 semanas de emesis persistente debe recibir profilaxis con tiamina 100 mg día vía IV (1) o 250 mg diarios vía intramuscular por 3 – 5 días La HG es una condición que puede llevar a complicaciones potencialmente letales como la EW. Esta asociación, que describimos por primera vez en Colombia, debe ser sospechada en cualquier paciente con cuadro de alteración neurológica e historia de emesis persistente.