



## INTRODUCCIÓN

- ✓ La Hipertrigliceridemia gestacional (HTG) grave es una enfermedad rara.
- ✓ Se define como un nivel de triglicéridos >1000 mg/dL en el embarazo.
- ✓ Los cambios fisiológicos que ocurren durante el embarazo causan alteraciones en los niveles de lípidos y puede desembocar en casos excepcionales en HTG severa.
- ✓ Conlleva riesgos materno-fetales, que incluyen pancreatitis aguda, hiperviscosidad, preeclampsia, partos pretérminos y muerte fetal.

## MATERIALES Y METODOS

- ✓ Estrategia de búsqueda
- ✓ Realizamos una búsqueda en PubMed para los siguientes términos: "hipertrigliceridemia grave durante el embarazo"; "Fisiopatología de la hipertrigliceridemia gestacional"; "Manejo de la hipertrigliceridemia durante el embarazo"; "Aféresis para la hipertrigliceridemia gestacional grave"; "insulina para la hipertrigliceridemia gestacional grave"; y "Heparina para el tratamiento de la hipertrigliceridemia grave".
- ✓ Además se presenta un caso clínico de la patología.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 37 años, cursando su séptima gesta, 33 semanas + 1 día de gestación, embarazo de captación tardía, mal controlado y tolerado por diagnóstico de síndrome antifosfolipídico (SAAF) en tratamiento con clexane 60mg/día, diabetes gestacional en tratamiento higiénico-dietético y síndrome preeclampsia-eclampsia sobre hipertensión arterial (HTA) previa en tratamiento con calcio y ácido acetil salicílico (AAS).

En realización de rutinas se constata suero de aspecto lechoso, por lo que se solicita perfil lipídico que reporta: Triglicéridos (TG) 6821 mg/dL. En el examen físico no se evidencian xantomas, xantelasmas ni arco corneal, no presenta signos de insulinoresistencia.

	TRIGLICÉRIDOS EN SUERO	COLESTEROL TOTAL
INGRESO:	6821 mg/dL	755 mg/dL
PRIMERA AFÉRESIS:	1770 mg/dL	310 mg/dL
SEGUNDA AFÉRESIS:	1300 mg/dL	258 mg/dL
CONTROL POST CESÁREA:	653 mg/dL	293 mg/dL

Ingresa a sala donde se inicia tratamiento con omega 3 1gr día, gemfibrozilo 1200 mg/día y se realizan 2 plasmaféresis sin complicaciones, con descenso progresivo de TG a 1770 y 1300 mg/dL respectivamente.

Gestación interrumpida por vía cesárea a las 36 semanas + 2 días de gestación por cifras tensionales elevadas. Evolución en el puerperio favorable para madre y recién nacido sin complicaciones con alta conjunta.

En perfil lipídico de control a la semana TG de 653 mg/dL.

## DISCUSIÓN

El tratamiento de la HTG debe ser agresivo, el asesoramiento dietético debe iniciarse de inmediato, dieta isocalórica, con menos del 20% de calorías de la grasa.

El uso de Omega 3 constituye la piedra angular de la terapéutica, ya que contienen EPA y DHA, que baja lipogénesis hepática y estimula la oxidación de ácidos grasos en el hígado y el músculo esquelético. Provoca una disminución de TG entre un 25 y un 30%.

**Dosis:** 3 – 4 gr/día VO. Hay reportes hasta 12gr/día repartidos con las comidas. No se han reportado efectos adversos en madre o feto.

El resto de fármacos y técnicas invasivas como la aféresis deben ser usados en el contexto del paciente. Queda pendiente la valoración en la evolución de la paciente para definir pronóstico y nuevas intervenciones.

## CONCLUSIÓN

El tratamiento de la hipertrigliceridemia gestacional grave debe iniciarse de forma inmediata y agresiva para evitar riesgos para la madre y el bebé. Debe ser manejado por equipo multidisciplinario. La elección del tratamiento depende del estado clínico de los pacientes y otras comorbilidades.

## BIBLIOGRAFÍA

- The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 2020, Vol. 105, No. 12, 3613–3682  
Amor AB et al. Severe gestational hypertriglyceridemia: a rare but serious situation. Pan Afr Med J. 2019 Sep 6;34:13