

## Gastroenterología

## Gastroenterology

### GA-1

#### MIOSITIS PERIORBITARIA COMO MANIFESTACIÓN EXTRAIESTINAL DE LA ENFERMEDAD DE CROHN

AGUDELO CARLOS, PEREZ MARÍA, LUNA FREDY, MILLÁN HENRY.

*Fundación Cardioinfantil, Universidad del Rosario, Bogotá, D.C., Colombia.*

**Introducción.** La enfermedad de Crohn es una enfermedad inflamatoria sistémica que afecta principalmente el tracto gastrointestinal. Las manifestaciones extraintestinales son frecuentes y se presentan hasta el 15 al 35% de los casos. A nivel ocular el hallazgo más frecuente es la escleritis. El compromiso por miositis periorbitaria se describe como una manifestación muy rara.

**Reporte de caso.** Paciente femenina de 53 años con antecedente de enfermedad de Crohn diagnosticada hace 15 años, clasificación de Montreal A3L1B1, en manejo con mesalazina y prednisolona. Por actividad inflamatoria gastrointestinal documentada por biopsia se indicó manejo con adalimumab, iniciado una semana previo a la consulta. Ingresó a urgencias por cuadro clínico de 20 días de dolor a la movilización ocular, edema palpebral, epifora y visión borrosa. Al examen físico disminución de bilateral de la agudeza visual 20/40, y dolor a la movilización de los músculos oculares de manera generalizada, resto de examen ocular normal, sin presencia de escleritis, episcleritis o uveítis. No se encontraron otras anomalías musculoesqueléticas.

Hemograma y reactantes de fase aguda normales. Resonancia magnética ocular con aumento del grosor de los músculos extraorbitales compatibles con miositis de músculos orbitarios. Se descartó orbitopatía tiroidea. Se indicó manejo con metilprednisolona con resolución del dolor ocular, se dio egreso con prednisolona y continuidad con adalimumab con adecuada evolución.

**Discusión.** La miositis orbitaria es una manifestación excepcional de la enfermedad de Crohn. El diagnóstico se basa en la presentación clínica y los hallazgos en la resonancia magnética. La biopsia muscular está indicada ante la presencia de masas orbitarias localizadas o progresión del compromiso inflamatorio a pesar del manejo médico óptimo.

## GA-2

### ASCITIS QUILOSA, RETO DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICO

**OSWALDO E. AGUILAR MOLINA, CHRISTIAN A. MONTAÑO, JAIME HOLGUIN**

*Universidad del Valle, Cali, Colombia.*

**Introducción.** La ascitis quilosa es una causa rara de ascitis que resulta de la acumulación de linfa en la cavidad abdominal. Es causada por diversas etiologías, que en su mayoría, provocan disrupción de linfa torácica o abdominal. Representa un reto diagnóstico para el clínico dada las dificultades al momento de identificar la causa y elegir un tratamiento adecuado.

**Diseño.** Describimos un caso de ascitis quilosa posterior a cirugía abdominal y radioterapia, en quien realizamos abordaje multidisciplinario y tratamiento médico presentando adecuada evolución clínica.

**Metodología.** Presentamos el caso de una mujer de 65 años de edad, con historia de cáncer de mama y endometrio, desde hace 5 años, que recibe tratamiento médico, quirúrgico y radioterapia, en remisión completa desde hace 2 años. Su problema actual inicia un año previo al ingreso caracterizado por aumento de progresivo de perímetro abdominal, asociado a pérdida no estimada y no voluntaria de peso, y en las últimas 2 semanas deterioro progresivo hasta llegar a provocar disnea, razón por la que acude a atención médica. No consumo de alcohol, no recibe tratamiento médico en la actualidad, y describe presencia de dolor abdominal ocasional, EVA 3/10, con náuseas y vómitos postprandiales de aparición esporádica. A la exploración se observan regular estado general, con mucosas secas, abdomen prominente con matidez hídrica, sin visceromegalias. Se obtiene líquido de aspecto lechoso, que se confirma con estudios de laboratorio la presencia de ascitis quilosa, se plantea algoritmo diagnóstico excluyendo recidiva tumoral y se indica tratamiento farmacológico con soporte nutricional y administración de sandostatina, presentando evolución clínica favorable.

**Resultados.** Un abordaje de diagnóstico estructurado probablemente revelará la etiología en la gran mayoría de los casos.

**Conclusión.** La ascitis quilosa es un trastorno poco común, de incidencia variable y en aumento, requiere sospecha clínica elevada para su diagnóstico.

El enfoque conservador incluye el uso de una dieta baja en grasas, ingesta de triglicéridos cadena media, paracentesis, nutrición parenteral y sandostatina.

## GA-3

### SPRUE TROPICAL, NUEVA CARA DE UNA VIEJA ENFERMEDAD

**OSWALDO E. AGUILAR MOLINA, CHRISTIAN A. MONTAÑO BRANCA, JAIME HOLGUÍN.**

*Universidad del Valle, Cali, Colombia.*

**Introducción.** El Sprue tropical, es una entidad crónica adquirida, en zonas tropicales endémicas, en la cual ocurren anomalías estructurales del intestino delgado, acompañadas de malabsorción de al menos dos componentes nutricionales.

**Diseño.** Describimos un caso de Sprue tropical en adulto que presenta adecuada respuesta al tratamiento médico.

**Metodología.** Presentamos un hombre de 65 años de edad, originario de Florida Valle, agricultor, que ingresa al servicio de urgencias de medicina interna, 4 meses con deposiciones diarreicas, líquidas, abundantes, aproximadamente 10 diarias, asociado a dolor abdominal ocasional y pérdida de peso no intencional, aproximadamente 30 KG. A la exploración física, mal estado nutricional, sin adenopatías ni visceromegalias, ni hallazgos significativos que orienten al diagnóstico inicial. Se indican estudios diagnósticos para enfermedad diarreica crónica, incluyendo estudio de inmunodeficiencias, parasitosis intestinal y para descartar origen maligno, se realiza colonoscopia con biopsia con resultados sugestivos de Sprue tropical, se indica tratamiento farmacológico con evolución clínica favorable.

**Resultados.** Sprue tropical sigue siendo una causa a tener en cuenta en el abordaje de la malabsorción de adultos en regiones tropicales, el estudio de la fisiopatología de la enfermedad sigue aportando información sobre la fisiología gastrointestinal.

**Conclusión.** Se requiere de una alta sospecha clínica por lo cual es importante conocer las características clínicas y los principales diagnósticos diferenciales.

## GA-4

### DESPUÉS DE 100 AÑOS DE HISTORIA SÍNDROME DE PLUMMER-VINSON

**SANDOVAL JENNIFER, GONZÁLEZ ÁLVARO, PINTO NATALIE, RUEDA SANDRA, ARDILA MANUEL.**

*Clínica FOSCAL/Universidad Autónoma de Bucaramanga (UNAB), Floridablanca, Colombia.*

Hace 105 años fue descrito el síndrome de Plummer-Vinson (PV), se trata de una triada caracterizada por disfagia, anemia ferropénica y membranas esofágicas. Hoy es una enfermedad rara dado la mejoría del estado nutricional y el temprano diagnóstico y tratamiento de la anemia ferropénica, por lo cual, además de no sospecharla, se convierte en una alerta del cuidado de salud y de la severidad de la enfermedad que nos debe ampliar el diagnóstico diferencial de la anemia.

Se trata de dos pacientes femeninas de 46 y 54 años de edad, con antecedente de anemia ferropénica severa de larga evolución, ingresan al servicio de urgencias por niveles críticos de hemoglobina y necesidad de transfusión sanguínea, manifestando además disfagia oro-faríngea. En exámenes presentan anemia microcítica hipocrómica heterogénea severa y niveles de ferritina de 0,8 ng/ml y 2 ng/ml y en estudio de disfagia, la endoscopia de vías digestivas altas se reporta normal en una de ellas y con presencia de membrana esofágica post-cricoidea que impidió el paso del endoscopio en la otra paciente. Se solicitaron esofagogramas con reporte de membrana esofágica a nivel de C5-C6 para las dos pacientes. Se realizó suplencia con hierro parenteral y oral con adecuada respuesta de la anemia y resolución de la disfagia en una paciente, la otra requirió dilatación por vía endoscópica.

La disfagia oro-faríngea asociada a anemia ferropénica crónica debe hacernos considerar la presencia de SPV. Si bien se observa respuesta solo a la suplencia de hierro, el tratamiento no se limita a este como en nuestro caso. Debe descartarse la enfermedad celiaca como causa de anemia ferropénica refractaria y hacer seguimiento endoscópico ya que se trata además de una lesión precancerosa.

## GA-5

### ENFISEMA SUBCUTANEO MASIVO UNA COMPLICACION INUSUAL POST-COLANGIOPANCREATOGRAFIA RETROGRADA ENDOSCOPICA

**ALZA JHONGERT, ARENAS MARÍA, BARBOSA JENNY, BRICEÑO BIBIANA, CHACÓN DANIELA, CORTÉS MARÍA, BARRERA EDGAR.**

*Departamento de Medicina interna, Universidad del Rosario, Fundación Cardioinfantil Instituto de Cardiología, Bogotá, Colombia*

**Introducción.** Dentro de las principales complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se encuentran pancreatitis (3.5%), hemorragias (1,3%), colangitis (<1%) y perforaciones (0,01%-2,1%). Adicionalmente existen eventos adversos inusuales tales como neumotórax, neumoperitoneo y neumomediastino, los cuales pueden ser más difíciles de manejar y están asociados con morbilidad y mortalidad significativa.

**Reporte de caso.** Mujer de 53 años de edad, con antecedente de cáncer rectal estadio IV, en quien se diagnostica colangitis Tokio III, quien fue llevada a CPRE, y posterior a esto presencia de enfisema subcutáneo en cuello y pared torácica, con hallazgo imagenológico en TAC de tórax que evidenció extenso enfisema mediastinal, pleural y pequeña cámara de neumotórax izquierda y TAC de abdomen contrastado mostrando importante cantidad de gas extraperitoneal. Con hallazgo secundario a perforación duodenal con complicaciones dadas por microperforación con neumoperitoneo, neumomediastino y neumotórax, en quien se dio manejo conservador y consecuente resolución casi completa.

**Resultados y Discusión.** La microperforación es poco usual como complicación post CPRE, y más, su presentación con enfisema subcutáneo masivo. La clasificación post-CPRE de Stapfer de la perforación duodenal reportada, se podría catalogar como tipo IV debido a aire extraperitoneal, la cual es causada por una microperforación que no requiere tratamiento quirúrgico y no corresponde con ninguno de los otros tres tipos descritos por Stapfer

**Conclusión.** La monitorización clínica post CPRE del paciente es fundamental, dado que se pueden llegar a presentar complicaciones, siendo necesario su diagnóstico y tratamiento temprano para minimizar al máximo las secuelas con potencial repercusión en el bienestar y pronóstico del paciente.

## GA-6

### RECIDIVA DE COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA EN POST-TRASPLANTE HEPATICO

**ALZA JHONGERT, ROJAS WILLIAM, RUIZ MARÍA, SANTOS CARMEN, TORRES NICOLÁS, VIVAS ALEJANDRA, BARRERA EDGAR.**

*Universidad del Rosario, Fundación Cardioinfantil Instituto de Cardiología, Bogotá, D.C. Colombia.*

**Introducción.** La colangitis esclerosante primaria (CEP) es una enfermedad colestásica crónica, caracterizada por inflamación, fibrosis y obliteración de las vías biliares intrahepáticas y extrahepáticas.

**Reporte de caso.** Hombre de 32 años, con antecedente de trasplante hepático en 2009 por cirrosis hepática secundaria a CEP. En 2017 fue diagnosticado con colitis ulcerosa y adenocarcinoma de recto, por lo que se le practica colectomía total e ileostomía el mismo año. Asiste con cuadro icterico y prurito asociado a patrón colestásico, realiza colangiografía en la que se observaron dilataciones focales de la vía biliar con zonas estenóticas, con patrón arrosariado, y, adicionalmente, lesión focal en el segmento VII. Biopsia hepática en la que se muestra pérdida de ductos nativos y remanentes con cambios degenerativos del epitelio y fibrosis concéntrica periductal o en “bulbo de cebolla”, por lo que se confirma el diagnóstico de CEP recidivante.

**Resultados y Discusión.** La CEP es una enfermedad rara, cuyo único tratamiento efectivo es el trasplante hepático. La incidencia de recidiva post-trasplante es de 2%, 12% y 20% a 1, 5 y 10 años, respectivamente. Dentro de los factores de riesgo para recidiva se encuentran: colon intacto pre trasplante, enfermedad inflamatoria intestinal activa, sexo masculino y edad temprana en el momento del trasplante. El diagnóstico se establece mediante colangiografía, en la biopsia hepática se puede encontrar fibrosis periductal en “bulbo de cebolla”. La tasa de supervivencia después de un año es del 85% y a los cinco años del 72%. Este sería el primer caso reportado en Colombia.

**Conclusión.** La CEP es una enfermedad de baja incidencia, frecuentemente se asocia a comorbilidades como la colitis ulcerativa, y un aumento en el riesgo de desarrollo de neoplasias que generalmente conllevan a un mal pronóstico.

## GA-7

### RETENCIÓN DE CÁPSULA ENDOSCÓPICA POR ILEITIS

**RAMÍREZ SOLARTE ÁNGELA VIVÍAN, RESTREPO HOLGUÍN DANIEL FRANCISCO, REVELO JIMÉNEZ FRANCISCO.**

*Clínica los Farallones, Cali, Valle.*

**Introducción.** Las enfermedades inflamatorias intestinales son entidades caracterizadas por procesos inflamatorios crónicos que afectan el tracto gastrointestinal con mayor sitio de presentación íleon y colon, los estudios iniciales no son diseñados para el estudio de intestino delgado por lo cual se tiene a mano la capsula endoscópica (CE), que permite evaluar lesiones intraluminales, es una técnica segura, pero hay complicaciones poco frecuentes, entre ellas la retención en un 1%.

**Diseño del estudio.** Descriptivo reporte de caso.

**Métodos.** Revisión historia clínica, firma consentimiento informado.

**Resultados.** Paciente femenina de 56 años con cirugía bariátrica y colecistectomía hacia un año, consulta por 3 meses de dolor abdominal generalizado, náuseas, emesis, diarrea sin sangrado, sin moco, sin grasa, hemograma, pruebas hepáticas y función renal normales, coprológico sin hallazgos patológicos, se da manejo analgésico, soporte hidroelectrolítico, nutrición parenteral, antibióticoterapia empírica sin mejoría, estudios tomográficos, endoscópicos y tránsito intestinal normales, posteriormente sangrado digestivo, caída de hemoglobina 2 gramos, segundos estudios endoscópicos sin alteración, por lo que se realizó CE mostrando en mucosa de íleon, enanemas, erosiones, ulceraciones, compromiso circular y semicircular, estenosis críticas que ocasionan retención de capsula, no logra expulsión la primera semana y es llevada a cirugía para extracción de segmento estenótico y de cuerpo extraño, biopsias de sitios estenóticos mostraron ileitis inespecífica, alta sospecha de enfermedad de Crohn, iniciándose manejo específico y evolución satisfactoria.

**Conclusiones.** La CE es el método no invasivo de elección para evaluación de intestino delgado, permite observar mucosa del tubo digestivo, con complicaciones mínimas, no provee opciones de manejo pero si de diagnóstico, en nuestro caso se reporta una complicación rara de este método diagnóstico que debe conocerse y tenerse en cuenta en el estudio del intestino delgado.

## GA-8

### HEMORRAGIA DE VÍAS DIGESTIVAS BAJAS COMO COMPLICACIÓN INFECCIOSA

**CASTAÑEDA CAMACHO HÉCTOR ANDRES, TORRES BUSTAMANTE ANGELA MARÍA.**

*Universidad Autónoma de Bucaramanga, Santander, Colombia.*

**Introducción.** La hemorragia de vías digestivas bajas (HVDB) sobre los 50 años es explicada por diversas etiologías; de las cuales solo entre 2-9 % se limitan al intestino delgado. De los diagnósticos diferenciales de HVDB deben considerarse las patologías infecciosas, que pueden simular neoplasias.

**Diseño.** Reporte de caso

**Métodos.** Se reporta el caso de un adulto mayor con HVDB y síntomas respiratorios.

**Caso clínico.** Varón de 71 años, consulta por hematoquecia y melenas de 24 horas de evolución, posterior eliminación de coágulos, sin dolor abdominal. En la revisión por sistemas destacaba pérdida de 8kg en 6 meses, disnea progresiva hasta el reposo y accesos de tos seca en los 2 meses previos a consultar. Al examen físico con taquipnea, tirajes intercostales, estertores en base izquierda, el abdomen sin masas ni irritación peritoneal. Presentó mayor compromiso respiratorio y episodios de HVDB intermitente, recibió antibioticoterapia y se enfocó como una neumonía que no mejoraba. La tomografía torácica reporto innumerables nódulos pulmonares algunos cavitados y derrame pleural bilateral de 300 ml. La colonoscopia mostro una lesión extensa en el íleon de 7cm, vegetante, irregular, friable. El derrame pleural fue un exudado linfocitario con presencia de adenosín deaminasa en 43.8 U/L, baciloscopias positivas. La biopsia de íleon fue negativa para malignidad, histoplasmosis y paracoccidioidomicosis, pero reporto la presencia de bacilos ácido alcohol resistente. Se inicio manejo antituberculoso con mejoría progresiva de los síntomas respiratorios y digestivos.

**Discusión.** El presenta caso ilustra una Tuberculosis con compromiso extrapulmonar (TBE) a nivel intestinal (sexto sitio en frecuencia), específicamente en el íleon (85-90 % de casos), siendo la puerta de entrada el foco pulmonar. Frecuentemente los pacientes con tuberculosis intestinal cursan con inmunosupresión, **síntomas B, dolor abdominal, sensación de masa en flanco, cambios en el habito intestinal y emesis; síntomas no expresados en nuestro paciente**, siendo la HVDB una forma de presentación poco habitual. En pacientes inmunocompetentes como el nuestro, la TBE es más común a nivel pleural, linfático y genitourinario, mas no en el tracto gastrointestinal.

**Conclusión.** Hasta el 50 % de los pacientes con TBE tienen tuberculosis pulmonar. La HVDB es un síntoma infrecuente en la tuberculosis intestinal y no es el sitio anatómico extrapulmonar más frecuente en inmunocompetentes. Siempre se debe hacer el diagnostico diferencial de masas en íleon con procesos infecciosos como la paracoccidioidomicosis o la histoplasmosis que pueden simular neoplasias o enfermedad de Chron en pacientes jóvenes.

## GA-9

### CARACTERIZACIÓN DE LOS PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE COLITIS POR *CLOSTRIDIUM DIFFICILE* EN UN CENTRO DE BOGOTÁ DURANTE LOS AÑOS 2016 A 2018

**PÉREZ MARÍA ALEJANDRA, ZULUAGA JUAN DAVID, MILLÁN HENRY AUGUSTO, SUAREZ DAVID, LUNA FREDY ANDRÉS, DUARTE LUISA, NOREÑA IVÁN.**

*Universidad del Rosario, Fundación Cardio Infantil. Bogotá, D.C., Colombia.*

**Introducción.** La infección por *Clostridium difficile* se asocia a un aumento en la mortalidad hospitalaria (OR, 2.5). En Colombia se ha descrito una prevalencia de 10 por 100 000 casos en pacientes hospitalizados. Como primer paso al desarrollo de una estrategia de prevención y un modelo de predicción de infección por este microorganismo se requiere la caracterización de la población infectada en nuestro país.

**Diseño.** Estudio retrospectivo descriptivo realizado en la Fundación cardiointantil tipo serie de casos.

**Métodos.** Se seleccionaron los pacientes adultos hospitalizados en la FCI durante los años 2016 a 2018 en quienes se realizó FilmArray gastrointestinal y se encontró detección de *Clostridium difficile*. Las variables estudiadas corresponden a síntomas y laboratorios iniciales, así como factores asociados el riesgo de infección descritos en otros estudios.

**Resultados.** Se obtuvieron 47 casos de los cuales 43 eran de sexo masculino, con edades entre los 18 a 87 años, 40% mayores de 65 años. Los principales síntomas fueron diarrea (100%) y dolor abdominal (44%), seguido de fiebre (10%), emesis y anorexia. No se encontraron casos de infección fulminante (shock, íleo o megacolon). La infección severa definida por leucocitos mayores a 15 000 cel/ul o creatinina mayor a 1.5 gr/dl se presentó en 6 casos (12%); 4 presentaban neutropenia.

Como factores asociados 46% recibían anti ácidos, 48% tuvieron hospitalización previa y 51% tenían exposición a antibióticos en los últimos 3 meses. Piperacilina tazobactam y ampicilina sulbactam fueron los más usados.

Las patologías más asociadas fueron hipertensión arterial y diabetes mellitus; 3 pacientes tenían colitis ulcerativa y 6 cirugía abdominal reciente.

**Discusión.** La infección por *C. difficile* se asocia a una alta transmisibilidad; identificar los pacientes con clínica sugestiva y contener los factores de riesgo para su adquisición podría generar una disminución en la prevalencia de la infección hospitalaria en el país.

## GA-10

### HEPATITIS AUTOINMUNE CON PRESENTACION ATÍPICA

ACUÑA JUAN, MORA JAVIER, LEGRO GIOVANNI, NAVARRETE LINDA, CUERVO JESSICA.

*Hospital Universitario Clínica San Rafael, Bogotá, D.C., Colombia.*

**Introducción.** La hepatitis autoinmune se puede presentar en forma asintomática, como hepatitis aguda o como cirrosis hepática. El diagnóstico se basa en criterios clínicos, de laboratorio e histológicos. Es un diagnóstico de exclusión. Se convierte en un desafío en especial en algunos grupos poblacionales como lo es en paciente adulto mayor y de género masculino. Se presenta un caso de un paciente con presentación atípica.

**Caso Clínico.** Paciente masculino de 60 años con antecedente de hipertensión arterial, presentó de 6 meses de evolución síntomas constitucionales dada por pérdida de peso y de 2 semanas de evolución de tinte icterico generalizado, aumento del perímetro abdominal, dolor abdominal y alteraciones en el sueño. Se documentó elevación de transaminasas con patrón necroinflamatorio, hipoalbuminemia y prolongación de tiempos de coagulación. Sin antecedente de consumo de alcohol o medicamentos hepatotóxicos, con perfil infeccioso negativo y con dúplex portal con enfermedad parenquimatosa hepática difusa tipo cirrosis, ascitis y signos de hipertensión portal. Se documentado ANAS 1/1280 patrón homogéneo, IgG elevado, anticuerpos anti musculo liso positivo. Se consideró Hepatitis autoinmune definitiva según criterios simplificados 2008, se inició manejo con prednisolona 30mg azatioprina 50mg, previa toma biopsia hepática la cual fue compatible con Hepatitis autoinmune. Presento evolución adecuada por lo que se dio egreso.

**Conclusiones.** Los rasgos clínicos, bioquímicos y serológicos del paciente son consistentes con una presentación aguda de la hepatitis autoinmune. Por el grupo etario y género su presentación es atípica. El diagnóstico requiere que otras enfermedades crónicas del hígado sean descartadas. El tratamiento se debe individualizar según presentación de síntomas y severidad.

## GA-11

### APLICABILIDAD DE LOS CRITERIOS DE SWANSEA PARA DIAGNÓSTICO DE HÍGADO GRASO AGUDO DEL EMBARAZO (HGAE). ESTUDIO DE COHORTE RETROSPECTIVO

ROJAS-SUAREZ JOSÉ, PÉREZ-RAMÓN HUGO, LORA-ANDOSILLA MARIO, RODRÍGUEZ-YÁNEZ TOMAS, DUEÑAS-CASTELL CARMELO.

*Gestión Salud IPS, Cartagena, Colombia.*

**Introducción.** El HGAE constituye una patología con una mortalidad y morbilidad importante. El estándar de oro diagnóstico es la biopsia hepática, sin embargo, su utilidad está limitada por el alto riesgo de sangrado de estas pacientes. Por lo cual se han desarrollado herramientas diagnósticas no invasivas, dentro de estas los criterios de Swansea han demostrado un buen rendimiento. Es vital que el médico internista se relacione con estas entidades dada su correlación con incremento en la mortalidad, para ello planteamos describir la aplicabilidad de los criterios de Swansea en pacientes obstétricas para presentarlos como una herramienta diagnóstica adicional.

**Diseño.** Cohorte retrospectiva.

**Métodos.** Estudio de cohorte retrospectiva de las gestantes que ingresaron a la clínica Gestión Salud IPS, durante los años 2006-2011. Se Aplicaron los criterios de Swansea, que incluyen parámetros clínicos, laboratorio y patología que permiten establecer con alto grado de certeza el diagnóstico de HGAE. Para este estudio se definieron como casos aquellas con 6 o más de estos criterios.

**Resultados.** Se admitieron 724 pacientes durante el periodo de estudio, incluyendo 334 gestantes con diagnóstico de trastorno hipertensivo del embarazo. 12 participantes cumplieron con  $\geq 6$  criterios de Swansea (3.7%). Edad promedio  $23 \pm 5.4$ , edad gestacional promedio  $35.6 \pm 3.3$  semanas. En relación a los criterios de Swansea, 10/12 presentaron bilirrubinas elevada, 12/12 alteración de enzimas hepáticas, 10/12 leucocitosis y 11/12 alteración de creatinina. Ninguna de las pacientes fue sometida a biopsia hepática.

**Conclusión.** Nuestro estudio describe una herramienta que permite identificar un grupo de pacientes de alto riesgo, sería deseable realizar estudios de seguimiento en poblaciones similares para evaluar su posible asociación con peores desenlaces.