Revista Médica

Colegio de Médicos y Cirujanos de Guatemala

Volumen

165

Número 2

Agosto 2026
ISSN-L: 2664-3677

Colestasis hepática durante el embarazo secundaria a bacteriemia por Salmonella entérica

Hepatic Cholestasis During Pregnancy Secondary to Salmonella enterica Bacteremia

Katherine Recinos (1), Karen González (1)

1. Departamento de Medicina Interna, Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Guatemala.

Autor Corresponsal: Dra. Katherine Nineth Recinos González; Médica y Cirujana, krecinosgonzalez@gmail.com

DOI: https://doi.org/10.36109/yqm2tk07

Aceptado: Agosto 2026

Resumen

La colestasis durante el embarazo representa un desafío diagnóstico por la coexistencia de enfermedades hepáticas gestacionales y trastornos sistémicos con manifestaciones similares. Se presenta el caso de una mujer de 20 años con 27 semanas de gestación que consultó por fiebre, dolor en hipocondrio derecho e ictericia progresiva. Los estudios evidenciaron hiperbilirrubinemia directa y patrón bioquímico colestásico; la ultrasonografía mostró hepatomegalia, esplenomegalia y ausencia de obstrucción biliar. La persistencia de fiebre y la respuesta inflamatoria sistémica motivaron ampliar la investigación etiológica, identificándose Salmonella entérica en hemocultivos. El tratamiento con ceftriaxona produjo mejoría clínica y bioquímica, con evolución materno-fetal favorable. Este caso destaca la importancia de considerar etiologías infecciosas en presentaciones atípicas de colestasis durante el embarazo.

Palabras clave: *Colestasis intrahepática, Infecciones por Salmonella, Complicaciones infecciosas del embarazo, Enfermedades hepáticas, Bacteriemia.*

Abstract

Cholestasis during pregnancy represents a diagnostic challenge due to the coexistence of pregnancy-related liver diseases and systemic disorders with similar manifestations. We present the case of a 20-year-old woman at 27 weeks of gestation who presented with fever, right upper quadrant pain, and progressive jaundice. Laboratory tests revealed direct hyperbilirubinemia and a cholestatic biochemical pattern; ultrasonography showed hepatomegaly, splenomegaly, and no evidence of biliary obstruction. Persistent fever and a systemic inflammatory response prompted further etiological investigation, with blood

cultures identifying Salmonella enterica. Treatment with ceftriaxone resulted in clinical and biochemical improvement, with a favorable maternal-fetal outcome. This case highlights the importance of considering infectious etiologies in atypical presentations of cholestasis during pregnancy.

Keywords: *Intrahepatic Cholestasis, Salmonella Infections, Infectious Pregnancy Complications, Liver Diseases, Bacteremia.*

Introducción

La colestasis durante el embarazo constituye un desafío diagnóstico debido a que diversas enfermedades hepáticas y sistémicas pueden presentar manifestaciones clínicas y bioquímicas similares. Aunque la colestasis intrahepática del embarazo (CIE) es la hepatopatía gestacional más frecuente, su diagnóstico requiere excluir otras etiologías infecciosas, obstructivas, autoinmunes y metabólicas. [1-3]

La CIE se caracteriza principalmente por prurito, elevación de ácidos biliares séricos y alteraciones variables de las pruebas hepáticas. La presencia de fiebre, dolor abdominal persistente o elevación de marcadores inflamatorios debe orientar hacia diagnósticos alternativos. [1,2]

La bacteriemia por Salmonella entérica es una manifestación extraintestinal poco frecuente que puede producir compromiso hepatobiliar con patrón colestásico, simulando enfermedades hepatobiliares primarias. [4,5]

Se presenta el caso de una gestante con alteración colestásica inicialmente compatible con CIE, en quien la persistencia del síndrome febril y el aislamiento microbiológico permitieron establecer una etiología infecciosa secundaria a bacteriemia por Salmonella entérica.

Presentación del caso

Se presenta el caso de una mujer de 20 años, gestante G2 P1, con embarazo de 27.4 semanas confirmado mediante ultrasonografía obstétrica, sin antecedentes personales patológicos, quirúrgicos ni alérgicos de importancia. Consultó por fiebre no cuantificada, cefalea occipital, malestar general y episodios de epistaxis de dos semanas de evolución. Cuarenta y ocho horas antes del ingreso presentó dolor en hipocondrio derecho irradiado hacia región lumbar derecha, asociado a ictericia progresiva y posteriormente diarrea con hematoquecia.

A su ingreso se encontraba hemodinámicamente estable, con presión arterial de 94/54 mmHg, frecuencia cardíaca de 104 latidos por minuto, frecuencia respiratoria de 21 respiraciones por minuto y saturación de oxígeno de 96 % al aire ambiente. Durante la hospitalización, los registros de presión arterial permanecieron dentro de valores normales y las pruebas de función renal fueron normales. El examen físico evidenció ictericia escleral y palidez mucocutánea generalizada. La evaluación obstétrica confirmó embarazo único viable sin evidencia de compromiso fetal.

Los hallazgos bioquímicos evidenciaron hiperbilirrubinemia de predominio directo, elevación de enzimas de colestasis y patrón predominantemente colestásico (factor R = 0.5). Se documentó respuesta inflamatoria sistémica con leucocitosis y elevación de proteína C reactiva, velocidad de sedimentación globular y ferritina sérica. La determinación de ácidos biliares séricos mostró elevación compatible con alteración del metabolismo biliar durante la gestación. Las pruebas para hepatitis A, B y C, virus de la inmunodeficiencia humana y dengue fueron negativas. **(Tabla 1).**

La ecografía hepatobiliar evidenció hepatomegalia leve (18.4 cm), incremento difuso de la ecogenicidad e hiperecogenicidad periportal, sin dilatación de la vía biliar intrahepática ni extrahepática; el colédoco presentó un diámetro de 3.8 mm. Se observó vesícula biliar distendida sin evidencia de cálculos ni lodo biliar, además de esplenomegalia de 16.8 × 5.7 cm. **(Figura 1).**El ultrasonido obstétrico confirmó feto único viable con frecuencia cardíaca fetal de 151 latidos por minuto.

Tabla 1. Hallazgos bioquímicos y hematológicos relevantes al ingreso

Parámetro	Resultado	Valor de referencia	Unidad
Hemoglobina	9.8	11.0–16.0	g/dL
Leucocitos	14.8	4.5–11.0	×10³/µL
Plaquetas	146	150–450	×10³/µL
Bilirrubina total	5.20	0.2–1.3	mg/dL
Bilirrubina directa	3.40	0.0–0.3	mg/dL
Aspartato aminotransferasa (AST)	146	15–46	U/L
Alanina aminotransferasa (ALT)	61	4–63	U/L
Fosfatasa alcalina	253	38–126	U/L
Gamma-glutamil transferasa (GGT)	215	12–58	U/L
Ácidos biliares séricos	18.6	<10	µmol/L
Proteína C reactiva (PCR)	217	0–5	mg/L
Velocidad de sedimentación globular (VSG)	102	0–20	mm/h
Ferritina sérica	1,256	15–150*	ng/mL

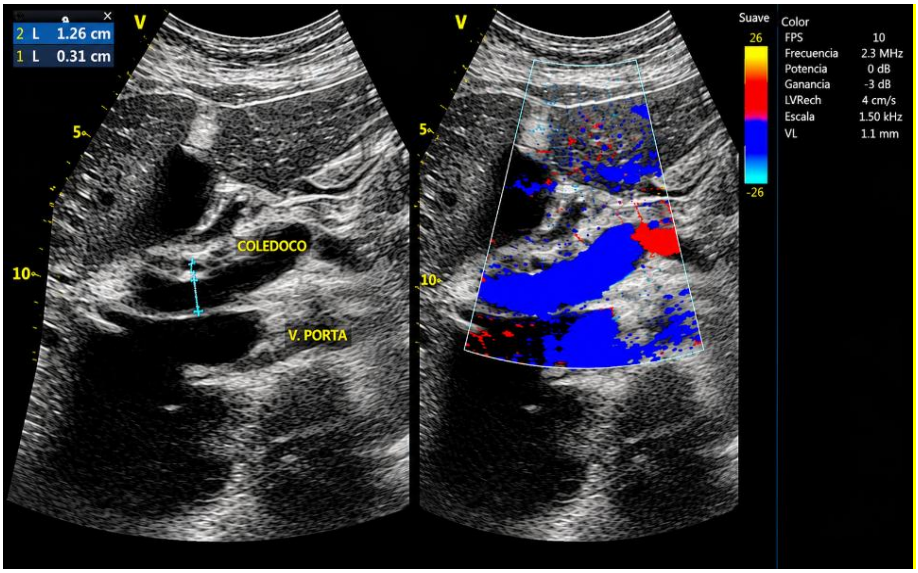


Figura 1. Hallazgos ecográficos hepatobiliares. La ecografía hepatobiliar evidenció hepatomegalia leve, hiperecogenicidad periportal, sin dilatación de la vía biliar intrahepática ni extrahepática.

Ante el contexto gestacional, el patrón colestásico de las pruebas hepáticas y la elevación de ácidos biliares séricos, se consideró inicialmente el diagnóstico de colestasis intrahepática del embarazo. Sin embargo, la ausencia de prurito, la persistencia del síndrome febril, la leucocitosis y la elevación de marcadores inflamatorios motivaron la ampliación del abordaje diagnóstico, debido a que estos hallazgos no eran característicos de una hepatopatía propia de la gestación.

Se solicitaron hemocultivos, los cuales aislaron Salmonella enterica, confirmando el diagnóstico de colestasis hepática secundaria a bacteriemia por Salmonella enterica. La ausencia de una evaluación seriada de ácidos biliares séricos durante la evolución constituye una limitación para la caracterización completa del componente colestásico asociado al embarazo.

Con base en los resultados microbiológicos se inició tratamiento antimicrobiano con ceftriaxona intravenosa. La paciente presentó evolución clínica favorable, con resolución progresiva de la fiebre, desaparición de la ictericia y mejoría de las pruebas de función hepática y marcadores inflamatorios durante la hospitalización. El seguimiento obstétrico documentó adecuada evolución materno-fetal, sin recurrencia de la colestasis ni deterioro de la función hepática. Finalmente, el embarazo evolucionó hasta las 37 semanas de gestación, cuando se realizó la resolución obstétrica, obteniéndose un desenlace materno y neonatal satisfactorio.

Discusión

La colestasis durante el embarazo representa un reto diagnóstico debido a que diversas enfermedades hepáticas y sistémicas pueden presentar manifestaciones clínicas, bioquímicas e imagenológicas similares. Aunque la colestasis intrahepática del embarazo (CIE) constituye la hepatopatía gestacional más frecuente, su diagnóstico requiere excluir otras etiologías infecciosas, obstructivas, autoinmunes y metabólicas. Las guías de la European Association for the Study of the Liver (EASL) y de la Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM) recomiendan ampliar la evaluación ante hallazgos atípicos como fiebre, ictericia marcada, dolor abdominal persistente o sospecha de infección sistémica [1,2].

En la paciente presentada, el patrón colestásico, la elevación de ácidos biliares séricos y el contexto gestacional orientaron inicialmente hacia CIE. Sin embargo, la ausencia de prurito, la persistencia del síndrome febril, la leucocitosis y la elevación de marcadores inflamatorios fueron poco compatibles con esta entidad. La ecografía hepatobiliar evidenció hepatomegalia y esplenomegalia sin dilatación de la vía biliar, apoyando un proceso inflamatorio intrahepático y descartando una causa obstructiva evidente.

La bacteriemia por Salmonella entérica es una manifestación extraintestinal infrecuente que puede ocasionar compromiso hepatobiliar con predominio colestásico. La respuesta inflamatoria asociada a la infección puede alterar los mecanismos de transporte canalicular responsables de la excreción biliar, favoreciendo hiperbilirrubinemia conjugada y elevación de enzimas de colestasis aun sin obstrucción mecánica [3-5].

En este caso, los hemocultivos permitieron establecer la etiología infecciosa y modificar el abordaje terapéutico. La respuesta favorable al tratamiento con ceftriaxona, evidenciada por resolución de la fiebre, desaparición de la ictericia y mejoría de las pruebas hepáticas, respalda la asociación entre bacteriemia por Salmonella enterica y el cuadro colestásico observado.

Este caso resalta la importancia de considerar etiologías infecciosas en gestantes con alteraciones hepáticas y manifestaciones clínicas atípicas. Un abordaje diagnóstico integral permite identificar causas secundarias de colestasis, instaurar tratamiento oportuno y favorecer un adecuado desenlace materno-fetal.

Referencias bibliográficas

1. European Association for the Study of the Liver. EASL Clinical Practice Guidelines on the management of liver diseases in pregnancy. J Hepatol. 2023;79(3):768-828. DOI: 10.1016/j.jhep.2023.03.006.
2. Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM), Lee RH, Greenberg M, Metz TD, Pettker CM. Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #53: Intrahepatic cholestasis of pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 2021;224(2):B2-B9. DOI: 10.1016/j.ajog.2020.11.002.
3. Westbrook RH, Dusheiko G, Williamson C. Pregnancy and liver disease. J Hepatol. 2016;64(4):933-945. DOI: 10.1016/j.jhep.2015.11.030.
4. Crump JA, Sjölund-Karlsson M, Gordon MA, Parry CM. Epidemiology, clinical presentation, laboratory diagnosis, antimicrobial resistance, and antimicrobial management of invasive Salmonella infections. Clin Microbiol Rev. 2015;28(4):901-937. DOI: 10.1128/CMR.00002-15.
5. Strnad P, Tacke F, Koch A, Trautwein C. Liver—guardian, modifier and target of sepsis. Nat Rev Gastroenterol Hepatol. 2017;14:55-66. DOI: 10.1038/nrgastro.2016.168.
6. Ranjan A, Chandna M, Stevens NJ, Kandil J, Dinh B, Kuhn M, et al. Salmonella infections: global trends and emerging challenges. Microorganisms. 2026;14(4):816. DOI: 10.3390/microorganisms14040816.