

CASO CLÍNICO

1. Universidad Nacional de Cajamarca, Cajamarca, Perú
2. Hospital Regional Docente de Cajamarca, Cajamarca, Perú
 - a. Médico Gineco-Obstetra, Departamento de Ginecología y Obstetricia, b ORCID 0000-0002-3333-7019
 - b. Médico Gineco-Obstetra, Departamento de Ginecología y Obstetricia
 - c. ORCID 0000-0002-8056-1232
 - d. Médico Neuróloga, Departamento de Medicina, ORCID 0000-0003-1577-8360
 - e. Estudiante de Medicina Humana
 - f. ORCID 0009-0007-6474-258X
 - g. ORCID 0009-0009-6278-1432
 - h. ORCID 0009-0004-5210-8379

Reconocimiento de autoría

En la investigación:

Collantes J: Conceptualización, escritura - revisión y edición y supervisión; Pinillos L: Conceptualización, Escritura - Revisión y edición y Supervisión; Castañeda K: Curación de datos, Escritura - Borrador original; Pajares K: escritura del proyecto; Núñez K: escritura del proyecto; Narro P: escritura del proyecto.

Responsabilidades éticas

Confidencialidad de los datos: Los datos han sido originados desde el Hospital Regional Docente de Cajamarca y cuentan con la aprobación del comité de ética.

Financiamiento: Autofinanciado.

Inteligencia artificial: los autores declaran no haber utilizado tecnología relacionada a inteligencia artificial en el estudio del caso o elaboración del artículo.

Conflicto de intereses: Este estudio no representa ningún conflicto de interés.

Recibido: 20 agosto 2024

Aceptado: 9 noviembre 2024

Publicación en línea: 12 marzo 2025

Correspondencia:

Jorge Arturo Collantes Cubas

📍 Urb. Molinos del Inca C-5, Los Baños del Inca, Cajamarca, Perú

☎ 976390499

✉ jcollantes@unc.edu.pe

Citar como: Collantes Cubas JA, Pinillos Vilca LA, Castañeda Bazán KE, Pajares Villar KNR, Núñez Ruiz KJ, Narro Bazán PK. Encefalopatía de Wernicke secundaria a hiperémesis gravídica. Rev peru ginecol obstet. 2025;71(1). Doi: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v71i2734>

Encefalopatía de Wernicke secundaria a hiperémesis gravídica Wernicke's encephalopathy secondary to hyperemesis gravidarum

Jorge Arturo Collantes Cubas^{1,2,a,b}, Luis Alberto Pinillos Vilca^{1,2,a,c}, Karla Esperanza Castañeda Bazán^{2,d}, Kelinda Nila Rosa Pajares Villar^{1,2,e,f}, Katia Jhesbith Núñez Ruiz^{1,2,e,g}, Paola Katherine Narro Bazán^{1,2,e,h}

DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v71i2734>

RESUMEN

Se comunica el caso de una multigesta de 32 años con 18 semanas de gestación hospitalizada por hiperémesis gravídica, quien ingresó con signos de deshidratación, pérdida de peso (8,8%) y sufrió pérdida fetal. Se evidenció trastorno de conciencia, nistagmo horizontal y vertical y ataxia. La tomografía cerebral sin contraste no mostró alteraciones. Se diagnosticó Encefalopatía de Wernicke y se repuso tiamina, con evolución lenta favorable.

Palabras clave. Encefalopatía de Wernicke, Hiperémesis gravídica, Tiamina, Nistagmo, Complicaciones del embarazo

ABSTRACT

We report the case of a 32-year-old multigestational woman with 18 weeks of gestation hospitalized for hyperemesis gravidarum. She was admitted with signs of dehydration, weight loss (8.8%) and suffered fetal loss. There was evidence of impaired consciousness, horizontal and vertical nystagmus and ataxia. A brain tomography without contrast showed no alterations. Wernicke's encephalopathy was diagnosed and thiamine was replaced, with a slow and favorable evolution.

Key words: Wernicke encephalopathy, Hyperemesis gravidarum, Thiamine, Nystagmus, Pregnancy complications

INTRODUCCIÓN

La Encefalopatía de Wernicke (EW) es un síndrome neuropsiquiátrico agudo que está asociado a la deficiencia de tiamina (vitamina B1), caracterizado por la triada sintomática de ataxia, alteración oculomotora y trastorno del sensorio. Su incidencia en la población general es del 0,6%⁽¹⁾. En el embarazo puede ocurrir en casos con factores predisponentes, sobre todo en la hiperémesis gravídica⁽²⁻⁵⁾.

La hiperémesis gravídica se presenta en 0,5 a 3% de las gestantes y se define según los 5 criterios diagnósticos de Windsor 2021, que son náuseas y vómitos severos, inicio temprano antes de las 16 semanas, imposibilidad para beber o comer, limitaciones en el desempeño de actividades cotidianas y deshidratación^(6,7), pudiendo llevar a la depleción de múltiples nutrientes incluyendo la tiamina⁽⁸⁾.

Describimos este caso por su riqueza semiológica y presentación poco conocida en nuestro medio.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Multigesta de 32 años con embarazo de 18 semanas sin patologías previas y la gestación anterior sin complicaciones. Desde el primer trimestre presentó náuseas y vómitos moderados según la escala PUQE (3 a 5/día), asociados a dolor abdominal e hiporexia, que pasaron a ser severos en la escala PUQE (5 a 8/día) desde las 10 semanas, asociados a intolerancia oral, por lo que se decidió su hospitalización. Al ingreso presentaba mal estado general con signos de deshidratación moderada. Los signos vitales fueron: frecuencia cardiaca de 131 latidos por minuto, presión arterial de 90/60 mmHg, frecuencia respiratoria de 22 respiraciones por



minuto y saturación de 95%. Presentaba una pérdida de peso de 4,6 kg (8,8%) en 3 semanas. Los exámenes de laboratorio se muestran en la tabla 1. La tomografía cerebral no mostró alteraciones (figura 1). Fue diagnosticada como gestación de 18 semanas, hiperémesis gravídica y trastorno hidroelectrolítico. Desde su ingreso se evidenció desorientación en tiempo y espacio y alucinaciones visuales y auditivas. Al tercer día se identificó nistagmo horizontal y vertical y ataxia con empeoramiento progresivo. Presentaba además fasciculaciones y calambres. Pupilas isorreacti-

vas, sin oftalmoparesia y sin compromiso de los nervios craneales bajos o de vías largas. Se diagnosticó clínicamente encefalopatía de Wernicke, se hidrató y administró tiamina 500 mg EV cada 8 horas por 24 horas y 100 mg cada 6 horas por 2 días, repitiéndose igual dosis al cuarto día por empeoramiento clínico.

Al octavo día de hospitalización se evidenció ausencia de latidos cardiacos fetales procediendo a inducción y legrado uterino luego de la expulsión fetal (peso fetal 215 g). Se añadieron los diag-

FIGURA 1. TOMOGRAFÍA ESPIRAL MULTICORTE SIN CONTRASTE. CORTE AXIAL Y SAGITAL. PRESENCIA DE CALCIFICACIONES. AUSENCIA DE ALTERACIONES ISQUÉMICAS O HEMORRÁGICAS.

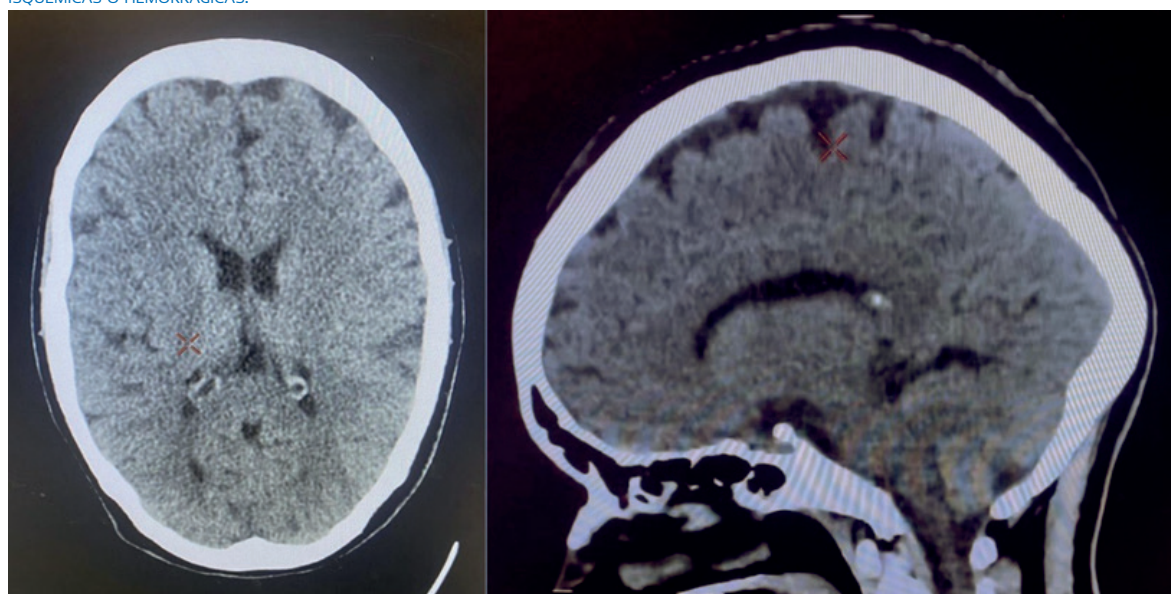


TABLA 1. ANÁLISIS DE SANGRE INICIAL Y DURANTE EL QUINTO DÍA DE HOSPITALIZACIÓN.

Valores	Ingreso	Quinto día de hospitalización (UCI)	Valores de referencia
Hemoglobina (g/dL)	10	8,7	11,0-16,0
Sodio (mmol/L)	131	136	136-146
pH	7,462	7,440	7,350 -7,450
pCO ₂ (mmHg)	33,8	32,7	35,0-48,0
HCO ₃ (mmol/L)	23,9	21,8	21,0-28,0
AST (U/L)	34,5	24,4	0,0-38,0
ALT (U/L)	72,4	30,7	0,0-40,0
Fosfatasa alcalina (U/L)	169,9	166,6	98,0-276,0
Bilirrubina directa (mg/dL)	1,29	0,64	0,00-0,25
Bilirrubina total (mg/dL)	1,79	0,87	0,00-1,00
Ácido láctico (mmol/L)	0,7	1,3	0,5-1,6
Creatinina (mg/dL)	0,62	0,49	0,70-1,40
Albumina (g/dL)	2,79	2,51	3,50-5,00
PCR (mg/dL)	47,3	63,2	0,0-6,0
TSH (μUI/mL)	0,64	0,64	0,27-4,20
T-4 libre ng/dL	0,88	0,88	0,93-1,70
Examen de orina Cuerpos cetónicos	+++		

Nota: AST, aspartato aminotransferasa; ALP, alanina aminotransferasa; PCR, proteína C reactiva; TSH, hormona estimulante de tiroides



nósticos de hipoalbuminemia severa (1,9 g/dL) y anemia severa luego del procedimiento (6,7 g/dL), tratados con transfusión de paquete globular y hierro parenteral.

Se indicó el alta al décimo cuarto día, hemodinámicamente estable y con mejoría parcial de la sintomatología neurológica, pues mantenía nistagmo y ataxia.

Al mes de su egreso persistió el malestar general, la dificultad a la marcha y nistagmo con mejoría parcial.

DISCUSIÓN

Se comunica el caso de una gestante con 32 años y 18 semanas de gestación complicada con hiperémesis gravídica que cursó con la triada de encefalopatía de Wernicke (EW) y pérdida fetal, habiendo estado hospitalizada durante 14 días con evolución lenta favorable.

Alrededor de 80% de los embarazos son afectados por náuseas y vómitos, principalmente durante el primer trimestre⁽¹⁾. De estos, los trastornos son severos hasta en 3%, estableciendo la condición de hiperémesis gravídica⁽⁹⁾ según los criterios de Windsor 2021^(6,7), pudiendo asociarse a condiciones más serias como encefalopatía de Wernicke⁽¹⁰⁾, neuropatía periférica y mielínolisis central pontina^(11,12). Además, 50% de los casos de encefalopatía de Wernicke cursan con pérdida fetal u otras complicaciones fetales⁽¹⁾. En el caso presentado, los vómitos se iniciaron tempranamente desde el primer trimestre y llegaron a intolerancia oral, deshidratación, hipopotasemia, acidosis metabólica y pérdida fetal.

La encefalopatía de Wernicke (EW) puede deberse a una ingesta inadecuada o a condiciones asociadas a un mayor requerimiento de tiamina, como el embarazo^(4,8). El agotamiento de las reservas de tiamina ocurre entre 4 y 6 semanas sin suplementación. El diagnóstico es clínico con la tríada clásica de trastorno de conciencia, alteraciones oculomotoras y ataxia⁽¹³⁾. La tomografía cerebral es usualmente normal. La resonancia magnética es más sensible y específica. En T1 se evidencia hipointensidades en la sustancia gris periacueductal, cuerpos mamilares, hipotálamo y tálamo medial. En T2 hay hiperintensidades alrededor del tercer ventrículo, cuerpos mamilares, hipotálamo y sustancia gris periacueductal⁽¹⁴⁾. El tratamiento con altas do-

sis de tiamina y de manera oportuna es de suma importancia, puesto que puede revertir el síndrome. En caso contrario, la mortalidad puede ser de 20%, y alrededor del 80% desarrollan problemas cognitivos severos, como el Síndrome de Korsakoff^(13,15). En el caso descrito, la reversibilidad de los síntomas deberá ser evaluada periódicamente manteniendo la suplementación con tiamina. De persistir por seis meses, sería un caso de Wernicke-Korsakoff con secuelas. La pérdida fetal en este caso fue probablemente multifactorial (por deshidratación, cambios metabólicos, carencia vitamínica múltiple, falta de aporte calórico, entre otros), como se muestra en investigaciones, con una frecuencia hasta del 50% de los casos⁽¹⁾. Estas modificaciones severas y sin manejo temprano serían la causa de la muerte fetal⁽¹⁶⁾.

La encefalopatía de Wernicke es una patología poco frecuente, escasamente publicada en nuestro medio, pero debe ser sospechada y prevista en los casos de hiperémesis gravídica, para tratarla adecuadamente, evitar secuelas a largo plazo y morbilidad materno fetal.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oudman E, Wijnia JW, Oey M, van Dam M, Painter RC, Postma A. Wernicke's encephalopathy in hyperemesis gravidarum: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2019;236:84-93. doi:10.1016/j.ejogrb.2019.03.006
2. Žigrai M, Smetanová V, Gmitterová K, Klepánková P, Vyskočil M. Wernicke encephalopathy-a rare complication of hyperemesis gravidarum. *Eur J Clin Nutr.* 2020;74(4):663-5. doi:10.1038/s41430-020-0592-9
3. Heesterbeek MJB, Swolfs SN, de Waardt DA, Veth CPM. De kennis van a(n)iossen over diagnostiek, etiologie en behandeling van wernicke-encefalopathie [The knowledge of resident doctors on diagnostics, etiology and treatment of Wernicke encephalopathy]. *Tijdschr Psychiatr.* 2020;62(10):853-9. doi:https://doi.org/10.1186/s13256-022-03748-2
4. Nisar S, Kareem O, Muzaffer U, Tanvir M, Ganaie MA, Ahmed RN. Descriptive spectrum of thiamine deficiency in pregnancy: A potentially preventable condition. *Int J Gynaecol Obstet.* 2024;164(1):157-65. doi:10.1002/ijgo.14989
5. Meggs WJ, Lee SK, Parker-Cote JN. Wernicke encephalopathy associated with hyperemesis gravidarum. *Am J Emerg Med.* 2020;38(3):. doi:10.1016/j.ajem.2019.09.012
6. Jansen LAW, Shaw V, Grooten JJ, Koot MH, Dean CR, Painter RC. Diagnosis and treatment of hyperemesis gravidarum [published correction appears in CMAJ. 2024 May 12;196(18):E630. doi: 10.1503/cmaj.240608]. *CMAJ.* 2024;196(14):E477-E485. Published 2024 Apr 14. doi:10.1503/cmaj.221502
7. Jansen LAW, Koot MH, Van't Hooft J, et al. The windsor definition for hyperemesis gravidarum: A multistakeholder international consensus definition. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021;266:15-22. doi:10.1016/j.ejogrb.2021.09.004



8. Rane MA, Boorugu HK, Ravishankar U, Tarakeswari S, Vadlamani H, Anand H. Wernicke's encephalopathy in women with hyperemesis gravidarum - Case series and literature review. *Trop Doct.* 2022;52(1):98-100. doi:10.1177/00494755211014396
9. Birkeland E, Stokke G, Tangvik RJ, Torkildsen EA, Bozteng J, Wollen AL, et al. Norwegian PUQE (Pregnancy-Unique Quantification of Emesis and nausea) identifies patients with hyperemesis gravidarum and poor nutritional intake: a prospective cohort validation study. *PLoS One.* 2015;10(4):e0119962. Published 2015 Apr 1. doi:10.1371/journal.pone.0119962
10. Fiorentini M, Nedu B, Dapoto F, Brunelli E, Pilu G, Youssef A. When time is brain: a systematic review about Wernicke encephalopathy as a dramatic consequence of thiamin deficiency in hyperemesis gravidarum. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2023;36(2):2223678. doi:10.1080/14767058.2023.2223678
11. Saquisela-Alburquerque VV, Vences MA. Lesiones metabólicas bilaterales en núcleos basales: Serie de casos y Revisión de literatura. *Rev Cuerpo Med. HNAAA.* 2023;16(1):126-33. DOI:10.35434/rcmhnaaa.2023.161.165
12. Burneo J, Vizcarra D, Miranda H. Mielinólisis central pontina y embarazo: presentación de un caso y revisión de la literatura [Central pontine myelinolysis and pregnancy: a case report and review of literature]. *Rev Neurol.* 2000;30(11):1036-40.
13. Habas E, Farfar K, Errayes N, Rayani A, Elzouki AN. Wernicke Encephalopathy: An Updated Narrative Review. *Saudi J Med Med Sci.* 2023;11(3):193-200. doi:10.4103/sjmms.sjmms_416_22
14. Báez PA, Casadiego CA. Encefalopatía de Wernicke. *Rev Méd Sanitas.* 2020;23(1):40-3. doi: <https://doi.org/10.26852/01234250.53>
15. Oudman E, Wijnia JW, Oey M, van Dam M, Painter RC, Postma A. Wernicke's encephalopathy in hyperemesis gravidarum: A systematic review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* mayo de 2019;236:84-93
16. Nieto ÁJ, Burgos JM, Echeverry LM, Escobar MF. Encefalopatía de Wernicke secundario a hiperémesis gravídica: la importancia del diagnóstico temprano. *Rev Chil Obstet Ginecol.* 2018;83(3):295-301. DOI:<http://dx.doi.org/10.4067/s0717-75262018000300295>