

REPORTE DE CASO / CASE REPORT

Puérpera con Hipercolesterolemia Familiar: una combinación de riesgoJacqueline Orrego¹ Karem Torres¹ Manuel Codas¹

Jacqueline Orrego, 0009-0000-3388-391X

Karem Torres, 0000-0003-2251-4021

Manuel Codas, 0000-0002-0465-9617

¹ Universidad Nacional de Itapúa. Facultad de medicina. Postgrado en Medicina interna- Hospital regional de Encarnación. Paraguay**RESUMEN**

La hipercolesterolemia familiar (HF) es una dislipidemia genética que incrementa significativamente el riesgo cardiovascular desde edades tempranas. Durante el embarazo y el puerperio, el estado de hipercoagulabilidad fisiológica puede potenciar este riesgo, favoreciendo la aparición de eventos trombóticos graves como el tromboembolismo pulmonar.

Caso clínico: Paciente de 19 años, primigesta, en puerperio tardío (40 días posparto), con diagnóstico previo de HF tratada solo con medidas dietéticas. Consultó por disnea súbita, palidez, sudoración fría y lipotimia. En la evaluación inicial presentó taquicardia, taquipnea e hipoxemia. Los estudios laboratoriales mostraron leucocitosis, proteína C reactiva elevada, dímero D 5,47 µg/mL, troponina I 350 ng/L y colesterol total 550 mg/dL (LDL 460 mg/dL). La angiotomografía torácica confirmó tromboembolismo pulmonar agudo. Se instauró oxigenoterapia, anticoagulación con heparina de bajo peso molecular y estatinas de alta intensidad, con buena evolución clínica.

Conclusión: La coexistencia de HF y puerperio constituye una combinación de alto riesgo trombótico y aterogénico. Este caso resalta la importancia de evaluar el riesgo cardiovascular en mujeres jóvenes con dislipemias hereditarias, promover la planificación preconcepcional y garantizar una profilaxis tromboembólica individualizada en el posparto.

Palabras clave: hipercolesterolemia familiar; puerperio; riesgo cardiovascular; tromboembolismo pulmonar; dímero D.

Recibido: 23/07/2025

Revisado: 20/09/2025

Aceptado: 11/10/2025

Autor para
correspondencia:
Jacqueline Orrego
Soccer_foj@hotmail.com

Conflictos de interés
Los autores declaran no
poseer conflictos de
interés.

Fuente de financiación
Los autores no recibieron
apoyo financiero de
entidades
gubernamentales o
instituciones para realizar
esta investigación

Postpartum Woman with Familial Hypercholesterolemia: A Risky Combination

ABSTRACT

Introduction:

Familial hypercholesterolemia (FH) is a genetic lipid disorder that markedly increases cardiovascular risk from early ages. During pregnancy and the puerperium, physiological hypercoagulability may amplify this risk, predisposing to severe thrombotic events such as pulmonary embolism.

Case report: A 19-year-old primiparous woman, 40 days postpartum, with previously diagnosed FH managed with dietary measures, presented with sudden dyspnea, pallor, cold sweating, and syncope. On admission, she had tachycardia, tachypnea, and hypoxemia. Laboratory tests revealed leukocytosis, elevated C-reactive protein, D-dimer 5.47 µg/mL, troponin I 350 ng/L, and total cholesterol 550 mg/dL (LDL 460 mg/dL). Chest CT angiography confirmed acute pulmonary embolism. She received oxygen therapy, full-dose low-molecular-weight heparin, and high-intensity statins, with favorable outcome.

Conclusion: The coexistence of FH and the puerperium represents a high-risk scenario for thrombosis and atherogenesis. This case underscores the importance of assessing cardiovascular risk in young women with hereditary dyslipidemias and ensuring individualized thromboembolic prophylaxis during the postpartum period.

Keywords: familial hypercholesterolemia; puerperium; cardiovascular risk; pulmonary embolism; D-dimer.

INTRODUCCIÓN

La asociación entre hipercolesterolemia familiar y puerperio es infrecuente, pero clínicamente relevante debido al efecto sinérgico sobre la trombogenicidad y la disfunción endotelial.

El embarazo, el parto y el puerperio constituyen estados fisiológicos caracterizados por una marcada hipercoagulabilidad. Durante este periodo se observa un aumento del volumen sanguíneo cercano al 45–50%, una leucocitosis que puede alcanzar hasta 25.000/mm³, y un incremento aproximado del 50% en las concentraciones de fibrinógeno¹. A ello se suman la elevación de factores procoagulantes y la resistencia adquirida a los mecanismos anticoagulantes endógenos, como la proteína C activada, junto con la reducción de proteína S². Este entorno procoagulante, necesario para la hemostasia materna, adquiere mayor relevancia en mujeres con factores de riesgo cardiovascular. En ellas, el estado hipercoagulable propio de la gestación se convierte en un determinante clave que incrementa la susceptibilidad a eventos trombóticos y cardiovasculares en el futuro. A continuación, se presenta un caso que ejemplifica esta interacción y destaca la necesidad de un abordaje interdisciplinario en mujeres con dislipemias hereditarias durante el puerperio.

OBJETIVO

MATERIALES Y MÉTODOS

Se reporta el caso de una paciente de 19 años, conocida con hipercolesterolemia familiar (HF) desde hace 4 años tratado con medidas dietéticas; primigesta en puerperio tardío, 40 días posparto por vía vaginal. La misma acude al servicio de urgencias por cuadro de dificultad respiratoria de aproximadamente 6 hs de evolución, de inicio súbito, acompañado de sensación de palpitaciones, palidez de piel y mucosas, sudoración fría, con el antecedente de haber presentado lipotimia tras cefalea intensa. Al ingreso al servicio se mide signos vitales PA 110/75 mmHg, FC 120 lpm, FR 28 rpm, SatO₂ 87%. Se realiza analítica laboratorial donde se constata leucocitosis 16.000/mm³ con neutrofilia 91%, PCR 48 mg/l, Dímero D de 5,47 mcg/mL, troponinas I 350 ng/l, enzimas musculares CK Total 330 U/l, proteínas totales de 5,1 g/dl, albumina 2,9 g/dl, perfil lipídico con colesterol total de 550 mg/dl, c-LDL 460 mg/dl, perfil renal y perfil hepático dentro de rango; se realiza radiografía de tórax donde se observa aumento de tamaño de silueta cardiaca, ecocardiograma donde se evidencia dilatación de cavidades derechas, presión pulmonar elevada, disfunción sistólica del ventrículo derecho. Ante la sospecha de un tromboembolismo pulmonar se solicita una angiotomografía con lo que se certifica el diagnóstico. Se instauró oxigenoterapia y anticoagulación plena con heparina de bajo peso molecular (80 mg cada 12 h, ajustada

al peso corporal), se inicia estatinas de alta intensidad atorvastatina 80 mg día, paciente con buena evolución médica, es dada de alta al séptimo día con un antagonista de la vitamina K warfarina 5 mg/día, estatinas y medidas higiénico dietéticas.

Se obtuvo consentimiento informado por escrito para la publicación del presente caso clínico.

DISCUSIÓN

La coexistencia de HF y puerperio incrementa significativamente el riesgo trombótico, lo que exige un enfoque clínico basado en guías actualizadas. La ESC recomienda evaluación de riesgo de tromboembolismo en todas las mujeres gestantes y apoyan el uso de heparinas de bajo peso molecular como profilaxis en casos de alto riesgo³, además destacando en la última versión 2025 el rol del Pregnancy Heart Team que promueve la medición del riesgo cardiovascular desde la etapa preconcepcional lo que facilitan el manejo de condiciones cardiovasculares crónicas en el contexto del embarazo⁴. Sin embargo, no aborda de forma específica la HF en este contexto. Otras guías, como la Pediatric FH 2022 propone iniciar tratamiento con estatinas en niños a partir de los 10 años si el LDL permanece elevado, con objetivo < 140 mg/dL, y aféresis en casos homocigotos que no responden a tratamiento⁶. En mujeres jóvenes con HF, las guías de adultos enfatizan la suspensión de hipolipemiantes durante gestación y

lactancia, proponiendo la aféresis como alternativa, lo que limita opciones terapéuticas y aumenta la vulnerabilidad vascular en el puerperio⁵.

CONCLUSIÓN

El puerperio es un periodo de alto riesgo trombótico que en mujeres con HF se ve agravado por el alto riesgo de formación de ateromas. En la práctica clínica es fundamental evaluar el riesgo tromboembólico, implementar profilaxis con heparinas de bajo peso molecular en los casos de alto riesgo y planificar el embarazo dentro de un equipo multidisciplinario que optimice el control lipídico antes de la concepción. Asimismo, debe asegurarse la suspensión de fármacos hipolipemiantes contraindicados durante la gestación y la lactancia, considerando la aféresis como alternativa cuando los niveles de LDL son persistentemente elevados. La integración de las recomendaciones actuales de las guías sobre enfermedad cardiovascular en el embarazo y sobre HF permite individualizar el manejo y reducir la vulnerabilidad vascular en este grupo de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Calmarza IMM. Dislipemias y embarazo: una puesta al día. Clin Invest Arterioscl. 2021;33(2):79-87. Disponible en:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0214916820301066>

2. La Rosa JC, Mijangos-Méndez RC, Campos-Cerda A, Rojas-Sánchez AG, Navarro-de G. Tromboembolismo pulmonar en el embarazo y el puerperio. *Rev Invest Clin.* 2014;66(1):45–52.
3. Regitz-Zagrosek V, Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, et al. 2018 ESC Guidelines for the management of cardiovascular diseases during pregnancy. *Eur Heart J.* 2018;39(34):3165–241.
4. Roos-Hesselink JW, Bauersachs J, Cífková R, et al. 2025 ESC Guidelines for the management of cardiovascular disease in pregnancy. *Eur Heart J.* 2025;46(9):1121–67.
5. Nordestgaard BG, Chapman MJ, Humphries SE, et al. Familial hypercholesterolaemia is underdiagnosed and undertreated: guidance for clinicians. *Eur Heart J.* 2013;34(45):3478–90.
6. Harada-Shiba M, Ohta T, Ohtake A, et al. Guidance for pediatric familial hypercholesterolemia 2022. *J Atheroscler Thromb.* 2023;30(2):183–205.
7. Niemirska A, Wąsowska-Królikowska K, Brzezińska B, et al. Management of familial hypercholesterolemia in children and adolescents: position paper of Polish Society of Hypertension. *Kardiol Pol.* 2024;82(4):341–53.