



Salud en Tabasco

ISSN: 1405-2091

revista@saludtab.gob.mx

Secretaría de Salud del Estado de Tabasco

México

Peñaflores-Rodríguez, Eduardo; Téllez-Valdés, Juan A.; Barjau-Cadena, Rafael; Blancas-Ontiveros, Lenin F.; Acosta-Patiño, José L.; Tejeda-Pelayo, Carlos O.

Síndrome de HELLP y hematoma subcapsular hepático. Reporte de un caso

Salud en Tabasco, vol. 13, núm. 1, enero-abril, 2007, pp. 597-601

Secretaría de Salud del Estado de Tabasco

Villahermosa, México

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=48713107>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Síndrome de HELLP y hematoma subcapsular hepático. Reporte de un caso.

Eduardo Peñaflores-Rodríguez,⁽¹⁾ Juan A. Téllez-Valdés,⁽²⁾ Rafael Barjau-Cadena,⁽³⁾ Lenin F. Blancas-Ontiveros,⁽⁴⁾ José L. Acosta-Patiño,⁽⁵⁾ Carlos O. Tejeda-Pelayo⁽⁶⁾

jlacostap@hotmail.com

RESUMEN

La hemorragia hepática es una complicación grave de la preeclampsia/eclampsia, con alta mortalidad materna perinatal. Por lo general se encuentra asociada con síndrome de HELLP (hemólisis, plaquetopenia y elevación de enzimas hepáticas); es muy importante la detección rápida del cuadro, así como el adecuado y agresivo manejo multidisciplinario. En el presente informe se describe un caso de ruptura hepática en una paciente con preeclampsia severa.

SUMMARY

The hepatic hemorrhage is a serious complication of preclampsia / eclampsia, with high perinatal maternal mortality. It is generally associated to HELLP syndrome (hemolysis: plaketopenia and hepatic enzyme raising.). It is very important the quick detection of prognosis as well as the multidisciplinary agresive and proper handling. We currently describe a case of hepatic break out in a patient with preeclampsia severa.

INTRODUCCIÓN

Se calcula que cada año fallecen 50,000 mujeres por complicaciones de la preeclampsia.¹ Desde 1982, Louis Weinstein definió el síndrome de HELLP como un padecimiento que se distingue por hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetas bajas.¹⁻⁵

La mayoría de las rupturas hepáticas ocurren en relación con el síndrome de HELLP.² La incidencia del síndrome de HELLP es del 4 al 12% en las pacientes con preeclampsia.^{1,2,4,6,7}

La ruptura hepática es una complicación rara de la preeclampsia severa con una frecuencia no precisada, aproximadamente 120 casos han sido registrados en la literatura mundial.^{2,8} Se habla de una incidencia menor al 1% de pacientes con síndrome de HELLP.^{7,9} El 90% de las rupturas hepáticas ocurren en preeclampsia o eclampsia el resto son rupturas traumáticas en su mayoría. Otras etiologías son infrecuentes.⁸

La mortalidad materna por síndrome de HELLP varía del 0.6 al 25% de los casos.^{2,4,7,10,11} La mortalidad perinatal se reporta del 10 al 60%.¹¹ Mientras que la mortalidad materna por hematoma subcapsular y ruptura hepática van del 35 al 75% en las distintas series.^{10,12}

Fisiopatogenia

La causa del síndrome de HELLP es desconocida pero existen varias teorías que incluyen la hipovolemia, coagulación intravascular diseminada subaguda y procesos inmunológicos.^{2,6}

La anemia hemolítica microangiopática, se refiere como consecuencia del vasoespasmo segmentario intenso que induce daño endotelial, lo cual lleva al descubrimiento de la membrana basal subyacente, y que a la vez, esto genera adherencia creciente de plaquetas, las cuales son sustraídas de la circulación general ocasionando trombocitopenia y depósitos de fibrina.^{2,3,4,6}

Existe a su vez un desequilibrio en la producción de sustancias vasoconstrictoras y vasodilatadores.^{2,6} Se cree que la invasión anormal del trofoblasto a las arterias espirales, la hipersensibilidad a las aminas y péptidos vasoconstrictores endógenos y el desequilibrio en el metabolismo prostanoide, aumentan la producción de tromboxano y hay una disminución de la prostaciclina, que

⁽¹⁾ Gineco-obstetra adscrito al HGZ 46 IMSS Villahermosa Tabasco.

⁽²⁾ Cirujano general adscrito al HGZ 46 IMSS Villahermosa Tabasco.

⁽³⁾ Médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos HGZ 46 IMSS Villahermosa Tabasco.

⁽⁴⁾ Médico adscrito a la Unidad de Cuidados Intensivos HGZ 46 IMSS Villahermosa Tabasco.

⁽⁵⁾ Médico adscrito al servicio de Urgencias HGZ46 IMSS Villahermosa Tabasco.

⁽⁶⁾ Médico Residente Gineco-obstetricia.

CASO CLÍNICO

induce un vasoespasmo generalizado, con el consecuente daño endotelial, favoreciendo así la agregación plaquetaria y el depósito de fibrina, base fisiopatológica del síndrome de HELLP.^{2,5,6,13}

El mecanismo exacto por el que se produce la ruptura hepática no está claro.² Sin embargo, el hígado al igual que otros órganos como resultado de la microtrombocitosis y la vasoconstricción presenta obstrucción sinusoidal, congestión vascular, sobrecarga e incremento de la presión intrahepática, dilatación de la cápsula de Glisson, desarrollo de hematoma subcapsular y ruptura hepática espontánea. La hipertensión, convulsiones y el vómito se combinan para elevar la presión intraabdominal hasta el punto de romper la cápsula de Glisson.^{2,8,12}

El examen del parénquima hepático, muestra áreas de necrosis con laceraciones múltiples así como áreas de necrosis periportal.^{2,3,4,8,9,12}

También existen alteraciones microscópicas, como aumento de peso del hígado y presentar en la superficie externa manchas dispersas, irregulares y rojas. Algunos autores, consideran que la necrosis hemorrágica hepatocelular periportal da origen al hematoma subcapsular.¹²

La mayoría de los hematomas ocurren en el lóbulo derecho del hígado, más frecuentemente en la superficie anterior y superior.^{2,12} El hematoma hepático subcapsular produce en el hígado un aumento de peso hasta de 2170 gramos, formando en algunos casos una masa quística, blanda con aspecto de hemangioma, diseca, que se distiende y rompe la cápsula de de Glisson. La ruptura de la cápsula puede ser única, doble o múltiple y hasta de 15 centímetros de longitud.¹²

El hematoma hepático subcapsular, drena a través de la ruptura de la cápsula, generalmente hacia la cavidad peritoneal y produce hemoperitoneo hasta de 3000 cc. y raramente hacia el hemitórax derecho; cuando la ruptura es diafragmática causa hemotórax. Existen casos donde la ruptura de la cápsula no es evidente, sin embargo, existe hemoperitoneo abundante.¹²

PRESENTACIÓN CLÍNICA

La presentación clínica de la hemorragia intrahepática y de la ruptura hepática en general es inespecífica.²

El dato predominante del síndrome de HELLP, es el dolor epigástrico y en el cuadrante superior derecho. Este síntoma es explicado por las alteraciones hepáticas consistentes en necrosis tisular, oclusión por trombos de fibrina o material hialino en capilares periportales y sinusoides. El dolor es un dato casi constante en la hemorragia hepática y puede presentarse desde días previos, siendo muy importante la sospecha clínica para el diagnóstico oportuno.^{1,2,4,9,12} El dolor es de tipo sordo de presión, y aumenta con los movimientos

respiratorios, de intensidad creciente y se irradia al hombro y escápula derecha.¹²

La hipotensión arterial y el choque son hallazgos frecuentes. En el abdomen a menudo se encuentra distensión y signos de irritación peritoneal.² La hipertensión arterial severa no es necesaria dentro de la presentación del síndrome según Sibai.

Por lo anterior observamos que el cuadro clínico inicial del síndrome lo constituyen signos y síntomas diversos, ninguno de los cuales corrobora el diagnóstico y en consecuencia a menudo se integra un diagnóstico equivocado.⁴

DIAGNÓSTICO

Es esencial tener una alta sospecha clínica para establecer el diagnóstico temprano.¹

El síndrome de HELLP es un acrónimo en inglés utilizado para describir a las pacientes con enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo, quienes además presentan hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y disminución de las cuentas plaquetarias^{1-4,6-10,12,14} (cuadro 1).

El síndrome se clasifica de acuerdo a las cuentas plaquetarias. Estas se utilizan como parámetro para predecir la rapidez de reestablecimiento en el puerperio.^{1,8}

Los criterios para el diagnóstico de síndrome de HELLP. También llamados criterios de Tennessee^{8,10} se muestran en el cuadro 2.

CUADRO 1. Clasificación de la gravedad del síndrome de HELLP.^{2,4}

Clase I: < 50,000 plaquetas/mm ³
Clase II: 50,000 a 100,000 plaquetas/mm ³
Clase III: > 150,000 plaquetas/mm ³

CUADRO 2. Criterios de Tennessee para el diagnóstico de síndrome de HELLP.^{4,10}

Hemólisis:
a) Anormalidades en el frotis de sangre periférica (esquistocitos)
b) Bilirrubina total >1.2 mg/dL
c) Ausencia de haptoglobina en plasma

Elevación de enzimas hepáticas:

- a) TGO > 72 UI/L
- b) TGP > 45 UI/L
- c) DHL > 600 UI/L

Plaquetopenia: < 100,000 plaquetas/mm³

Se establece el diagnóstico con la presencia de 2 o más criterios.

Los estudios de imagenología tales como ultrasonido y tomografía abdominales son utilizados para investigar la posibilidad de ruptura hepática.² siendo el ultrasonido el menos sensible para demostrar hemorragia hepática.^{2,9} La tomografía axial computada contrastada (TAC); es el mejor método de diagnóstico. La resonancia magnética nuclear (IRM) tiene la ventaja de no exponer al feto a la radiación y es particularmente útil para el estudio de hematomas crónicos. La angiografía puede utilizarse para el diagnóstico preciso de hemorragia intrahepática y ruptura hepática y ofrece la opción de embolización en pacientes seleccionadas.²

Diagnóstico diferencial

Aunque la mayoría de los casos de hemorragia intrahepática durante el embarazo se han reportado en asociación con síndrome de HELLP,² la hemorragia intrahepática puede ocurrir en embarazo normal e incluso en ausencia de preeclampsia severa. Otras causas raras de hemorragia intrahepática incluyen traumatismo, carcinoma hepatocelular, adenoma hepático, hemangioma, absceso hepático, hígado graso y abuso de cocaína.²

Aunque el dolor de síndrome de HELLP suele ser característico, se debe hacer diagnóstico diferencial con apendicitis, vesiculopatía, glomerulonefritis, cálculos renales, úlcera péptica, púrpura trombocitopénica y lupus eritematoso⁹ (cuadro 3).

Cuadro 3. Diagnóstico diferencial del síndrome de HELLP, entidades en las que puede haber incremento de las transaminasas.^{2,12}

- | | |
|---------------------------------------|-------------------------------|
| • Hígado graso agudo | • Trombocitopenia idiopática |
| • Síndrome urémico hemolítico | • Úlcera péptica |
| • Pancreatitis | • Pielonefritis |
| • Púrpura trombocitopénica trombótica | • Lupus eritematoso sistémico |
| • Colelitiasis | • Hepatitis viral |
| | • Colelitiasis |
| | • glomérulo nefritis |

TRATAMIENTO

Las medidas iniciales del tratamiento del síndrome de HELLP son las mismas que se realizan en cualquier paciente con preeclampsia severa o eclampsia, la prioridad es valorar y estabilizar el estado hemodinámico y anomalías de la coagulación, lo siguiente es conocer el bienestar fetal.²

El tratamiento propuesto, comprende medidas generales y expansión del volumen plasmático.¹⁴ En caso de embarazo mayor de 34 semanas de gestación, en que se logre comprobar madurez pulmonar fetal en pacientes con clase I del síndrome se interrumpirá el embarazo. En embarazos

menores y ausencia de coagulación intravascular diseminada (CID), se administraran esteroides para acelerar a maduración pulmonar y disminuir la posibilidad de enterocolitis necrotizante y hemorragia intraventricular fetal.⁴ La presencia del síndrome no es indicación para la interrupción inmediata del embarazo. En caso de trabajo de parto establecido mayor de 32 semanas de gestación se puede iniciar conducción con oxitocina, está contraindicada la anestesia epidural y bloqueo de pudendos así como las punciones de subclavia.

La infusión de plaquetas antes y después del parto, está indicada con plaquetopenia inferior a 50,000 y se administraran glóbulos rojos en caso de que el hematocrito haya descendido a menos del 30% para evitar la formación de hematomas, en el posquirúrgico se deja un drenaje subaponeurotico y se retira en 24 a 48 horas, también se coloca drenaje en tejido celular subcutáneo.⁴

El síndrome de HELLP con ruptura hepática requiere de manejo multidisciplinario con monitorización en la unidad de cuidados intensivos. Cerda, demostró estabilización y mejoría satisfactoria con dosis altas de corticosteroides, pero la reanimación agresiva con cristaloides, coloides y derivados hemáticos representa la parte más importante del manejo temprano.²

Las pacientes con eclampsia requieren cesárea urgente para evitar la ruptura del hematoma subcapsular.¹

El tratamiento quirúrgico incluye evacuación del hematoma y empaquetamiento perihepático. La segmentectomía y lobectomía se reservan para los casos de hemorragia incontrolable. La embolización para pacientes que cursen con coagulopatía severa.¹

Es importante la vigilancia hemodinámica y la realización de tomografías seriadas ya que ante la integridad del hematoma y estabilidad de la paciente puede seguirse tratamiento conservador.

Se ha reportado disminución de la mortalidad por ruptura hepática en pacientes en quienes se practico ligadura de la arteria hepática y también mejoría solo con exploración, drenaje y empaquetamiento de la lesión hepática.²

Complicaciones

La falla respiratoria, infecciones, edema pulmonar, insuficiencia renal, ascitis severa, CID, ruptura hepática, edema cerebral, convulsiones y coma son complicaciones que pueden presentarse secundarias a preeclampsia severa y síndrome de HELLP.^{1,9}

La relación de insuficiencia renal aguda con el síndrome de HELLP se ha reportado en 7.4%.¹⁴

Las complicaciones perinatales del síndrome de HELLP son prematuridad, muerte perinatal, retardo del crecimiento intrauterino, síndrome de insuficiencia respiratoria, sepsis,

CASO CLÍNICO

CID, trombocitopenia, enterocolitis necrotizante y desprendimiento prematuro de placenta normo inserta (DPPNI).⁴

Pronóstico

El pronóstico materno depende de la gravedad del síndrome y del momento de su instalación. La literatura refiere que las mujeres que han padecido síndrome de HELLP tienen riesgo de presentar complicaciones obstétricas en embarazos subsecuentes siendo del 4 a 27% el riesgo de recurrencia.⁴ Se ha informado una elevada mortalidad materna del 1.1 al 24% y neonatal 17% por síndrome de HELLP.

El hematoma hepático subcápsular roto durante el embarazo tiene pronóstico grave. La mortalidad en esta patología varía del 35.2 a 96% de los casos. Reportándose una mortalidad materna del 96% en pacientes con ruptura hepática que recibieron tratamiento conservador y de 35% para aquellas tratadas quirúrgicamente.^{1,12}

Todas las pacientes que sobreviven muestran una resolución completa de la lesión hepática después de 4 a 6 meses de que se efectuó el diagnóstico, demostrable por estudios tomográficos.²

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 23 años de edad, gesta IV, para I (con antecedente de preeclampsia), cesárea I y aborto I. Con embarazo de 35 semanas de gestación por amenorrea, clínicamente menor. El control prenatal indicaba norma evolución. Inicio 3 días previos a su ingreso con dolor epigástrico refractario a tratamiento con antiácidos y acompañado de cefalea, acúfenos y fosfenos.

Al ser recibida en urgencias de ginecología presenta una presión arterial de 176/100 mm Hg. Se encontraba intranquila, edema facial con dolor epigástrico irradiado a hemiabdomen derecho, producto con frecuencia cardíaca de 150 por minuto sin trabajo de parto, edema moderado de miembros inferiores y reflejos osteotendinosos aumentados. Ingreso a la unidad de tocología donde se inició manejo con sulfato de magnesio, nifedipina y medidas específicas. Los exámenes de laboratorio reportaron: hemoglobina de 11.8 g/dl, plaquetas de 101,000/ml, tiempos de coagulación y bilirrubinas normales, alanino aminotransferasa de 77 U/L, aspartato aminotransferasa de 112 U/L y proteinuria de más de 300 mg/dl.

Se realizó cesárea Kerr bajo anestesia general por los diagnósticos de embarazo de 35 semanas de gestación, preeclampsia severa y probable retardo de crecimiento intrauterino, bajo el diagnóstico de embarazo de 35 semanas de gestación con retraso de crecimiento intrauterino. Se

obtuvo producto de 34 semanas de gestación, 1640 gramos de peso y Apgar de 8-9.

La paciente ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), presentando crisis convulsiva y choque hipovolémico, requiriendo de ventilación asistida, expansores de plasma y vasopresores. En el reporte ultrasonográfico se reportó líquido libre en cavidad.

Laboratorio: a las 10 horas de postcesárea, bilirrubinas totales de 4 mg/dl a expensas de indirecta 2.2 mg/dl, albúmina de 1.8 mg/dl, alanino aminotransferasa de 442 UI/L, Aspartato aminotransferasa de 878 UI/L, deshidrogenasa láctica de 1455 UI/L, hemoglobina de 8.8 g/dl, hematocrito de 24.7% y plaquetas de 29000 por ml. Se realiza laparotomía exploradora (LAPE), con hallazgos tras operatorios; hemoperitoneo de 1500 ml. hematomas subcapsulares de ambos lóbulos hepáticos, realizándose lavado de cavidad, colecistectomía y ligadura de la arteria hepática (cuadro 4).

CUADRO 4. Comportamiento hematológico de la paciente.

	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 6	Día 8	Día 10	Día 13	Día 19	Día 25
Hemoglobina	11.8 8.8	7.8	8.9	7.5	8.7	12.8	12.2	10.6	11	10.3
Plaquetas	101 29	12.3	33	62	64	60	82	106	225	247
Bilirrubina total	0.8 4	7.2	8.6	7.7	6.4	5	3.2	1.9	1.4	1.3
Alanino aminotransferasas	77 442	3471	4334	3112	1386	191	178	73	59	27
Aspartato aminotransferasa	112 878	3711	5196	3211	672	392	81	54	44	41
DHL		6617								

La paciente reingresa a UCI con diagnóstico de choque hipovolémico secundario a hemorragia hepática, eclampsia, síndrome de HELLP siendo clasificado como de extrema gravedad ante la coexistencia de 5 criterios de Tennessee y hematoma subcápsular hepático. Se manejó con expansores de volumen, plaquetoféresis, corticoides, antibióticoterapia y se agregó insuficiencia renal aguda que requirió hemodiálisis.

Su evolución posterior fue lenta y gradual a los 11 días egresa de la UCI a piso de ginecología, requiriendo manejo multidisciplinario con la participación de las especialidades de nefrología, cirugía general, ginecología, hematología, gastroenterología y medicina interna. A los 21 días se realiza TAC con reporte de hematoma hepático de 17x 7 cm. y abundante líquido libre en cavidad abdominal por lo que se realiza colpotomía para drenaje obteniéndose 1000 ml. de líquido. La paciente presenta picos febriles y nuevo ultrasonido del día 29 de estancia reporta hematoma de 18x10 cm. y líquido libre en cavidad por lo que se realiza nueva LAPE con drenaje de hematoma (figura 1 y 2).

Una vez corregidos los defectos de coagulación, función hepática y renal; se egresa a paciente y producto de la gestación después de 35 días de manejo intensivo.

FIGURA 1. Hematoma subcapsular.

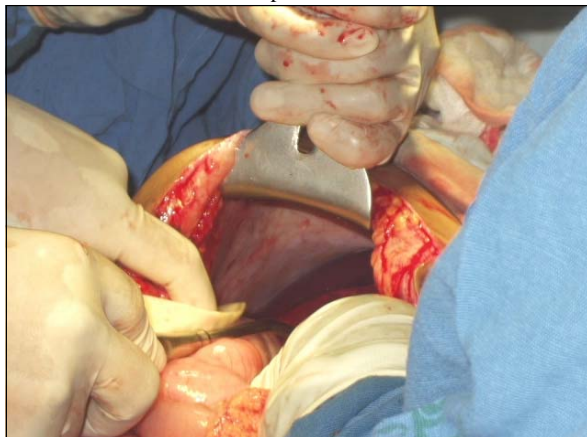
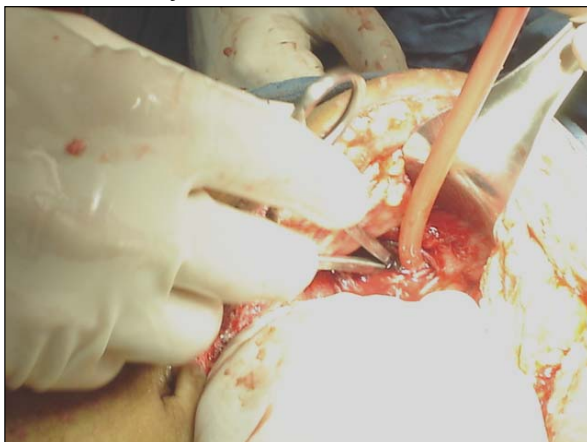


FIGURA 2. Drenaje de hematoma.



DISCUSIÓN

La ruptura hepática por síndrome de HELLP es una complicación rara pero grave.² El dato predominante del síndrome es el dolor epigástrico que se presenta en el 90 a 100% de los casos.^{1,3,9}

La insuficiencia renal aguda secundaria, es una complicación frecuente del síndrome de HELLP pudiendo desarrollarse en algunas pacientes necrosis cortical bilateral desarrollando insuficiencia renal crónica.¹⁴

La mayoría de los hematomas hepáticos se localizan en el lóbulo derecho,^{2,12} en la paciente se encontraron múltiples hematomas en ambos lóbulos hepáticos.

Debido a la severidad de la enfermedad además de las alteraciones de la coagulación, se presentaron otras complicaciones como choque hemorrágico, insuficiencia renal aguda, falla pulmonar y alteraciones de la función hepática. Debido a lo anterior se requirieron múltiples

intervenciones y larga estancia hospitalaria.

CONCLUSIÓN

Una sospecha clínica y una evaluación por estudios paraclínicos y por imagen son esenciales para establecer un diagnóstico y tratamiento temprano. Es necesaria la intervención quirúrgica en la ruptura hepática, siendo el procedimiento de elección la ligadura de la arteria hepática un procedimiento de elección para mejorar el porcentaje de sobrevivida.

Además se requiere un manejo multidisciplinario para disminuir la mortalidad por esta patología.

REFERENCIAS

1. Villanueva EL. Factores relacionados con el pronóstico del síndrome HELLP en mujeres con preeclampsia grave. *Ginecol Obstet Mex* 2004; 72: 394-399.
2. Cerda GP. Síndrome de HELLP y ruptura hepática espontánea. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int* 2003; 17 (4): 138-143.
3. Rodríguez GD. Preeclampsia severa y síndrome de HELLP. *Ginecol Obstet Mex* 1994; 62: 325-329.
4. Rojas PG. Síndrome de HELLP. Estado crítico real. Conceptos actuales. *Ginecol Obstet Mex* 1996; 64: 64-72.
5. Helguera MA. Síndrome de HELLP. Análisis de 102 casos. *Ginecol Obstet Mex* 1996; 64: 528- 533.
6. Basavilvazo RA. Plaquetopenia por síndrome de HELLP en preeclampsia-eclampsia. *Ginecol Obstet de Mex* 2003; 71: 379-386.
7. Romero AJ. Morbimortalidad materna en síndrome de HELLP. *Ginecol Obstet Méx* 2001; 69: 189-193.
8. Costero C. Hepatopatías del embarazo. *Ginecol Obstet Mex* 1993; 61: 66-71.
9. Castro. Preeclampsia y ruptura hepática. *Rev Med IMSS* 2002; 40 (6): 505-510.
10. Rojas PG. Síndrome de HELLP. Consecuencia severa de enfermedad hipertensiva inducida por el embarazo. *Ginecol Obstet Mex* 1996; 64: 523-527.
11. Roíz HJ. Preeclampsia-eclampsia. Experiencia en el Centro Médico Nacional de Torreón. *Ginecol Obstet Mex* 2001; 69:341-345.
12. Noriega RN. Necrosis hemorrágica hepatocelular y hematoma hepático subcapsular en 20 casos de enfermedad hipertensiva del tercer trimestre del embarazo. *Ginecol obstet Méx* 1993; 61: 311-322.
13. Pardo MR. Nueva alternativa terapéutica en preeclampsia severa. *Cir ciruj* 2004; 72: 203-207.
14. Rodríguez GD. Preeclampsia severa síndrome de HELLP e insuficiencia renal. *Ginecol Obstet Mex* 1998; 66: 48-51.