



Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia

ISSN: 2304-5124

spog@terra.com.pe

Sociedad Peruana de Obstetricia y
Ginecología
Perú

Marroquín, Paul Alezándler; Cabrera, Santiago; Gutiérrez, Lorena; Híjar, Adelita
ROTURA HEPÁTICA EN PACIENTE CON PREECLAMPSIA SEVERA Y SÍNDROME HELLP.
Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia, vol. 56, núm. 4, 2010, pp. 310-312
Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología
San Isidro, Perú

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=323428198012>

- 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

**CASO CLÍNICO**
CASE REPORT

ROTURA HEPÁTICA EN PACIENTE CON PREECLAMPSIA SEVERA Y SÍNDROME HELLP.

Resumen

La rotura hepática espontánea es una complicación rara y de alta mortalidad, asociado al síndrome Hellp y preeclampsia severa. La incidencia de rotura hepática varía de 1 en 45 000 a 1 en 225 000 de todos los embarazos. Se relata la experiencia institucional de manejo y tratamiento de la rotura hepática asociada a preeclampsia severa y síndrome Hellp, en una mujer de 29 años, con gestación de 39 semanas, que acudió a la emergencia por dinámica uterina. Luego de 3 horas presentó epigastralgia, dolor en brazo derecho y plaquetopenia, por lo que se decidió culminar el embarazo por cesárea, con recién nacido Ápgar 8 y 9; se evidenció hemoperitoneo y solución de continuidad de la cápsula de Glisson y hematoma hepático. Se realizó taponamiento hepático. Al cuarto día se reintervino para el retiro de gasas, con éxito y evolución favorable.

Palabras clave: Rotura hepática, preeclampsia severa, síndrome Hellp.

**Paul Alezánderson Marroquín^{1,2},
Santiago Cabrera^{1,3}, Lorena
Gutiérrez^{1,2}, Adelita Híjar**

¹ Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, Lima, Perú

² Médico Residente de Gineco Obstetricia

³ Gineco-Obstetra, Jefe de Medicina Fetal

Correspondencia:

Dirección: Av. Brasil 1458 Dpto. 703 – B, Pueblo Libre

Celular: 999109522.

Correo electrónico: pmarroquinlozada@yahoo.

com

Fuente de financiamiento: autofinanciado

Conflicto de interés: ninguno

Trabajo presentado como Tema Libre al XVIII Congreso Peruano de Obstetricia y Ginecología, octubre 2010

Rev Per Ginecol Obstet. 2010; 56: 310-312

Hepatic rupture in a patient with severe pre-eclampsia and Hellp syndrome**ABSTRACT**

Spontaneous hepatic rupture is a rare complication with high mortality associated to Hellp syndrome and severe pre-eclampsia. Hepatic rupture incidence is 1 in 45 000 to 1 in 225 000 pregnancies. We present institutional experience in managing hepatic rupture associated to severe pre-eclampsia and Hellp syndrome in a 29 year-old woman with 39 weeks gestation admitted to emergency by uterine contractions. After three hours she presented epigastralgia, right arm pain and low platelets that led to emergency cesarean section with Apgar 8 and 9 newborn. Hemoperitoneum, discontinuity of Glisson's capsule and hepatic hematoma were found. Hepatic tamponage

was performed and removed the fourth day with successful evolution.

Keywords: Hepatic rupture, severe pre-eclampsia, Hellp syndrome.

INTRODUCCIÓN

La rotura hepática es una complicación rara, grave y muy letal asociada al síndrome Hellp y a la preeclampsia severa. La presencia de hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y plaquetopenia en el contexto del embarazo fue descrito por Pritchard, en el año 1954, y fue posteriormente, en

el año 1982, que Weinstein describió 29 casos de preeclampsia severa con características similares y designó a esta nueva patología como síndrome Hellp (por sus siglas en inglés *hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets*). Según Sibai, el síndrome Hellp tiene una incidencia de 0,2 a 0,6 % de todos los embarazos, y de 4 a 12% de los pacientes con preeclampsia⁽¹⁾. La incidencia de rotura hepática varía de 1 en 45 000 a 1 en 225 000 de todos los embarazos⁽²⁾. Se conoce que típi-



camente el síndrome Hellp va precedido de un cuadro de hipertensión y proteinuria, pero hay publicaciones que encuentran que 15 a 20% de Hellp no son precedidas de trastornos hipertensivos⁽³⁾. El diagnóstico de síndrome Hellp está basado en la evidencia de anemia hemolítica microangiopática, disfunción hepática y trombocitopenia en una mujer gestante o en su período posparto, con o sin algún trastorno hipertensivo desarrollado^(4,5).

Este síndrome cursa con una alta morbilidad materna, que varía entre 1 y 24%, dependiendo fundamentalmente de la precocidad con que se realice el diagnóstico⁽⁶⁾. Entre las complicaciones maternas más frecuentes tenemos coagulación intravascular diseminada, desprendimiento prematuro de placenta, insuficiencia renal aguda, edema pulmonar, hematoma hepático subcapsular y desprendimiento de retina^(7,8). El mecanismo exacto con que se produce la hemorragia y rotura hepática espontánea no está claro. Sin embargo, en el hígado, al igual que otros órganos, como resultado de la microtrombosis y la vasoconstricción se presenta obstrucción sinusoidal, congestión vascular, sobrecarga e incremento de la presión intrahepática, dilatación de la cápsula de Glisson, desarrollo de hematoma subcapsular y rotura hepática espontánea⁽⁹⁾.

Dada la rara presentación de esta complicación de preeclampsia severa con síndrome Hellp asociado a rotura hepática, presentaremos un caso clínico de nuestra institución, para la discusión de su manejo y tratamiento.

CASO CLÍNICO

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo en 15 pacientes con miomatosis uterina e hipermenorrea y los

beneficios de la inserción del DIU-levonorgestrel luego de un año de uso. Los criterios de inclusión fueron la edad entre 28 y 40 años y con deseo de fertilidad posterior, tamaño uterino estimado menor a un útero de 12 semanas de gestación, tamaño máximo de los miomas de 5 centímetros de diámetro promedio, por ecografía, número máximo de miomas cuatro (también por ecografía) y consentimiento informado luego de consejería.

Los criterios de exclusión fueron la contraindicación para el uso de un DIU, útero de tamaño mayor a los parámetros anteriormente mencionados y miomas submucosos o que distorsionaban la cavidad uterina.

Se recogió datos demográficos sobre la edad de las pacientes, número y volumen de los miomas y las características del volumen menstrual previo a la inserción del DIU-levonorgestrel.

Se realizó un seguimiento a 6 y 12 meses, tomando este último como mejor medida para las conclusiones del estudio. Se consideró como día de menstruación si la paciente informaba la necesidad de usar al menos cuatro toallas en el día. La medición del volumen del mioma promedio se obtuvo promediando los tres diámetros del mismo, y para los casos de pacientes con varios miomas, se consideró como referencial el de mayor tamaño. El análisis estadístico se realizó con la prueba de Wilcoxon, considerando resultados estadísticamente significativos una $p < 0,05$.

DISCUSIÓN

El presente caso describe a una paciente a término, multipara, con antecedente de preeclampsia, que tuvo nuevamente cuadro hipertensivo en el tercer trimestre. Al no haber evidencia de daño de órgano blanco y presentar

dinámica uterina, con antecedente de dos partos vaginales, se decidió hospitalizar a la paciente para inducción del parto.

Luego de tres horas de inducción de parto con oxitocina, la paciente presentó epigastralgia y dolor de antebrazo derecho extendido hacia el hombro derecho. La literatura describe que el síntoma del síndrome Hellp, asociado a injuria hepática, es dolor epigástrico y en cuadrante superior derecho; se presenta en aproximadamente 90% de los casos. Este síntoma es explicado por alteraciones hepáticas consistentes en necrosis tubular, oclusión por trombos de fibrina o material hialino en capilares periporales y sinusoides. El dolor es un dato casi constante en la hemorragia hepática, que puede presentarse desde días previos, siendo muy importante la sospecha clínica para el diagnóstico oportuno^(10,11).

La rotura espontánea de la cápsula de Glisson se debe a la distensión producida por un hematoma subcapsular hepático (HSH) compresivo, producto de microhemorragias, como consecuencia del síndrome hipertensivo severo inducido por el embarazo. La rotura espontánea hepática secundaria a hipertensión severa inducida en el embarazo fue descrita por Abercrombie, en 1844⁽¹²⁾. Se asocia a una alta mortalidad materno-fetal. Es un cuadro catastrófico en obstetricia y su presentación varía de 1 cada 45 000 a 225 000 de todos los embarazos². La rotura hepática afecta con mayor frecuencia la pared anterior y superior del hígado, compromete el lóbulo derecho en 75% de los casos, como en el presente caso clínico⁽¹³⁾.

La utilización de medios quirúrgicos disminuye la mortalidad de 100 a 30%. Valdez y García encontraron



una disminución de 33% de la mortalidad por rotura hepática, practicando en las pacientes la ligadura de la arteria hepática⁽¹⁴⁾. Por su parte, Ávila también señaló mejoría con exploración, empaquetamiento y drenaje de la lesión hepática para el control de la hemorragia⁽¹⁵⁾.

Se manejó este caso con taponamiento temporal usando compresas en la zona hepática comprometida y se hizo la ligadura de los vasos hepáticos, como se sugiere en la literatura, con lo que se logró la supervivencia de la paciente. Aunque las recomendaciones quirúrgicas no son específicas, debería recordarse que si se usa cualquier tipo de sutura debe tomarse en cuenta que el tejido hepático de la paciente preeclámpsica está afectado por edema y procesos hemorrágicos. Por lo tanto, es un tejido friable, que no es fácil de aproximar y menos comprimir al anudar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sibai BM. Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with Hellp syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;169:1000-6.
2. Araujo AC, Leao MD, Nobrega MH, Bazerra PF, Pereira FV, et al. Characteristics and treatment of hepatic rupture caused by Hellp syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 2006;195(1):129-33.
3. Sibai BM. Hellp syndrome. *Clin Obstet Gynecol.* 1999;42:381-9.
4. Sibai BM, Taslimi MM. Maternal perinatal outcome associated with the hellp syndrome in severe preeclampsia-eclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 1986;155:501-9.
5. Audibert F, Friedman S, Frangie A, Sibai BM. clinical utility of strict diagnostic criteria for the Hellp syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 1996;175:460-4.
6. Weinstein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count a severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1985;66:657-60.
7. Martin J. Hellp Syndrome: currents principles and recommended practices. *Curr Obstet Med.* 1996;4:129-75.
8. Pearce HP. Spontaneous intrapartum rupture of liver. *N Car Med J.* 1994;55:72-4.
9. Knox TA. Liver disease in pregnancy. *N Engl J Med.* 1996;335:669-75.
10. Sibai BM. Hipertensión durante el embarazo. *Obstet Gynecol Clin NA.* 1992;04:593-611.
11. Clewell HW. Emergencia hipertensivas del embarazo. En: Cuidados intensivos en Obstetricia. Editorial Panamericana. 1999.
12. Abercrombie J. Hemorrhage of the liver. *London Medical Gazette.* 1844;34:792-4.
13. Woodhouse DR. Conservative management of spontaneous rupture of liver in pregnancy. Case report. *Br J Obstet Gynecol.* 1986;93:1097-9.
14. Valdés EH, García CH. Ruptura del hígado en pacientes con pre-eclampsia, revisión de 21 casos tratados quirúrgicamente con ligadura de la arteria hepática. *Gynecol Obstet Mex.* 1996;1(Supl):17.
15. Avila EF. Ruptura hepática durante el embarazo. En: Far Briones JC, Díaz de León M, Editores. Pre eclampsia Eclampsia. México: Distribuidora y Editora Mexicana. 2000.