
Multimed 2019; 23(4)

Julio - Agosto

Caso Clínico

Hellp síndrome. Presentación de un caso y revisión de la entidad

Hellp syndrome. Presentation of a case and review of the entity

Síndrome de Hellp. Apresentação de um caso e revisão da entidade

Esp. I Ginecol. y Obstet. Glennis Tamayo Milanés.^{1*}

Esp. II Ginecol. y Obstet. Adolfo Luis Malcolm Suárez.¹

Esp. I Ginecol. y Obstet. Isabel Milagros Mendoza Castro.¹

Esp. I Ginecol. y Obstet. Johayra Marilia Ttito Hurtado.¹

¹ Universidad de Ciencias Médicas de Granma. Hospital General Universitario Carlos Manuel de Céspedes. Bayamo. Granma, Cuba.

*Autor para la correspondencia. E-mail: lua74@nauta.cu

RESUMEN

Introducción: el síndrome Hellp es una complicación grave de la Preeclampsia que determina el aumento de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Descrita inicialmente en 1954 por Pritchard quien mencionó la hemólisis, trombocitopenia y otras alteraciones en las pacientes con toxemia severa; pero es Weinstein que en el año 1982, reconoce una rara y grave variante de preeclampsia, y para denominarla tomó las iniciales de los hechos que consideró fundamentales, de dicho síndrome: (H) hemólisis; (EL) elevación de enzimas hepáticas y (LP) plaquetopenia. **Presentación del caso:** se diagnosticó un caso de Hellp síndrome en una paciente de 31 años de edad y 24 semanas de gestación gemelar. Se realizó interrupción de embarazo de urgencia por bienestar

materno y evoluciona favorablemente hasta ahora sin complicaciones. Realizamos una revisión bibliográfica actualizada así como su epidemiología, diagnóstico y tratamiento de esta entidad.

Discusión: el caso que se reporta es el de una paciente con Hellp síndrome, considerándose una patología grave con alto riesgo de morbilidad materno- fetal, después de esta descripción, el objetivo principal es la realización de un diagnóstico oportuno y recurrir a tiempo a la interrupción del embarazo.

Conclusiones: la sospecha clínica fue baja al inicio del cuadro, cuya condición pudo empeorar aún más el resultado materno sino se hubiera realizado un diagnóstico adecuado. Según nuestro protocolo nacional se preconiza el parto transperineal y tratamiento oportuno del mismo, así como homogeniza el manejo de estas pacientes con el fin de evitar complicaciones.

Palabras claves: Síndrome HELLP.

ABSTRACT

Introduction: Hellp syndrome is a serious complication of pre-eclampsia that determines the increase in maternal and perinatal mortality and morbidity. Initially described in 1954 by Pritchard who mentioned haemolysis, thrombocytopenia and other alterations in patients with severe toxemia; but it is Weinstein who in 1982, recognizes a rare and serious variant of preeclampsia, and to name it took the initials of the facts that he considered fundamental, of said syndrome: (H) hemolysis; (EL) elevation of liver enzymes and (LP) plaquetopenia.

Case presentation: A case of Hellp syndrome was diagnosed in a patient aged 31 years and 24 weeks of twin gestation. An emergency pregnancy interruption for maternal well-being was performed and it has progressed favorably until now without complications. We conducted an updated bibliographic review as well as its epidemiology, diagnosis and treatment of this entity.

Discussion: the case reported is that of a patient with Hellp syndrome, considering a serious pathology with a high risk of maternal-fetal morbidity and mortality, after this description, the main objective is the realization of a timely diagnosis and timely recourse to the Interruption of pregnancy.

Conclusions: the clinical suspicion was low at the beginning of the picture, whose condition could worsen the maternal result even more if an adequate diagnosis had not been made. According to our national protocol transpelvic birth and timely treatment is recommended, as well as homogenizes the management of these patients in order to avoid complications.

Key words: HELLP Syndrome.

RESUMO

Introdução: A síndrome de Hellp é uma complicação grave da pré-eclâmpsia que determina o aumento da mortalidade e morbidade materna e perinatal. Inicialmente descrito em 1954 por Pritchard, que mencionou hemólise, trombocitopenia e outras alterações em pacientes com toxemia grave; mas é Weinstein quem, em 1982, reconhece uma variante rara e séria de pré-eclâmpsia, e para o nome tomou as iniciais dos fatos que considerava fundamentais, da referida síndrome: (H) hemólise; (EL) elevação das enzimas hepáticas e (PL) plaquetopenia.

Apresentação do caso: Um caso de síndrome de Hellp foi diagnosticado em um paciente com 31 anos e 24 semanas de gestação gemelar. Uma interrupção de gravidez de emergência para o bem-estar materno foi realizada e progrediu favoravelmente até agora sem complicações. Foi realizada uma revisão bibliográfica atualizada, bem como sua epidemiologia, diagnóstico e tratamento desta entidade.

Discussão: o caso relatado é de um paciente com síndrome de Hellp, considerando-se uma patologia grave com alto risco de morbimortalidade materno-fetal, após essa descrição, o objetivo principal é a realização de um diagnóstico oportuno e o uso oportuno da doença. interrupção da gravidez.

Conclusões: a suspeita clínica foi baixa no início do quadro, cuja condição poderia piorar ainda mais o resultado materno se não houvesse diagnóstico adequado. De acordo com nosso protocolo nacional, o nascimento transpélvico e o tratamento oportuno são recomendados, assim como a homogeneização do manejo desses pacientes, a fim de evitar complicações.

Palavras-chave: síndrome HELLP.

Recibido: 10/4/2019

Aprobado: 22/ 6/ 2019.

Introducción

El síndrome Hellp es una complicación grave de la preeclampsia que determina el aumento de la mortalidad y morbilidad materna y perinatal. Descrita inicialmente en 1954 por Pritchard quien mencionó la hemólisis, trombocitopenia y otras alteraciones en las pacientes con toxemia severa; pero es Weinstein que en el año 1982, reconoce una rara y grave variante de preeclampsia, y para denominarla tomó las iniciales de los hechos que consideró fundamentales, de dicho síndrome: (H) hemólisis; (EL) elevación de enzimas hepáticas y (LP) plaquetopenia. ⁽¹⁾

Sibai en 1990 propone criterios diagnósticos dándole cifras específicas a las alteraciones mencionadas y Martín divide en 3 grupos las pacientes de acuerdo al recuento plaquetario, con el fin de establecer pronóstico así: Clase 1 < 50.000 plaquetas/mm³. Clase 2 > 50.001 < 100.000. Clase 3 > 100.001 < 150.000. ^(2,3)

Considerada como una complicación de la enfermedad hipertensiva del embarazo, ocurre entre el 0,17 y 0,85% del total de embarazos y su mortalidad puede llegar hasta un 24%(4) y el síndrome Hellp es considerada una patología grave del embarazo, con una mortalidad

materna y perinatal de 4% y de 73 por 1000 respectivamente. En Cuba representa de 2-6 x 1000 embarazos con una mortalidad materna de 2-24% y perinatal de 9-39%.⁽⁴⁻⁶⁾

Desde el punto de vista fisiopatológico se explica por una interacción anormal entre la microvasculatura de diferentes órganos y los elementos figurados de la sangre; que a nivel hepático se caracteriza por daño endotelial seguido de activación y agregación plaquetaria, que finalmente resulta en isquemia distal con muerte del hepatocito, esta vasculopatía puede estar limitada en un segmento hepático (necrosis periportal o focal) o difusamente a través de todo el hígado (infarto hepático y hematoma subcapsular).⁽⁷⁾

Esto se traduce en alteraciones evidentes del laboratorio hematológico como trombocitopenia, anemia hemolítica microangiopática y liberación de productos celulares, particularmente a nivel hepático, incluyendo transaminasas y deshidrogenasa láctica.⁽⁸⁾

Este se asocia con pacientes multíparas y con la raza blanca, aunque se ha comunicado igual incidencia en mujeres afroamericanas y caucásicas. Generalmente el síndrome se manifiesta en el tercer trimestre. Se ha señalado que 2 tercios de las pacientes eran diagnosticadas antes del parto, el 70 % entre las 27-37 semanas, el 20 % después de las 37 semanas y el 10 % restante antes de las 27 semanas.⁽⁹⁾

Presentación del caso

Paciente de 31 años con antecedentes aparente de salud, antecedentes obstétricos de G4 P3 (fisiológico Y 1 feto malformado) A0. FUM 26/2/2015. Se realiza captación normal, con IMC sobre peso, al US de pesquizado se diagnostica, útero bicorne con embarazo gemelar, biamniótico, bicorial, fetos dentro de cada cavidad uterina, acordes a la edad gestacional. A las 24 semanas de gestación ingresa en nuestro servicio por presentar epigastralgia, y TA en 180/110mmhg.

Examen físico general:

Mucosas coloreadas y húmedas

Signos vitales FR: 20 por minuto FC: 90 por minuto TA: 180/110mmhg

Abdomen AU: 30 cm DU: 0/10 Peloteo Fetal de ambos fetos

Exámenes de laboratorio

Hemograma completo: Hb 123 g/l, leucos. $6,7 \times 10^9/l$

Coagulograma completo: Tc 5min. TP c 14. Coagulo retráctil p 16.

Plaquetas $198 \times 10^9/l$

Creatinina: 78 mmol/l

Glicemia; 4.3 mmol/l

US Abdominal normal

Se propone interrupción de embarazo al cual se niega de primera instancia la paciente, se realizan complementarios evolutivos.

Coagulograma completo: Ts 2 min, conteo de plaquetas $154 \times 10^9/l$, Tc 7 min

Valorando la mantención de síntomas con plaquetas en descenso se decide interrupción del embarazo por bienestar materno. Produciéndose expulsión de ambos fetos con peso inferior a 500g, sin complicaciones durante el proceder. Se traslada a UCI con el diagnostico de Hellp síndrome. Observándose en días posteriores descenso de plaquetas (trombocitopenia) y elevación de transaminasas y creatinina, acompañada de hemólisis y insuficiencia renal aguda.

Hemograma completo: Hb. 68 g/ Hto: 0.20 l/l, Leucos: $22.1 \times 10^9/l$

Coagulograma completo: Conteo de plaquetas: 70 g/l, TP c 15, P 16, K 35'''

Creatinina: 530mmol/l

Ac Úrico: 452 mmol/l

TGO: 140 UI

TGP: 71 UI

LDH: 352 UI

Confirmando el diagnostico con estos datos la paciente llevo tratamiento hipotensor, anticonvulsivante y tratamiento Hemodepurador hemodialitico. Recuperándose de dicho cuadro después de los tratamientos impuestos a los 32 días. Actualmente la paciente se

mantiene en observación y seguimiento por los servicios de obstetricia y nefrología en nuestro centro hospitalario.

Discusión

El caso que se reporta es el de una paciente con Hellp síndrome, considerándose una patología grave con alto riesgo de morbimortalidad materno- fetal, después de esta descripción, el objetivo principal es la realización de un diagnóstico oportuno y recurrir a tiempo a la interrupción del embarazo. Los signos y síntomas que se presentan en el síndrome Hellp son variables, se puede o no asociar a hipertensión, cefalea, dolor en epigastrio o cuadrante superior derecho del abdomen, náuseas y vómitos. En nuestra presentación los signos significativos fueron la epigastralgia y la elevación de la TA, con parámetros de laboratorio alterados. ⁽¹⁰⁾

Se debe tener presente que toda paciente con dolor epigástrico o en el cuadrante superior derecho del abdomen durante la segunda mitad del embarazo puede estar cursando con un síndrome Hellp, más aun toda embarazada con signos y síntomas de preeclampsia severa que presenta dolor abdominal epigástrico intenso o en el cuadrante superior derecho abdominal, puede estar presentando hemorragia con hematoma subcapsular hepático o ruptura hepática. La asociación con el síndrome hipertensivo del embarazo es conocida, el 95,8% de las pacientes con Hellp fue hospitalizada por esta causa, de hecho el Hellp se presenta entre el 4 a 12% de las pacientes con preeclampsia-eclampsia. ^(8,11)

Es importante señalar que no solo la interrupción del embarazo fue beneficiosa sino también la recuperación de la estabilización hemodinámica de la paciente.

Conclusiones

Nuestro centro presenta una incidencia de síndrome HELLP baja, y a pesar de ser una

entidad poco frecuente, repercute en forma importante en la morbimortalidad materno-perinatal tal como se describe en la literatura. La sospecha clínica fue baja al inicio del cuadro, cuya condición pudo empeorar aún más el resultado materno sino se hubiera realizado un diagnóstico adecuado. Según nuestro protocolo nacional se preconiza el parto transpélvico y tratamiento oportuno del mismo, así como homogeniza el manejo de estas pacientes con el fin de evitar complicaciones.

Referencias bibliográficas

1. Merino Ramírez MT, Trapero Marugan M, Ronchas Martínez M, Villalobos Becares C, Iglesias Goy E. Diagnóstico posparto de la enfermedad de Wilson en gestante con síndrome hellp y coagulopatía. *Prog Obstet Ginecol* 2014; 57(3): 130-4.
2. Beltrán CM, Pérez-Jorge PC, Martínez MC. Complicaciones posparto del síndrome HELLP: diagnóstico post mórtem. *Cuad Med Forense* 2013; 19(3-4): 123-6.
3. González Álvarez CE, González García LG, Carrera García L, Díaz Zabala M, Suárez Rodríguez M, Arias Llorente RP, et al. Hijo de madre con síndrome de HELLP: características y papel de la prematuridad, bajo peso y leucopenia en su evolución. *Bol Med Hosp Infant Mex* 2015; 72(5): 318-24.
4. Jiménez Fiz Y, Roura Carrasco JO, Caveda O, Arévalo Tan CE. Síndrome de HELLP en una unidad de cuidados intensivos polivalente. *AMC* 2014; 18(5): 475-85.
5. Labarca L, Urdaneta JR, González ME, Contreras A, Baabel NS, Fernández M, et al. Prevalencia del síndrome de HELLP en gestantes críticas: Maternidad “Dr. Armando Castillo Plaza”, Maracaibo, Venezuela. *Rev Chil Obst Ginecol* 2016; 81(3): 194-201.
6. Garrido MF, Carvajal JA. Síndrome de HELLP normotensivo: caso clínico. *Rev Med Chile* 2013; 141(11): 1470-4.
7. Soto F, Rivera L, Estévez M, Ayala V, Cabrera C. Síndrome HELLP: morbilidad-mortalidad materna y perinatal. *Rev Obstet Ginecol Venez* 2014; 74(4): 244-51.
8. Vigil-De Gracia P. Síndrome HELLP. *Ginecol Obstet Mex* 2015; 83: 48-57.

-
9. García V, Echavarría LG, Ardila R, Gutiérrez J. Hallazgos clínicos y de laboratorio que sugieren tempranamente el síndrome de HELLP en pacientes con preeclampsia severa. *Rev Chil Obst Ginecol* 2014; 79(1): 9–13.
 10. Barbin Zuccolotto E, Pagnussatt Neto E, Cavalcante Nogueira G, Nociti JR. Anestesia para gestante con síndrome HELLP: relato de caso. *Bras J Anesthesiol* 2016; 66(6): 657-60.
 11. Nogalez García A, Blanco Ramos MT, Calvo García E. Síndrome HELLP en atención primaria. *Medicina General y Familia* 2016; 5(2): 64-7.

Conflicto de intereses

Los autores no declaran conflictos de intereses.