

COMPLICACIONES DE PREECLAMPSIA GRAVE. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

SEVERE PREECLAMPSIA COMPLICATIONS. A CLINICAL CASE REPORT AND BIBLIOGRAPHIC REVIEW

*SEBASTIAS GUZMÁN, SOLEDAD ROMERO, IGNACIO FRIZZA, FERNANDO TOLEDO,
SILVIA PÉREZ BETTI, DANIEL BARCA, SERGIO LASDICA, DANIEL FAINSTEIN
Servicio de Terapia Intensiva. Hospital Privado del Sur. Bahía Blanca. Argentina*

Resumen: A continuación presentamos el caso de una paciente embarazada de 36 semanas que cursa con preeclampsia grave y evoluciona con síndrome HELLP complicado con ruptura hepática; realizando una revisión bibliográfica sobre dicha patología.

Palabras Claves: Hipertensión, Embarazo, Preeclampsia, HELLP.

Abstract: The case of a 36-week pregnant patient with severe preeclampsia and HELLP (H, *hemolysis*; EL, *elevated liver enzymes*; LP, *low platelet count*) syndrome evolution with liver rupture and a bibliographic review on such pathology are presented.

Key Words: Hypertension, Pregnancy, Preeclampsia, HELLP

INTRODUCCION

La ruptura hepática durante el embarazo se considera una catástrofe obstétrica. La mortalidad materna y fetal es del 75 y 77% respectivamente (1). La mayoría de los casos reportados se pueden asociar a la hipertensión inducida por el embarazo, preeclampsia, eclampsia o síndrome hipertensión, plaquetopenia y enzimas hepáticas elevadas (HELLP).

A su vez, asociada a las patologías descritas puede haber complicaciones serias como la ruptura hemorragia hepática, que puede presentarse en el 1% de pacientes.

La primera descripción como síndrome HELLP fue en el año 1954, cuando se describieron pacientes con la asociación de hemólisis, trombocitopenia y disfunción hepática asociada con preeclampsia grave, introdujo las siglas HELLP (del inglés *hemolysis*, H; *elevated liver enzymes*, EL; y *low platelets count*, LP) para definir a un grupo de pacientes con o sin preeclampsia/eclampsia con los hallazgos antes descritos (2).

CASO CLINICO

Paciente de 31 años de edad, cursando 36 semanas de gestación, ingresa a emergencias presentando epigastralgia

Correspondencia:

Dr. Sebastián Guzmán.
Las Heras 164. Bahía Blanca. Argentina.
E-mail: docsebaguz@gmail.com.

Recibido: 30 de septiembre de 2011

Aceptado: 13 de diciembre de 2011

de 2 días de evolución e hipertensión arterial. Ante el diagnóstico de Preeclampsia Severa, se efectúa una operación cesárea de urgencia, debiendo ingresar a Unidad de cuidados intensivos (UTI) en el post-operatorio inmediato al comprobarse la presencia de un síndrome HELLP grave.

En la internación se constata que la paciente presenta deterioro del sensorio, taquipnea, taquicardia, con palidez

generalizada. Tensión Arterial: 160/130 mmHg; Frecuencia Cardíaca: 118/min; Temperatura: 37°C; R1-R2 Normofonéticos, ritmo regular, taquicardia sinusal, mala perfusión periférica. Abdomen blando, depresible, refiere dolor próximo a la herida quirúrgica. Drenaje abdominal con escaso débito sero-hemático. Los datos de laboratorio se muestran en la Tabla 1.

Hto (%)	20	Creat (mg/dL)	9	TGO (u/L)	324	pH	7,33	EB	-8,6
Hb (g/dL)	6,2	Na (mEq/L)	136	TGP (u/L)	209	pO ² (mmHg)	121	SatO ² (%)	98
Plaquetas (mm ³)	75000	K (mEq/L)	4,7	FAL (u/L)	139	pCO ² (mmHg)	27,9		
Urea (mg/dL)	0,47	Ca (mg/dL)	6,2	LDH (u/L)	1901	HCO ³⁻	15		

Tabla 1. Laboratorio de ingreso

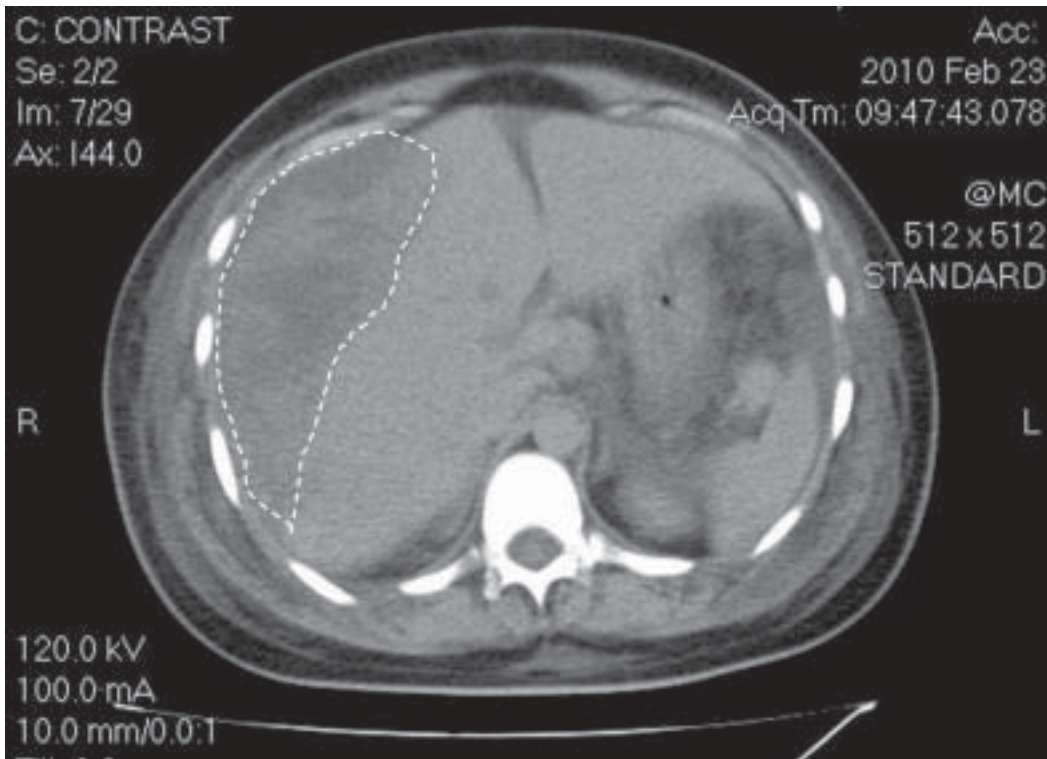


Figura 1. Tomografía Abdominal. Se evidencia Hematoma Subcapsular Hepático.

Continua con deterioro clínico-hemodinámico, con descenso de Hematocrito por lo cual se realiza ecografía y tomografía abdominal donde se identifica un importante hematoma subcapsular hepático (Figura 1).

Debido al deterioro de su estado general y a la aparición de intenso dolor abdominal, se decide realizar laparotomía de urgencia. Se constata la rotura de hematoma hepático y hemoperitoneo, realizándose hemostasia y colocación de packing reingresando a UTI en el post-operatorio inmediato sedo-analgesiado, requiriendo asistencia respiratoria mecánica (ARM).

Durante los días 2 al 11 de internación fue relaparatomizada para cambio de packing realizándose en dichos procedimientos hemostasia con bisturí de argón.

En el día 6 se inició alimentación parenteral. La paciente evoluciona con sepsis, con una Procalcitonina de 1,25ng/ml, por lo cual se inicia tratamiento antibiótico empírico con Clindamicina + Gentamicina.

Debido a que presenta como complicación una conjuntivitis severa en ojo derecho, se inicia un tratamiento tópico antibiótico con moxifloxacina y eritromicina según indicación de oftalmología.

Evolucionó favorablemente pero con extubación dificultosa por lo cual requiere traqueostomía, destetándose definitivamente de la ARM al día 18, externándose de UTI luego de 21 días de internación.

DISCUSIÓN

La preeclampsia es una patología que puede ser leve. Cuando una paciente tiene preeclampsia, puede presentar trombocitopenia aislada en un 18 %, coagulación intravascular diseminada (CID) en un 11% y puede padecer el síndrome HELLP en un 15%. Estas dos últimas patologías puede aparecer en determinadas ocasiones en forma independiente, sin asociarse a la preeclampsia.

A su vez el síndrome HELLP puede clasificarse de acuerdo al recuento de plaquetas en: clase I (menor a 50000/ml); clase II (de 50000 a 100000/ml); clase III (100000 a 150000/ml) (3).

La ruptura o hemorragia hepática es una entidad de presentación esporádica, que representa una urgencia obstétrica debido a su elevada mortalidad tanto materna como fetal, que también puede aparecer asociada a las patologías previas o en forma aislada.

La etiología aún permanece incierta, pero se postulan cuatro hipótesis:

1. Isquemia placentaria, por daño microvascular con lesión endotelial e hipoperfusión orgánica con deposición de fibrina en las arterias espirales.

2. Desregulación de lípidos maternos,
3. Mecanismo inmunológico,
4. Impronta genética, polimorfismos del gen del factor de necrosis tumoral alfa y ciertos genes fetales, como se ha observado en la deficiencia de 3-hidroacil coenzima A deshidrogenasa fetal.

Las manifestaciones clínicas características incluyen dolor epigástrico, hipotensión sin sangrado aparente y antecedentes de enfermedad hipertensiva.

Los criterios para el diagnóstico de síndrome de HELLP, también llamados criterios de Tennessee, se basan en: 1) Hemólisis: ausencia de haptoglobina en plasma, esquistocitos en el frotis y bilirrubina total mayor de 1,2 mg/dL); 2) Elevación de enzimas hepáticas (TGP/TGO/LDH); 3) Plaquetopenia: menor de 100000/ml (4,5).

La mortalidad puede disminuirse si se diagnostica la ruptura en forma temprana, conjuntamente con la aplicación de técnicas radiológicas intervencionistas (por ejemplo la embolización arterial selectiva).

BIBLIOGRAFIA

1. Isler CM, Rinehart BK, Terrone DA, Martin RW, Magann EF, Martin JN. Maternal mortality associated with HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets count) syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1999;181:924-8.
2. Pritchard JA, Weisman R Jr, Ratnoff OD, Vosburgh GJ. Intravascular hemolysis, thrombocytopenia and other hematologic abnormalities associated with severe toxemia of pregnancy. *N Engl J Med* 1954; 250:89-98.
3. Sibai BM. Diagnosis, controversies and management of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets count. *Am J Obstet Gynecol* 2004;103:981-91.
4. Villanueva Egan LA, Bohorquez ME, Alanis P. Factors related to the diagnosis of HELLP síndrome in patient with severe preeclampsia. *Ginecol Obstet Mex* 2004;72:394-9.
5. Weinstein L. syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets count: A severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1982;142:159-67.