

CASOS CLÍNICOS

Preeclampsia grave y síndrome HELLP posparto

E. Carrascal, M. González, J.R. de Miguel y C. Ortiz

Servicio de Obstetricia y Ginecología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. España.

ABSTRACT

This article describes a case of HELLP Syndrome in the early puerperium, which later became more complicated as the patient developed a post-caesarean section abdominal wall abscess.

Both perinatal and maternal results were excellent.

INTRODUCCIÓN

El síndrome HELLP es una enfermedad multisistémica que acompaña a los cuadros graves de preeclampsia. Este síndrome se ha descrito inicialmente como un elemento de pronóstico desfavorable en las pacientes afectadas por una hipertensión arterial durante el embarazo.

Se caracteriza por la presencia de anemia hemolítica microangiopática, disfunción hepática con elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia¹.

Presentamos el caso de una paciente afectada por un síndrome HELLP en el contexto de una preeclampsia grave, y su aparición y diagnóstico en el posparto.

CASO CLÍNICO

Mujer de 30 años de edad, de nacionalidad ecuatoriana, sin antecedentes familiares ni personales de interés. Primigesta, cuya gestación es controlada desde la semana 17 y que transcurrió sin incidencias hasta la semana 32, en la que requiere el ingreso en nuestro centro hospitalario por presentar un cuadro de metrorragia del tercer trimestre y una abdominalgía leve.

Aceptado para su publicación el 20 de abril de 2004.

En la exploración obstétrica se objetivaba una metrorragia moderada y una ligera modificación cervical, un cardiotocograma basal normal, salvo por una dinámica uterina leve, y una ecografía obstétrica normal con una placenta de inserción anterior, de grado III, sin signos de desprendimiento y una longitud cervical de 31 mm. Se instauró tratamiento con atosiban y maduración pulmonar fetal, según los protocolos habituales, y la sintomatología cedió por completo en 24 h. La paciente permaneció asintomática y con constantes normales hasta la semana 33, en que apareció de forma brusca un cuadro de cefalea intensa, dolor en el hipocondrio derecho, una presión arterial (PA) de 145/100 mmHg mantenida y proteinuria positiva, por lo que se decidió la inducción del parto.

Se realizó una cesárea por riesgo de pérdida de bienestar fetal, y se extrajo un feto hembra de 1.560 g de peso y Apgar 9/9. Tras finalizar el parto, la paciente mantuvo unas cifras de PA de 150/90 mmHg y se descubrió una trombocitopenia progresiva valorada por el servicio de hematología (52.000 plaquetas a las 9 h del parto y 32.000 a las 12 h). En la exploración física la paciente presentaba una palidez cutáneomucosa, edemas en las extremidades y la cara, una hematuria macroscópica y un útero bien contraído con hemorragia fisiológica. Los resultados de la analítica en ese momento fueron: hemoglobina, 7,5 g/dl, con presencia de esquistocitos; plaquetas, 52.000; GOT, 201; GPT, 167, y bilirrubina total, 1,2 mg/dl. Con el diagnóstico de síndrome HELLP, se trasladó a la paciente a la unidad de cuidados intensivos (UCI). Durante su estancia en dicha unidad se instauró tratamiento con hidralicina y corticoides y se trasfundió 2 concentrados de hematíes. La situación clínica evolucionaba favorablemente, lo que permitió el traslado de la paciente a la unidad de hospitalización a las 48 h, con normalización prácticamente completa de los valores analíticos, salvo una hemoglobina de 7,3 g/dl. Al quinto día del puerperio apareció un cuadro febril,

con una temperatura de 39,5 °C, en forma de picos, junto con leucocitosis y una clara desviación izquierda en la analítica. A la exploración física apareció una induración en el tercio izquierdo de la herida, con un escaso drenaje purulento como único foco aparente. Las pruebas complementarias realizadas fueron: cultivo de exudado de herida negativo, urocultivo negativo, placa de tórax normal, ecocardiograma normal (antecedente de fiebre reumática en la infancia), ecografía abdominal con hallazgo de colección líquida de 10 mm desde la línea media hacia la izquierda, TC con hallazgo de colección en la pared abdominal de 8

6 cm que ocupaba la región del recto anterior izquierdo, compatible con un absceso de la pared abdominal.

Se decidió mantener una actitud expectante con cobertura antibiótica (amoxicilina-clavulánico y clindamicina, sustituidos por meropenem y vancomicina posteriormente). Al quinto día se realizó una TC de control, mediante la cual se constató la desaparición de las imágenes observadas con anterioridad y la remisión completa de la fiebre. La paciente recibió el alta hospitalaria a los 18 días tras la cesárea, totalmente asintomática, con persistencia únicamente de una anemia leve tratada con hierro por vía oral. El recién nacido evoluciona favorablemente.

DISCUSIÓN

El síndrome HELLP es una grave complicación de la preeclampsia, pero sólo pensando en su presencia podremos alcanzar el diagnóstico e instaurar un tratamiento precoz con el objetivo de disminuir la morbi-mortalidad maternofetal².

Las pruebas de laboratorio nos proporcionarán el diagnóstico: anemia hemolítica microangiopática, enzimas hepáticas elevadas y trombocitopenia, datos todos ellos presentes en nuestro caso¹.

Su prevalencia oscila entre el 0,17 y el 0,85% de todos los nacidos vivos. Su frecuencia se estima entre el 4 y el 12% de todas las preeclampsias graves, más frecuente en nulíparas y entre las semanas 32 y 34, ambos factores también presentes en nuestro caso.

En el presente caso queremos destacar la aparición de esta enfermedad en el posparto, lo cual consideramos de gran interés e importancia a la hora de establecer un protocolo de control analítico en este período en todas las gestaciones complicadas con una

preeclampsia³. Cabe reseñar, como se describe en todos los protocolos, que la actitud que debe seguirse ante un caso de preeclampsia grave es la finalización del embarazo, actitud que indudablemente fue tomada en el caso descrito, incluso antes de conocer el diagnóstico de síndrome HELLP.

Por último, reseñaremos su asociación con un mal pronóstico maternofetal. Se ha relatado una tasa de mortalidad perinatal del 7,7-60%^{4,5} y una tasa de mortalidad materna del 0-24%. La morbilidad materna es más frecuente y se relaciona con la necesidad de transfusiones y un riesgo elevado de insuficiencia renal, edema pulmonar, ascitis, derrame pleural y rotura hepática, así como una elevada incidencia de desprendimiento placentario y una coagulación intravascular diseminada⁵. En nuestro caso cabe destacar, afortunadamente, la evolución favorable de la paciente, sólo mermada por la complicación febril posquirúrgica, y asimismo la favorable evolución del recién nacido, todo ello debido a un diagnóstico y un tratamiento precoces.

RESUMEN

Se presenta el caso de un síndrome HELLP en el contexto de una preeclampsia grave que aparece en el puerperio inmediato y se complica posteriormente con un absceso de la pared abdominal tras la cesárea. Los resultados maternos y perinatales han sido excelentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Voto Mendillo LS, Ortí Porcile J, Uranga Imaz M. Síndrome HELLP. En: Cabero Roura L, editor. Tratado de ginecología, obstetricia y medicina de la reproducción. Madrid: Médica Panamericana, 2003; p. 640-5.
2. García-Fantini M, García-Álba M. Manejo clínico del síndrome HELLP, revisión de conjunto. Toko Gin Pract 1998; 57:297-300.
3. García-Erce JA, Torres M, García-Zueco JC. Síndrome HELLP: complicación potencialmente grave de la preeclampsia en el puerperio inmediato. Rev Clin Esp 2001; 201:52-6.
4. Curtin WM, Weinstein L. A review of HELLP syndrome. J Perinatol 1999;19:138-43.
5. Barton JR, Sibai BM. El síndrome HELLP. En: Obstetricia y ginecología de posgrado. 2003.