



Ginecología y Obstetricia

© Sociedad Peruana de Obstetricia y Ginecología

Ginecol. obstet. 1997; 43 (1) : 65-68

COMUNICACIONES CORTAS

Síndrome HELLP en la altura

CARMEN TAPIA, MAGUYIN MARQUEZ, ALBERTO CASAS.

Resumen

OBJETIVO: Estudiar la incidencia y manejo terapéutico del síndrome HELLP en altura. **DISEÑO:** Estudio de tipo descriptivo retrospectivo analítico. **RESULTADOS:** Se estudia la incidencia del síndrome HELLP en pacientes atendidos en el Hospital III Huancayo de 1993 a marzo de 1996, encontrándose que de 387 partos ocurrieron 4 defunciones, 1 por causa de síndrome HELLP. De los 10 casos internados en UCI por preeclampsia o eclampsia severa, 4 tuvieron criterio de síndrome HELLP, encontrándose los siguientes promedios: edad 33,6 años, paridad 4,6, asiste a CPN sólo el 40%. Presión arterial media de 114,6 mmHg, edad gestacional 29 sem., en todos se encontró anasarca, equimosis e ictericia; Hto 21%; plaquetas 70,400 por mm³; TGO 166 U/L TGP 137 U/L; creatinina 6,8; todas presentaron oligoanuria; el tratamiento fue en UCI con 1 paciente que fallece (20%); la mortalidad perinatal fue 100%. **CONCLUSIONES:** El diagnóstico precoz, mediante adecuado control prenatal y tratamiento oportuno, es esencial para disminuir la morbimortalidad en el síndrome de HELLP.

Palabras clave: Síndrome HELLP, morbimortalidad materna y perinatal.

Summary

OBJECTIVE: To study the incidence and management of HELLP Syndrome at high altitude. **DESIGN.-** Descriptive, retrospective, analytical study. **RESULTS:** From 10 cases hospitalized in ICU for preeclampsia or severe eclampsia, 4 fulfilled criteria for HELLP syndrome, with mean age 33,6, parity 4,6, pre natal control in only 40%. Mean blood pressure was 114,6 mmHg, gestational age 29 weeks, all had anasarca, echymosis, jaundice, oliguria or anuria. Management was in charge of ICU. One patient died (20%) and perinatal mortality was 100%. **CONCLUSION:** Early diagnosis, adequate prenatal control and treatment are essential to decrease HELLP syndrome's morbidity and mortality.

Key words: HELLP syndrome, maternal and perinatal morbidity and mortality.

Introducción

La hipertensión inducida por el embarazo es un verdadero reto para los médicos, ya que sus resultados tienden a ser funestos, tanto para la madre como para el producto. Se menciona una incidencia del 10% y de ésta entre un 4 a 14% presentan el síndrome de HELLP. Esta patología fue descrita en 1982 por Weinstein en un grupo de 29 gestantes que padecían preeclampsia severa y eclampsia, complicados con trombocitopenia, pruebas hepáticas alteradas, adjudicándoles el nombre de síndrome HELLP (H: hemólisis, EL: enzimas hepáticas elevadas, LP: plaquetas bajas). En la etiopatogenia se ha planteado varias hipótesis, estando al parecer relacionado con un desequilibrio en la síntesis de prostaglandinas, con un aumento de tromboxano y disminución de prostaciclina, lo que al final conlleva una profunda alteración en la interacción endotelio plaqueta.

Todo esto origina afección del endotelio microvascular, que determina la rápida activación plaquetaria, liberándose tromboxano A₂ y serotonina, elementos que retroalimentan la injuria endotelial. El diagnóstico de este síndrome está apoyado en las pruebas de laboratorio correspondientes. Así tenemos que es altamente sugestivo el cuadro de una gestante de más de 20 semanas que presenta elevación de la presión arterial, con edema y dolor en epigastrio, pudiendo presentar ictericia y/o equimosis. Se determinará su hematócrito, con



recuento plaquetario y la medición de las enzimas hepáticas TGO y TGP, siendo de ayuda la medición de las bilirrubinas totales y parciales, así con pruebas que nos indiquen de cómo se encuentra la función renal. Si bien es cierto que en otros medios se está empleando otros marcadores, como la prueba D-dímer la elevación de anticuerpos antifosfolípidicos o los niveles de haptoglobina. Creemos que con las medidas mencionadas anteriormente se puede llegar a un diagnóstico certero y rápido, que es lo más importante, y que esta patología es de mal pronóstico, encontrándose en la literatura latinoamericana una mortalidad perinatal del 8 al 36% y una materna del 1,8 al 3,5%. Por esto, su manejo debe ser agresivo, con la interrupción inmediata del embarazo, encontrándose en estudio fármacos, como la prostaglandina E1, la cual podría ser usada para la microangiopatía que origina la hemólisis ya que inhibe la agregación plaquetaria y formación del trombo dada por la deformación del hematíe.

Material y método

El presente es un estudio descriptivo analítico, para el cual se recopiló las historias clínicas de las pacientes gestantes, oriundas del lugar, que desarrollaron el síndrome HELLP durante los años 1993 a marzo de 1996 atendidas en el Hospital Huancayo III IPSS, que se encuentra a 3200 metros sobre el nivel del mar. Se seleccionó los casos que por la severidad de la preeclampsia o eclampsia fueron internadas en el servicio de cuidados intensivos del mencionado hospital. Los criterios de la inclusión fueron pacientes de veinte semanas más de gestación, que durante su embarazo hayan estado por encima de los 2000 msnm y que durante su estancia hospitalaria, además de los criterios clínicos de preeclampsia o eclampsia, hayan tenido como mínimo las siguientes pruebas de laboratorio: hematócritos en descenso, recuento plaquetario bajo y elevación de transaminasas. Las variables a estudiar fueron: edad materna; presión arterial de ingreso; y alteraciones ectoscópicas, (edema, equimosis, ictericia), hematócrito de ingreso, recuento plaquetario; TGO TGP, creatinina, presencia de eclampsia; mortalidad materna y perinatal, y tratamiento. Con los resultados obtenidos se realizó un examen porcentual simple, elaborándose conclusiones parciales, en lo que respecta al diagnóstico precoz y manejo, para la posterior elaboración de trabajos prospectivos.

Resultados

Durante el periodo estudiado se llevó un total de 3877 partos, con 4 defunciones maternas. El número de nacidos vivos en este lapso fue 3884, con 43 muertes perinatales. En base a estos datos se tiene la tasa de mortalidad materna fue 1,02 por nacidos vivos. Del total de partos, presentaron hipertensión del embarazo 3,08%.

En lo que respecta a los casos que entraron en el presente estudio, se encontró que 10 pacientes fueron internadas en la U.C.I. por presentar preeclampsia severa o eclampsia, cumpliendo los requisitos tener el síndrome HELLP 5 pacientes. Los estudiados pueden ser vistos en la Tabla 1, encontrándose que la tasa de mortalidad materna por síndrome HELLP en el periodo, de tiempo estudiado fue 0,25 por mil nacidos vivos. De los resultados obtenidos se tuvo que la edad promedio fue 33,6 años. La paridad promedio, fue 4,6. El control prenatal se realizó sólo en 40% de los casos. El tiempo de enfermedad en 80% no fue mayor de 12 horas, ya que los 5 casos 3 fueron transferidas al hospital, siendo caso transferido a los 2 días postcesárea. En cuanto a la presión arterial media de ingreso, el promedio fue 114,6 mmHg. La edad gestacional promedio fue 29 semanas por FUR. Los hallazgos físicos nos mostraron que en todos los casos se presentó equimosis e ictericia. El hematócrito de ingreso fue 21%, el recuento plaquetario promedio 70400 por mm³; la transaminasa glutámico oxalacética promedio 166,2 U/L y la transaminasa glutámico pirúvica 137 U/L; el valor promedio de creatinina 6,8 mg% y las bilirrubinas totales promedio 15,18 mg%. Todas presentaron oligoanuria, es decir menos de 100 mL, de diuresis. La eclampsia se presentó en 2 casos (40%) falleciendo 1 paciente (20%), siendo transferida a Lima 1 paciente para hemodiálisis. La mortalidad perinata fue 100%. En lo que respecta al tratamiento (ver Tabla 2), éste siguió los protocolos establecidos en UCI empleándose vía central y monitorización hemodinámica invasiva. E1 tratamiento antihipersensitivo fue con nifedipina en 4 casos (80%), dopamina en 1 sólo caso. Se usó apoyo ventilatorio (PEEP) en 3 casos y fue necesaria la hemodiálisis en 3 casos. Los requerimientos de banco de sangre en promedio fueron 2,2 paquetes globulares y 5,4 Unidades de plasma fresco congelado.

Caso	Edad	Gesta	CPN	T.Enf.	P.A.	Edema	Ed.Ges	Ictericia	Equimosis	Rcto. Pla.	Hto	TGO-TGP	Creatina	BT.BD
1	31	3	no	2h40	150/110	si	28 sem	si	si	52000	23%	271-268	5.8	2,9-1,98
2	37	3	no	Trans	80/60	si	20 sem	si	si	80000	18%	83-114	5.9	2,5-0,37
3	42	12	no	5h	160/120	si	28 sem	si	si	80000	22%	267-106	9.24	18,2-7,6
4	31	4	si	Trans	150/90	si	37 sem	si	si	100000	21%	90-49	3.1	18,4-14,1
5	27	1	si	Trans	180/120	si	32 sem	si	si	40000	21%	120-148	10	31,5-23,4



Cuadro 2. Síndrome HELLP: Tratamiento y evolución								
Caso	Nifedipina	Dopamina	Paq. Glob	Unid. Plasma	PEEP	Hemodiálisis	Eclampsia	Fallece
1	si	no	1	3	si	no	no	no
2	no	si	2	2	no	si	no	no
3	si	no	3	9	si	si	si	si
4	si	no	2	10	si	no	no	no
5	si	no	3	3	no	si	si	no

PEEP=Apoyo ventilatorio con presión positiva

Las pruebas de laboratorio nos muestran claramente los criterios para a inclusión dentro del síndrome HELLP, observándose un hematocrito bajo a pesar de ser pacientes de altura, una plaquetopenia marcada así como un aumento de transaminasas. Las bilirrubinas fueron a predominio directo, a pesar de la disminución notable en el hematocrito, lo que nos hace pensar en problemas hepáticos. Los valores de creatinim elevados y la oligoanuria debemos asociarlas a IRA que se presentó en 60, estando publicado en trabajos foráneos hasta en 57%.

La eclampsia se presentó en 40%, falleciendo una de las 2 pacientes que la padeció.

El fallecimiento perinatal fue 100%, dado básicamente por la prematuridad asociada al problema hipertensivo.

El tratamiento, como se expuso, fue rápido y oportuno, teniendo en cuenta el término de la gestación por cesárea-histerotomía, dejando de lado la edad gestacional y la viabilidad fetal, en conjunto con el manejo clínico de cuidados intensivos. Se mantuvo un adecuado control de las vías aéreas, empleando incluso en el 60% intubación más respirador con presión positiva, adecuado control hipertensión con nifedipina en 80% de los casos y en 20% pre-shock con dopamina. El manejo de la anemia fue con paquetes globulares y la plaquetopenia fue controlada con plasma fresco congelado, ya que no se cuenta en la zona con equipo separador de crioprecipitado. El 60% presentó IRA, por lo que fue necesario el uso de hemodiálisis.

Conclusiones

1. El diagnóstico y tratamiento precoz en el síndrome HELLP es esencial, para disminuir la mortalidad materna, debiéndose establecer protocolos para el diagnóstico y manejo oportuno de estos casos en los centros de salud de niveles 1 y 11 y su transferencia oportuna a los niveles III y IV.
2. La incidencia del síndrome HELLP en altura ha sido menor que a nivel del mar, así como su mortalidad materna, faltando realizar estudios prospectivos para confirmar estos hallazgos.
3. Podría disminuirse la morbimortalidad llevando a cabo un adecuado control prenatal.
4. El manejo de esta patología debe ser multidisciplinario.

Referencias bibliográficas

1. Bustos J, Oyarzun E, juez G. Síndrome de HELLP: a propósito de un caso. Rev Chilena Obstet Ginecol 1987; 52 (2): 114-9
2. Bustos J. Síndrome de HELLP. Bol Hosp San Juan de Dios. 1990; 37(6): 414-8.
3. Maia N, Mathias L, y col. Síndrome de HELLP: Review and report of case. Rev Pau J Med 1991; 109 (3): 134-98
4. Toblli JE, Podzun I, Gonzales GF. Proteinuria masiva y síndrome de HELLP. Medicina (B. Aires) 1992; 52 (2): 157-60.
5. Lares G, Carfora M, Ernesto y col. Síndrome de HELLP; incidencia en 10 años (1980-1990). Centro Med. 1991; 37(2): 42-8.
6. Lafontaine H, Alvarez C. Preeclampsia: Síndrome de HELLP e insuficiencia renal aguda. Rev. Medic J Dominicana; 1991 52(3): 37-40.
7. Neiger R, Trofatter MO, Trofatter KF jr. D-dimer test for early detection of HELLP syndrome. South Medicine J 1995; 880: 416-9.
8. Martin JN jr, Perry KG jr, Roberts WE, Norman PF, Files JC. Plasma exchange for preeclampsia: II J Clinin Apheresis 1994; 9(3): 155-61.



9. Hino H, Suski Y, Aoki T, Takahashi K. The uses of prostaglandin E1 for emergency cesarean section in a patient with HELLP syndrome. *Masui* 1995; 44(1): 124-9
10. Spitzer D, Weitgasser R, Steiner H, Graf A, Sailer S, Staudach A. HELLP syndrome and manifestation of type of diabetes mellitus in pregnancy. *Geburtshilfe-Frauenheilkd* 1994; 54(12):702-4.
11. Schneider H. Liver Pathology. Withn the scope of HELLP syndrome. *Archiv Gynecol Obstet* 1994; 2: 245-54.
12. Sibai BM, Ramadan MK, Chari RS, Friedman SA. Pregnancies complicated by HELLP syndrome: subsequent pregnancy outcome long -term prognosis. *Am J Obstet Gynecol*. 1995; 172: 125-9.
13. Tilstra JH. Two patient with postpartum HELLP syndrome after a normontensive twin pregnancy. *Int J Gyneacol Obstet*. 1994; 47(1): 49-51.
14. Ornstein M, Rand J. An association between refractory HELLP syndrome and antiphospholipid antibodies during pregnancy: A report of 2 cases. *Rheumatolog* 1994; 21 (7): 1366-4.
15. Delgado M y col. Insuficiencia renal aguda asociada al síndrome de HELLP Presentación de un caso. *Ginecol Obstet Mexicana* 1994; 62: 292-5.
16. Pacheco J. Hipertensión inducida por el embarazo, nuevos conceptos. *Gineco Obstet Perú* 1995; 411: 7-17.