

Ruptura hepática secundaria a Síndrome de HELLP con falla orgánica múltiple. Reporte de un caso

Herbert Nudding-Martínez¹, Martín Segura-Chico², Abraham Martínez-Trejo³, Vladimir F. Espinoza-Mayorga⁴, Edgar Román-Roman⁵, Vanessa J. Meraz-Pinales⁶

¹ Jefe del Servicio de Ginecología y Obstetricia. Hospital General 'Norberto Treviño Zapata'. Secretaría de Salud de Tamaulipas. Ciudad Victoria, Tamaulipas, México. ² Coordinador del Departamento de Investigación. ³ Médico adscrito. Servicio de Ginecología y Obstetricia. ⁴ Médico Residente R4 de Ginecología y Obstetricia. ⁵ Médico Residente R3 de Ginecología y Obstetricia. ⁶ Médico Residente R1 de Ginecología y Obstetricia. Vanesamr12@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El síndrome de HELLP es una complicación multisistémica del embarazo que, a nivel mundial, afecta del 0.1 al 0.9% de los embarazos. El hematoma hepático subcapsular (SLH) es una complicación potencialmente fatal que ocurre en 1-2% de los pacientes con preeclampsia y síndrome HELLP.¹

OBJETIVO

Presentar un caso de síndrome HELLP y ruptura hepática con falla orgánica múltiple que evolucionó favorablemente al hacer un diagnóstico oportuno e intervención multidisciplinaria en el Hospital General de Ciudad Victoria "Dr. Norberto Treviño Zapata".

CASO CLÍNICO

Paciente femenino de 27 años, G2C1, acude referida por presentar dolor en epigastro e hipocondrio derecho de 12 h de evolución, con náusea y vómito en tres ocasiones. Antecedente de cesárea previa por producto macrosómico de 4070 g. Menarca a los 15 años; ritmo regular cada 28 d con 5 d de sangrado; inicio de vida sexual a los 18 años, una pareja sexual. Signos vitales TA: 90/50 mm Hg, FC: 1341 pm, FR: 14 rpm, T: 36°C, SatO₂ 99%.

Paciente obnubilada, Glasgow=14; con diaforesis, palidez generalizada (piel y tegumentos); abdomen globoso a expensas de útero gestante, distendida, dolor a la palpación media y profunda en epigastro; extremidades frías, pulsos periféricos disminuidos, llenado capilar de 3s, reflejos osteotendinosos normales. El ultrasonido obstétrico detecta producto intrauterino sin frecuencia cardíaca fetal; peso fetal estimado de 2874 g, placenta corporal anterior grado III, ILA 18cc. El rastreo abdominal encuentra vesícula biliar sin datos de patología; parénquima hepático desplazado por zona hipoecoica en lóbulo hepático izquierdo de 9x4 cm (Fig. 1A); sin líquido libre.

Se ingresa con diagnóstico de embarazo de 37.4 semanas por fum, producto óbito y síndrome de HELLP mas hematoma de la cápsula de Glisson y choque hipovolémico grado II según OMS. Se realizan estudios paraclínicos en manejo conjunto con medicina crítica y cirugía general; diagnóstico de falla orgánica múltiple (hepática, renal, hematológica, hemodinámica); índice de choque de 1.3, choque hipovolémico tipo hemorrágico de origen obstétrico, hematoma hepático, síndrome de HELLP, lesión renal aguda AKIN II, acidosis metabólica no compensada, insuficiencia hepática a estadiar, bicitopenia (anemia grado II según OMS y trombocitopenia) y diabetes descontrolada. Se decide su intervención de manera inmediata.



Figura 1A

Figura 1B

Figura 1. Rastreo abdominal de vesícula biliar e hígado (1A); hematoma subcapsular no sangrante (1B).

RESULTADOS

Paciente se sujeta a laparotomía, con anestesia general; se realiza incisión media hasta apéndice xifoideas, se evidencia hemoperitoneo de 600 cc; se realiza cesárea tipo Kerr, se extrae producto sin signos vitales, placenta sin alteraciones; se realiza histerorrafia sin complicaciones, con adecuado tono uterino. El equipo de cirugía general observó hematoma subcapsular roto en segmentos 2 y 3 de $\approx 10 \times 4$ cm, no sangrante (Fig. 1B). Se empaqueta con tres compresas sobre el hematoma, se verifica hemostasia y se cierra por planos. Paciente pasa a cuidados intensivos. Durante el transquirúrgico se transfunde un concentrado eritrocitario y una aféresis plaquetaria, ácido tranexámico (200 g) y gluconato de calcio (2 g). La paciente muestra mejoría clínica y bioquímica; pasa a desempaquetamiento por el servicio de cirugía general; durante el procedimiento se observan 500 cc de líquido libre serohemático; se retiran tres compresas, se observa hematoma hepático de 10×4 cm, no sangrante, no pulsante, no creciente, grado III; se dejan dos 'gel-foam' sobre hematoma, se verifica hemostasia y se cierra por planos; cirugía general decide alta y la paciente pasa al área de cuidados intensivos. Por la mejoría clínica y bioquímica (Tabla 1), la paciente pasa al área de Ginecología y Obstetricia al quinto día de estancia; al séptimo egresa. La paciente se cita en una semana con nuevo perfil pre eclámpico y monitoreo de cifras tensionales, se realiza rastreo abdominal encontrando hematoma hepático en resolución; se da cita abierta a urgencias y se le explican datos de alarma.

Tabla 1. Evolución de variables de laboratorio del caso clínico.

Variable	Ingreso 09/08	Evolución								
		10/08		11/08		12/08	13/08	14/08	15/08	16/08
		02:00 h	22:00 h	02:00 h	22:00 h					
Biometría hemática										
Hemoglobina	9.7	8.1	8	6.7	7.3	10.9	9.8	11.3	11.1	11.3
Hematocrito	29.7	23.8	24	21.3	21.9	33.1	30.2	34.5	33.8	34
Leucocitos	11.9	10.9	14.2	6.7	7.1	13.6	12.8	13.2	9.4	9.7
Plaquetas	68	55	91	63	71	155	156	221	239	249
Química sanguínea										
Glucosa	526	471	347	251	318	269	221	147	242	104
Urea	57.8	70.6	64.2	53.5	44.9	27.8	21.4	30	30	25.7
Creatinina	1.6	1.6	1.1	0.9	0.7	0.5	0.5	0.4	0.4	0.4
Ácido úrico	9.5	10.9	11.1	10.4	9.9	8	7.5	5.3	4.3	4
Tiempos de coagulación										
TP	14.7		15	16.3	15.1	13.9	13.7	13.3		13.4
TPT	34.4		30	36.1	40	33.8	34	29.4		31
INR	1.24		1.26	1.38	1.27	1.17	1.15	1.11		1.12
Electrolitos séricos										
Sodio		126	132	134	135	139	138	137	136	136
Potasio		4.8	4.2	3.9	3.4	3	3.2	3.6	3.8	3.7
Cloro		97	101	103	104	97	99	98	97	99
Pruebas de función hepática										
TGO	750	1747	750	349	169	69	43	25	19	19
TGP	717	1182	750	525	437	258	192	141	84	61
FA	146	128	122	95	102	121	117	143	156	136
DHL	1000	1459	640	277	252	275	239	238	219	235
Bilirrubina T	0.62	0.48	1.09	1.2	1.43	1.96	0.98	0.63	0.41	0.55
Bilirrubina I	0.18	0.05	0.87	0.87	0.72	1.3	0.47	0.29	0.15	0.26
Bilirrubina D	0.44	0.43	0.22	0.33	0.72	0.66	0.51	0.34	0.26	0.29
Lipasa	144									
Amilasa	41									
EGO										
Leucocitos	>100 / cpo									
Glucosa	1000									
Proteínas	30									
Hemoglobina	0.03									
Cetonas	negativo									
Nitritos	negativo									
Tipo de sangre	O negativo									
AC. ANTI-VIH	No reactivo									

BIBLIOGRAFÍA

1) Bracamonte-Peniche J et al. Rev Biomédica 2018; 29(2): 612. 2) Henriquez-Villaseca MP et al. Rev Méd Chile 2018; 146(6): 753-761. 3) Grigorakis S et al. Cureus 2022; 14(2): e22058. 4) Pacheco-Molina C et al. Rev Colomb Cir 2021; 36(3): 545-553. 5) Braque D et al. Case Rep Womens Health 2019; 25: e01169. 6) Tegene D et al. Int J Womens Health 2021; 13: 1175-1179. 7) Manterola C. Int. J. Morphol 2021; 39(3): 886-889.

DISCUSIÓN

El SLH es una complicación rara pero potencialmente fatal del síndrome HELLP, que ocurre en $\approx 1-2\%$ de los pacientes con preeclampsia y síndrome HELLP.¹ La complicación potencial más preocupante del SLH es la ruptura hepática, que ocurre con un traumatismo (palpación abdominal, extracción manual de la placenta, contracciones uterinas). La rotura hepática debida a SLH afecta con mayor frecuencia al lóbulo derecho del hígado.² La incidencia de ruptura por SLH en el embarazo va de 1/40 000 a 1/250 000, y en menos del 2% de los embarazos complicados por HELLP.³ La mortalidad materna por SLH va del 17-59% dependiendo de la ruptura del hematoma, momento del diagnóstico y disponibilidad de intervenciones terapéuticas. La mortalidad perinatal es del 42%.⁴⁻⁵ El ultrasonido portátil facilita la rápida detección al lado de la cama y un examen FAST (ultrasonido abdominal enfocado para trauma) es la principal modalidad de imagen en pacientes inestables. La TC y la resonancia magnética nuclear (RMN) son sensibles para detectar y evaluar SLH.⁵⁻⁶ Los enfoques de tratamiento pueden ser conservadores o invasivos y guiarse por la estratificación basados en AAST. En el caso en estudio, la paciente se clasificó como clase III respondió bien al manejo conservador con fluidos, transfusiones de sangre y monitoreo continuo.⁵⁻⁷

CONCLUSIONES

Los hematomas y las rupturas hepáticas son complicaciones poco frecuentes del síndrome de HELLP; el abordaje oportuno y el tratamiento precoz son los principales factores pronóstico para las pacientes. El retraso en el diagnóstico por la falta de pericia podría aumentar el riesgo de un desenlace materno fetal.

Recalcamos la importancia del conocimiento del tema debido a su alta mortalidad, aunque es una complicación rara. Se recomienda realizar un FAST en la sala de urgencias de ginecología y obstetricia siempre que se sospeche de alguna complicación obstétrica, así como la capacitación del personal para mejorar los desenlaces materno-fetales. Se han descrito múltiples técnicas con diferentes resultados; debe evaluarse cada caso de acuerdo con su gravedad y referir oportunamente. No es conveniente realizar lobectomías, ligaduras de arteria hepática ni heparorrafias, debido al aumento de la mortalidad con estas técnicas. En nuestro caso el empaquetamiento hepático resultó exitoso.