

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

FACULTAD DE MEDICINA



HOSPITAL METROPOLITANO

"DR. BERNARDO SEPULVEDA"

S.S. S.E.S.N.L.

SINDROME HELLP: UNA MANIFESTACION
DE PRESENTACION EN LA ENFERMEDAD
HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

PRESENTA EL
DR. JUAN J. GARCIA MIRANDA

ASESOR: DR. ROBERTO A. CORDOVA G.

MONTERREY, N. L.

FEBRERO DE 1994

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE NUEVO LEON
DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES
FACULTAD DE MEDICINA

HOSPITAL METROPOLITANO
"BERNARDO SEPULVEDA"
S.S.A. S.E.S.N.L.

**SINDROME HELLP: UNA MANIFESTACION
DE PRESENTACION EN LA ENFERMEDAD
HIPERTENSIVA DEL EMBARAZO.**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE
GINECOLOGIA Y OBSTETICIA



JEFATURA DE ENSEÑANZA

[Handwritten signature]

PRESENTA EL
DR. JUAN J. GARCIA MIRANDA
ASESOR: DR. ROBERTO A. CORDOVA G.

[Handwritten signature]

[Handwritten signature]



TESIS

Gracias:

A Dios, por haberme prestado vida y salud

A mis padres, forjadores de un sueño

A mis hermanos, aliento continuo

A mis hijos, Juan José, Carlos Alejandro, y Daniela razón de mi vida.

A mis compañeros por su amistad



INTRODUCCION

II. MATERIAL Y METODOS

III. RESULTADOS

IV. DISCUSION

Especialmente para mi esposa Olivia, la mujer que más quiero, más admiro y más respeto.

VI. BIBLIOGRAFIA

INDICE

I. INTRODUCCION	1
II. MATERIAL Y METODOS	3
III. RESULTADOS	4
IV. DISCUSION	6
V. TABLAS Y GRAFICAS	9
VI.- BIBLIOGRAFIA	14

INTRODUCCION

Los problemas hipertensivos constituyen la complicación médica más frecuente del embarazo, complicando el 7% de ellos.(6)(11)

Siendo una de las causas más importantes de morbi-mortalidad materna y perinatal.

La hipertensión puede ser de corta o larga duración, existir antes del embarazo a aparecer por primera vez durante este o en el puerperio, puede ser labil o estable, benigna o maligna, primaria o secundaria.(13)

La forma más frecuente de hipertensión gestacional es la denominada hipertensión inducida por el embarazo (HIE) sinónimo de pre eclampsia / eclampsia.(13)

Esta es fundamentalmente una enfermedad con predominio en los extremos de la vida reproductiva, primigestas por debajo de los 20 años de edad y multiparas mayores de 35 años de edad.(1)(12)

Caracterizada por hipertensión, proteinuria, edema, además de otras alteraciones que pueden pasar a ser sistemáticas de la semana 28 de gestación en adelante.(6)

En los casos más típicos, todo este cortejo sindromático aparece a partir de la semana 30-32 de embarazo, o iniciarse con anterioridad en mujeres con enfermedad renal o hipertensión pre existente.(13)

Cuando aparece en los primeros a 4 meses de embarazo pasa a constituir, la clasificación de hipertensión por embarazo y este puede cambiar y provocar una pre eclamsia.

En 1954 Pritchard comunicó la presencia de hemolisis, trombocitopenia y otras anormalidades hematológicas, asociadas a la enfermedad hipertensiva del embarazo o toxemia.(10)

En 1982 Wenstein describió un grupo de pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo que tenían cambios hematológicos y que también presentaban elevación de la enzimas hepáticas, particularmente las transaminasas. Con el fin de hacer más patético y preventivo el hallazgo le asigna el nombre de "HELLP" para llamar la atención hacia la gravedad del problema.(2)(5)(7)

Este síndrome cuyas siglas estan en idioma inglés se caracteriza por presentar hemolisis, elevación de enzimas hepáticas y disminución de plaquetas.
(Hemolysis Elevated Liver Test-Low Platelet)

A partir de entonces un cúmulo de publicaciones han analizado y corroborado los datos anteriores ubicándolos, como un proceso que refleja gravedad y descompensación de la enfermedad hipertensiva del embarazo.

Por ser nuestro hospital, un hospital de población abierta, donde la población obstétrica ha ido en aumento desde su fundación y siendo la mayoría de nivel socioeconómico bajo y por el incremento de embarazos en adolescentes, sin ningún control prenatal y siendo estos factores de riesgo para el desarrollo de esta entidad, se pretende demostrar la frecuencia, curso y culminación de dicho síndrome.

Por lo cual se trata de poner especial atención a dicha población, para evitar hasta donde sea posible se incremente el índice de morbi-mortalidad del binomio materno-fetal, objetivo principal de la obstetricia.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron retrospectivamente los expedientes clínicos de 79 pacientes que ingresaron por el servicio de admisión tocoqx del servicio de ginecología y obstetricia del Hospital Metropolitano "Dr. Bernardo Sepulveda" de la Secretaría de Salud en la cd. de San Nicolás de los Garza N.L. de enero de 1989 a enero de 1992.

Todos ellos con el DX de: embarazo del tercer trimestre más hipertensión inducida por el embarazo (HIE)

Se excluyeron 65 pacientes, de las cuales 22 se ingresaron con el DX de pre eclampsia leve, 25 como pre eclampsia severa y 18 eclampticas, por no reunir los requisitos de clasificación del síndrome HELLP, a su ingreso y durante su evolución intra hospitalaria.

De las 14 restantes se tomaron en cuenta los siguientes parametros: edad, paridad, edad gestional, edo. civil, CPN vía de resolución, EGO, PFH (TGO/TGP), HB, HTO, TP, TTP, Fibrino geno plaquetas, T/A a su ingreso, datos de vasoespasmos (cafalea, rots, acefuenos, tinitus)

El manejo médico establecido en cada uno de los casos fue de acuerdo a normas establecidas por el hospital.

RESULTADOS

La edad de la pacientes varió entre los 14 y 35 años de edad con una media de 24.5 años de edad.

En el grupo analizado hubo 9 pacientes primigestas, 4 multigesta y una secundigesta.

La edad media para el primer grupo fue de 18.5 años de edad y de 28 años de edad para el segundo grupo.

La edad gestional promedio para las primigestas fue de 39.1 semanas y de 40.2 semanas para las multigestas.

El DX de ingreso fue en un 29% (4 de 14) de pre eclampsia leve, en un 64% (9 de 14) de pre eclampsia severa y solo una paciente presento eclampsia (7%), siendo una primigesta de 15 años de edad.

El 44.4% de las primigestas tenían tensiones arteriales de 140/100 (3 de 9) y el 22.3% cifras por arriba de 110 de HG (2 de 9).

En las multigestas del 50% (2 de 4) tenían cifras tensionales de 140/90, el 25% (1 de 4) cifras de 180/100, otro 25% (1 de 4) reportó cifras de 220/120.

Ninguna de las pacientes refirió a su ingreso, antecedentes de hipertensión arterial crónica.

Todas las pacientes tuvieron alteradas las pruebas de funcionamiento hepático que incluyeron la determinación de transaminasas glutámica oxalacetica y glutámica piruvica sericas.

Todas las pacientes presentaron proteinuria, dando cifras desde 2 gramos hasta 22 gramos a la toma de ego a su ingreso.

Los límites de elevación de la TGO fue de hasta 580 U (NL 36 U) y de 620 U para la TGP (NL 36 U).

Se tomaron hemoglobina, hematocrito, plaquetas, todos en forma seriada estas últimas con disminución que hicieron se constituyera el síndrome HELLP.

Las cifras de hemoglobina se reportaron por abajo de 10 gr./DL. siendo el reporte de la mínima de 4.4 gr/ DL. y la máxima de 10.1 gr./DL..

El hematocritose reporte con un porcentaje de 29% el máximo siendo de 12% el mínimo.

Las plaquetas se reportaron en forma seriada disminuyendo en 8 pacientes por debajo de 100000, en 5 pacientes por debajo de 100,000 y en una ellas por debajo de 50,000/mm.

De los 14 casos estudiados 6 fueron ingresados (42.9%) por primera vez o sea sin CPN, y el resto 8 pacientes (57.1%) habían acudido al menos 3 veces a su CSU.

Solo una paciente fue ingresada a unidad de cuidados intensivos (7.1%).

No se reportó ninguna muerte materna.

En relación al recién nacido sus pesos variaron desde 2,950 kgs. a 3.860 kgs, el apagar reportado fue mayor de 8 en 13 casos y solo 1 por debajo de 7 y nose reportó ninguna muerte natal.

DISCUSION

El síndrome HELLP es una entidad reconocida en la literatura médica que asocia la presencia de alteraciones de las enzimas hepáticas, niveles plaquetarios bajos, y datos de hemólisis.(2)(3)(5)(7)

Aunque los datos hematológicos y hepáticos en las mujeres que cursan con pre eclampsia son conocidos desde hace varios años, la idea de conjuntarlos es un cuadro sindromático " tiene 2 aspectos básicos" en su concepción y ambos pueden tener repercusión en las cifras de morbi-mortalidad materna y natal. (5)(9)

El primero, que lleva implícita la palabra HELLP, es de llamar la atención al médico de que algo grave está sucediendo en el mecanismo hemostático de la madre y que pone en peligro la vida del binomio maternofetal. (5)

El segundo, como sugiere Weinstein, el de establecer con este síndrome un criterio más clasificación de la enfermedad hipertensiva del embarazo, sobre todo considerando casos como los que aquí presentamos, en los cuales un porcentaje alto tanto primigestas como multigestas se diagnosticaron como pre eclampsia leve, pero con daño hematológico y hepático serio. (10)

De aquí la necesidad de solicitar plaquetas, PFH (TGO/TGP) y en sí a todo paciente con diagnóstico a su ingreso de enfermedad hipertensiva del embarazo, ya que aunque considerada de bajo riesgo, puede tener cambios importantes en el sistema de coagulación.(3)(4)(5)

La explicación fisiopatológica de los cambios básicos que describen esta entidad es como la misma enfermedad hipertensiva del embarazo "Multifactorial". (1)(10)

Se ha demostrado que la elevación de las enzimas hepáticas en pacientes con enfermedad hipertensiva del embarazo constituyen una prueba de lesión hepática (depósitos de fibrina en los sinusoides hepáticos, focos hemorrágicos con degeneración de los hepatocitos circundantes) el grado de lesión se correlaciona con la intensidad de la lesión. (5)(13)

La disminución en el número de plaquetas, se explica como secundaria a un incremento en el consumo de las mismas, con implicaciones dudosas sobre la participación de dicho consumo en la génesis o como consecuencia de un proceso de coagulación intravascular. (13)

El dolor epigástrico o de hipocondrio derecho que experimenta la paciente es debido a la obstrucción del flujo sanguíneo en los sinusoides hepáticos, bloqueados por el depósito intravascular de fibrina. (5)

Si la presión intrahepática supera la capacidad de distensión de la cápsula de Glisson, puede producirse ruptura del hígado como se reporta en casos publicados por Mckay. (5)(13)

En el momento de la cesárea, en una paciente con síndrome HELLP suele constatar un aumento importante en la consistencia de hepática a la palpación, asociada con frecuencia a la existencia de hemorragia subcapsular. (2)

La Ascitis se da en más de la mitad de los casos.(5) (13)

Cierto grado de anemia hemolítica microangiopática se observa prácticamente en todas las pacientes con síndrome HELLP. La fragmentación de los hematies se debe a su paso por los pequeños vasos que presentan lesiones de la íntima y depósitos de fibrina a través de cuya malla tienen que pasar los eritrocitos. (8)

A su vez la lisis de los hematies, a su paso a través de la red de fibrina, origina una liberación de fosfolípidos de la pared celular que contribuye a perpetuar la coagulación intravascular.(13)

En el presente trabajo se revisaron retrospectivamente 14 casos, llamando la atención de que el 44.4% de las primigestas, y el 25% de las multigestas tenían cifras tensionales de 140/90 y 3 del primer grupo y una del segundo tenían cifras de 180/110, reflejando el hecho de que las cifras tensionales no traducen en estos casos la gravedad real del problema.

Lo anterior es trascendente por el motivo de que clásicamente se ha adjudicado a la tensión arterial como el signo clínico que alerta al médico de la presencia del problema; y como se aprecia en este estudio hubo casos graves de plaquetopenia, hemólisis y daño hepático que no llegaban a considerarse graves de acuerdo con la clasificación de enfermedad hipertensiva del embarazo.

Llama la atención también el dato de que la mayoría de las pacientes la cifra de hemoglobina era por debajo de 10 gms.correlacionando la cifra baja en el

hematócrito el cual explica la hemólisis y particularmente la deshidratación de la paciente.

Los propósitos finales de cualquier esquema de tratamiento de la enfermedad hipertensiva del embarazo, deben incluir primero seguridad de la madre y después el nacimiento de un niño maduro que no requiera cuidados neonatales intensivos prolongados.

El primer paso incluye hospitalización para valorar las condiciones maternas y fetales.

La terapéutica "definitiva" es la interrupción del embarazo y por ende el propósito deseado, ya que constituye la "única" curación de la enfermedad hipertensiva del embarazo.

En cuanto a la vía de interrupción del embarazo es evidente que esta complicación seria se presenta a edades menores al término, por lo cual tiene un alto índice de operaciones cesáreas.

Esto no es cuestionable en una paciente en que la vida está en riesgo, si se perpetúan los cambios sistemáticos en el organismo; es una decisión que debe superar las tendencias estadísticas en relación a la vía de interrupción de la gestación.

Se reporta un alto índice de morbi-mortalidad neonatal, finalmente es menester mencionar la propuesta de que a toda mujer embarazada que maneje cifras tensionales de 140/100 le sean solicitados cuenta de plaquetas, PFH (TGO/TGP) BH con frosis seriado.

Esto hará posible que a la larga nos permita detectar tempranamente los casos, y evaluar un manejo menos agresivo que pueda mejorar la sobrevida del neonato.

Tabla 1

Edad de la Paciente

14 o menos	1	7.20%
15 - 19	6	42.80%
20 - 24	3	21.40%
25 - 29	0	0.00%
30 - 34	3	21.40%
35 o más	1	7.20%
	14	100.00%

Tabla 2

Edad Gestacional

38 - 40	8	57.10%
40 ao más	6	42.90%
	14	100.00%

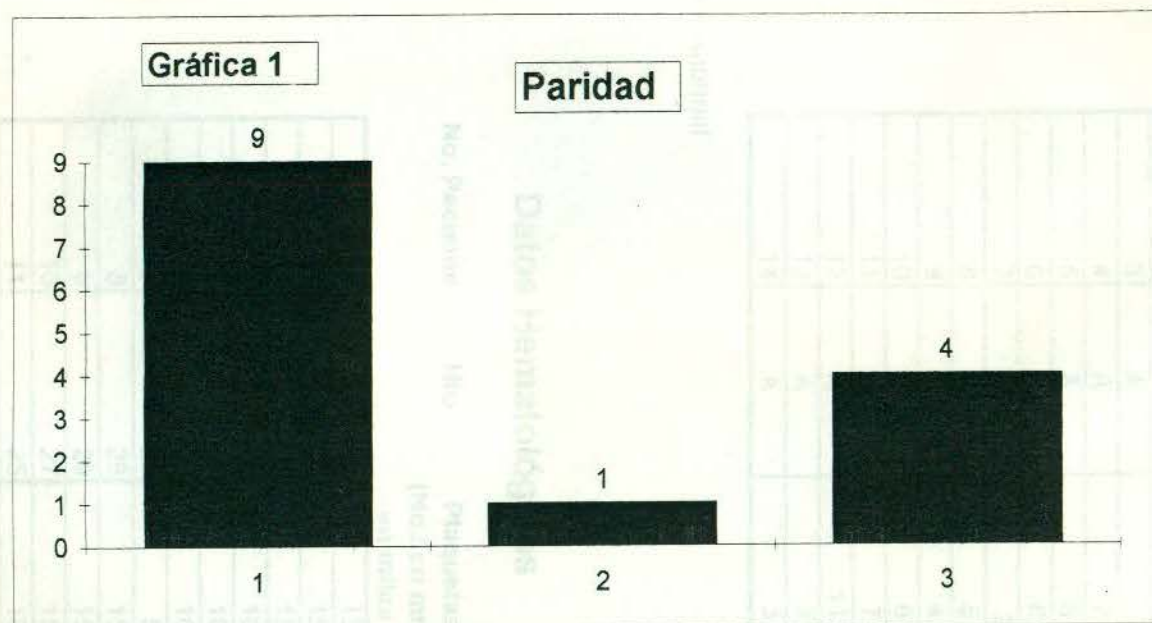


Tabla de Función Hepática y Proteinuria

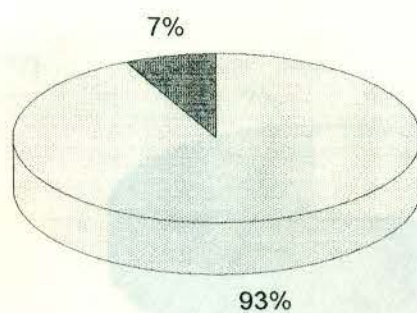
No. de Paciente	TYO/TGP	Proteinuria gramos
1	A	2.15
2	A	6
3	A	4
4	A	2.5
5	A	6.3
6	A	6.5
7	A	22
8	A	5.6
9	A	4.6
10	A	6.6
11	A	7.2
12	A	11.6
13	A	7.6
14	A	3.2

A = Anormal

Datos Hematológicos

No. Paciente	Hto	Plaquetas (No./ cu mm) en miles
1	28	150
2	27	150
3	24	150
4	13	100
5	21	100
6	19	100
7	25	50
8	28	150
9	29	150
10	27	150
11	25	100
12	28	100
13	28	150
14	29	100

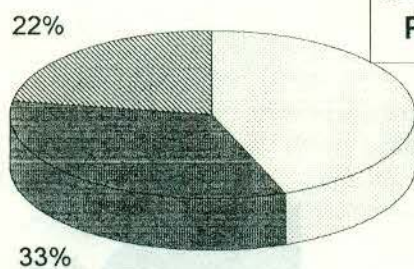
Gráfica 2



Vía de Resolución

- Abdominal(op.cesárea)
- Vaginal(Eutocico)

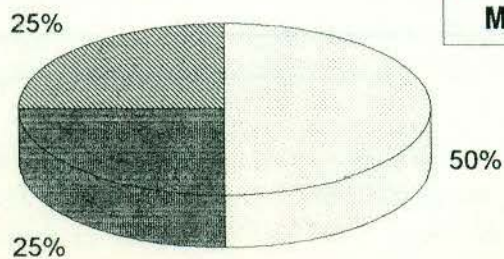
Gráfica 3



T/A a su Ingreso Primigesta

- 140/90
- 140/110
- mayor a 110 mm hg

Gráfica 4



T/A a su Ingreso Multigesta

- 140/90
- 180/100
- 200/120

EPIDEMIOLOGIA

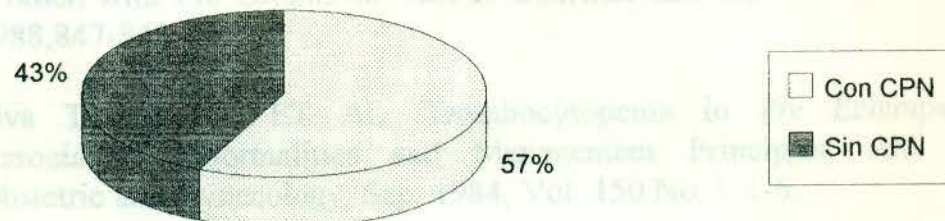
Gráfica 5

DX a su Ingreso



Gráfica 6

Control Prenatal



BIBLIOGRAFIA

1. Bill C. Mabie, MD and Baha M. Sibaia, MD. Estados Hipertensivos del embarazo. Diagnóstico y Tratamiento Ginecoobstetricos 1989. 349-354.
2. Louis Weisntein, MD. Syndrome of Hemolysus, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelet Count; a severe conse quence of Hypertension in pregnancy. AM J. Obstetric and Gynecology 1982 Vol. 42 No. 2 159-162.
3. Van Dam, MD. ET AL: Disseminated Intravascular Coagulation and The Syndrome of Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelet in Severe Pre Eclampsia: AM J. Obstretic and Gynecology Jan.1989 Vol 73, 97-102.
4. Carl. P. Weinermd: The Mechanism of Reduced Antihrombin III in Women with Pre Eclampsia: AM J. Obstetric and Gynecology, Dec. 1988,847-849.
5. Siva Thiagarajah, ET AL: Trombocytopenia in Pre Eclampsia Associated Abnormalities and Management Principles; AM J. Obstetric and Gynecology, Sep. 1984, Vol. 150 No. I 1-6.
6. Deninid A. Navery PH. and Mac Gilliuray, MD., The Clasification and Definition of The Hypertensive Disorders of Pregnancy, AM J. Obstetric and Gynecology, April 1988, Vol.158 892-897.
7. Jarlath Mac Kenna, MD. ET AL, Pre Eclampsia Associated with Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelet AM J. Gynecology and Obstetric Dec. 1983, Vol 62 No. 6 751-754.
8. Robert C. Goodlin, MD. Severe Pre Eclampsia: Another Great Imitator. AM J. Obstetric and Gynecology, July 1976 747-753.

9. Baha M. Sibai, MD. ET AL. Maternal-Fetal Correlations in Patients with Severe Pre Eclampsia. AM J: Obstetrics and Gynecology, Vol. 62 Dec. 1983 745-750.
10. Albert Kably-Ambe ET AL : Syndrome HELLP; Perinatol Reprohum. April 1988, Vol. X No.2 86-90.
11. William F. D. Brien, MD. Pronostico de la Pre Eclampsia Clinicas Ginecologicas de Norteamerica: 1990. 341-352.
12. Norma Gant MD: ET AL: Hipertensión en el Embarazo Concepto y Tratamiento. ED. Manual Moderno 1982 1-10.
13. Dexeus, Casos Clínicos de Ginecología y Obstetricia Pre Eclampsia (Síndrome HELLP) ED. Manual Moderno 1988, 410-415.