Embarazo a término posterior a ruptura hepática secundaria a síndrome de HELLP

Acosta-Martínez M,[1] Covarrubias-Haiek F,[1] Garteiz D,[2] Vieyra-Cortés D,[3] Kably-Ambe A[4]

Resumen

ANTECEDENTES: la ruptura hepática es una complicación inusual, pero potencialmente mortal, que sucede en 1 de cada 100,000 a 250,000 embarazos. La mortalidad materna se ha reportado en 86% de los casos. En las pacientes con síndrome de HELLP debe considerarse que la manifestación de un hematoma hepático puede culminar en ruptura hepática y muerte.

CASO CLÍNICO: paciente de 46 años de edad, con antecedente de embarazo gemelar doble, bicorial, biamniótico de 36.5 semanas y preeclampsia severa, posterior a ruptura hepática por síndrome de HELLP y muerte de ambos fetos. El último embarazo evolucionó sin problemas y finalizó en cesárea en la semana 37, sin complicaciones materno-fetales, por lo que fue dada de alta del hospital al tercer día y posteriormente evolucionó sin incidentes.

CONCLUSIONES: la atención médica multidisciplinaria y la infraestructura hospitalaria permitieron que la paciente no perdiera la vida debido a la ruptura hepática y hemorragia grave. La hipertensión durante el embarazo es una de las principales causas de muerte materna en todo el mundo; por tanto, es importante concientizar a las pacientes para que acudan a control prenatal regularmente y orientarlas acerca de la hipertensión y sus complicaciones. Los ginecoobstetras deben considerar que la ruptura hepática es una complicación muy grave, con consecuencias fatales para la madre y el feto.

PALABRAS CLAVE: embarazo, preeclampsia, eclampsia, síndrome de HELLP, ruptura hepática.

[1] Especialista en Ginecología y Obstetricia.
[2] Especialista en Cirugía General. Profesor de posgrado UNAM.
[3] Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia. Hospital Ángeles Lomas.
[4] Director del Centro de Fertilidad CEPAM, Hospital Ángeles Lomas.

Recibido: enero 2017

Aceptado: febrero 2017

Correspondencia
Dr. Alberto Kably Ambe
drkably@gmail.com

Este artículo debe citarse como
Acosta-Martínez M, Covarrubias-Haiek F, Garteiz D, Vieyra-Cortés D, Kably-Ambe A. Embarazo a término posterior a ruptura hepática secundaria a síndrome de HELLP. Ginecol Obstet Mex. 2017 mar;85(3):212-215.

Ginecol Obstet Mex. 2017 March;85(3):212-215.

Term pregnancy after hepatic rupture secondary to HELLP syndrome

Acosta-Martínez M,[1] Covarrubias-Haiek F,[1] Garteiz D,[2] Vieyra-Cortés D,[3] Kably-Ambe A[4]

Abstract

BACKGROUN: Hepatic rupture is a potentially fatal rare complication, which is diagnosed in 1 of each 100,000 to 250 000 pregnancies. Maternal mortality has been reported in up to 86% of the patients.

In cases where there has been a diagnosis of HELLP syndrome, the presence of a hepatic hematoma has to be suspected since it could lead to a hepatic rupture and eventually death.

CLINICAL CASE: 46 year old female in late stage of pregnancy, following a hepatic rupture caused by HELLP syndrome and fetal demise of both fetuses in previous twin pregnancy. Her last pregnancy being of normal evolution, having been submitted to cesarean section without complications on her 37th week of gestation, and discharged on her third post-operative day showing a good evolution.

CONCLUSION: The multidisciplinary medical attention given to the patient, as well as the hospital infrastructure, allowed the patient to be kept in good health despite the hepatic rupture and hemorrhage presented. It is important to remember that one of the leading causes of maternal death around the world is hypertension during pregnancy. Therefore, patients have to be made conscious of the significance and importance of attending prenatal care on a regular basis and be given information on hypertension and its complications. Additionally, it is important that obstetricians keep in mind that although this is a rare complication, it can lead to a fatal outcome when presented.

KEY WORDS: Pregnancy; Preecplamsia; Eclampsia; HELLP syndrome; Hepatic rupture

[1] Especialista en Ginecología y Obstetricia.
[2] Especialista en Cirugía General. Profesor de posgrado UNAM.
[3] Residente de cuarto año de Ginecología y Obstetricia. Hospital Ángeles Lomas.
[4] Director del Centro de Fertilidad CEPAM, Hospital Ángeles Lomas.

Correspondencia
Dr. Alberto Kably Ambe
drkably@gmail.com

ANTECEDENTES

La ruptura hepática espontánea es una complicación poco frecuente de la preeclampsia relacionada con el síndrome de HELLP (por sus siglas en inglés: *hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count*), cuya incidencia es tan baja, que varía de 1 en 100,000 a 250,000 embarazos, en general. El síndrome de HELLP se reporta en 0.2 a 0.6% de todos los embarazos, con afectación en 10% de los casos de preeclampsia y en 50% de eclampsia. Algunas series reportan que el índice de mortalidad materna es de 86%, que suele ocurrir por las complicaciones derivadas de la pérdida aguda y masiva de sangre (coagulación intravascular diseminada, edema pulmonar, insuficiencia renal aguda, choque hipovolémico y falla multiorgánica).[1,2]

La mortalidad materna secundaria a síndrome de HELLP varía según el país; por ejemplo, el estudio de Vigil-de Gracia, efectuado en Estados Unidos, reporta 1%, mientras que en Turquía es de 30%.[3]

En un tercio de los casos la ruptura hepática puede ocurrir durante el puerperio. Algunas pacientes pueden permanecer con secuelas graves (necrosis o insuficiencia hepática) y requerir trasplante de hígado.[4]

El diagnóstico de síndrome de HELLP debe implicar la sospecha de alguna complicación mayor y potencialmente mortal, como la ruptura hepática. Los signos y síntomas clínicos característicos de enfermedad hepática grave incluyen: dolor persistente en el cuadrante superior derecho del abdomen o dolor en barra, con irradiación

al hombro ipsilateral o la región interescapular; náuseas, vómito y, en casos graves (pacientes con ruptura de un hematoma hepático), irritación peritoneal y estado de choque, casi siempre con disminución repentina de la frecuencia cardiaca fetal, con consecuencias mortales.[5]

CASO CLÍNICO

Paciente de 46 años de edad, sin antecedentes médicos o quirúrgicos relevantes para el padecimiento actual. Antecedentes ginecoobstétricos: el primer embarazo cursó con aborto diferido en el primer trimestre, que requirió legrado uterino instrumentado, sin reporte de complicaciones.

El segundo embarazo con ingreso hospitalario, por dolor abdominal agudo, fue gemelar, doble bicorial biamniótico de 36.5 semanas y preeclampsia severa, con cifras tensionales de 167-97 mmHg y epigastralgia. A la exploración física se encontraron: disnea, abdomen distendido, hipertonía uterina y ausencia de frecuencia cardiaca de ambos fetos, por lo que se decidió efectuar cesárea de urgencia. Al realizar la incisión en la línea media se encontró hemoperitoneo de 3,000 mL; posteriormente se extrajeron ambos fetos muertos. Al explorar la cavidad abdominal se evidenció un hematoma subcapsular y ruptura hepática en ambos lóbulos, con sangrado masivo. Se solicitó la intervención de los médicos del servicio de Cirugía General, quienes transfundieron múltiples concentrados eritrocitarios, unidades de plasma fresco congelado y aféresis plaquetarias; se realizó empaquetamiento y se trasladó a la paciente a la unidad de terapia intensiva para desempaquetarse 24 horas después y regresar a la misma área, posteriormente a terapia intermedia, piso de Ginecología y Obstetricia y finalmente egresar 10 días después de su internamiento. Un mes después de la intervención quirúrgica regresó a consulta por trombosis del brazo derecho, donde se le colocó un filtro de vena cava y se inició tratamiento con fármacos anticoagulantes; una semana después reingresó por disnea, dolor torácico y derrame pleural derecho. La tomografía de control (efectuada por el antecedente de daño hepático) reportó hematoma subcapsular limitado; se le colocó una sonda pleural derecha, de la que drenaron 2,000 mL de líquido, sin complicaciones y evolución satisfactoria.

El tercer embarazo fue único, de 36.2 semanas, obtenido por FIV-TE, que inició 18 meses después de la ruptura hepática, con curso y evolución adecuados, estudios de laboratorio y gabinete en parámetros normales durante todo el embarazo. Se decidió hospitalizarla en la semana 36.2 para vigilancia e interrupción del embarazo en la semana 37, debido a los antecedentes médicos citados. Se realizó cesárea tipo Kerr sin complicaciones, de la que se obtuvo un recién nacido de género femenino, con Apgar 9/9 y 2,440 g de peso. Se encontraron múltiples adherencias del epiplón a la pared abdominal, que se disecaron sin complicaciones. La paciente salió del hospital al tercer día postcesárea; a las seis semanas la paciente continuó sin problemas.

DISCUSIÓN

El caso aquí expuesto es particularmente interesante, debido a que en la bibliografía mexicana no existen reportes de embarazos posteriores a una ruptura hepática; de hecho, solo se encontraron tres casos reportados en todo el mundo. Algunos estudios señalan pacientes con diagnóstico de ruptura hepática durante el embarazo, a quienes se indicó tratamiento conservador o quirúrgico con supervivencia materna[6] y en otros casos las consecuencias fueron fatales para el feto y la madre o requirieron más de una intervención quirúrgica y tuvieron estancia prolongada en cuidados intensivos.[7,8]

Un caso parecido al nuestro, en una paciente con embarazo gemelar de 33 semanas, con hematoma subcapsular hepático y síndrome de HELLP, fue reportado por Quesnel y su grupo,[9] quienes señalan que el desenlace neonatal fue favorable, debido a que no hubo ruptura hepática, lo que sin duda cambió el pronóstico y permitió la intervención oportuna; sin embargo, nuestra paciente ingresó al hospital en condiciones muy graves, con ambos fetos muertos, a pesar de la insistencia en que acudiera de inmediato al servicio médico, desde el momento en que se comunicó por vía telefónica y describió sus síntomas.

La atención de los servicios de Obstetricia, Cirugía General, Terapia Intensiva y, en sí, la infraestructura hospitalaria permitieron que la paciente no perdiera la vida a consecuencia de la complicación tan grave que vivió. En el siguiente embarazo tuvo excelente evolución, interrumpiéndose por vía abdominal a las 37 semanas, debido a factores como: edad materna avanzada, antecedentes obstétricos y falta de evidencia que sustentara postergar el embarazo algunos días más.

CONCLUSIONES

Los trastornos hipertensivos del embarazo representan una de las principales causas de muerte materna en todo el mundo. Es importante concientizar a las pacientes para que acudan a control prenatal de forma regular, orientar acerca de la hipertensión durante el embarazo y los síntomas que pueden manifestar, con la finalidad de buscar atención médica inmediata. Aunque la ruptura hepática durante el embarazo es una alteración excepcional, los ginecoobstetras deben considerar que se trata de una complicación muy grave, con consecuencias fatales para la madre y el feto. Ante la sospecha diagnóstica de algún cuadro como el reportado en este estudio, es importante actuar oportunamente para obtener el mejor resultado posible.

REFERENCIAS

1. Stella CL, Malik KM, Sibai BM. HELLP syndrome: an atypical presentation. Am J Obstet Gynecol 2008:e6-e8.
2. Araujo AC, Leao MD, Nobrega MH, Bezerra PF, Pereira FV, Dantas EM, et al. Characteristics and treatment of hepatic rupture caused by HELLP syndrome. Am J Obstet Gynecol 2006;195(1):129-33.
3. Vigil-De Gracia P. Maternal deaths due to eclampsia and HELLP syndrome. Int J Gynaecol Obstet 2009;104:90-4.
4. Varotti G, Andorno E, Valente U. Liver transplantation for spontaneous hepatic rupture associated with HELLP syndrome. Int J Gynaecol Obstet 2010;111(1):84-5.
5. Borrás D, Fortuño S, Díaz C, Diago V, Perales A. Rotura hepática asociada a preeclampsia y síndrome HELLP, con resultados catastróficos. Prog Obstet Ginecol 2009;52(7):402-6.
6. Sanabria-Padrón VH, Hernández-Valencia M, Castañeda-Valladares FE, Aceves-Solano JY. Tratamiento conservador del hematoma hepático subcapsular en pacientes con preeclampsia y síndrome de HELLP coexistentes: reporte de caso y revisión bibliográfica. Ginecol Obstet Mex 2013;81:414-9.
7. Reck Th, Bussenius-Kammerer B, Ott R, Müller V, Beinder E, Hohenberger W. Surgical treatment of HELLP sindrome-associated liver ruptura – an update. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001;99(1):57-65.
8. Emergui Y, Madsen MA, Rodríguez Rm Delgado CS, Figueras T, Prieto M. Rotura de hematoma hepático subcapsular en el embarazo: caso clínico y revisión bibliográfica. Clin Invest Gin Obst. 2016. Article in press.
9. http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2016.04.006
10. Quesnel C, Weber A, Mendoza D, Garteiz D. Hematoma hepático espontáneo en embarazo gemelar. Ginecol Obstet Mex 2012;80(2):110-4.