



Caso clínico de ruptura hepática asociada con Síndrome de Hellp

Clinical case of hepatic rupture associated with Hellp syndrome

Verónica Pamela Salguero Zavala ¹ , Anabela del Rosario Criollo Criollo ^{1,2} , Yosbanys Roque Herrera^{1*}

¹ Universidad Nacional de Chimborazo. Chimborazo, Ecuador.

² Hospital Provincial General Docente Riobamba. Chimborazo, Ecuador.

*Autor para la correspondencia: yroque@unach.edu.ec

Cómo citar este artículo

Salguero Zavala VP, Criollo Criollo AR, Roque Herrera Y :Caso clínico de ruptura hepática asociada con Síndrome de Hellp. Rev haban cienc méd [Internet]. 2022 [citado]; Disponible en: <http://www.revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/4721>

Recibido: 15 de febrero de 2022

Aprobado: 17 de agosto de 2022

RESUMEN

Introducción: La ruptura de un hematoma subcapsular hepático resulta una rara complicación asociada con trastornos hipertensivos severos del embarazo como la preeclampsia, eclampsia y el Síndrome de Hellp.

Objetivo: Destacar la relevancia como causa de muerte de la ruptura hepática en el contexto del síndrome de Hellp, a través de un caso clínico.

Presentación de caso: Se presenta a una paciente de 33 años, que cursa la semana 39 de gestación, la que acude al Servicio de Emergencias refiriendo dolor abdominal en hipogastrio de 8 horas de evolución, además de náuseas y malestar general. Embarazo de 41 semanas, óbito fetal, preeclampsia con signos de gravedad, Síndrome de Hellp tipo I y ruptura hepática grado IV. La sintomatología se exacerbó y provocó una evolución desfavorable. La observación y posteriores hallazgos diagnósticos motivaron la decisión de resolución quirúrgica.

Conclusiones: La identificación temprana de los factores de riesgo durante la gestación es un factor clave en la prevención de enfermedades y sus posibles complicaciones.

ABSTRACT

Introduction: The rupture of a hepatic subcapsular hematoma is a rare complication associated with severe hypertensive disorders during pregnancy such as preeclampsia, eclampsia, and Hellp Syndrome.

Objective: To highlight the relevance of hepatic rupture as a cause of death associated with Hellp Syndrome through the presentation of a clinical case.

Case Presentation: A 33-year-old patient who is in the 39th week of gestation is presented in this clinical case. The patient goes to the Emergency Service reporting abdominal pain in hypogastrium of 8 hours of evolution, nausea and malaise. She is in her 41st week of gestation and presents fetal death, signs of severe preeclampsia, type I Hellp Syndrome, and grade IV hepatic rupture. The symptomatology was exacerbated and caused an unfavorable evolution. Observation and subsequent diagnostic findings motivated the decision to proceed with surgery.

Conclusions: The early identification of risk factors during pregnancy is a key factor in the prevention of diseases and their possible complications.

Palabras Claves:

Hematoma, hígado, Síndrome Hellp, hipertensión inducida en el embarazo.

Keywords:

Hematoma, liver, Hellp Syndrome, hypertension, pregnancy-induced hypertension.



INTRODUCCIÓN

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo se ubican entre las patologías más frecuentes que afectan el estado de salud del binomio materno-fetal. Según su presentación clínica, estos se clasifican en: preeclampsia-eclampsia, hipertensión crónica, hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida e hipertensión gestacional.^(1,2)

En 2019, las autoridades sanitarias de Ecuador reconocieron los trastornos hipertensivos como la principal causa de muerte obstétrica en el período 2016 a 2019; en el que ocurrieron 152 muertes maternas, de las que 21,71 % se atribuyeron a trastornos hipertensivos. Durante los primeros cuatro meses de 2019 se produjeron 6 muertes maternas: tres, debido a un cuadro de preeclampsia severa y las tres restantes a la presencia de Síndrome de Hellp.⁽³⁾ Esa situación epidemiológica resulta consonante con lo que ocurre en el resto de América Latina.⁽⁴⁾

En relación con el Síndrome de Hellp se han identificado diferentes complicaciones severas: ceguera cortical, ruptura de hígado, edema cerebral, hemorragia subaracnoidea y hemorragia intraparenquimatosa. El diagnóstico oportuno ante cualquiera de esas manifestaciones resulta vital para un exitoso tratamiento; por lo que, ante la presencia de dolor epigástrico en la embarazada con historial de shock en el tercer trimestre de gestación, el facultativo debe sospechar una posible hemorragia y ruptura hepática.^(5,6)

La ruptura espontánea de la cápsula de Glisson resulta una rara complicación que se produce por la distensión de un hematoma subcapsular hepático compresivo, el que se ocasiona debido a microhemorragias generadas por el síndrome hipertensivo grave durante el embarazo. Su fisiopatología se asocia con la presencia de vasoespasmo que se crea por el incremento de la circulación, concentración y sensibilidad de sustancias presoras durante la gestación. No existe reporte de un tratamiento estandarizado, pero el procedimiento quirúrgico es recomendable en muchos casos.^(7,8)

El estudio que se presenta tiene como **objetivo** destacar la relevancia como causa de muerte de la ruptura hepática en el contexto del Síndrome de Hellp, a través de un caso clínico.

PRESENTACION DE CASO

Al Servicio de Emergencias de un hospital del segundo nivel acude una embarazada de 33 años, ama de casa, residente en una localidad rural ecuatoriana, perteneciente a un grupo étnico indígena, que profesa la religión católica, con nivel escolar de secundaria y grupo sanguíneo O RH positivo.

La paciente refirió dolor abdominal en hipogastrio sin causa aparente, tipo cólico, de gran intensidad EVA 9/10, de 8 horas de evolución, el que irradiaba al epigastrio seguido de náuseas; además de malestar general, dolor lumbar de leve intensidad y ausencia de movimientos fetales de 12 horas de evolución.

Durante la anamnesis no refiere antecedentes patológicos personales, familiares o quirúrgicos ni alergias. En relación con los antecedentes obstétricos declaró menarquia desde los 13 años, ciclos menstruales regulares, una pareja sexual, una gesta y un parto, sin cesáreas ni abortos.

Al examen físico general, se constató paciente consciente, orientada en tiempo, espacio y persona, afebril e hidratada. Su índice de Glasgow se estableció en 15/15, un score MAMA de 0 y proteinuria negativa según tirilla reactiva; tenía la piel húmeda, con tono y elasticidad conservada. Los signos vitales apreciados fueron:

- Temperatura: 36,5 °C
- Presión arterial: 110/80 mmHg.
- Frecuencia cardíaca: 72 lpm.
- Frecuencia respiratoria: 20 rpm.
- Saturación de oxígeno: 96 % al ambiente.

Exploración según región anatómica:

- Cabeza normocefálica, Cabello de implantación normal. Ojos con conjuntivas rosadas, pupilas isocóricas normo reactivas a la luz y acomodación. Nariz con fosas nasales permeables. Orejas simétricas de implantación normal. Boca con mucosas húmedas. Cuello móvil sin adenopatías.

- Tórax simétrico, móvil y expansibilidad conservada. En pulmones se escucha murmullo vesicular conservado sin ruidos sobreañadidos. Corazón rítmico, normofonético no se auscultan soplos.

- Abdomen: útero gestante con feto único y altura de fondo al nivel del reborde costal (acorde con la edad gestacional); no se escucha frecuencia cardíaca fetal ni se perciben movimientos fetales. Presencia de actividad uterina de 3 contracciones cada 10 minutos con una duración de 45 segundos. Dolor a la palpación en epigastrio, hipocondrio derecho e izquierdo en leve intensidad. Región lumbar negativa a la puño percusión y en la región ínguino-genital no hay sangrado ni secreciones; al tacto vaginal se registró dilatación de 2 cm, 60 % de borramiento, membranas íntegras y planas, polo céfalico primer plano, pelvis útil.

- Extremidades con tono, fuerza y reflejos conservados, sin edemas.

Se estableció hipótesis diagnóstica de embarazo de 41 semanas, según fecha de última menstruación, trabajo de parto en fase latente y óbito fetal; se indican exámenes complementarios de imagen y laboratorio (Tabla 1).

Tabla 1. Resultados de exámenes de laboratorio al ingreso		
Resultados de Laboratorio	Resultados	Valores de referencia
Biometría hemática		
Glóbulos Blancos	10,200 u/L	4,320 - 10,420 u/L
Neutrófilos	77,2 %	55,0 - 65,0 %
Linfocitos	16,8 %	25,0 - 35,0 %
Monocitos	5,1 %	4,0 - 8,0 %
Eosinófilos	0,9 %	0,5 - 4,0 %
Basófilos	0	0 - 0,5 %
Glóbulos Rojos	3,82 10 ⁶ /uL	4,27 - 5,45 10 ⁶ /uL
Hemoglobina	12,70 g/dl	12,70 - 16,20 g/dl
Hematocrito	37,2 %	37,9 - 47,0 %
MCV	97,0 fL	80,7 - 95,4
MCH	33,2pg	27,5 - 32,6
MCHC	34,1 g/dl	32,5 - 35,7
Conteo de Plaquetas	150.000/ul	194 - 382 10 ³ /ul
MPV	8,1 fL	9,0 - 12,30 fL
Grupo Sanguíneo	O RH+	-
TTP	33,70 seg	20,00 - 45,0 seg.
TP	11,20 seg	10,00 - 13,50 seg.
INR	1,01	0,10 - 2,00 %
Química sanguínea		
Glucosa	186,0 mg/dl	74,0 - 106,0
Creatinina	1,48 mg/dl	0,55 - 1,02
BUN	15,9 mg/dl	7,0 - 18,0
Serología		
VIH	No reactivo	--
VDRL	No reactivo	--

Atendiendo a las alteraciones en algunos parámetros de los exámenes de laboratorio y que en el rastreo ecográfico se constató ausencia de latido cardíaco fetal sin otros datos de relevancia, se estableció la siguiente impresión diagnóstica inicial.

- Embarazo de 41 semanas por fecha de última menstruación.
- Trabajo de parto fase latente.
- Óbito fetal.
- Descartar preeclampsia con signos de gravedad y Síndrome de Hellp.
- Descartar diabetes gestacional.

Se ingresa en Sala del Servicio de Ginecoobstetricia para realización de interrupción del embarazo vía vaginal a través de parto eutócico y profundización de estudios para corroborar diagnóstico. (Tabla 2).

Tabla 2. Resultados de exámenes de laboratorio indicados en sala de Servicio de Ginecoobstetricia		
Resultados de Laboratorio	Resultados	Valores de referencia
Biometría hemodinámica		
Glóbulos Blancos	10,700 u/L	4,320 - 10,420 u/L
Neutrófilos	79,7 %	55,0 - 65,0 %
Linfocitos	14,2 %	25,0 - 35,0 %
Monocitos	5,1 %	4,0 - 8,0 %
Eosinófilos	1,0 %	0,5 - 4,0 %
Basófilos	0	0,0 - 0,5 %
Glóbulos Rojos	3,40 10*6/uL	4,27 - 5,45 10*6/uL
Hemoglobina	11,50 g/dl	12,70 - 16,20 g/dl
Hematocrito	33,6 %	37,9 - 47,0 %
MCV	99,0 fL	80,7 - 95,4
MCH	33,2 pg	27,5 - 32,6
MCHC	34,2 g/dl	32,5 - 35,7
Conteo de Plaquetas	100.000/ul	194 - 382 10*3/ul
MPV	7,9 fL	9,0 - 12,30 fL
Gasometría		
pH	7,33	7,35 - 7,45
PCO2	18,1 mmHg	35,0 - 48,0 mmHg
PO2	77,7 mmHg	83,0 - 108,0 mmHg
CHO3	9,7 mmol/L	21,0 - 28,0 mmol/L
Na	136 mmol/L	138 - 146 mmol/L
K	6,3 mmol/L	3,5 - 4,5 mmol/L
Ca++	0,99 mmol/L	1,15 - 1,33 mmol/L
Cl	112 mmol/L	98 - 107 mmol/L
AGapK	21 mmol/L	10 - 20 mmol/L
Hto	33 %	38 - 51 %
Hb	11,3 g/dl	12 - 17 g/dl
Glucosa	134 mg/dl	74 - 100 mg/dl
Lactato	6,58 mmol/L	0,56 - 1,39 mmol/L
Creatinina	1,69 mmol/dL	0,51 - 1,19 mmol/dL

Al ingreso en sala, teniendo en consideración los resultados de los nuevos estudios se corrobora diagnóstico de preeclampsia con signos de gravedad y Síndrome de Hellp, por lo que se inicia tratamiento profiláctico de eclampsia según protocolo de clave azul: dosis de impregnación con 4 gr de sulfato de magnesio diluido en 80 cc de solución salina isotónica, vía intravenosa y de administración lenta (300 ml/h) en 20 min; seguida de la dosis de mantenimiento de 10 gr de sulfato de magnesio diluido en 450 cc de solución salina isotónica, vía intravenosa y de administración a 50 ml/h a razón de 1 gr/h, colocación de sonda vesical y vigilancia de los signos de toxicidad del sulfato de magnesio.

Signos vitales:

- Presión arterial: 135/70 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 90 lpm
- Temperatura: 36,5 °C
- Frecuencia respiratoria: 20 rpm
- Saturación de oxígeno: 95 % aire ambiente

A las tres horas del ingreso, el cuadro clínico inicial de la paciente se exacerba, al mostrar deterioro en el estado general, algica y poco colaboradora para la exploración física; además de mostrar palidez generalizada, mucosas orales secas e intensificación en los signos de dolor abdominal que se irradia hacia las regiones claviclar derecha y lumbar, constándose ligera hipertensión uterina y presencia de sangrado genital oscuro con coágulos en escasa cantidad. Al tacto vaginal se registró dilatación de 5 cm, 60 % de borramiento, membranas íntegras y planas.

En consecuencia, se sospecha el diagnóstico de desprendimiento de placenta normoinserta, decidiendo terminar el embarazo por la vía alta y realizar cesárea de emergencia; por lo que se establecen los procedimientos del protocolo para una clave roja: nada vía oral, control continuo de score MAMA, así como de la ingesta y excreta, prueba de coagulación junto a la cama, colocación de dos vías venosas 16 FR: pasar 1 000 ml de lactato Ringer a chorro en bolos de 500 cc inicialmente, luego 1 000 ml de solución salina 0,9 % a 28 gotas/min, alistamiento de 2 paquetes de glóbulos rojos y 2 paquetes de plasma fresco congelado debido a la sospecha clínica de pérdida importante de volemia, cefazolina 2 gr antes del procedimiento quirúrgicos, además de nuevos exámenes de biometría hemática y gasometría y valoración por Unidad de Terapia Intensiva.

La paciente es trasladada de manera urgente a Sala de Centro Obstétrico para procedimiento quirúrgico de emergencia.

Se inicia procedimiento quirúrgico, paciente bajo efectos de sedo analgesia Glasgow 3T, con signos vitales: Presión Arterial: 82/34 mmHg, Frecuencia Cardíaca: 76 lpm, Temperatura: 36 °C, Frecuencia Respiratoria: 12 rpm, Saturación de Oxígeno: 95 % aire ambiente, SCORE MAMA: 5.

El trans quirúrgico arroja los siguientes hallazgos:

- Hemoperitoneo: 700 ml.
- Óbito fetal sexo masculino de 3105 gr de peso y una talla de 49,2 cm
- Placenta fúndica posterior sin signos de desprendimiento.
- Sangrado trans cesárea: 400ml.
- Ruptura hepática circundante de cara anterior a cara posterior.
- Sangrado trans-empaquetamiento: 900ml.
- Sangrado total: 2000ml.

Al evidenciarse ruptura hepática se llama a cirujanos de turno, quienes realizan empaquetamiento hepático con 18 compresas quirúrgicas y la colocación de dren tubular. La paciente recibe transfusión de 4 paquetes de concentrados globulares, 2 plasmas.

Se termina procedimiento quirúrgico con los siguientes diagnósticos: parto único por cesárea por óbito fetal, ruptura hepática grado IV, shock hipovolémico, coagulopatía de consumo, hiperlactatemia, preeclampsia con signos de gravedad y Síndrome de Hell tipo I. Los especialistas ginecobstetras y de medicina intensiva realizan valoración y deciden su traslado a la Unidad de Cuidados Intensivos, continuar con protocolo de clave azul y clave roja, exámenes de control de biometría hemática, química sanguínea, coagulograma, perfil hepático: bilirrubina total directa, indirecta, perfil proteico, albumina, globulina, enzimas hepáticas, fosfatasa alcalina y electrolitos; además de la transfusión de 4 paquetes de glóbulos rojos y dos plasma fresco congelado, trombo profilaxis mecánica e intubación con apoyo de bolsa de oxígeno a 10 litros.

Signos vitales:

- Presión arterial: 150/90 mmHg
- Presión arterial media: 110 mmHg
- Frecuencia cardíaca: 102 lpm
- Temperatura: 36,8 °C
- Frecuencia respiratoria: 20 rpm
- Saturación de oxígeno: 95 % (con 10 litros).
- Glasgow: 6T
- Score MAMA: 7

En la Unidad de Cuidados Intensivos, se evidencia la presencia de sangrado proveniente de dren tubular de 400 ml, a la paciente se le suman a los diagnósticos anteriores una acidosis metabólica, se establece el manejo mediante fluidoterapia y corrección con líquido, colocación de catéter venoso central y sedo analgesia con manejo ventilatorio permanente; además de medicación mediante 30 mg de furosemida (dosis única), 1 gr de cefazolina intravenoso cada 6 horas, gluconato de calcio intravenoso cada 12 horas, 10 mg de nifedipino vía oral cada 6 horas, 4 mg de ondasetrón intravenoso cada 8 horas, insulina cristalina 1UI/10 mgdl si la glucosa > 150 mg/dl, cuatro dosis de 10 mg de dexametasona intravenoso cada 12 horas y continuar con protocolos de clave roja y azul.

Además, mediante los exámenes de control (Tabla 3) se constataron disminución marcada de glóbulos rojos, hemoglobina y hematocrito, caída importante en el conteo de plaquetas con un valor de 20 000 mediante conteo manual. Debido a los niveles de trombocitopenia y la posibilidad de sangrado activo se inicia transfusión de concentrados de plaquetas, 2 paquetes de concentrados globulares y 3 plasmas; además de nuevos exámenes y se interconsulta con cirugía, se decidió un manejo expectante.

Tabla 3. Resultados de exámenes de laboratorio indicados en Unidad de Cuidados intensivos		
Resultados de Laboratorio	Resultados	Valores de referencia
Biometría hemática		
Glóbulos Blancos	6,700 u/L	4,320 - 10,420 u/L
Neutrófilos	90,3 %	55,0 - 65,0 %
Linfocitos	4,3 %	25,0 - 35,0 %
Monocitos	2,5 %	4,0 - 8,0 %
Eosinófilos	2,6 %	0,5 - 4 %
Basófilos	0	0 - 0,5 %
Glóbulos Rojos	1,84 10 ⁶ /uL	4,27 - 5,45 10 ⁶ /uL
Hemoglobina	6,40 g/dl	12,70 - 16,20 g/dl
Hematocrito	18,5 %	37,9 - 47,0 %
MCV	100,0 fL	80,7 - 95,4
MCH	34,8 pg	27,5 - 32,6
MCHC	34,6 g/dl	32,5 - 35,7
Conteo de plaquetas	17,000/ul	194 - 382 10 ³ /ul
Conteo Manual: 20,000	194 - 382 10 ³ /ul	9,0 - 12,30 fL
MPV	8,2 fL	9,0 - 12,30 fL
INR	1,60	0,10 - 2,00 %
Química sanguínea		
Glucosa	177,0 mg/dl	74,0 - 106,0 mg/dl
Creatinina	2,12 mg/dl	0,55 - 1,02 mg/dl
BUN	22,4 mg/dl	7,0 - 18,0 mg/dl
Bilirrubina Total	1,62 mg/dl	0,20 - 1,00 mg/dl
Bilirrubina Indirecta	1,08 mg/dl	0,10 - 0,60 mg/dl
Bilirrubina directa	0,54 mg/dl	0,20 - 1,00 mg/dl
TGO	4652,0 U/L	15,0 - 37,0 U/L
TGP	3157,0 U/L	16,0 - 63,0 U/L
NA	140,0 mmol/l	136,0 - 145,0 mg/dl
K	6,60 mmol/l	3,5 - 5,10 mg/dl
CL	104,0 mmol/l	98,0 - 107,0 mg/dl

Cinco horas después, se reevalúa el estado de la paciente debido a un cuadro de taquicardia persistente sin alteración de las cifras tensionales y la evidencia de sangrado de 1 770 ml por dren tubular. Esta continuaba bajo sedo analgesia, con piel icterica e hipertensión, manifiesta efectos de politransfusión (10 paquetes de concentrados globulares, 7 plasmas frescos congelados y 7 concentrados plaquetarios). En ese momento mantenía una evolución estacionaria con micro dinamica comprometida, buen control metabólico, pero no electrolítico (presenta hiperkalemia atribuible a la presencia de injuria renal).

Atendiendo a lo anterior y la presencia de sangrado activo en gran cantidad es revalorada por el personal del Servicio de Cirugía y se decide realizar una relaparotomía; pero, su evolución crítica con pronóstico reservado y condición quirúrgica emergente ameritaron previa estabilización hemodinámica su traslado a un establecimiento de tercer nivel de complejidad con mejores recursos especializados para su atención, lo que ocurrió a las 24 horas de haber ingresado en el Servicio de Emergencias.

La paciente fue recibida en esa institución de salud con los siguientes datos clínicos: Glasgow 6T, oro entubada, bajo sedo analgesia, piel icterica. Ojos con pupilas isocóricas normo reactivas, escleras ictericas conjuntivas pálidas. Tórax simétrico expansible. Pulmones con buena entrada de aire sin que se auscultaran ruidos sobreañadidos. Corazón taquicárdico, rítmico con el pulso, sin soplos. Abdomen tenso con herida cubierta por apósito limpio y seco y presencia de un dren con eliminación de líquido hemático (1900 ml en 10 horas). Región ínguino-genital con escasa eliminación de loquios. Cérvix blando dilatado 1-2 cm no se lograba palpar el útero al tacto bimanual, sonda vesical permeable con presencia de diuresis colúrica (1100 ml en 10 horas) bajo efectos de bomba de furosemina.

Al nuevo ingreso es remitida urgentemente para relaparotomía, el trans quirúrgico arrojó los siguientes hallazgos:

- Herida suturada limpia sin presencia de hematomas ni sangrado.
- Hemoperitoneo de 300 ml.
- Útero rosado, contraído sin alteraciones.
- Hematoma subcapsular roto bilobar.

Luego de la reintervención ingresó en la correspondiente Unidad de Cuidados Intensivos, en la que tuvo una evolución tórpida, falla multiorgánica y requerimiento de otra reintervención quirúrgica. Un mes después del traslado, la paciente desarrolla paro cardiorrespiratorio catastrófico sin respuesta a la ventilación mecánica. Las malas condiciones generales de su estado de salud conllevaron al fallecimiento en el momento que se remitía a una institución de salud de cuarto nivel de complejidad.

DISCUSION

La descripción del cuadro clínico de la paciente coincidió con la descripción que se ofrece en la literatura: ocurre en el tercer trimestre fundamentalmente, presencia de preeclampsia-eclampsia, epigastralgia, inestabilidad hemodinámica, dolor en cuadrante superior derecho, distensión abdominal, datos de irritación peritoneal, muchas veces acompañados de cefalea, náuseas, vómito, distensión abdominal, ictericia, hepatomegalia, aumento de los movimientos respiratorios, palidez, hipotensión o hipertensión, taquicardia y otros; aunque, su presentación clínica generalmente es inespecífica, lo que dificulta su diagnóstico.⁽⁹⁾

Miguelote, *et al.*⁽¹⁰⁾ presentan un caso con algunas similitudes a las descritas en el que motivó este artículo. En ambos se requirió estabilización hemodinámica, varias intervenciones quirúrgicas por laparotomía y tuvieron una larga estadía en la Unidad de Cuidados Intensivos; aunque luego de eso la primera fuera dada de alta exitosamente y la segunda murió debido a fallas multiorgánicas. La forma en que se desarrolló el manejo del caso resulta coincidente con los criterios dados al respecto por Hyun Joo, *et al.*⁽¹¹⁾

La atención de la paciente requirió de una atención multidisciplinaria y el traslado a unidades de salud con mayor nivel de complejidad en cuanto a especialización; lo que coincide con el criterio de Ngene,⁽¹²⁾ quien considera que la confluencia de los diversos factores clínicos y quirúrgicos incidentes no deben ser resueltos por una única especialidad; además de que los cuidados que se precisan deben ser abordados en servicios con recursos especializados.

El desenlace del caso que se presenta resultó fatal para la paciente, después de un mes de afrontar diversas complicaciones falleció. Según Monge von Herold,⁽¹³⁾ 17 % de las muertes maternas que se producen debido a complicaciones en el contexto del HELLp, se atribuyen a rupturas hepáticas. Acosta Martínez, *et al.*,⁽¹⁴⁾ describen un caso, en el que las mismas complicaciones conllevaron la muerte fetal durante la segunda gesta de la correspondiente paciente. Sin embargo, en la descripción de otro caso en el que, una embarazada aquejada con esta misma entidad y otras complicaciones anexas no logra sobrevivir.⁽¹⁵⁾

CONCLUSIONES

Las complicaciones obstétricas producidas por la hipertensión durante el embarazo resultan un potencial peligro para el estado de salud del binomio materno-fetal; su prevención y atención oportuna reducen considerablemente la morbimortalidad al respecto. La ruptura hepática asociada a una preeclampsia agravada y el Síndrome de HELLp puede resultar en una fatal complicación para la madre y el feto; en el caso que se presenta, aunque se aplicaron oportunamente los protocolos vigentes, la evolución desfavorable ocurrió de una manera tan acelerada que no se logró la sobrevivencia de la gestante.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud Pública. Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica (GPC). 2 ed. Quito: Dirección Nacional de Normatización; 2016.
2. Virgil De Gracia P. Síndrome HELLP. Ginecol Obstet Mex [Internet]. 2015 Ene [Citado 14/08/2019];83(1):48-57. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2015/gom151g.pdf>
3. Ministerio de Salud Pública. Gaceta de Muerte Materna SE16 [Internet]. Quito: MSP; 2019 [Citado 14/08/2019]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/gacetas-muerte-evitable-2019/>
4. Vigil De Gracia P, Rojas Suárez J, Ramos E, Reyes O, Collantes J, Quintero A, et al. Incidence of eclampsia with HELLP syndrome and associated mortality in Latin America. Intl J Gynecol Obst [Internet]. 2015 Jun [Citado 11/08/2019];129(3):219-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.11.024>
5. Bracamonte Peniche J, López Bolio V, Mendicuti Carrillo M, Ponce Puerto JM, Sanabrais López MJ, Méndez Domínguez N. Características clínicas y fisiológicas del Síndrome de Hellp. Rev Bioméd [Internet]. 2018 May [Citado 21/08/2019];29(2):33-41. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6551347.pdf>
6. Rezaei S, Faye J, Hughes A, Cheung ML, Cohen JR, Kaia JA, et al. Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelets, Severe Fetal Growth Restriction, Postpartum Subarachnoid Hemorrhage, and Craniotomy: A Rare Case Report and Systematic Review. Case Rep Obstet Gynecol [Internet]. 2017 Abr [Citado 21/08/2019];2017. Disponible en: <https://doi.org/10.1155/2017/8481290>
7. Argilagos Casasayas G, Arañó Piedra JF, Nápoles Méndez D. Rotura hepática asociada a hipertensión arterial crónica y preeclampsia sobreañadida. MEDISAN [Internet]. 2018 Dic [Citado 21/08/2019];22(9):986-95. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192018000900986&lng=es
8. Berveiller P, Vandenbroucke L, Popowski T, Afriat R, Sauvanet E, Giovangrandi Y. Hepatic subcapsular hematoma: a case report and management update. J Gynec Obst et Biol Reprod [Internet]. 2011 Dic [Citado 2019 Ago 19];41(4):378-82. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jgyn.2011.11.003>
9. González Espinosa Y, Ávila Esquivel JF. Morbimortalidad materna asociada a ruptura hepática o hematoma subcapsular por preeclampsia-eclampsia y Síndrome de Hellp. Arch Inv Mat Inf [Internet]. 2010 [Citado 21/08/2019];11(2):51-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2010/imi102a.pdf>
10. Miguelote RF, Costa V, Vivas J, Gonzaga L, Meneses CA. Postpartum spontaneous rupture of a liver hematoma associated with preeclampsia and HELLP syndrome. Arch Gynecol Obstet [Internet]. 2009 [Citado 21/08/2019];279:923-6. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00404-008-0829-7>
11. Hyun Joo H, Hyungtae K, Ji Hye L, So Mang I, Ok Hyun K, Han Gyeol L. An anesthetic experience in severe preeclampsia patient suspected HELLP syndrome with an intraperitoneal hemorrhage caused by a rapidly progressed liver rupture. Anesth Pain Med [Internet]. 2018 [Citado 21/08/2019];13:401-4. Disponible en: <https://doi.org/10.17085/apm.2018.13.4.401>
12. Ngene NC. Spontaneous liver haematoma rupture associated with pre-eclampsia in a low- to middle-income country: Lessons to be learnt from maternal death assessments. South African Med J [Internet]. 2018 Oct [Citado 21/08/2019];108(10):809-812. Disponible en: <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2018.v108i10.13280>
13. Monge von Herold C. Síndrome de Hellp. Rev Med Sinergia [Internet]. 2018 [Citado 17/08/2019];3(1):13-16. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/sinergia/rms-2018/rms181c.pdf>
14. 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 [Internet]. 2017 Mar [Citado 21/08/2019];85(3):212-5. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2017/gom173j.pdf>
15. Suárez González JA, Corrales Gutiérrez A, Gutiérrez Machado M. Broken hepatic subcapsular hematoma in the course of HELLP syndrome. Rev Cubana Obstet Ginecol [Internet]. 2017 Mar [Citado 21/08/2019];43(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2017000100012&lng=es

Conflicto de intereses

Los autores del presente artículo declaran no presentar conflictos de intereses.

Contribución de autoría

Verónica Pamela Salguero Zavala: recolección de los datos; estructuración de la presentación del caso; redacción del artículo.

Anabela del Rosario Criollo Criollo: analizó la evolución del caso; búsqueda bibliográfica; elaboró el capítulo de discusión del artículo.

Yosbanys Roque Herrera: revisión de la bibliografía; redacción del artículo y elaboración de la versión definitiva del manuscrito.

Todos los autores hemos participado en la discusión de los resultados y hemos leído, revisado y aprobado el texto final.