

CASOS CLÍNICOS

PREECLAMPSIA COMPLICADA CON SÍNDROME DE HELLP Y AVC

Dr. José Manuel Barrientos Peñaloza*,
Est. Germán Mauricio Azcárraga Hurtado**,
Est. Jhosep Nilss Mendoza Lopez Videla**

RESUMEN

La craneotomía descompresiva es un procedimiento heroico en neurocirugía con el objetivo de disminuir la presión intracraneal (PIC). El síndrome de HELLP (hemólisis, aumento de enzimas hepáticas y disminución de las plaquetas) se presenta en pacientes con preeclampsia y sus complicaciones son: la falla renal, eclampsia, edema pulmonar, trastornos de la coagulación, y accidente vascular cerebral (AVC). La literatura reporta una mortalidad por síndrome de HELLP entre 0-24%.

El siguiente caso presenta una paciente con síndrome de HELLP que se complicó con una hemorragia en hemisferio cerebral derecho. Fue sometida a craneotomía descompresiva y drenaje de hematoma cursando actualmente con evolución favorable

Mujer de 26 años cursando una gestación de 24,3 semanas que ingresa por emergencia con datos clínicos y laboratoriales compatibles con Síndrome HELLP. La paciente evoluciona de forma rápida en el mismo día de su internación con depresión de conciencia y síndrome de herniación uncal a derecha. Laboratorialmente presenta plaquetopenia, glucemia alta, hipermagnesemia. La tomografía simple de cerebro muestra hemorragia importante en hemisferio derecho con efecto compresivo de estructuras vecinas.

Paciente presenta síndrome de HELLP, con laboratorios que ratifican diagnóstico y además muestran compromiso de la función hepática y de coagulación importante. Debido a la crisis hipertensiva complicada con AVC se realizó un aborto terapéutico además de craniectomía descompresiva con drenaje de hematoma pese al riesgo importante de mortalidad.

Palabras clave: Preeclampsia, HELLP, AVC, Craniectomía descompresiva.

INTRODUCCIÓN

Los síndromes hipertensivos del embarazo (SHE) afectan entre un 7-10% de las gestaciones.⁽¹⁾ La preeclampsia es una enfermedad multisistémica, de causa desconocida, que afecta

aproximadamente al 3-5% de las mujeres embarazadas.^(2,3) Aunque su origen es desconocido, existe consenso en que existiría una exacerbación de la respuesta inflamatoria sistémica fisiológicamente.⁽⁴⁾ En Latinoamérica, el SHE es la principal causa de mortalidad materna, de 25,7%

* Neurocirujano. Caja Nacional de Salud, Hospital Juan XXIII

** Estudiantes de 5° año de Medicina Universidad Nuestra Señora de La Paz.

Responsable: Dr. José Manuel Barrientos Peñaloza, Hospital Juan XXIII • E-mail: jmbpepo@hotmail.com

presentándose en nuestro medio 1,7 veces más frecuentes en la altura y 2,2 veces en las madres primíparas.^(5,6) Una complicación de la preeclampsia severa es el síndrome de HELLP (Hemolysis, Elevater Liver enzymes, Low Platelets), presente entre el 0,2 y el 0,6% de las mujeres gestantes. La incidencia en mujeres con preeclampsia es del 4-15% y la probabilidad de que aparezca en gestaciones siguientes representa el 3,4%.⁽⁷⁾

La hemorragia Cerebral (HC) es la primera causa de muerte materna en preeclampsia-eclampsia reportando una frecuencia entre 22,9-46%, principalmente se produce a consecuencia de Hipertensión arterial, por las alteraciones hematológicas del HELLP y la Coagulopatía Intravascular Diseminada (CID) presente en el 20% y hasta el 7% en Preeclampsia.⁽⁸⁾ La lesión estructural la mayoría de las veces es irreversible, siendo importante evitar que aparezca. Si se desarrolla, la medida terapéutica sería disminuir la HIC antes de las 24 h, evitando la expansión del hematoma.^(9,10,11)

La Craniectomía descompresiva es un método heroico que remueve parte del cráneo, incrementando el volumen que puede ocupar el cerebro, este método disminuye rápidamente la PIC, y minimiza el daño isquémico incrementando el flujo cerebral y la oxigenación del tejido, se demostró que presenta mejor pronóstico en hematomas mayores a 30cc; Su ejecución rápida aumentan las probabilidades de un mejor pronóstico y disminuye la morbimortalidad.^(12,13,14,15)

CASO CLÍNICO

Mujer de 26 años, primigesta con 31.3 semanas por FUM y 24.3 semanas por Ecografía. Acude al servicio de emergencias, presentando cuadro clínico de tres días de evolución caracterizado por dolor opresivo en epigastrio irradiado a hipocondrio derecho de inicio súbito e intensidad creciente, que se acompaña de edema bpalpebral, en cara, cuello y en ambos

miembros inferiores (+ +), náuseas, malestar general, disnea y cefalea intensa. No refiere actividad física, ni consumo de tabaco, alcohol o drogas.

Al examen se la encuentra en mal estado general, consiente y poco orientada; con fascies álgica, piel y mucosas moderadamente deshidratadas, levemente pálidas tornándose ictericas; pulso en 76/min, presión arterial en 160/110 m.m.Hg., frecuencia respiratoria en 28/min. Y una temperatura de 36°C.

A la exploración presento abdomen globoso a expensas de útero gestante, RHA hipoactivos, dolor a la palpación profunda en epigastrio e hipocondrio derecho. Glassgow 13/15, cefalea intensa con pupilas isocóricas hiporreflécticas. Se le realizó hemograma y química sanguínea encontrando: trombocitopenia 80000 mm³, glicemia 164.5 mg/dl, LDH 1310U/L, SGOT 558.5UI, SGPT 237.8UI, Bilirrubina total 4.24mg/dl, directa 1.89 mg/dl, indirecta 2.35 mg/dl. (Cuadro N° 1)

La impresión diagnóstica inicial incluye preeclampsia severa, síndrome de HELLP (Cuadro N° 2) y encefalitis hipertensiva,^(3,16,17) motivo por el cual se procede a la internación para el control hipertensivo.

Debido al aumento súbito de la PA en tratamiento a 170/100 m.m.Hg., es trasladada a UTI. Pasada una hora del traslado el caso se agrava con disminución de la conciencia, anisocoria (der. 7 mm., izq. 3 mm.) y focalización

CUADRO N° 1
Cuadro laboratorial de la paciente a su ingreso

Trombocitopenia	80000 mm ³
Glicemia	164,5 mg/dl
LDH	1310
U/I SGOT	558.5
UI SGPT	237.8
UI Bilirrubina total	4.24 mg/dl
Bilirrubina directa	1.89 mg/dl
Bilirrubina indirecta	2.35 mg/dl

CUADRO N° 2
Manifestaciones clínicas del hellp

Características clínicas	Incidencia (%)
Dolor en cuadrante superior derecho	86-92
Ictericia	90
Nauseas y vómitos	45-86
Cefalea	33-61
Nauseas/vómitos	36 AL 60
Cid	20-40
Dolor en hombro derecho y cuello	5
Alteraciones visuales	17
Manifestaciones hemorrágicas	5

Castillo D. Síndrome HELLP actualizada. Rev Cubana Hematol Inmunol Med Transf 2006;23(1)

del hemicuerpo izquierdo muy compatible con AVC.

Se decide la interrupción del embarazo. Controlando de esta forma la HA. Se le realiza TAC de cráneo (Figura N° 1) el cual evidencia HIP hemisférico derecho mayor a 25cc casi 100cc.

El caso se complica con hematuria, uniéndose a la DOM (Disfunción, orgánica múltiple) que comprometía al sistema nervioso, hepático y hematológico. Se le realiza Craneotomía descompresiva sin reposición de placa como método heroico para evitar el empeoramiento del cuadro evacuando hematoma Subdural y epidural y hemorragia parenquimatosa lobar derecha.

Luego de la intervención se le realizo laparotomía exploradora debido a la hipotensión que presento en el transoperatorio, para descartar hemorragia hepática o lesión uterina, la cual reporto acumulo serohemático en peritoneo.

La paciente es trasladada a UTI, con pronóstico reservado, permaneciendo 19 días, su estado se complico con CID, Neumonía nosocomial con picos febriles saliendo positiva a Cándida s.p.p. e infección urinaria atribuida a sonda positiva a S. áureas. Se le administro 8

unidades de suero y 8 unidades de concentración plaquetaria pavia administración de hidrocortisona, con el fin de nivelar los niveles de Hb y Plaquetas que se encontraban afectados por la CID, HELLP y las múltiples intervenciones quirúrgicas.

La recuperación fue lenta y estacionaria, presentó una escala de Glasgow constante de 4/15 durante los primeros 14 días, después de los cuales su recuperación fue favorable, salvando las complicaciones intrahospitalaria, el 19 día de internación fue trasladada a piso donde se recuperó favorablemente, siendo dada de alta bajo consulta externa de Neurología.

Actualmente la paciente tiene una comunicación verbal adecuada, presentando compromiso motor del hemicuerpo izquierdo con parecía braquial izquierda 2/5, y parecía pélvica izquierda 4/5.

DISCUSIÓN

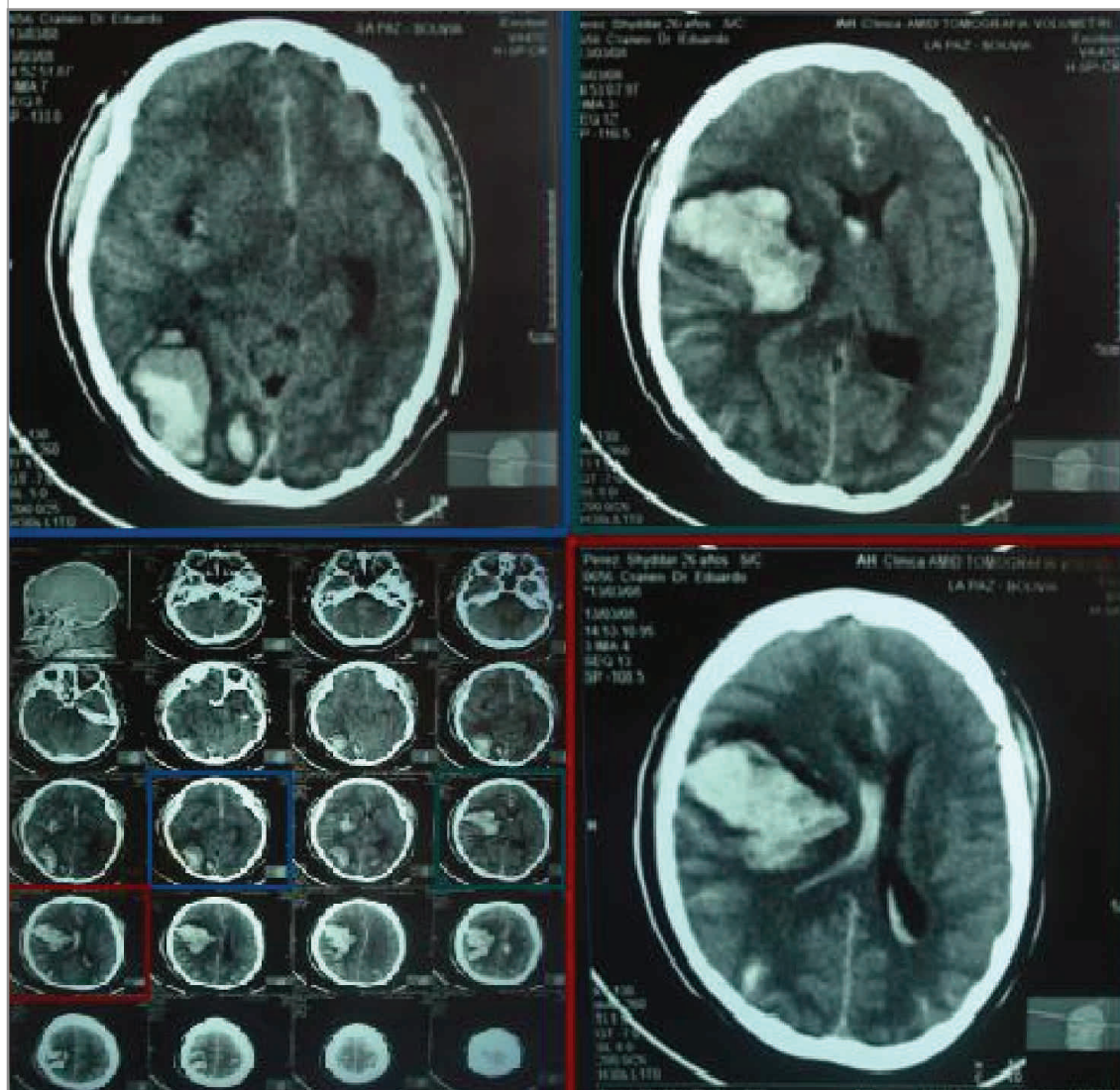
La hemorragia cerebral es la principal causa de muerte en la mujer con preeclampsia/eclampsia siendo predominantemente de tipo parenquimatoso.

La bibliografía nos dice que la mortalidad es mayor si se asocia a un desorden multisistémico, HELLP, disfunción renal, CID, daño o ruptura hepática, insuficiencia respiratoria, choque hipovolémico o hemorragia cerebral,⁽¹⁸⁾ y aumenta más aun en los casos reportados en la altura.^(5,19) Las complicaciones presentadas por la paciente en este caso comprometían mucho la evolución de la misma. Si bien su incidencia es relativamente alta en HELLP (Cuadro N° 3), la presentación en forma simultánea y conjunta de las complicaciones, comprometía la evolución satisfactoria; aunándose más aun las complicaciones por infecciones nosocomiales.

Durante el periodo de internación se desarrollaron diferentes estudios con el

FIGURA N° 1

TAC de cráneo post operatorio. Masa compresiva a expensas de Hemorragia intraparenquimatosa de hemisferio derecho mayor a 75ml. con desplazamiento de la línea media y colapso ventricular.



fin de evaluar y corregir las diferentes alteraciones producidas por la multitud de complicaciones presentes: se desarrollo terapia transfusional, para equilibrar los valores de hemoglobina y tratar la plaquetopenia, se desarrollo el tratamiento preventivo con anticonvulsivantes desde su ingreso a UTI, concordando de esta forma con el tratamiento clínico de referencia. Dicho tratamiento fue constante y rápidamente adecuado y estipulado por los especialistas y personal de UTI lo cual

ayudo de sobremanera la evolución de la paciente.^(9,19)

La CD fue crucial para la lenta y estacionaria evolución de la paciente, pues debido a la rápida intervención y el abordaje realizado se disminuyo de sobre manera las lesiones neurológicas irreversibles que hubiera podido presentar la misma. Debido a la pronta interrupción del embarazo y la CD que mejoro rápidamente HIC, la hipoxia tisular y el mantenimiento de un flujo adecuado a nivel cerebral, se obtuvo

CUADRO N° 3
Incidencia de las complicaciones
encontradas en el síndrome hellp

Características clínicas	Incidencia (%)
Hemorragia Intracranial	45
Insuficiencia cardiopulmonar	40
CID	15
Abrupto placentario	16
Encefalopatía hipóxica isquémica	16
Ascitis	8
Edema o hemorragia pulmonary	6-8
Insuficiencia renal aguda	3-8
Hemorragia hepática espontánea	1,6
SDRA	< 1
Sepsis	< 1
Ruptura Hepatica	< 1
Hemorragia o insuficiencia hepática	< 1

Castillo D. Síndrome HELLP actualizada. Rev Cubana Hematol Inmunol Med Transf 2006;23(1)

una recuperación lenta pero favorable de la paciente.^(9, 13,16)

Sugerimos realizar mayor profundización, respecto al uso de la CD en la hemorragia cerebral presente en la eclampsia/preeclampsia debido a los buenos resultados en el tratamiento de los grandes hematomas.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Egerman RS. HELLP Syndrome. *Clin. Obstet Gynecol* 1999; 42(2):381-9.
2. Villar K. Eclampsia and pre-eclampsia: a health problem for 2000 years. In: Critchley H, MacLean AB, Poston L, Walker JJ (eds). *PRE-ECLAMPSIA*. London: RCOG Press; 2003; 189-207
3. Sibai BM. Diagnosis and management of gestational hypertension and preeclampsia. *Obstet Gynecol* 2003; 102:181-92.
4. Parra C. Espectro clínico de la preeclampsia: Estudio comparativo de sus diversos grados de severidad. *Rev. Chil. Obstet-Ginecol*.2000;72: 169-175.
5. Khan K. WHO analysis of causes of maternal death: asystematic review. *Lancet*.2006; 367:1066-1074.
6. Keyes LE. Intrauterine growth restriction, preeclampsia, and intrauterine mortality at high altitude in Bolivia. *Pediatr Res*. 2003; 54(1):20-5.
7. Sibai BM. Maternal morbidity in 442 pregnancies with HELLP syndrome. *Am J Obstet-Gynecol* 1993; 19: 100-106.
8. Briones GJC y col. Edema y hemorragia cerebral. En: Briones-Díaz de León. *Preeclampsia-eclampsia*. Mexicana SA de CV. México 2000:153-160.
9. Qureshi A. Spontaneous intracerebral hemorrhage. *N Engl J Med*. 2001; 344:1450-60.
10. Broderick J. Guidelines for the management of spontaneous intracerebral hemorrhage: A statement for healthcare professionals from a special writing group of the Stroke Council, American Heart Association. *Stroke*.1999; 30:905-15.
11. Rincon F. Novel therapies for intracerebral hemorrhage. *Curr Opin Crit Care*. 2004; 10: 94-100.
12. Jaeger M. Effects of decompressive craniectomy on brain tissue oxygen in patients with intracranial hypertension. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2003; 74(4):513-5.
13. Reithmeier T et al. Relevance of ICP and ptiO(2) for indication and timing of decompressive craniectomy in patients with malignant brain edema. *Acta Neurochir (Wien)*. 2005; 147(9):947-52.

14. Liang W. Cranioplasty of large cranial defect at an early stage after decompressive craniectomy performed for severe head trauma. *J Craniofac Surg.* 2007; 18(3):526-32.
15. Carvi et al. Early combined cranioplasty and programmable shunt in patients with skull bone defects and CSF circulation disorders. *Neurol Res.* 2006; 28(2):139-44.
16. Sibai BM et al. Maternal-prinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. *Am J Obstet Gynecol* 1986; 15: 501-509
17. Ruiz C. Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia Eclampsia Lineamiento Técnico. 4º Ed. Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva Mexico. 2007 Secretaría de Salud.
18. Briones y col. Hemorragia cerebral en preeclampsia eclampsia. *Rev. As. Mex Medicina Crítica y Terapia Intensiva* 2003; 17 (4): 133-137
19. Pacheco J. Preeclampsia/Eclampsia, Reto para el Ginecoobstetra. En *Simposio de Hipertensión Arterial.* *Act. Med. Per.* 2006; 23(2): 100-111.