

## Comentarios a la presentación de un caso de síndrome HELLP

**E**n el número 1 del volumen 2 de IATREIA, abril de 1989, se publica el informe de un caso de Síndrome HELLP (1), sobre el cual quiero hacer los siguientes comentarios:

La presentación carece de una mejor ilustración sobre aspectos importantes del caso, tales como: evolución de la enfermedad; evolución de la PA antes de su remisión al Hospital San Vicente de Paúl. Cuáles fueron, durante su hospitalización en el Servicio de Obstetricia, los valores de aminotransferasas, ácido úrico, función renal, proteinuria; cuáles fueron los cambios en sangre periférica de anemia hemolítica microangiopática; productos de degradación del fibrinógeno; leucograma. Todos éstos, datos necesarios para el diagnóstico diferencial de las entidades que más frecuentemente se pueden presentar en el tercer trimestre del embarazo: hepatitis viral, preeclampsia/eclampsia e hígado graso agudo del embarazo (2). Se ha descrito la concurrencia de hígado graso microvesicular y toxemia, hasta en el 46% de los casos de aquella entidad (3).

El denominado Síndrome HELLP (acrónimo inglés de las palabras Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, Low Platelets) había sido reconocido desde 1954 por Pritchard y col., sin recibir nombre especial (4).

En 1982, Weinstein lo presenta como una variedad de preeclampsia severa, aún en ausencia de signos claros de ésta, concluyendo que constituye

una emergencia obstétrica que debe resolverse con la terminación inmediata del embarazo (5).

Mackenna y col., en un estudio retrospectivo de 226 pacientes con preeclampsia/eclampsia, encontraron una frecuencia del 12% de los hallazgos correspondientes al Síndrome HELLP; en ninguna paciente de 2.679 embarazadas sin complicaciones, hallaron cambios del síndrome (6).

Los cambios descritos como HELLP son en esencia la consecuencia de una coagulación intravascular que puede excepcionalmente llegar a ser diseminada. La manifestación más constante es la trombocitopenia (7). En los casos moderados y severos se acompaña de hemólisis intravascular, caracterizada por el hallazgo en sangre periférica de esquistocitos y células Burr (eritrocitos disminuidos de tamaño, espinosos y crenados) y por hiperbilirrubinemia no conjugada (mayor de 75% de la bilirrubina total).

Mackenna y col. concluyeron que el Síndrome HELLP no se presenta sino en pacientes con clara evidencia de toxemia (hipertensión, proteinuria, edemas) y que su manejo es similar al de la paciente toxémica, con intenso monitoreo materno-fetal, el cual determina una intervención finalizadora del embarazo si las circunstancias específicas así lo indican (6).

Cuando se presenta una verdadera CID debe pensarse en otras causas tales como separación

prematura de la placenta, feto muerto retenido (6), o la asociación con hígado graso agudo del embarazo en el cual es frecuente la CID (3).

Sería el presente caso la asociación de toxemia e hígado graso agudo, pero no fué diagnosticada?.

Finalmente, quiero reiterar que el hallazgo HELLP no constituye una entidad separada, sino una manifestación de un espectro de enfermedad que ocurre en el tercer trimestre del embarazo y que incluye muy probablemente la preeclampsia-eclampsia y el hígado graso agudo del embarazo. La conducta frente al hallazgo es la misma que frente a estas entidades como tales.

#### BIBLIOGRAFIA

1. ESCOBAR CE, RESTREPO LF. Síndrome HELLp: una forma de manifestación de la preeclampsia. *IATREIA* 1989; 2: 84-85.

2. RIELY CA. Case studies in jaundice of pregnancy. *Semin Liver Dis* 1988; 8: 191-199.

3. RIELY CA. Acute fatty liver of pregnancy. *Semin Liver Dis* 1987; 7: 47-54.

4. PRITCHARD JA, WEISMAN R, RATNOFF OD, VOSBURG GJ. Intravascular hemolysis, trombocytopenia and other hematologic abnormalities associated with severe toxemia of pregnancy. *N Engl J Med* 1954; 250: 89-98.

5. WEINSTEIN L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 1982; 142: 159-167.

6. MACKENNA J, DOVER NF, BRAMER RG. Preeclampsia associated with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets. An obstetric emergency?. *Obstet Gynecol* 1983; 62: 751-754.

7. CHESLEY LC. Hypertensive disorders in pregnancy, New York: Appleton-Century Crofts, 1978: pp 256.

DR. JAIME LEYVA

Profesor, Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia.