

Síndrome de Hellp

Incidencia en diez años (1980-1990)*

Gerardo Gonzalo Lares**

Ernesto Carfora Masi***

Carmen Afonso****

Víctor García*****

Jesús Ricardo Torres*****

Lares GG, Carfora Masi E, Afonso C, García V, Torres JR. Síndrome de Hellp. Incidencia en diez años (1980-1990). Centro Médico, 1991; 37:42-48.

Resumen

En 1982, Weinstein describe 29 casos de Pre-eclampsia severa y Eclampsia complicados con trombocitopenia y pruebas hepáticas alteradas. Él sugirió que estos síntomas y signos constituirían una entidad separada de la Pre-eclampsia severa y le adjudicó el nombre de Síndrome de Hellp. (H: Hemólisis, El: Enzimas hepáticas elevadas, Lp: Plaquetas bajas). Desde entonces aparecen citados en la bibliografía médica con este nombre.

El presente estudio tiene por objeto presentar la incidencia (10.56%) de esta entidad en nuestro Hospital en el transcurso de la última década.

En este estudio se presentan los resultados, la conducta obstétrica y la evolución materno - fetal.

Abstract

In 1982, twenty nine (29) cases of severe pre-eclampsia - eclampsia complicated with thrombocytopenia and elevated liver enzymes were described by Weinstein. He suggested that those signs and symptoms constituted a separate entity from the severe pre-eclampsia and identified them as Hellp Syndrome ("H" for Hemolysis; "EL" for Elevated Liver Enzymes; "Lp" for Low Platelets). Since then the above mentioned signs and symptoms are referred to in medical literature as Hellp Syndrome.

The objective of the following study is to present the incidence of this entity in the Miguel Pérez Carreño Hospital during the last ten years (10.56%).

The results, obstetrical treatment and maternal - fetal evolution have been studied in this analysis.

Palabras claves

Síndrome de Hellp, Pre-eclampsia, Eclampsia.

INTRODUCCION

Durante muchos años la hemólisis, la alteración de las enzimas hepáticas y la trombocitopenia, se consideraron complicaciones de la Pre-eclampsia y Eclampsia. Según Chesley, la bibliografía obstétrica ha tratado algunos de estos componentes desde hace casi un siglo (En 1983 Schomorle describe por primera vez los defectos de la coagulación y coagulación y los microtrombos en pacientes obstétricas).¹

En 1982, Wintein, al describir 29 casos, identifica y distingue la hemólisis, la trombocitopenia y las enzimas hepáticas elevadas como una entidad independiente de la Pre-eclampsia-Eclampsia y la denomina síndrome de Hellp. (H: Hemólisis; El: Enzimas hepáticas elevadas; Lp: Plaquetas bajas), nombre con el cual se conocerá hasta el presente.⁸

Otros autores trataron de establecer parámetros rígidos para cada uno de los trastornos paraclínicos. Se publicaron algunos artículos en los que se sugería que los valores de recuento plaquetario debían ser menores de 100.000 x mm³ y otros en los cuales se afirmaba que debían ser menores de 70.000 x mm³. Martín clasifica el Síndrome de Hellp según el nivel plaquetario, considerando: Clase 1: Plaquetas menor de 50.000 x mm³; Clase 2: Plaquetas entre 50.000 y 100.000 x mm³ y Clase 3: Plaquetas entre 100.000 y 150.000 x mm³ el propósito de esta clasificación es predecir la recuperación post-parto, el riesgo de recurrencia del Síndrome, la morbilidad perinatal y la necesidad de plasmaféresis.^{1,3} Situación similar se presentó en cuanto a los niveles de transaminasas; tampoco había acuerdo. La mayor diversidad de criterios se produjo en lo referente a la hemólisis: desde los aumentos de los niveles de bilirrubina mayores de 1,2 mg %, descenso del hematocrito,⁶ disminución de las haptoglobinas,⁴ aumento de los reticulocitos, niveles de LDH mayores de 600 UI/lt.⁶ hasta la anemia hemolítica microangiopática, marcador actualmente utilizado.¹

* Hospital Miguel Pérez Carreño. Caracas (H.M.P.C.).

**Médico Residente 3er año Postgrado de Ginecología-Obstetricia HMPC

***Médico Adjunto del Servicio de Ginecología-Obstetricia del HMPC

****Jefe del Departamento de Ginecología-Obstetricia HMPC

*****Médico Adjunto Suplente del Servicio de Ginecología-Obstetricia HMPC

*****Médico Interno Rotatorio de Postgrado HMPC.

La controversia aumenta cuando algunos autores consideran que el Síndrome de Hellp no constituye una forma de Coagulación Intravascular Diseminada (CID), porque los parámetros de coagulación como el Tiempo de Protrombina (PT), el Tiempo Parcial de Tromboplastina (PTT) y el Fibrinógeno se encuentran normales.⁷

Así mismo, es motivo de discusión si se debe ser conservador o no en el manejo de las complicaciones, especialmente cuando observamos estadísticas que reportan un mortalidad materna que oscila entre el 7,7% y el 60% y una mortalidad fetal entre el 2% y el 24%.⁶

MATERIALES Y METODOS

Se revisaron las historias del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Miguel Pérez Carreño del lapso comprendido entre enero de 1980 y diciembre de 1990 y se catalogaron las historias de pre-eclampsia de conformidad con los criterios de edema, proteinuria e hipertensión arterial. Se encontraron 1.123 casos, de los cuales 612 correspondieron a pre-eclampsia leve, 465 a Pre-eclampsia severa y 46 a Eclampsia. Para este estudio sólo se tomaron en consideración los 511 casos de las pacientes pertenecientes a los grupos de Pre-eclampsia severa y Eclampsia. (Véase cuadro #1).

El número total de ingresos al servicio en ese lapso fue de 56.571 pacientes.

Los parámetros utilizados en el protocolo incluyeron: Edad materna, número de gestas, edad gestacional en que se hizo el diagnóstico, antecedentes obstétrico, patologías asociadas al embarazo, tipo de parto, laboratorio, evolución materna, peso, pagar y evolución fetal.

Los criterios que se tomaron en cuenta para el diagnóstico fueron los siguiente:

1. Hemólisis: Catalogada según la disminución de la hemoglobina, y el aumento de la bilirrubina mayor de 1.2 mg%.
2. Los niveles de transaminasas se consideraron patológicos cuando los valores de Transaminasas Glutámico-Oxalacético (TSGO) eran mayores de 32 Unidades.
3. El nivel plaquetario se catalogó como anormal cuando los valores fueron menores de 100.000 x mm³.

RESULTADOS

Del total de casos estudiados, se encontraron 54 de Síndrome de Hellp, de conformidad con los criterios señalados. Resultó una incidencia de 10,56%, valor que coincide con la bibliografía internacional.

La media de edad materna fue de 28 años (véase el

CUADRO 1 Síndrome de Hellp Incidencia Enero 1980 - Diciembre 1990

# Ingresos Obstétricos	56.571	Pac
Casos de Pre-eclampsia	1.123	Pac.
Pre-eclampsias severas	465	casos
Pre-eclampsias leves	612	casos
Eclampsias	46	Casos
#Casos de Síndrome de Hellp	54	Pac.
Incidencia	10,56%	

H.M.P.C.

CUADRO #2 Síndrome de Hellp Indicación de Cesáreas

Pre-eclmp. sev. + Cuello No Ind.	16
Sufrimiento Fetal Agudo	8
Desproporción Feto-Pélvica	3
Presentación podálica	2
Embarazo Gemelar	2
II Cesáreas Anteriores	2
Desprend. Prematuro Placenta	2
RPM + cuello No Ind.	1
Fracaso Inducción	1

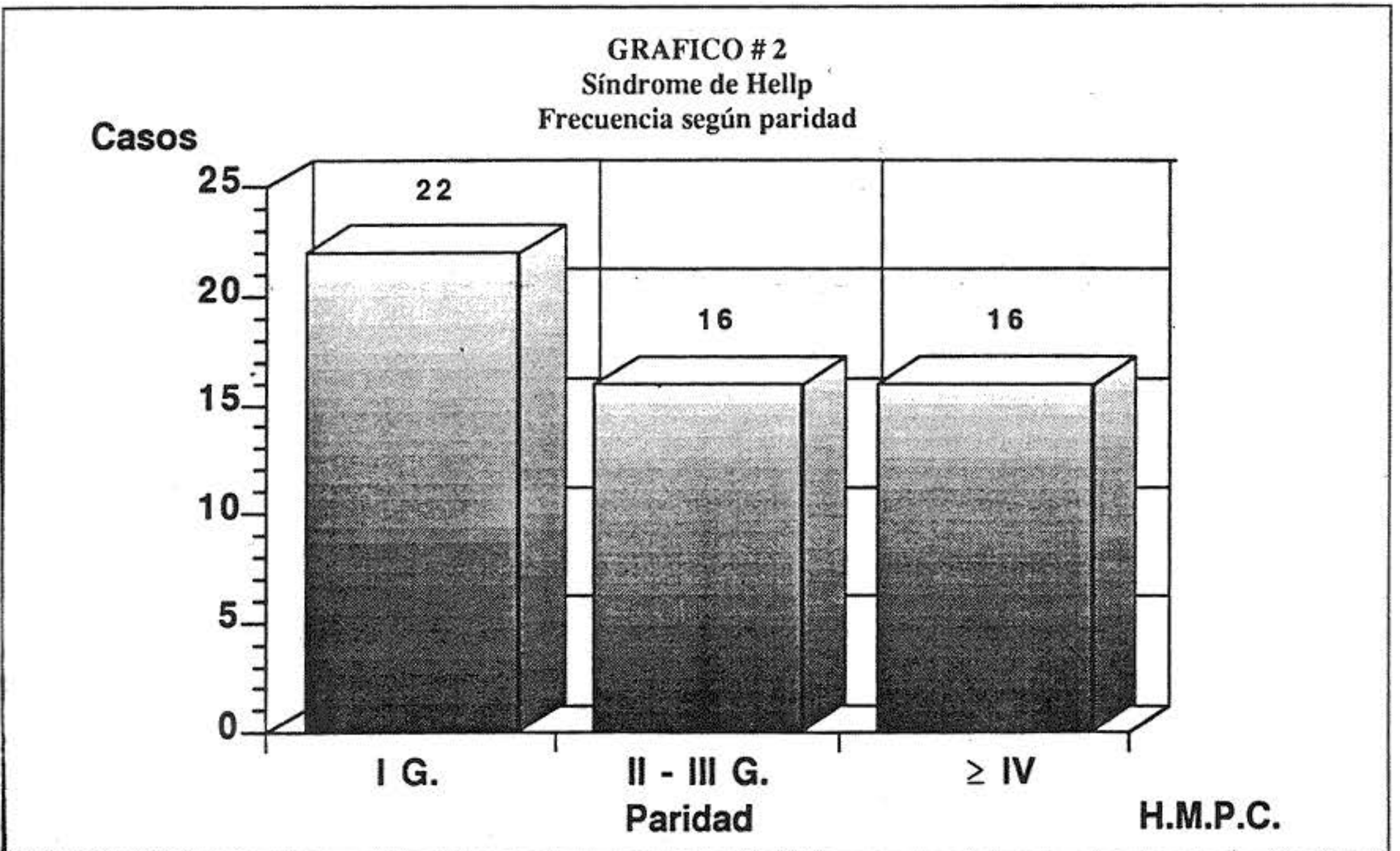
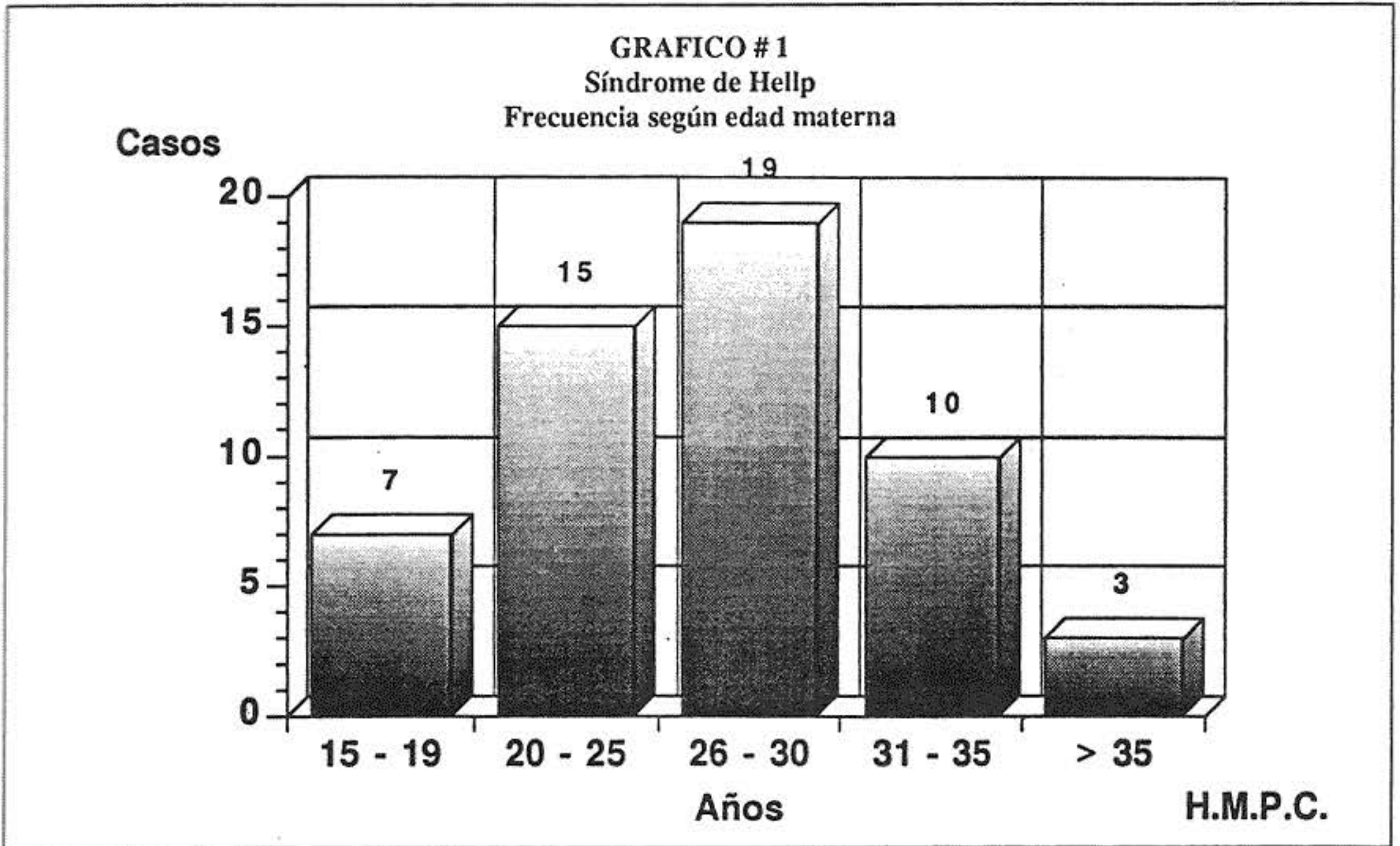
H.M.P.C.

CUADRO #3 Síndrome de Hellp Cifras Medias de Laboratorio

Hb	7.9 gr/dl
Bilirrubina Total	2.67 mg%
TSGO	165.07 Ud (max: 673u)
TXGP	144.02 Ud (max: 560 U)
Plaquetas	59.320 mm ³ (min: 14.000)

gráfico # 1 en el que especifica el número de casos por edad).

La relación número de casos vs. número de gestas se detalla en el gráfico # 2.



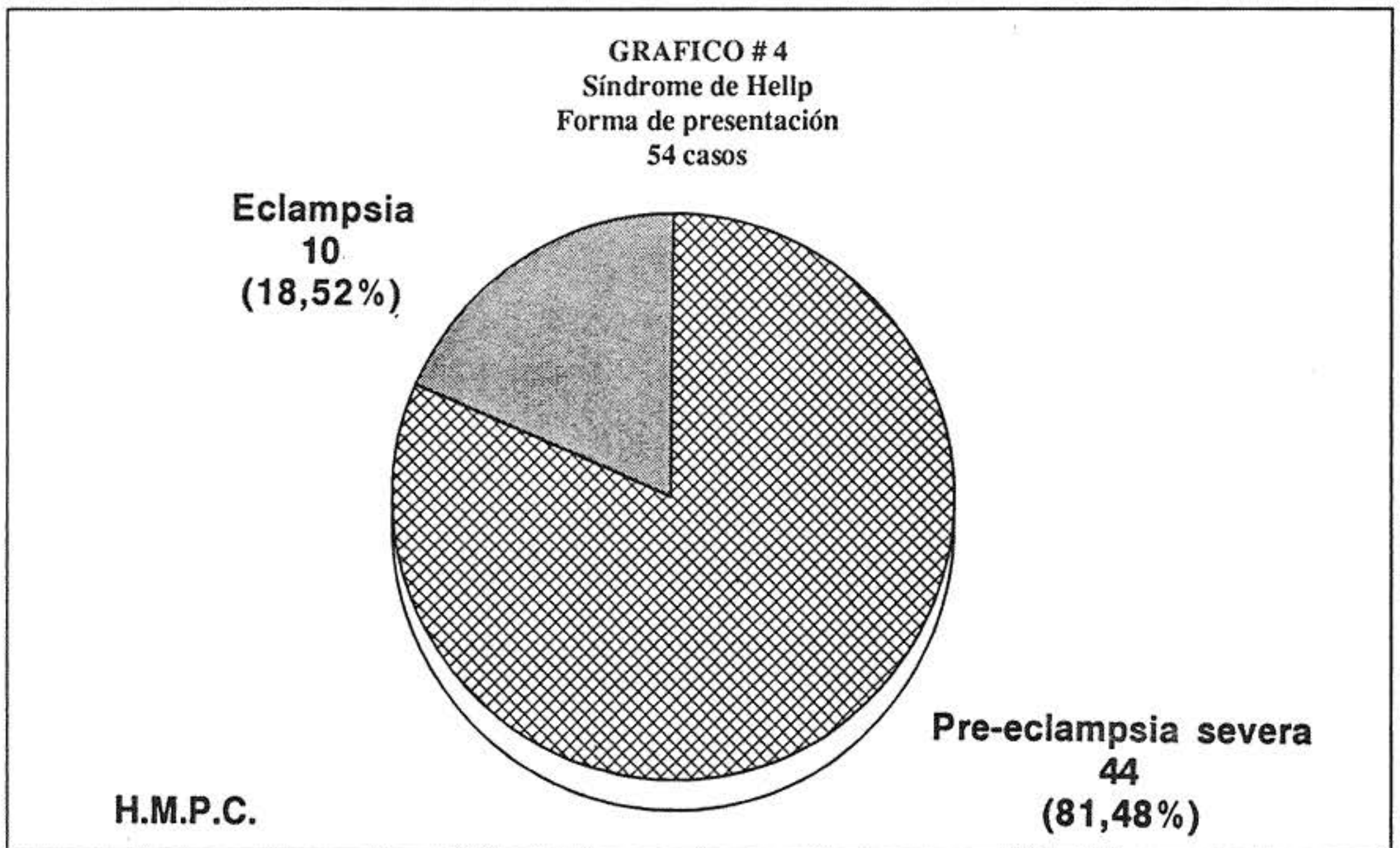
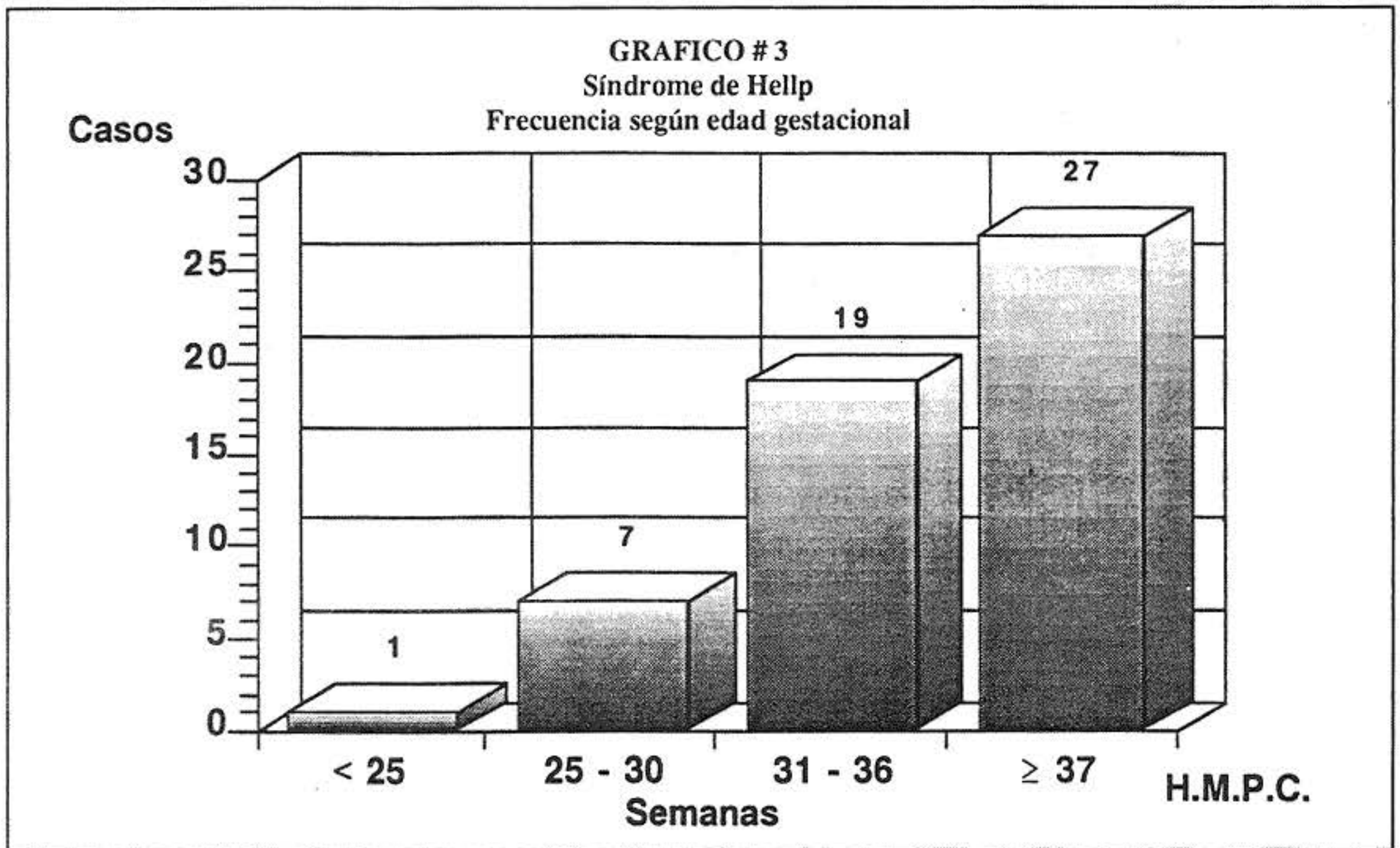
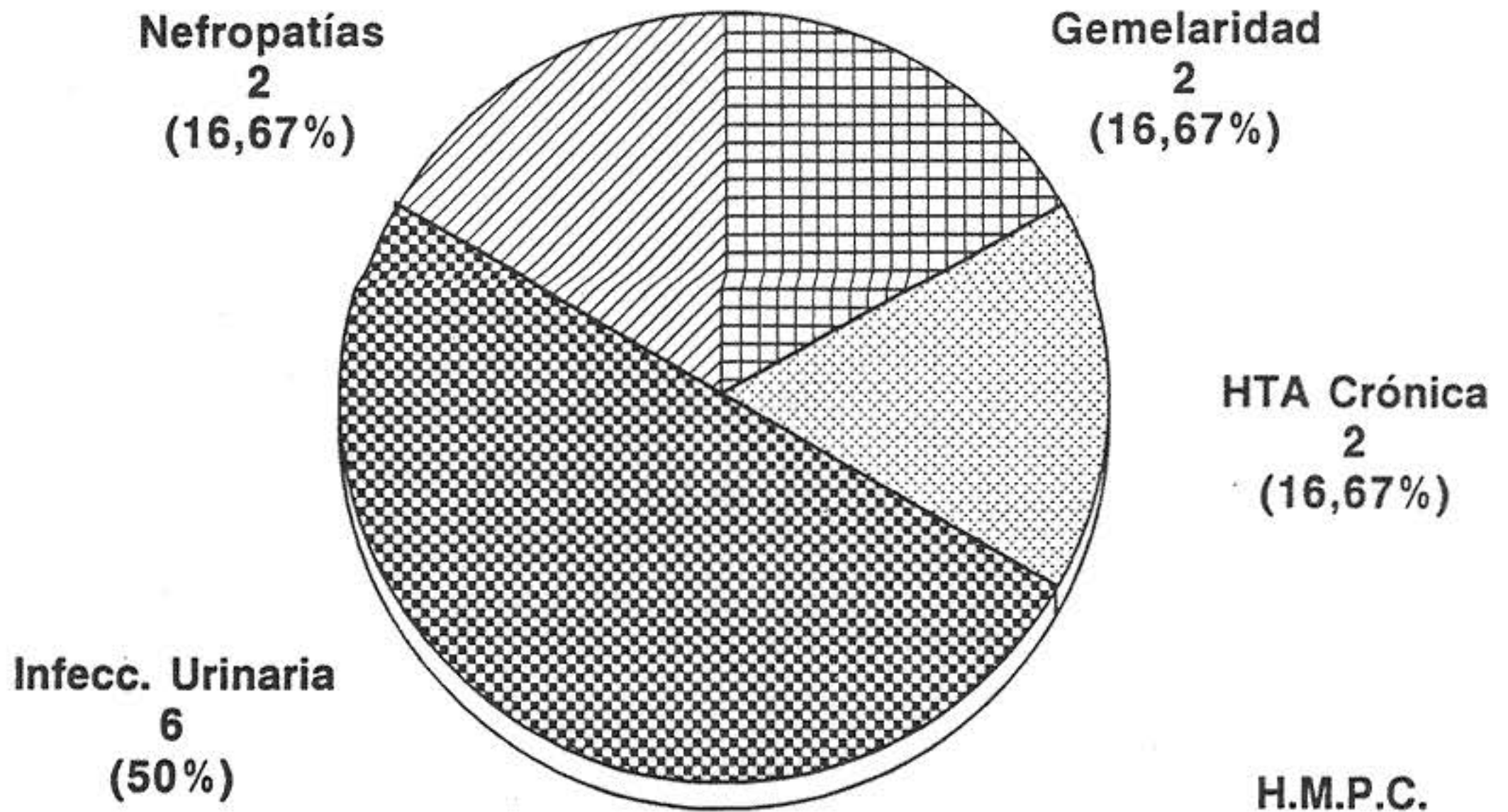


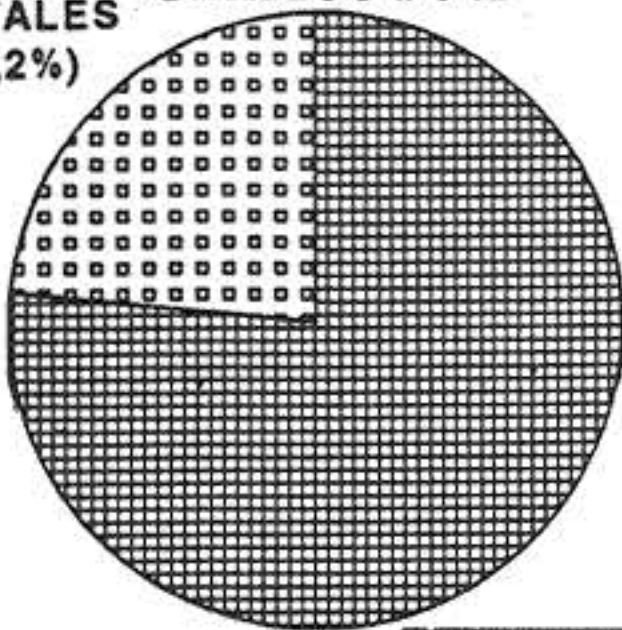
GRAFICO # 5
Síndrome de Hellp
Patologías médicas asociadas



Síndrome de Hellp
Evolución Perinatal

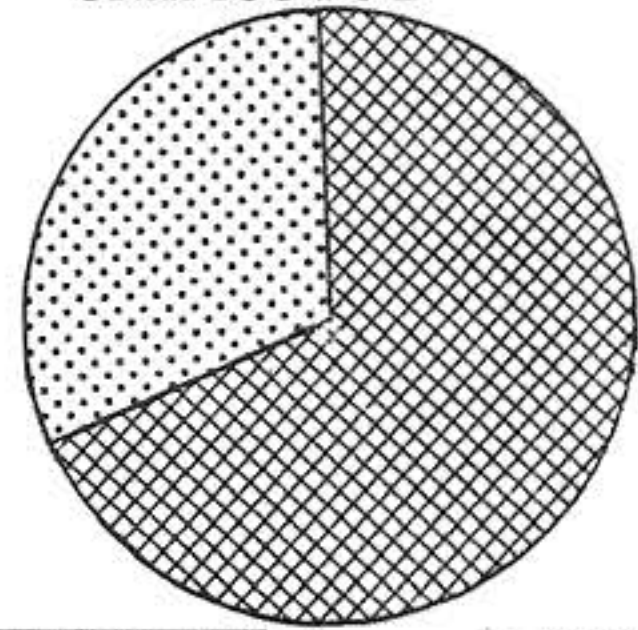
MUERTES PERINATALES
13 (23,2%)

GRAFICO # 6-A



> 37 Sem
4 (31%)

GRAFICO # 6-B



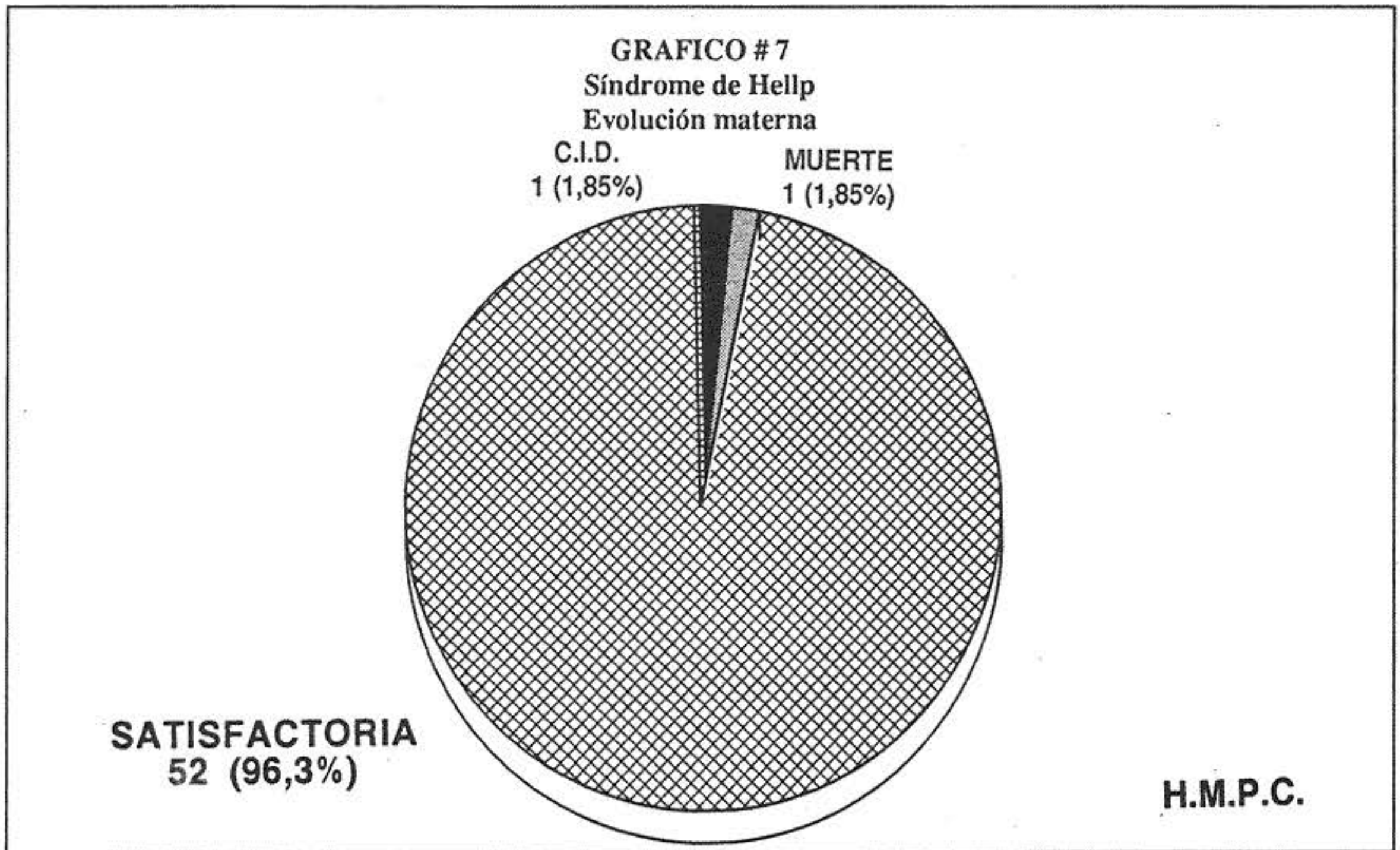
< 37 Sem.
9 (69%)

SATISFACTORIA
41 (76,8%)

Cuadro # 4

Peso al Nacer (Promedio)	2.203 grs.
Peso máximo	3.980 grs.
Peso mínimo	1.100 grs.
Apgar 1er. m.	6 ptos.

H.M.P.C.



La edad gestacional en que se realizó el diagnóstico, en su mayoría, coincidió con embarazos de más de 37 semanas; sólo se encontró un caso de embarazo menor de 25 semanas. (Véase gráfico # 3).

De los 54 casos reportados como Síndrome de Hellp, 44 correspondían a Pre-eclampsia severa (81,48%) y 10 a Eclampsia (18,52%). Del total de Eclampsias reportadas 46 en el lapso estudiado se observó que el 21,73% desarrolló el Síndrome. (Véase gráfico # 4).

Las patologías asociadas a dichos embarazos se muestran en el gráfico # 5.

Una de cada 4 pacientes presentó antecedentes de pre-eclampsia en embarazos anteriores.

La vía de resolución más utilizada fue la cesárea (en 37 casos). Las indicaciones correspondientes se presentan en el cuadro # 2.

Los resultados de laboratorio de nuestra revisión según los criterios diagnósticos utilizados, se muestran en el cuadro # 3 expresados por su valor medio.

Se encontró 1 solo caso de Síndrome de Hellp asociado a Cid, lo que equivale al 1,85%, dato que contrasta con la incidencia del 38% reportada por el Dr. Sibai.⁵

En cuanto a la evolución fetal, el promedio de peso de los Recién Nacidos (Rn) fue de 2.203 grs.; el peso fluctuaba

entre 3.980 grs. y 1.100 grs; se encontró 28 Rn con peso inferior a 2.500 grs.

La media del apgar al minuto fue de 6 puntos. (Véase cuadro # 4)

Se observaron 13 muertes perinatales (23,2%), de las cuales 9 (69%) correspondieron a fetos menores de 37 semanas. Las cifras de mortalidad perinatal coinciden con las reportadas en la bibliografía internacional (2% - 24%). Véase gráfico 6-Ay 6-B.

En lo referente a la evolución materna se observó recuperación total de los parámetros de laboratorio en 53 de los 54 casos en un lapso de 7 días; se produjo sólo una muerte materna (1,85%), reportada en el informe de anatomía patológica como hemorragia intracraneal. (Véase gráfico #7).

COMENTARIOS

El presente estudio retrospectivo sobre la década del 80, realizado en el hospital Miguel Pérez Carreño, tiene como propósito determinar la incidencia en nuestro medio, de una complicación de la Pre-eclampsia-Eclampsia denominada síndrome de Hellps.

Se encontraron 54 casos que cumplían con los criterios

diagnósticos de síndrome de Hellp, lo que representa una incidencia del 10,56%, cifra muy similar la encontrada por autores extranjeros.⁵ Los parámetros utilizados se ajustan a los requeridos por estudios foráneos; se sugiere para próximos estudios la búsqueda de schistocitos en frotis de sangre periférica, considerado como marcador de la anemia hemolítica microangiopática y de la presencia de niveles de LDH mayores de 600 UI/l.^{1,6}

El 25% de nuestras pacientes refirió antecedentes de Pre-eclampsia-Eclampsia en embarazos anteriores. La mayoría correspondió a multíparas.

La correlación del Síndrome de Hellp y la presencia de Eclampsia se produjo en 18,5% de los casos, cifra similar a referencias internacionales.⁵

La coagulación intravascular diseminada se encontró en un solo caso, lo que contrasta significativamente con los estudios del Dr. Sibai, quien reportó una incidencia de hasta un 38%.⁵

Al igual que en los estudios de referencia, la vía de resolución obstétrica más utilizada fue la cesárea (68%), considerando aquí el elevado número de embarazos pretérminos presentes.^{5,8}

En cuanto a la evolución materna, fue generalmente satisfactoria; se observó una sola muerte, debido a hemorragia intracranéica. La comparación con revisiones internacionales osciló entre 1,7% y 3,5%; en algunos casos inclusive fue mayor.^{5,8}

Casi un 25% de los fetos (232%), la mayoría pretérmino, murieron.

En cuanto al diagnóstico de Síndrome de Hellp en el puerperio, encontramos una incidencia del 7,4%, a diferencia del Dr. Sibai quien lo observa en una tercera parte de sus pacientes.⁵ Se presentará cuadro comparativo entre nuestra incidencia y la de otros autores. (Véase cuadro #5).^{5,9}

En definitiva, consideramos que el síndrome de Hellp constituye una complicación más frecuente de lo que algunos autores señalan, por cuanto puede afectar aproximadamente un 10% de las Pre-eclampsias-Eclampsias, y su diagnóstico debe considerarse por lo menos hasta las primeras 72 horas del puerperio.

El manejo en cuanto a la conducta obstétrica, no es fácil si consideramos el factor prematuridad, lo que obliga a individualizar los casos.

El presente trabajo, debe servir como incentivo para futuras investigaciones sobre este Síndrome, no sólo para determinar su incidencia, sino para evaluar la conducta y manejo a seguir ante las complicaciones de la pre-eclampsia, una patología tan frecuente en nuestro medio y cuyas repercusiones sobre la morbi-mortalidad materno-fetal deben considerarse.

CUADRO # 5
Síndrome de Hellp
Cuadro Comparativo

	HMPC	Sibai	Weinstein
Casos	54	112	57
Incidencia	10.5%	9.7%	-
Ant. Pre-eclampsia-Eclampsia	25%	24.3%	-
Edad Materna	28 años	25 años	25 años
Más de 2 gestas	59%	48%	40%
Edad gestacional de Dx. Hellp y Eclampsia	35 sem	34 sem	33 sem
Cid	1.87%	38%	4%
Cesáreas	68%	63.4%	58%
Prematuridad	51%	81.6%	-
Mortalidad Materna	1.87%	1.78%	3.5%
Mortalidad Perinatal	23.2%	33.3%	7.93%
Hellp en Puerperio	7.4%	30%	-

BIBLIOGRAFIA

1. Barton J., Sibai. Care Pregnancy Complicated by Hellp Syndrome. En: *Obstetrics and Gynecology Clinics of North America*. Vol 18, Nº2, June 1991. p. 165-179.
2. Catanzarite Val. Hellp Syndrome and its complications. En: *Contemporary Obst-Gynecol*. December 1991. p. 13-22.
3. Martin J. et al. Pregnancy Complicated by Preclampsia-Eclampsia with the Syndrome of Hemolysis, Elevated Liver Enzymes, and Low Platelet Count; How Rapid is postpartum Recovery?. En: *Obst and Gynecol*. Vol. 76, Nº 5, Part 1. Nov. 1990. p. 737-741.
4. Poldre Peeter A. Haptoglobin Helps Diagnose the Hellp Syndrome. En: *Am j Obst- Gynecol*. Vol. 157, 1987.p. 1267.
5. Sibai B. et al. Maternal - preinatal outcome associated with the Syndrome of Hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets in severe Pre-eclampsia-Eclampsia. En: *An J Obst-Gynecol*. Vol. 155, Nº 3, Sep. 1986. p. 501-508.
6. Sibai B. The Hellp Syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): Much ado about nothing? En: *Am J Obst- Gynecol*. Vol. 162, Nº 2, Feb. 1990. p. 311-316.
7. Van Dam P., Renier M., et al. Disseminated intravascular coagulation and the Syndrome of Hemolysis, Elevated liver enzymes, and low platelets in severe Pre-eclampsia. En: *Obstetrics-Gynecol*. Vol. 73, Nº 1, Jan 1989. p. 97-102.
8. Weinstein L. Syndrome of Hemolysis, Elevated liver enzymes, and low Platelets count. A severe consequence of Hypertension in Pregnancy. En: *Am J Obst- Gynecol*. Vol 142, 1982. p. 159-167.
9. Weinstein L. Pre-eclampsia - Eclampsia with hemolysis, elevated liver enzymes, and trombocytopenia. En: *Obst - Gynecol*. Vol. 66, Nº 5, Nov. 1985. p. 657-660.