

DOI: 10.26820/recimundo/5.(2).abril.2021.169-178

URL: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1051>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIMUNDO

ISSN: 2588-073X

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 169-178







Características clínicas del síndrome de HELLP

Clinical features of HELLP syndrome

Características clínicas da síndrome HELLP

María de los Ángeles Sánchez Tapia¹; Gloria Liliana Chapues Andrade²; María José Cáceres Miranda³;
Marco Leopoldo Medina Sarmiento⁴

RECIBIDO: 15/01/2021 **ACEPTADO:** 20/03/2021 **PUBLICADO:** 01/04/2021

1. Doctor en Medicina y Cirugía, Especialista en Ginecología y Obstetricia; Docente titular en la Carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja, Ecuador; marjha123@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-2286-6748>
2. Médico General Universidad de Nariño; Docente Control prenatal, Ginecología, Programa de Medicina Universidad de Nariño; Médico programa Nefroproteccion Coemssanar IPS Pasto; Pasto, Colombia; glorialilich@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0003-2266-7896>
3. Médico General, Especialidad en Gerencia en Salud; Médico General Municipio de Quito; Ecuador; majo_feliz65@hotmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-8760-950X>
4. Doctor en Medicina y Cirugía General; Especialista en Ginecología y Obstetricia; Loja, Ecuador; marcomedsar@hotmail.es;  <https://orcid.org/0000-0002-6634-4282>

CORRESPONDENCIA

María de los Ángeles Sánchez Tapia
marjha123@gmail.com

Loja, Ecuador

RESUMEN

El síndrome HELLP es una complicación de los trastornos hipertensivos del embarazo, principalmente observado en pacientes con preeclampsia severa y eclampsia; sin embargo, puede diagnosticarse en pacientes con preeclampsia agregada y en mujeres con hipertensión gestacional (preeclampsia sin proteinuria). Generalmente el síndrome se manifiesta en el tercer trimestre. Se ha señalado que 2 tercios de las pacientes eran diagnosticadas antes del parto, el 70 % entre las 27-37 semanas, el 20 % después de las 37 semanas y el 10 % restante antes de las 27 semanas. El síndrome HELLP se observa entre el 0,5 y 0,9 % de todas las gestaciones y del 4 al 14 % de todas aquellas con preeclampsia/eclampsia. La edad promedio de las que padecen este síndrome es de 25 años. La metodología de la investigación, es una revisión bibliográfica, que se apoyó en medios electrónicos para la búsqueda de la información. Entre las conclusiones relevantes están que Las manifestaciones clínicas son variadas y entre las que se menciona están: dolor en cuadrante superior derecho, ictericia, náuseas y vómitos, cefalea, dolor en hombro derecho y cuello, alteraciones visuales, manifestaciones hemorrágicas. Este síndrome pone en riesgo la vida de la madre, por las complicaciones que se pueden presentar como: hemorragia cerebral, insuficiencia renal, ruptura hepática y mayor posibilidad de muerte asociada con eclampsia, principalmente cuando coexiste hipertensión severa. Esta condición reviste de gran importancia durante el embarazo, ya que debe ser tratada lo más rápido posible, ya que dentro del abanico de tratamientos que pueden existir, la interrupción del embarazo es una de las más comunes y realizadas, esto con la finalidad de preservar la vida de la madre.

Palabras clave: HELLP, Embarazo, Preclamsia, Síndrome, Hipertensivo.

ABSTRACT

HELLP syndrome is a complication of hypertensive disorders of pregnancy, mainly observed in patients with severe pre-eclampsia and eclampsia; however, it can be diagnosed in patients with added pre-eclampsia and in women with gestational hypertension (pre-eclampsia without proteinuria). The syndrome usually manifests itself in the third trimester. It has been reported that 2 thirds of the patients were diagnosed before delivery, 70% between 27-37 weeks, 20% after 37 weeks, and the remaining 10% before 27 weeks. HELLP syndrome occurs in 0.5% to 0.9% of all pregnancies and 4% to 14% of all pre-eclampsia / eclampsia. The average age of those with this syndrome is 25 years. The research methodology is a bibliographic review, which relied on electronic means to search for information. Among the relevant conclusions are that the clinical manifestations are varied and among those mentioned are: pain in the right upper quadrant, jaundice, nausea and vomiting, headache, pain in the right shoulder and neck, visual disturbances, hemorrhagic manifestations. This syndrome puts the life of the mother at risk, due to complications that can occur such as: cerebral hemorrhage, kidney failure, liver rupture and a greater possibility of death associated with eclampsia, mainly when severe hypertension coexists. This condition is of great importance during pregnancy, since it must be treated as quickly as possible, since within the range of treatments that may exist, the interruption of pregnancy is one of the most common and carried out, this in order to preserve the life of the mother.

Keywords: HELLP, Pregnancy, Pre-eclampsia, Syndrome, Hypertensive.

RESUMO

A síndrome HELLP é uma complicação dos distúrbios hipertensivos da gravidez, observada principalmente em pacientes com pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia; no entanto, pode ser diagnosticada em pacientes com pré-eclâmpsia acrescentada e em mulheres com hipertensão gestacional (pré-eclâmpsia sem proteinúria). A síndrome geralmente se manifesta no terceiro trimestre. Foi relatado que 2/3 dos pacientes foram diagnosticados antes do parto, 70% entre 27-37 semanas, 20% após 37 semanas, e os 10% restantes antes de 27 semanas. A síndrome HELLP ocorre em 0,5% a 0,9% de todas as gestações e 4% a 14% de todas as pré-eclâmpsias / eclâmpsia. A média de idade das pessoas com esta síndrome é de 25 anos. A metodologia de pesquisa é uma revisão bibliográfica, que se baseou em meios eletrônicos de busca de informações. Entre as conclusões relevantes estão que as manifestações clínicas são variadas e entre as mencionadas estão: dor no quadrante superior direito, icterícia, náusea e vômito, dor de cabeça, dor no ombro e pescoço direitos, distúrbios visuais, manifestações hemorrágicas. Esta síndrome coloca em risco a vida da mãe, devido a complicações que podem ocorrer como: hemorragia cerebral, insuficiência renal, ruptura hepática e uma maior possibilidade de morte associada à eclâmpsia, principalmente quando coexiste uma hipertensão arterial severa. Esta condição é de grande importância durante a gravidez, pois deve ser tratada o mais rápido possível, pois dentro da gama de tratamentos que possam existir, a interrupção da gravidez é uma das mais comuns e realizadas, isto a fim de preservar a vida da mãe.

Palavras-chave: HELLP, Gravidez, Pré-eclâmpsia, Síndrome, Hipertensividade.

Introducción

El síndrome HELLP es una complicación de los trastornos hipertensivos del embarazo, principalmente observado en pacientes con preeclampsia severa y eclampsia; sin embargo, puede diagnosticarse en pacientes con preeclampsia agregada y en mujeres con hipertensión gestacional (preeclampsia sin proteinuria) (Vigil-De Gracia, 2015, pág. 49).

El síndrome HELLP se observa entre el 0,5 y 0,9 % de todas las gestaciones y del 4 al 14 % de todas aquellas con preeclampsia/eclampsia. La edad promedio de las que padecen este síndrome es de 25 años. Este se asocia con pacientes multíparas y con la raza blanca, aunque se ha comunicado igual incidencia en mujeres afroamericanas y caucásicas. Generalmente el síndrome se manifiesta en el tercer trimestre. Se ha señalado que 2 tercios de las pacientes eran diagnosticadas antes del parto, el 70 % entre las 27-37 semanas, el 20 % después de las 37 semanas y el 10 % restante antes de las 27 semanas (Castillo González, 2007).

El diagnóstico de SH está basado en la evidencia de anemia hemolítica microangiopática, disfunción hepática y trombocitopenia en una mujer gestante o en su periodo posparto con o sin algún trastorno hipertensivo desarrollado. Por ello, el diagnóstico de este síndrome es por exámenes de laboratorio y no directamente por las manifestaciones clínicas presentes, aunque éstas nos alertan de la severidad y de la evolución de la enfermedad. El diagnóstico de hemólisis se ha basado en la presencia de anemia, hematíes fragmentados (esquistocitos), otros han incluido la presencia de cifras bajas de haptoglobina (normal 80- 120 mg/dl), elevación de la deshidrogenasa láctica (DHL) mayor de 600 U/l, bilirrubinas y hemoglobina libre. Según Martín el aumento de la DHL y la disminución de las haptoglobinas séricas son los dos marcadores tempranos para el diagnóstico del SH, estos ocurren

antes del incremento de los niveles de bilirrubina y antes de la disminución de la hemoglobina. El inicio temprano en la disminución de las haptoglobinas sugiere que ocurre hemólisis y posteriormente inicia el proceso de la enfermedad (Parra-Ramírez & Beckles-Maxwell, 2005).

Se han descrito algunos aspectos histológicos que, si bien no son patognomónicos de esta entidad, si orientaran a la posible causa del síndrome de HELLP.

a) Hemólisis: representada por anemia hemolítica microangiopática y resulta del paso de los eritrocitos por los vasos disminuidos en su diámetro debido al daño endotelial y depósito de fibrina, presentando en el frotis de sangre periférica la presencia de esquinocitos y esferocitos.

b) Lesión hepática: la lesión característica del síndrome de HELLP es la necrosis e el parénquima de zonas periportales focales en las que existen depósitos de fibrina en las sinusoides de estas áreas, incrementándose las enzimas hepáticas y, en casos, más graves, hemorragia intrahepática.

c) Medula ósea: generalmente caracterizado por observar un incremento del número de megacariocitos, signo compatible con el mayor consumo o destrucción plaquetaria (García & Estevez, 2017).

Existen varias clasificaciones, la de Mississippi clasifica la enfermedad en tres grupos basándose principalmente en la cuenta de plaquetas. Con base en la clasificación de Tennessee puede diagnosticarse el síndrome de HELLP al encontrar AST mayor a 70 UI/L, DHL mayor de 600 UI/L y plaquetas menores de 100 x 10⁹/L, lo que cataloga el síndrome como completo si se encuentran los tres criterios o incompleto si sólo coexisten uno o dos criterios (Gutiérrez-Aguirre, Alatorre-Ricardo, Cantú-Rodríguez, & Gómez-Almaguer, 2012).

Tabla 1. Criterios de diagnóstico del síndrome de HELLP

Tipo de HELLP		Clase de HELLP
Hellp total	Hellp Parcial	Universidad de Mississippi
Hemolisis. Esquistocitos en lamina periférica LDH > 600 U/L	Por lo menos un criterio EL HELELLP LP	Clase I Plaquetas <50.000/mm ³ Clase III Pla>100000 y < 150000/mmm ³
Disfunción TGO hepática <70 U/L		Clase II Pla< 100000/mm ³
Trombocitopenia Pla< 100000/mm ³		Clase III Pla>100000 y < 150000/mmm ³

Fuente: (Olivencia, y otros, 2003)

Las diferentes teorías propuestas comparan que el inicio del proceso de la enfermedad es el daño en la capa íntima endotelial, causado por mecanismos aún inciertos, pero asociado a alteraciones en la placenta, complejos inmunes y a la misma hipertensión. Los factores genéticos también desempeñan un papel fundamental; al parecer, ciertos genotipos maternos y fetales confieren un riesgo aumentado de presentación y desarrollo del HELLP (Bracamonte-Peniche, y otros, 2018).

El síndrome de HELLP también puede catalogarse como una enfermedad inducida por la placenta, pero con un proceso inflamatorio agudo más grave y dirigido, principalmente, contra el hígado. Al inicio del embarazo normal, el endotelio, la lámina interna y la capa muscular de las arterias espirales que abastecen la placenta son reemplazadas por el trofoblasto. En la preeclampsia ocurre una invasión trofoblástica incompleta o errónea de las arterias espirales que ocasiona que sean más cortas (Gutiérrez-Aguirre, Alatorre-Ricardo, Cantú-Rodríguez, & Gómez-Almaguer, 2012).

El parto es la única terapia definitiva, aunque, en casos clínicamente leves, el enfoque recomendado es esperar y vigilar hasta después de la semana 34 para permitir la maduración completa del desarrollo fetal.

En casos severos, el parto debe completarse inmediatamente o entre las 24-48 horas como máximo, acelerando la maduración del pulmón fetal con la administración de corticosteroides. Es necesario el uso de antihipertensivos, como hidralazina para el control inmediato y, nifedipina o labetalol para estabilizar la presión arterial a corto y a largo plazo (Bracamonte-Peniche, y otros, 2018).

Metodología

La metodología de la investigación, es una revisión bibliográfica, ya que se busca documentar y sintetizar los aspectos más relevantes del tema objeto de estudio. Ya que la idea fundamental de este trabajo de investigación, es ser una herramienta más para el apoyo de futuras investigaciones, para la busca de los autores más relevantes se contó con el apoyo de medios electrónicos.

Resultados

Manifestaciones clínicas

El inicio de la enfermedad es rápido, algunas pacientes pueden encontrarse asintomáticas inicialmente; sin embargo, 90% de las pacientes tienen síntomas inespecíficos que preceden a las manifestaciones clínicas típicas del síndrome de HELLP. En

50% de los casos la enfermedad es precedida por edema generalizado y aumento de peso desproporcionado. El dolor abdominal en el hipocondrio derecho o epigastrio es el síntoma más común y puede ser el único síntoma hasta en 50% de los casos. El dolor abdominal frecuentemente es tipo cólico y fluctuante. Otras manifestaciones clínicas frecuentes son: cefalea en 60% de los casos, visión borrosa (20%), náusea, vómito y malestar general. En la mayoría de las pacientes la presión arterial puede encontrarse elevada, pero en 20% de los casos se encuentra dentro de límites normales (Gutiérrez-Aguirre, Alatorre-Ricardo, Cantú-Rodríguez, & Gómez-Almaguer, 2012).

Dado que el síndrome de HELLP es una enfermedad primariamente coagulopática en origen, las manifestaciones pueden empe-

zar comúnmente como dolor epigástrico, anemia y consumo plaquetario por medios microangiopáticos. También se ha registrado en la consulta como síntomas iniciales episodios de vómitos y náuseas en el 50% de los pacientes. En algunos casos, se ha documentado la aparición de cefalea y cambios visuales. Se ha comentado que los síntomas pueden ser altamente inespecíficos, como los previamente mencionados, o como consecuencia de la trombocitopenia presentada en la enfermedad, síntomas tales como sangrado de las mucosas, hematuria, hemorragia petequial o equimosis. Aunque la mayoría de los pacientes presenta hipertensión, ésta puede estar ausente en algunos casos por razones desconocidas hasta ahora (Bracamonte-Peniche, y otros, 2018).

Tabla 2. Manifestaciones clínicas de presentación del síndrome HELLP

Características clínicas	Incidencia (%)
Dolor en cuadrante superior derecho	86-92
Ictericia	90
Náuseas y vómitos	45-86
Cefalea	33-61
Dolor en hombro derecho y cuello	5
Alteraciones visuales	17
Manifestaciones hemorrágicas	5

Fuente: (Castillo González, 2007)

Ictericia

Es un signo clínico caracterizado por la pigmentación amarilla de la piel, mucosas y fluidos corporales por aumento de la bilirrubina en sangre. La ictericia en el Recién Nacido (RN), la mayor parte de las veces es un hecho fisiológico, causada por una hiperbilirrubinemia de predominio indirecto secundario a inmadurez hepática e hiperproducción de bilirrubina (Bb), cuadro benigno y autolimitado, que desaparece generalmente antes del mes de edad. Constituye uno de los fenómenos clínicos más frecuente durante el periodo neonatal y

es la causa más común de reinternación en salas de cuidados de RN durante las primeras dos semanas de vida, para fototerapia y, en no pocas oportunidades, para exanguinotransfusión (Parodi, Ibarra, Cosimi, & Arce, 2005).

Preeclampsia

Presión arterial por encima de 140/90mmHg asociado a proteinuria (más de 30 mg en muestra única o más de 300mg en muestra de 24 horas el cual es diagnóstico de elección) por encima de la semana 20 de gestación (Sánchez K. H., 2018).



Eclampsia

Situación potencialmente grave poco frecuente que incluye hipertensión o preeclampsia con convulsiones durante el embarazo. Los trastornos hipertensivos del embarazo y en particular la preeclampsia son las principales causas de morbilidad materna y perinatal (Sánchez K. H., 2018).

La aparición de síntomas de malestar general o "seudogripales" han sido considerados por algunos autores como la principal manifestación del cuadro, por lo que se recomienda realizar un hemograma y determinación de enzimas hepáticas a toda gestante en el tercer trimestre de embarazo que inicie con estos síntomas inespecíficos, aun con valores normales de presión arterial. Otras manifestaciones observadas con menos frecuencia son: convulsiones, ictericia, hemorragias (digestivas, urinarias, gingivales) y dolores musculares erráticos (Parra-Ramírez & Beckles-Maxwell, 2005).

En la exploración física es importante destacar que el 20% evolucionan sin hipertensión; el 30% presentan hipertensión moderada (mayor o igual a 140/90 mmHg) y el 50% hipertensión grave (mayor o igual a 160/110 mmHg). Por lo tanto, los niveles de presión arterial no son diagnósticos del SH, al igual que la proteinuria y los edemas, los cuales sí son importantes para el diagnóstico de preeclampsia, pero no para este síndrome (Parra-Ramírez & Beckles-Maxwell, 2005).

Los trastornos visuales y auditivos, la hematuria y los sangrados por sitios de punción o encías aparecen, incluso, en 30% de los casos la hematuria es un signo característico en pacientes con síndrome HELLP clase 1 (severo). En casos excepcionales se ha observado hematuria en pacientes con preeclampsia-eclampsia, pero no es síndrome HELLP (Vigil-De Gracia, 2015).

Complicaciones síndrome de HELLP

Tabla 3. Manifestaciones clínicas de presentación del síndrome HELLP

Complicación	Incidencia (%)
Hemorragia intracraneal	45
Insuficiencia cardiopulmonar	40
Coagulación intravascular diseminada	15
Desprendimiento prematuro de la placenta normoinserta	16
Encefalopatía hipóxica isquémica	16
Ascitis	8
Edema o hemorragia pulmonar	6-8
Insuficiencia renal aguda	3-8
Hemorragia hepática espontánea del embarazo	1,6
Síndrome del distrés respiratorio del adulto	< 1
Sepsis	< 1
Ruptura hepática	< 1
Hemorragia o insuficiencia hepática	< 1

Fuente: (Castillo González, 2007).

Se debe destacar que la hemorragia hepática espontánea del embarazo es un evento raro, con una incidencia de 1 por cada 15000 mujeres, y es considerado como un estado muy avanzado del síndrome. Cuando el síndrome HELLP se desarrolla en el período puerperal, el riesgo de insuficiencia renal aguda y edema pulmonar aumenta. La presencia concomitante de hematoma retroplacentario aumenta el riesgo de la presentación de una CID; en las pacientes con grandes ascitis aumenta el riesgo de las complicaciones cardiopulmonares. Se ha asociado elevada morbimortalidad en pacientes con valores de LDH mayores de 1 400 UI/L, transaminasas hepáticas mayores de 150 UI/L y uricemia por encima de 7,8 mg/dL (Castillo González, 2007).

Trastornos de la coagulación

La coagulopatía por consumo es una complicación infrecuente del síndrome HELLP, y se asocia con elevada morbilidad, que incluye mayor número de casos con insuficiencia renal. El estado de hipercoagulabilidad propio del embarazo y del puerperio inmediato se acentúa en la preeclampsia en general y en el síndrome HELLP como consecuencia del daño endotelial. En presencia del síndrome, otras causas pueden generarlo: desprendimiento placentario, feto muerto retenido, hemorragias graves en el período periparto⁹ y, con menor frecuencia, la presencia de hematomas hepáticos extensos (Malvino & Experto, 2006).

Necrosis y hematomas hepáticos

Se desconocen los motivos por los cuales el hígado es uno de los principales órganos blanco en el síndrome HELLP. Los hematomas se observan en el 1% al 2% de las pacientes con síndrome HELLP y en algunos casos pasan inadvertidos. Son resultado de la necrosis y la hemorragia periporta a consecuencia de la trombosis sinusoidal. Los hematomas pueden provocar síntomas en el preparto, el parto o el puerperio, como

dolor en hipocondrio derecho o epigastrio, en ocasiones retroesternal, o dolor en inspiración e irradiado al hombro derecho (Malvino & Experto, 2006).

Complicaciones encefálicas

En ausencia de otros factores etiológicos, las convulsiones tónico clónicas focales o generalizadas definen la existencia de eclampsia en pacientes que cursan con hipertensión inducida por el embarazo. La mayor parte de ellas tienen lugar durante el trabajo de parto o en el puerperio inmediato, con una prevalencia de 1 caso cada 2 000 a 3 000 nacimientos (Malvino & Experto, 2006).

La encefalopatía eclampsia tiene como principal sustrato anatómico el edema cerebral y las microhemorragias. Las lesiones resultarían de alteraciones endoteliales propias de la enfermedad y de la afeción de la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral en presencia de hipertensión arterial. La vasoconstricción representa un mecanismo fisiológico en respuesta al aumento de la presión arterial media que preserva el flujo sanguíneo cerebral (Malvino & Experto, 2006).

Complicaciones respiratorias

La preeclampsia-eclampsia se asocia con síndrome de distrés respiratorio del adulto, con una frecuencia variable, hasta en 14% de los casos. La evolución del cuadro respiratorio se complica en presencia de insuficiencia renal aguda oligoanúrica.¹⁰⁶ En el síndrome HELLP el compromiso de la función renal es frecuente. Diversos factores favorecen la aparición de distrés pulmonar en el síndrome HELLP, en particular la expansión de la volemia en el intento de revertir la oligoanuria asociada (Malvino & Experto, 2006).

Hígado graso agudo del embarazo

Típicamente se presenta en el tercer trimestre, en algunos casos también en el periodo posparto, entre 1-7,000- 15,000 casos por año, sin sintomatología específica, muchas pacientes se presentan con hipertensión, sin embargo, esta característica es más frecuente en el síndrome de HELLP (Sánchez, Steller, Méndez, Garita, & Garita, 2020).

PTT

Las pacientes desarrollan un aumento en el LDH, anemia y trombocitopenia severa, pero, a diferencia del síndrome de HELLP, los niveles de ALT y AST se encuentran mínimamente elevados.

Síndrome urémico hemolítico relacionado con el embarazo

Es raro y usualmente se desarrolla en el posparto, lo que marca la diferencia, es que en esta patología la lesión renal va a ser predominante (Sánchez, Steller, Méndez, Garita, & Garita, 2020).

Preeclampsia severa la preeclampsia se suele presentar con cifras elevadas de presión arterial, angiopatía y disfunción hepática, sin embargo, estos parámetros no son tan marcados como en HELLP, y las cifras elevadas de presión arterial no se correlaciona con la severidad del síndrome (Sánchez, Steller, Méndez, Garita, & Garita, 2020).

Valoración de la condición materna:

El SH es una variante atípica de la preeclampsia severa y, como tal, el único tratamiento es la interrupción del embarazo y la remoción de los factores citotóxicos que la produce. El momento del parto requiere de varios factores, incluyendo la severidad de la condición materna, condición fetal y placenta, y la edad gestacional. La condición fetal debe ser evaluada mediante una

prueba no estresante, una prueba de contracción estresante y/o un perfil biofísico fetal. Además, en la actualidad, la velocimetría Doppler de la circulación útero y fetoplacentaria puede utilizarse para evaluar complicaciones asociadas al retardo de crecimiento intrauterino y otras formas de sufrimiento fetal debido a hipoxemia o asfixia como el producido por los trastornos hipertensivos del embarazo (Parra-Ramírez & Beckles-Maxwell, 2005).

Control de la presión arterial:

Entre el 80-85% de las pacientes con SH desarrollan cifras elevadas de presión arterial. La presión arterial se debe bajar para prevenir las complicaciones maternas y posibles riesgos de abrupción de placenta y alteración en su perfusión (Parra-Ramírez & Beckles-Maxwell, 2005).

Tratamiento

Tabla 4. Diferentes tratamientos para el síndrome de HELLP

Tratamiento	Descripción
Prevención de las convulsiones	Se utiliza el sulfato de magnesio, con una dosis de ataque de 6 g cada 20 minutos, y una dosis de mantenimiento de 2 g/hora en infusión continua. Debe mantenerse hasta 24-48 horas en el puerperio.
Tratamiento antihipertensivo	<ul style="list-style-type: none"> • Generalmente se comienza con el uso de hidralacina a razón de 5mg en bolo cada 15-20 minutos, con un máximo de 20mg por hora. Se debe mantener el control de la tensión arterial cada 15 minutos. • Si no se controla la TA, la TA sistólica menor de 160 mmHg o la diastólica menor de 105 mmHg o ambas, se debe emplear el labetalol 20-40mg EV cada 10-15 minutos, 220mg como máximo en una hora. • También puede utilizarse nifedipina 10-20mg por vía oral cada 30 minutos, con una dosis máxima en una hora de 50mg.
Control de los trastornos de la coagulación y reposición de volúmenes	<ul style="list-style-type: none"> • Si una paciente presenta recuentos plaquetarios por debajo de $20 \times 10^9 /L$, siempre debe utilizarse concentrados de plaquetas. Algunos grupos de trabajo también los utilizan con recuentos plaquetarios por debajo de $40 \times 10^9 /L$. • El uso de otros derivados de la sangre como el plasma fresco congelado, el crioprecipitado y los glóbulos rojos, depende del estado de la paciente y según los criterios establecidos para su uso.
Interrupción de la gestación	Si tiene más de 34 semanas, debe ser inmediato, luego de estabilizar a la gestante y controlar la TA. Si tiene menos de 34 semanas y las condiciones feto-maternas son favorables, se debe proceder a la maduración pulmonar fetal e interrumpir la gestación cumplidas las 24 h
Manejo intraparto	<ul style="list-style-type: none"> • Se debe siempre practicar una cesárea: en todas las gestantes con HELLP con menos de 30 semanas sin pródomos de parto y escala de Bishop menor de 5, las que tienen diagnóstico del síndrome con menos de 32 semanas CIUR, oligohidramnios o ambas condiciones y escala de Bishop muy desfavorable. • Las indicaciones del parto transpelviano son: la ruptura prematura de membranas, cuando no existen complicaciones obstétricas, la paciente tiene una edad gestacional de más de 30 semanas y escala de Bishop menor o igual a 5.23
Esteroides	Múltiples han sido los esquemas recomendados en cuanto a dosis, tiempo de duración y vía de administración. Se ha recomendado el uso de la dexametasona, en dosis elevada con mejores resultados: 10mg EV cada 6-12 h y mantenerla por 48-72 h en el puerperio. Cuando se han utilizado esquemas con betametasona a dosis altas o estándar: 6mg IM cada 12 h por 3-4 dosis.
Plasmaféresis	No se recomienda de rutina como en otras microangiopatías trombóticas. Su uso se ha restringido para aquellos casos con disfunción orgánica, refractariedad al resto de los tratamientos establecidos o ambas situaciones. También aquellos casos donde después de interrumpir la gestación se mantienen las alteraciones del síndrome. Se ha observado buena recuperación en el posparto y rápida mejoría de los parámetros del laboratorio en los casos antes descritos
Trasplante hepático	<ul style="list-style-type: none"> • No ha sido ampliamente utilizado para el tratamiento de este síndrome; se recurre a esta terapéutica como tratamiento alternativo para aquellos casos con complicaciones graves como la hemorragia hepática descontrolada, necrosis hepática e insuficiencia hepática severa. • En la mayoría de los pacientes donde se ha practicado, han presentado una evolución satisfactoria. Se recomienda que este tipo de tratamiento deba ser realizado en centros donde exista un equipo especializado en este proceder.

Fuente: (Castillo González, 2007).

Conclusiones

El síndrome de HELLP, es una complicación que se presenta generalmente en el tercer trimestre de gestación, puede afectar aproximadamente al 15% de las mujeres embarazadas, este síndrome puede generar complicaciones fetales y maternas, además de afectar hígado, riñones, sangre, entre otros. Es una consecuencia de los trastornos hipertensivos en el embarazo, que están asociados a la preeclampsia y eclampsia.

Esta condición reviste de gran importancia durante el embarazo, ya que debe ser tratada lo más rápido posible, ya que dentro del abanico de tratamientos que pueden existir, la interrupción del embarazo es una de las más comunes y realizadas, esto con la finalidad de preservar la vida de la madre.

Las manifestaciones clínicas son variadas y entre las que se menciona están: dolor en cuadrante superior derecho, ictericia, náuseas y vómitos, cefalea, dolor en hombro derecho y cuello, alteraciones visuales, manifestaciones hemorrágicas. Este síndrome pone en riesgo la vida de la madre, por las complicaciones que se pueden presentar como: hemorragia cerebral, insuficiencia renal, ruptura hepática y mayor posibilidad de muerte asociada con eclampsia, principalmente cuando coexiste hipertensión severa.

Bibliografía

- Bracamonte-Peniche, J., López-Bolio, V., Mendicuti-Carrillo, M., Ponce-Puerto, J., Sanabrais-López, M., & Mendez-Dominguez, N. (2018). Características clínicas y fisiológicas del síndrome de Hellp. *Revista biomédica*, 29(2), 33-41.
- Castillo González, D. D. (2007). Síndrome HELLP: Actualización. *Revista Cubana de Hematología, Inmunología y Hemoterapia*, 23(01), 0-0.
- García, L. A., & Estevez, G. (2017). Síndrome de HELLP. *Revista del Hospital Juárez de México*, 67(4), 171-177.
- Gutiérrez-Aguirre, C. H., Alatorre-Ricardo, J., Cantú-Rodríguez, O., & Gómez-Almaguer, D. (2012). Síndrome de Hellp, diagnóstico y tratamiento. *Revista de Hematología*, 13(4), 195-200.
- Malvino, E. R., & Experto, C. (2006). Actualización sobre el síndrome hellp. *Clinica y maternidad suizo argentina*, 29, 100-110.
- Olivencia, C., Trelles, M., Herrera, C., Edwards, L., Cornejo, G., & Olivencia, M. (2003). SÍNDROME HELLP. CINCO AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL " VÍCTOR LAZARTE ECHEGARAY". *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 49(3), 173-179.
- Parodi, J., Ibarra, J., Cosimi, J., & Arce, O. (2005). Ictericia neonatal: revisión. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina [Revista on-line]*, 151(8).
- Parra-Ramírez, P., & Beckles-Maxwell, M. (2005). Diagnóstico y manejo oportuno del síndrome de HELLP. *Acta Médica Costarricense*, 47(1), 07-14.
- Sánchez, A. C., Steller, S., Méndez, D., Garita, J., & Garita, F. (2020). Actualización y conceptos claves del Síndrome de HELLP. *Revista Ciencia y Salud*, 4(3).
- Sánchez, K. H. (2018). Preeclampsia. *Revista Médica Sinergia*, 3(3), 8-12.
- Vigil-De Gracia, P. (2015). Síndrome Hellp. *Ginecología y Obstetricia de México*, 83(01), 48-57.

CITAR ESTE ARTICULO:

Sánchez Tapia, M. de los Ángeles, Chapues Andrade, G. L., Cáceres Miranda, M. J., & Medina Sarmiento, M. L. (2021). Características clínicas del síndrome de HELLP. *RECIMUNDO*, 5(2), 169-178. [https://doi.org/10.26820/recimundo/5.\(2\).abril.2021.169-178](https://doi.org/10.26820/recimundo/5.(2).abril.2021.169-178)

