

Síndrome de HELLP: aspectos de la técnica anestésica

Gabriela Beltrán-López*

Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud (CIDOCS). Sinaloa, México.

Recibido Febrero de 2010; aceptado Agosto 2010

Paciente femenina de 24 años de edad en su tercer embarazo el cual cursa con 35.2 semanas de gestación con datos de enfermedad hipertensiva del embarazo mas restricción del crecimiento intrauterino. La evaluación clínica y de laboratorio realizados al momento de su ingreso al hospital confirma el diagnóstico de un síndrome de HELLP completo. Por las condiciones fetales anormales en ese momento el equipo médico responsable decide realizar una operación cesárea. En este caso clínico se discuten las particularidades asociadas con el manejo anestésico de pacientes con síndrome de HELLP. **Palabras clave:** Embarazo, Síndrome de HELLP, Manejo anestésico.

Female 24 years old in her third pregnancy who presents with 35.2 weeks of gestation with data from hypertensive disorders of pregnancy but intrauterine growth restriction. The clinical evaluation and laboratory tests at the time of admission to hospital confirmed the diagnosis of complete HELLP syndrome. Because abnormal fetal conditions at that time the responsible medical team decided to perform a Caesarean section. This case report discusses the characteristics associated with the anesthetic management of patients with HELLP syndrome.

Key words: Pregnancy, HELLP syndrome, Anesthetic management.

1. Introducción

La Hipertensión arterial es la complicación médica más frecuente en el embarazo, siendo una causa significativa de prematuridad y morbi-mortalidad materna-fetal. La incidencia a nivel mundial varía desde el 6 al 30 % de todos los embarazos, en EUA tiene una incidencia de 7 – 10% de las embarazadas que se complican con estados hipertensivos, de los cuales el 10% de las pacientes con Preeclampsia severa o Eclampsia, se complican con HELLP.¹

El Síndrome de HELLP (Hemolysis, Elevated Liver Enzymes and Low Platelets) descrito por primera vez por Weinstein en 1982, es una forma de preeclampsia severa caracterizada por hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y disminución de plaquetas. La fisiopatología resulta de la afección del endotelio microvascular, que determina una rápida activación de plaquetas, liberando tromboxano A2 y Serotonina, elementos que retroalimentan la lesión endotelial. El manejo anestésico de estas pacientes complicadas con enfermedad hipertensiva aguda de la gestación y síndrome

de HELLP plantea ciertos dilemas sobre la decisión de la técnica anestésica a utilizar para la interrupción del embarazo por vía abdominal debido a la alteración en los parámetros de la coagulación y el manejo de la hipertensión arterial.^{2,3}

2. Presentación del caso

El día 11 de diciembre de 2009 se presenta al servicio de tococirugía una paciente de 24 años de edad por cursar con un embarazo de 35.2 semanas de gestación por USG traspolado del primer trimestre, por presentar cefalea de predominio fronto-parietal derecha de un día de evolución.

Antecedentes heredofamiliares de importancia negados; antecedentes personales no patológicos negados. Entre los Antecedentes personales patológicos refiere cesárea hace 6 años por preeclampsia bajo anestesia regional, legrado uterino instrumental hace un año bajo anestesia general endovenosa.

Antecedentes gineco-obstétricos: gestas 3, abortos 1, cesárea 1, fecha de última menstruación desconocida, no método de planificación familiar.

Exploración física: Se encuentra paciente consciente, tranquila, cooperadora, cráneo-facial normal, cardio-respiratorio sin compromiso aparente, abdomen globoso a expensas de útero gestante, extre-

***Dra. Gabriela Beltrán López.** Residente de 2do año de la especialidad en Anestesiología. Centro de Investigación y Docencia en Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma de Sinaloa. **Correspondencia:** Eustaquio Buelna No. 91, Col, Gabriel Leyva, CP: 80030, Tel-fax: (667)7137978. Correo-e: gaby_lmgber@hotmail.com

midades inferiores con presencia de edema.

Signos Vitales: T/A: 159/97 mmHg; FC: 110 lpm; Temperatura: 36.5°C y una FR: 24 rpm.

Exploración obstétrica: Fondo uterino a 24 cm por arriba de la sínfisis del pubis, con feto único en situación longitudinal, presentación cefálica, dorso a la izquierda con FCF 147 lpm, con genitales externos de acuerdo a edad cronológica; al tacto vaginal se encuentra cérvix sin dilatación ni borramiento con maniobra de Tarnier negativa.

Laboratoriales del 11/12/09: HB 13.3 gr/dl, HTO: 40.3% Leucocitos: 12,410/mm³, Plaquetas: 88,000/mm³, TP: 11.3 seg, TPT: 25.8 seg, Glucosa: 78 mg%, Urea: 17 mg%, Creatinina: 0.6 mg, Ácido úrico: 6.3 mg, TGO 97UI/L, TGP 88 UI/L.

Examen de orina: Aspecto turbio con pH 7.0 con nitritos positivo (+), proteinuria positiva (+++), sangre positiva (+), leucocituria (35-40 leucocitos por campo).

El estudio ultrasonográfico reporta útero aumentado de tamaño con la presencia de un producto único vivo en situación longitudinal, con un edad gestacional por fetometría compatible con 28 semanas con datos de restricción del crecimiento intrauterino de tipo asimétrico, presencia de oligohidramnios, infarto placentario de 2/3 aproximadamente del espesor de eje longitudinal con inversión de flujo diastólico en arteria umbilical en flujometría doppler.

Con estos datos se establece el diagnóstico de Trigesta con embarazo de 35.2 SDG por USG trasplado del primer trimestre con preeclampsia severa y Síndrome de HELLP completo mas RCIU.

Se decide manejo intervencionista con interrupción del embarazo por vía abdominal.

A su llegada a quirófano se encuentra paciente consciente, tranquila, con buena coloración de piel y tegumentos, cardiorespiratorio sin compromiso aparente, abdomen con presencia de útero gestante con PUVI con FCF normal (153 lpm), no doloroso sin actividad uterina, extremidades integra y simétricas con edema ++, con presencia de hiperreflexia leve con buen llenado capilar. Cifras tensionales elevadas 150/95.

Se realiza cesárea utilizando Anestesia Regional bajo bloqueo peridural con administración de Lidocaína/Epinefrina a nivel del espacio intervertebral L2 - L3 con aguja de Touhy número 18 y colocación en dirección cefálica de catéter peridural.

Durante el transanestésico la paciente se encuentra

paciente consciente, tranquila, cooperadora, con SV dentro de parámetros normales, TA 128/78 FR 16 FC 68 SPO2 99% , la presión arterial se mantuvo dentro de parámetros normales sin exceder los 130/90, curso el transanestésico estable, con un sangrado total de 400 ml.

En los siguientes días del postoperatorio la paciente cursó con cifras tensionales normales.

3. Discusión

La frecuencia, etiología y manejo obstétrico y anestésico del síndrome de HELLP aun no están totalmente definidos. El síndrome de HELLP se presenta con una frecuencia entre el 0.2 y el 0.6% de las mujeres gestantes. La incidencia del síndrome entre mujeres con preeclampsia severa es del 4-15%.¹ Es una complicación multisistémica de la preeclampsia severa, que combina hemólisis, trombocitopenia, alteraciones en las enzimas hepáticas. La mayoría de los casos se presentan después de la semana 27 de gestación.^{1,2}

Los criterios más ampliamente aceptados para identificar este síndrome son los propuestos por Sibai: entre los que la presencia de Hemólisis debida a una anemia hemolítica microangiopática demostrada por la presencia de equistocitos en un frotis de sangre periférica, concentración de bilirrubinas mayores de 1.2 mg/dl y niveles de Deshidrogenasa láctica (DHL) mayores de 600 U/L.³ Así como aumento de enzimas hepáticas (Aspartato aminotransferasa y Alaninoaminotransferasa) en concentraciones mayores de 70 U/L y Trombocitopenia manifestada por una concentración de plaquetas por debajo de 100,000/mm³.⁵

Su gravedad puede ir desde un grado leve hasta la súbita aparición de un proceso fulminante con falla multiorgánica que puede originar la muerte de la paciente por lo que se recomienda la actuación inmediata en estos casos.⁴

Existe controversia sobre si se debe administrar anestesia general o anestesia regional. El principal problema de la anestesia regional es que se desarrolle hipotensión, que disminuya el flujo uteroplacentario con el consiguiente compromiso fetal.^{6,8}

En la anestesia general durante la intubación y extubación puede presentarse un incremento de la PAM hasta de 45 mmHg, de la PAP de 20 mmHg, y de la PAWP de 20 mmHg pudiendo persistir ésta por espacio de 10 minutos y que puede agravar la hipertensión

pre-existente. Estos incrementos tensionales pueden predisponer a la hemorragia cerebral, edema cerebral, y edema agudo de pulmón. Se ha observado descenso de la compliance pulmonar por elevación de la PAWP, este efecto se puede modificar aumentando la profundidad anestésica, pero puede tener efectos adversos para el feto.⁷ La hidralacina puede ser utilizada, aumenta el flujo uteroplacentario, pero el inicio de acción es lento. La nitroglicerina disminuye la tensión arterial antes de la intubación y la incrementa durante ésta hasta valores basales. En la inducción anestésica, para evitar y atenuar los incrementos tensionales derivados de las maniobras de intubación, extubación y problemas en el manejo de la vía aérea por edema con el consiguiente riesgo de aspiración, así como las reacciones adversas al comienzo de la cirugía, si la anestesia no es muy profunda, puede estar indicada la administración de lidocaína y el manejo de mórfinicos, así como el uso de nitroprusiato y labetalol en perfusión, secuencia de inducción rápida, y presión cricoidea.⁹

En el caso de que una paciente con síndrome de HELLP requiera una operación cesárea, la trombocitopenia de estas pacientes puede contraindicar la anestesia regional. Aunque el grado de seguridad plaquetario no está claro, parece ser que el más aceptado es de 90 -150.000 plaquetas.¹⁰ Se debe disponer del tiempo de hemorragia para la realización de anestesia epidural lumbar. La paciente que se aborda en este caso presentaba una concentración de plaquetas de 88,000/mm³ encontrándose apenas por debajo del límite comentado anteriormente y en el que se decidió el manejo anestésico por vía regional sin que se presentara ninguna complicación ya que existe reportes de que esta técnica puede ser utilizada si la cifras de plaquetas son iguales o mayores de 80,000/mm³. Ya que con niveles menores se pueden presentar complicaciones en el sitio de punción como lo son la presencia de hematomas que pueden comprimir el cordón espinal ocasionado alteraciones motoras y sensitivas por debajo del sitio de la complicación.¹¹

Referencias

1. Stephen FD. Anestesia en la preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP. En: Anestesia y enfermedad coexistente. Elsevier España (Ed) Elsevier Masson. 4ª Edición. España: 2003 : pp 357 – 377
2. Miller RD, Lee AF, Johns RA, Savarese JJ, Young LW. Síndrome de HELLP, preeclampsia – eclampsia. Anestesia Obstetrica. En: Miller Anestesia. Ronald L Miller (Ed) Elsevier. 7ª Edición; vol 2, cap 58: pp 2329 - 2333
3. Canto SL, Higgins LF. Síndrome de HELLP. En: Anestesia obstétrica. Manual Moderno. 2ª Edición; cap 43: pp 425 – 488
4. Muñoz SE. Preeclampsia – eclampsia. Rev Mex Anesthesiol 2005;28:133–135.
5. Medellín ER. Estabilización en preeclampsia – eclampsia. ¿Periodo o tratamiento?. Rev Mex Anesthesiol 2009;32:15 – 18.
6. Sandoval – Diaz GR. Síndrome de HELLP. Rev Mex Anesthesiol 2006;28:135 – 136.
7. Rodríguez VC. Manejo anestésico de la paciente obstétrica con enfermedad hipertensiva. Rev Mex Anesthesiol 2008;31:105 – 107.
8. Martínez TA. Manejo anestésico de síndrome de HELLP. Rev Col Anesthesiol 2003;31:41 – 45.
9. Rodríguez GL. Monitoreo hemodinámico no invasivo en síndrome de HELLP. Rev Col Anesthesiol 2006; 34:22 – 28.
10. O'Brien MJ, Barton JR. Controversies with the diagnosis and management of HELLP syndrome. Clin Obstet Gynecol 2005;48:60 – 477.
11. Baxter JK, Weinstein L. HELLP syndrome. Obstet Gynecol Surv 2004; 59:838 – 845.