

Caso Clínico: Síndrome de Hellp incompleto con aparición de macrohematuria, proteinuria nefrótica e HTA refractaria.

Aguilar Jaldo, María del Pilar¹; López-González Gila, Juan de Dios²;

(1) SERVICIO DE MEDICINA INTERNA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA (2) SERVICIO DE NEFROLOGÍA. HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICO SAN CECILIO. GRANADA

Palabras clave / Términos relevantes:

Macrohematuria, proteinuria, hipertensión arterial resistente, síndrome antifosfolípido, plaquetopenia.

1. RESUMEN

El síndrome de Hellp es una complicación obstétrica con elevada morbilidad materna y fetal que cursa con hemólisis, hipertransaminemia y plaquetopenia. Su incidencia es del 0,2% de los embarazos y 10% de aquellos complicados con preeclampsia/eclampsia. En el 85% de los casos presenta proteinuria y HTA resistente. Es menos común la aparición de macrohematuria.

Gestante de 24 años en la semana 33, con antecedentes de síndrome antifosfolípido triple positivo. Tratada con heparina y AAS. Ingreso reciente por preeclampsia grave, dada de alta con labetalol.

Consultó por macrohematuria de 48h de evolución. Negaba disnea, edemas u oligoanuria. Sí asociaba epigastralgia intensa.

A su llegada se constató PA 173/90mmHg que precisó de 4 bolos de labetalol para su control. En la exploración física únicamente destacaba dolor a la palpación en epigastrio sin otros hallazgos.

Analíticamente presentaba hipertransaminemia, LDH 449U/L. Función renal conservada. Anemia 10,5g/dL y trombocitopenia 91.000. Empeoramiento de la proteinuria cociente proteína/creatinina 4513,2mg/g. Frotis de sangre periférica que descartó esquistocitosis.

Dada la sospecha de síndrome de Hellp incompleto se procedió a la finalización de la gestación en la semana 34.

Posteriormente, la paciente presentó evolución tórpida, con persistencia del dolor abdominal y PA descontrolada a pesar de tres fármacos antihipertensivos. Se amplió estudio con TC abdominopélvico, informando de la presencia de múltiples infartos hepáticos bilobares.

Tras diez días de seguimiento estrecho, inicio de metilprednisolona e intensificación del tratamiento antihipertensivo, la paciente presentó buena evolución, procediendo al descenso progresivo de dosis antihipertensiva.

Pese a que la mayoría de los casos se resuelven tras la expulsión de la placenta, existen algunas pacientes en las que la clínica persiste tras finalizar la gestación. El manejo de esta situación es muy complejo sin existir consenso científico. En este caso la paciente evolucionó favorablemente con corticoterapia IV, heparina y control exhaustivo de la PA.