

11217  
131  
2ej



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO  
HOSPITAL DE GINECO OBSTETRICIA No. 3  
CENTRO MEDICO "LA RAZA"  
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HEMORRAGIA HEPATICA. INCIDENCIA REAL EN EMBARAZOS  
AFECTADOS DE PRE ECLAMPSIA Y ECLAMPSIA.  
H. G. O. N°. 3 C. M. R.

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN  
LA ESPECIALIDAD DE  
**GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

P R E S E N T A :

**DRA. IRMA ROJO CABRERA**

ASESOR: DR. ROBERTO OROZCO GUZMAN  
COLABORADORES: DRA. LETICIA GARCIA RAMIREZ  
DR. ANDREZ VILLAGRAN U.

MEXICO, D. F., FEBRERO DE 1991





## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## I N D I C E

|                            | Págs. |
|----------------------------|-------|
| Introducción               | 1     |
| Antecedentes científicos   | 2     |
| Objetivo                   | 3     |
| Planteamiento del Problema | 4     |
| Hipótesis                  | 5     |
| Material y Método          | 6     |
| Resultados                 | 8     |
| Gráficas y Cuadros         | 10    |
| Discusión                  | 17    |
| Conclusiones               | 20    |
| Bibliografía               | 21    |

## I N T R O D U C C I O N

El hígado petequiral es un hallazgo transoperatorio, que se asocia en mujeres embarazadas complicadas con toxemia gravídica.

Tratándose el hígado petequiral de una hemorragia que precede en tiempo y gravedad a la ruptura hepática, que por lo mismo requiere tratamiento agresivo y oportuno, que permita disminuir la morbimortalidad materno y fetal.

El motivo de abordar esta entidad, es por ser la hemorragia hepática una complicación grave en pacientes con toxemia, razón por la cual, nos incita a determinar con que frecuencia se presenta esta entidad, además de determinar los factores sociales con que cursan estas pacientes, así como las manifestaciones clínicas y de laboratorio.

Por otro lado, son pacientes con gran deterioro, que repercute en el estado fetal y placentario y que además están expuestas a tener más incidencia en complicaciones.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS

Temida por obstetras e internistas la hemorragia hepática subcapsular catastrófica la ruptura hepática. Estas entidades hepáticas son descritas en pacientes toxemicas.(1,2,3,4)

Es a partir de 1844 en que Abercrombie, reporta el primer caso de ruptura hepática, habiéndose reportado desde entonces aproximadamente 120 casos. La ruptura del hígado asociada con toxemia ocurre rara vez, pero quizás sea la más grave complicación que pueda presentarse, informándose índices de mortalidad materna de 56 a 75%. (1,2)

La causa de ruptura hepática es desconocida, pero se ha observado que ocurre obstrucción microvascular en los sinusoides hepáticos con necrosis y hemorragia hepática. O se deba la ruptura hepática a la mezcla de sangre de la vena porta y de la arteria hepática a nivel del espacio de disse, ocasionando ruptura de esta estructura por la alta presión con que circula la sangre proveniente de la arteria hepática y aunado a los trastornos en la hemostasia propios de la complicación hipertensiva del embarazo, ocasionando un sangrado capilar, posteriormente una hemorragia hepática, que ocasione el hematoma subcapsular y que finalmente se presente la ruptura hepática, constituyendo una emergencia quirúrgica dramática, que requiere manejo multidisciplinario. (1,2,3,4)

El hígado petequial, se trata de una verdadera hemorragia que precede en tiempo y gravedad a la hemorragia y ruptura hepática y que se presenta en la toxemia.

## O B J E T I V O

Partiendo del hecho, que el hígado petequiral es una entidad hemorrágica, que precede en tiempo y gravedad a la hemorragia y ruptura hepática, presentándose en mujeres embarazadas complicadas con toxemia, se pretende determinar la incidencia, alteraciones clínicas y bioquímicas a nivel materno y fetal.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Por ser la hemorragia hepática, una complicación grave en mujeres embarazadas complicadas con toxemia, se notificara casos en lo que se ha dado por llamar "hígado petequial", entidad encontrada como un hallazgo transoperatorio, correlacionando datos clínicos, bioquímicos del binomio materno y fetal, intentando encontrar datos que sugieran que en esta entidad hay gran de terioro materno, fetal y hepático ya que planteamos que el "hígado petequial", es un hígado hemorrágico.

Por tal motivo se realiza un estudio retrospectivo de la incidencia de esta entidad, Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico "La Raza" del IMSS de Abril de 1988 a Octubre de 1990.

## H I P O T E S I S

- Verdadera:** El "hígado petequiral", es un trauma endógeno a cuya aparición contribuye la hipertensión arterial sistémica con evolución maligna en mujeres toxémicas, evidenciada por alteraciones clínicas, bioquímicas a nivel materno y fetal.
- Nula:** El "hígado petequiral", es un hallazgo banal transoperatorio.
- Alternativa:** El "hígado petequiral", es un trastorno hepático, que no es posible sustentarlo como una entidad patológica en el embarazo con hipertensión arterial sistémica.

## M A T E R I A L

Se efectuó un estudio retrospectivo, con la revisión de los expedientes de pacientes que ingresaron con el diagnóstico de Toxemia gravídica y que presentaron como hallazgo transoperatorio puntillero hemorrágico hepático "hígado petequial", en un lapso comprendido de Abril de 1988 a Octubre de 1990, en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico "La Raza" del I.M.S.S. Excluyéndose del estudio a pacientes con hepatopatías, patología de vías biliares, nefropatías o trastornos hematológicos.

## M E T O D O

Se efectuó revisión del expediente de las pacientes toxémicas, que estuvieron internadas en la unidad de cuidados intensivos, durante el período de estudio, de cada caso encontrado de "hígado petequial" se analizaron los siguientes aspectos:

Historia clínica: incluyendo edad materna, nivel socioeconómico, paridad, patologías asociadas, síntomas y signos a su ingreso.

Datos del recién nacido como es el peso, talla y apgar; además las características de la placenta y del líquido amniótico.

Exámenes de laboratorio que incluyeron: biometría hemática completa, urea, creatinina, bilirrubinas, transaminasas, plaquetas, tiempo de protrombina y parcial de tromboplastina, proteínas en sangre y examen general de orina.

Vía de interrupción el embarazo y tipo de analgesia administrada.

Complicaciones que presentaron estas pacientes.

Hallazgos macroscópicos de la área hepática durante el transoperatorio.

Incidencia de pacientes que ameritaron hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos, en relación al total que fueron hospitalizadas en este hospital.

## R E S U L T A D O S

De acuerdo con los datos analizados en la historia clínica, de las pacientes ingresadas en la Unidad de Cuidados Intensivos y que tenían el antecedente de "hígado ptequial", se encontro en relación con la edad un rango de 17 a los 35 años, con una media de 25.2 y con mayor frecuencia en las edades de los 26 a 30 años. (Gráfica 1)/

En relación a la paridad, se presentó con un rango de 1 a 6, con una media de 2.35 y con mayor frecuencia en las primigestas. (Gráfica 2).

En relación al nivel socioeconómico, todas las pacientes, se encontraban dentro del nivel socioeconómico bajo. (Cuadro 1).

La edad gestacional presentó un rango de 32 a 40 semanas, con una media de 36.28 y con mayor frecuencia entre las semanas 36 y 38 de gestación. (Gráfica 3).

Ocupación: La mayoría de las pacientes se dedicaban a labores del hogar y la minoría eran trabajadoras. (Cuadro 1).

La tensión arterial media fue de 136.6 mm de Hg y la frecuencia cardiaca de 100 por minuto.

Entre los síntomas y signos que se presentaron fueron: Cefalea, acúfenos, fosfenos náusea, emesis, dolor epigástrico, crisis convulsivas, edema, hiperreflexia y alteraciones hemorrágicas. (Cuadro 2).

En relación al peso del recién nacido, se presentó con un rango de 1050 a 3075 gramos, con una mayor frecuencia entre los 1500 a 2500 gramos. (Cuadro 3).

Con respecto a la talla del producto se presentó con un rango entre los 39 a 50 cm, con una media de (44.5). Con un apgar de 4 y 7 al minuto y a los cinco minutos respectivamente y se presentó un óbito.

La vía de interrupción del embarazo en todos los casos fue la vía abdominal, empleándose como método anestésico el bloqueo peridural en 11 casos (79%) y anestesia general en 3 casos (21).

El líquido amniótico vario desde ser normal, meconial, sanguinolento a escaso. (Cuadro 4).

Las características macroscópicas de la placenta variaron desde ser normal, calcificada, con fibrosis, adelgazada, con desprendimiento o muy adherida. (Cuadro 5).

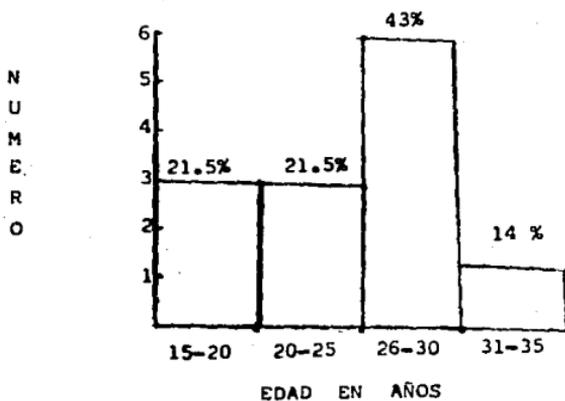
Las características que presento el hígado, durante la observación transoperatoria fueron Petequias, congestivo y pálido. (Cuadro 6).

Con respecto a los resultados de los exámenes de laboratorio se presento anemia, plaquetopenia, pruebas de coagulación alteradas, uremia, bilirrubinemia, proteinuria, disminución de las proteínas en sangre y aumento de las transaminasas. (Cuadro 7).

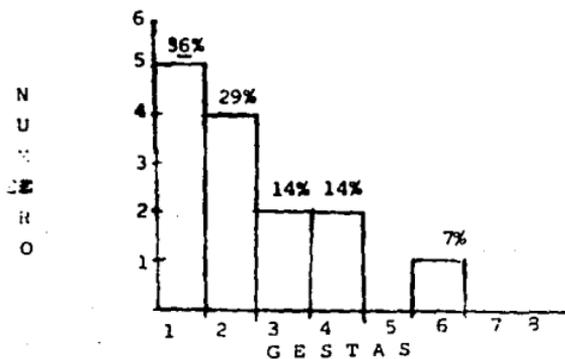
Con respecto a las complicaciones que presentaron estas pacientes fueron: insuficiencia renal aguda, hipotonía uterina, coagulación intravascular diseminada, encefalopatía hepática, hematoma de pared abdominal, edema cerebral, sangrado de tubo digestivo, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y ruptura hepática.

En el Hospital de Ginecología y Obstetricia No. 3 del Centro Médico La Raza, en un período de Abril de 1989 a Octubre de 1990, se presentaron 2037 casos de Toxemia Gravidica (Pre eclampsia Severa y Eclampsia), de estas pacientes 1543 (76%) ameritaron internamiento y tratamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos, de estas pacientes 30 (1.4%) presentaron lo que se ha dado por llamar "Hígado Petequial". De los 30 casos de la entidad antes mencionada, sólo se pudo estudiar el expediente clínico de 14 pacientes, por haber sido depurados 16 expedientes por el archivo clínico.

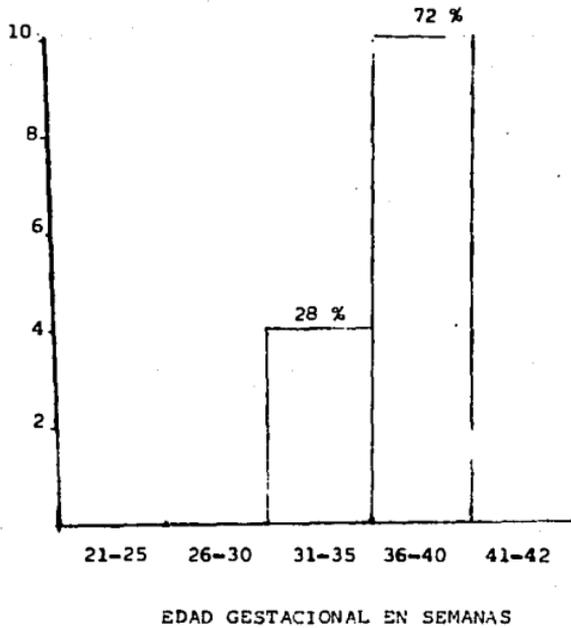
GRAFICA 1



GRAFICA 2



GRAFICA 3



## C U A D R O 1

## NIVEL SOCIOECONOMICO Y OCUPACION

|           | No. | %   |
|-----------|-----|-----|
| BAJO      | 14  | 100 |
| HOGAR     | 9   | 64  |
| EMPLEADAS | 4   | 29  |
| OBRERAS   | 1   | 7   |

## C U A D R O 2

## PRINCIPALES SINTOMAS Y SIGNOS

|                            | No. | %  |
|----------------------------|-----|----|
| CEFALEA                    | 6   | 43 |
| ACUFENOS                   | 3   | 21 |
| FOSFENOS                   | 3   | 21 |
| NAUSEAS                    | 4   | 29 |
| EMESIS                     | 3   | 21 |
| DOLOR EPIGASTRICO          | 7   | 50 |
| CRISIS CONVULSIVAS         | 3   | 21 |
| EDEMA                      | 13  | 93 |
| HIPERREFLEXIA              | 13  | 93 |
| ALTERACIONES HEMATOLOGICAS | 7   | 50 |

## C U A D R O 3

## PESO DE LOS RECIEN NACIDOS

| PESO        | No. | %    |
|-------------|-----|------|
| 1100 a 1500 | 4   | 29   |
| 1600 a 2000 | 3   | 21.5 |
| 2100 a 2500 | 2   | 14   |
| 2600 a 3000 | 2   | 14   |
| 3100 a 3500 | 3   | 21.5 |

## C U A D R O 4

## CARACTERISTICAS DEL LIQUIDO AMNIOTICO

|               | No. | %    |
|---------------|-----|------|
| NORMAL        | 8   | 57.1 |
| MECONIAL      | 2   | 14.3 |
| ESCAZO        | 2   | 14.3 |
| SANGUINOLENTO | 2   | 14.3 |

## C U A D R O 5

## CARACTERISTICAS DE LA PLACENTA

|                 | No. | %  |
|-----------------|-----|----|
| PEQUEÑA         | 3   | 21 |
| NORMAL          | 2   | 14 |
| CALCIFICADA     | 7   | 50 |
| FIBROSADA       | 1   | 7  |
| DESPRENDIMIENTO | 2   | 14 |
| ADELGASADA      | 1   | 7  |

## C U A D R O 6

## CARACTERISTICAS DEL HIGADO

|            | No. | %   |
|------------|-----|-----|
| PETEQUIAS  | 14  | 100 |
| CONGESTIVO | 3   | 21  |
| PALIDO     | 1   | 7   |

## C U A D R O 7

| EXAMENES DE LABORATORIO                   | No. | %   |
|---|-----|-----|
| ANEMIA                                    | 2   | 14  |
| PLAQUETOPENIA                             | 13  | 93  |
| TP Y TPT ALARGADOS                        | 6   | 42  |
| UREA ELEVADA                              | 2   | 14  |
| BILIRRUBINAS ELEVADAS                     | 6   | 42  |
| PROTENURIA                                | 14  | 100 |
| TGO TGP ELEVADAS                          | 12  | 85  |
| HIPOALBUNEMIA                             | 13  | 93  |
| RELACION ALBUMINA GLOBULINA<br>DISMINUIDA | 13  | 93  |
| DISMINUCION DE LAS PROTEINAS<br>TOTALES   | 13  | 93  |

## CUADRO 8

## COMPLICACIONES

|   | No. | %  |
|---|-----|----|
| INSUFICIENCIA RENAL                                   | 2   | 14 |
| HIPOTONIA UTERINA                                     | 2   | 14 |
| COAGULACION INTRAVASCULAR<br>DISEMINADA               | 2   | 14 |
| ENCEFALOPATIA HEPATICA                                | 1   | 7  |
| HEMATOMA DE PARED                                     | 1   | 7  |
| EDEMA CEREBRAL  | 2   | 14 |
| SANGRADO DE TUBO DIGESTIVO                            | 1   | 7  |
| DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE<br>PLACENTA NORMOINSERTA | 2   | 14 |
| RUPTURA HEPATICA                                      | 1   | 7  |

## DISCUSION

La incidencia del hígado ptequial, en mujeres embarazadas complicadas con Toxemia Gravidica en relacion a la edad, al número de gestaciones y al nivel socioeconómico en nuestro estudio, es similar al reportado por la literatura; ya que esta entidad tiene una frecuencia bimodal porque es más común en las primigrávidas de cualquier edad (aunque con mayor frecuencia en las jovenes) y en las multíparas añosas; en relación al nivel socioeconómico bajo tienen con frecuencia asistencia médica inadecuada y deficientes factores nutricionales o dietéticos. (3,5,6).

En relación con la presión arterial los resultados tuvieron similtud con lo reportado por la literatura, presentándose presión diastólica de 110 mm de Hg y con presión arterial media de 136.6 mm de Hg, en la mayoría de las pacientes. (3,5,7,8).

Los síntomas y signos que presentaron las pacientes como fue cefalea, acufenos, fosfenos, náusea, emesis, dolor epigastrico, crisis convulsivas, edema e hiperreflexia, presentaron similtud con lo que reportan otros autores. (5,7,10).

Con respecto a los datos de los recién nacidos, se encontro que hay relación con lo reportado en la literatura, como es retraso en el crecimiento intrauterino y Apgar bajo, que indica que estos recién nacidos presentan sufrimiento fetal. (4,7,11, 12).

Se esta de acuerdo con la literatura, que una vez diagnósticada la entidad se debe de interrumpir el embarazo, tan pronto como sea posible, recurriendo para ello a la césarea si es necesario. (5,7,9).

Lo encontrado de liquido amniótico de aspecto meconial y sanguinolento con desprendimiento de placenta normoinsera, es lo que han reportado otros autores. (7).

La observación del hígado, durante el tiempo transoperatorio de la cesárea, se encontraron como hallazgos: petequias, estar pálido y congestivo; se cree que el depósito de fibrina en los sinusoides hepáticos, causa obstrucción de la circulación sanguínea ocasionando congestión hepática y posteriormente distensión de la cápsula de Glisson, con hematoma subcapsular y finalmente ruptura hepática. O se deba a la combinación de la sangre de la vena porta y de la sangre proveniente de la arteria hepática que llega a gran presión y se unen a nivel del espacio de Disse y hay ruptura a nivel de este sitio. (1,2,3,4,8).

Los datos de los resultados de los exámenes de laboratorio como es la trombocitopenia, tiempo de protrombina y tiempo parcial de tromboplastina alargados, transaminasas elevadas, úrea y bilirrubinas séricas elevadas, hipoalbumemia, relación albúmina globulina alterada, disminución de las proteínas totales en sangre y proteinuria, tienen similitud con lo reportado por otros autores. (5,7,8,9,13,14,15,16).

Con respecto a las complicaciones que presentan estas pacientes, fueron las que reporta la literatura como es, la insuficiencia renal, hipotonía uterina, coagulación intravascular diseminada, encefalopatía hepática, hematoma de pared, edema cerebral, sangrado de tubo digestivo, desprendimiento prematuro de placenta normoinserta y ruptura hepática. (1,2,7,15).

La incidencia de Toxemia Grávida (Pre eclampsia Severa y Eclampsia), fue elevada (2037 casos) en el período de estudio, así mismo, fue elevado (1543 76%) el número de pacientes, que ameritaron manejo y tratamiento en la Unidad de Cuidados Intensivos y fue baja la incidencia (30 1.4%) de casos de hígado petequial, pero quizás sea una de las complicaciones más graves, porque finalmente hay gran morbimortalidad materno fetal.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

19

El manejo instalado a las pacientes fue administración de hipotensores orales y parenterales, soluciones hipertónicas, protectores de la mucosa gástrica, sedantes, sangre y sus derivados, participación de otras especialidades y resolución del embarazo.

## CONCLUSIONES

- 1) La incidencia de la hemorragia hepática en mujeres con Toxemia Gravídica (Pre eclampsia Severa y Eclampsia), en el hospital es baja como lo reporta la literatura.
- 2) Estas pacientes presentan morbilidad alta, al igual que los recién nacidos.
- 3) El cuadro clínico manifestado por estas pacientes, acompañado de los resultados de los exámenes de laboratorio y los hallazgos transoperatorios del hígado, se dan como evidencias que el hígado petequeal, es una hemorragia hepática que precede en tiempo y gravedad al hematoma subcapsular y a la ruptura hepática.
- 4) Se cree que esta hemorragia, se inicia en el espacio de Disse no siendo posible demostrarlo, por no contar con los recursos necesarios.
- 5) Esta entidad, requiere de un manejo multidisciplinario y oportuno para evitar mayor morbilidad y mortalidad materno y fetal.

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- García Cáceres Enrique. et al. Ruptura del hígado en toxemia gravídica. Ginecología y Obstetricia de México; 1990. - 58: 256-259.
- 2.- Villegas Hilda. et al. Ruptura hepática espontánea en la toxemia gravídica. Reporte de seis casos y revisión de la Literatura Mundial. Ginecología y Obstetricia de México; --- 1970. 27: 543-549.
- 3.- Burrow N. Gerard. Complicaciones médicas durante el embarazo. Panamericana; 1987. 2a.: 32-34.
- 4.- Gleicher Norbert. Medicina Clínica en Obstetricia. Panamericana. 1989: 867.
- 5.- Comino R. et al. Síndrome Hellp: Presentación de un caso. Revista Española de Obstetricia y Ginecología. 1987; 46: - 583-586.
- 6.- Danforth D. N. Tratado de Obstetricia y Ginecología. Interamericana. 1988. 4a.: 448.
- 7.- Sibai Maha M. et al. Maternal-perinatal outcome associated with the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia-eclampsia. Am. J. Obstet Gynecol; 1986. 155: 501-508.
- 8.- Weinstein Louis. 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.
- 9.- Oian Pal. et al. Hellp Syndrome- A serious complication of hypertension in pregnancy. Acta Obstet Gynecol Scand; 1984. 63: 727-729.
- 10.- Ahued José Roberto. et al. Hematoma subcapsular hepático y toxemia gravídica. Ginecología y Obstetricia de México. --- 1969. 26: 551-571.

- 11.- Nisell Henry. et al. Maternal hemodynamics and impaired fetal. Growth in pregnancy-induced hypertension. *Obstetrics - and Gynecology*; 1988. 71: 163-166.
- 12.- Long P.A. et al. Fetal growth retardation and pre-eclampsia. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*; 1980. 87: 13-18.
- 13.- Clark L. Steven. et al. Antepartum reversal of hematologic abnormalities associated with the hellp syndrome. *The Journal of Reproductive Medicine*; 1986. 31: 70-72.
- 14.- Yeast John D. et al. Hepatic Dysfunction, thrombocytopenia and late-onset preeclampsia. *The Journal of Reproductive - Medicine*; 1987. 32: 781-784.
- 15.- Van Dam Peter A. et al. Disseminated intravascular coagulation and the syndrome of hemoysis, elevated liver enzymes, and low platelets in severe preeclampsia. *Obstetrics and - Gynecology*; 1989. 73: 97-102.
- 16.- Weinstein Louis. Preeclampsia eclampsia with hemolysis, -- elevated liver enzymes, and thrombocytopenia. *Obstetrics - and Gynecology*; 1985. 66: 657-660.