

Ana	Nombre:
Giménez Sánchez de la Blanca	Apellido:
C. Merino Sánchez, D. Castaño Pardo	Otros Autores:
	E-mail:
Hospital Universitario 12 de Octubre	Hospital:
Madrid	Ciudad:
Síndrome de HELLP: una temida complicación postparto	Título:
Mujer de 28 años primigesta de 32 semanas con preeclampsia. Cesárea urgente ayer por pérdida del bienestar fetal. Actualmente dolor abdominal y alteración del perfil hepático. Se realiza ecografía abdominal visualizándose colección de ecogenicidad mixta con área hiperecogénica en zonas declives de 15 x 7 cm (TR x AP) adyacente al lóbulo hepático derecho sugestiva de hematoma subcapsular. Asimismo existe alteración de la ecogenicidad del parénquima hepático sugestiva de hematoma intraparenquimatoso. Completamos estudio con TC abdomino-pélvico trifásico confirmándose extenso hematoma perihepático -subcapsular con mala definición del contorno del parénquima hepático y distorsión de la arquitectura en los segmentos 5,6 y 7 con áreas hipodensas en relación con hematoma intraparenquimatoso. En fase arterial se identifican varios focos hiperdensos que aumentan de tamaño en fase portal compatible con sangrado activo arterial. Moderada cantidad de líquido libre que aumenta de densidad en fase portal, sugestivo de hemoperitoneo.	Presentación:
Se trata de una rotura hepática en el contexto de un Síndrome de HELLP. Este síndrome "Hemolysis, Elevated Liver enzymes, Low Platelet" es una complicación del embarazo o del puerperio inmediato. Su diagnóstico se basa en las alteraciones analíticas que componen su nombre y el diagnóstico diferencial se plantea principalmente con el hígado graso y la trombocitopenia del embarazo. Raramente se manifiesta con hallazgos de imagen (0,53%) siendo lo más frecuente hematomas hepáticos en el lóbulo derecho y menos frecuentemente rotura hepática. En nuestro caso el diagnóstico de sospecha clínico era bajo pero se confirmó con las pruebas de imagen que además evidenciaron una gravedad que no se sospechaba inicialmente.	Discusión :
La importancia del diagnóstico y tratamiento oportunos radica en la elevada mortalidad materna (1-24%) y en los casos que no se cumplen todos los criterios analíticos diagnósticos la imagen puede marcar la diferencia. Es importante que el radiólogo conozca las características y potencial letalidad del síndrome HELLP y otras complicaciones perinatales para asegurar su diagnóstico y manejo precoz.	Conclusión:
1. Nunes JO, Turner MA, Fulcher AS. Abdominal imaging features of HELLP syndrome: a 10-year retrospective review. AJR Am J Roentgenol 2005;185(5):1205–1210. 2. Woodfield CA, Lazarus E, Chen KC et-al. Abdominal pain in pregnancy: diagnoses and imaging unique to pregnancy--self-assessment module. AJR Am J Roentgenol. 2010;194 (6): S42-5. 3. Wicke C, Pereira PL, Neeser E, Flesch I, Rodegerdts EA, Becker HD. Subcapsular liver hematoma in HELLP syndrome: Evaluation of diagnostic and therapeutic options--a unicenter study. Am J Obstet Gynecol 2004;190(1):106-112. 4. Gamanagatti S, Kumar S. Acute abdomen after the termination of pregnancy. Br J	Bibliografía:

<p>Radiol. 2008;81 (969): 758-9.</p> <p>5. Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. The HELLP syndrome: clinical issues and management. A Review. BMC Pregnancy Childbirth 2009;9.</p> <p>6. Padden MO. HELLP syndrome: recognition and perinatal management. Am Fam Physician 1999;60(3):829–836, 839.</p> <p>7. Sibai BM. Diagnosis, controversies, and management of the syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count. Obstet Gynecol 2004; 103:981.</p>	
<p>a) Ecografía: colección heterogénea con mayor ecogenicidad en zonas declives y alteración de la ecogenicidad del parénquima hepático. b y c) TC axial y coronal: hematoma perihepático y subcapsular de densidad heterogénea con mala definición del contorno del parénquima hepático y distorsión de su arquitectura con áreas de baja atenuación en relación con hematoma intraparenquimatoso. d) foco de sangrado activo intrahepático (flecha).</p>	<p>Pie de foto:</p>