

Reporte de Casos

Síndrome HELLP clásico y atípico: reporte de dos casos y consideraciones clínicas

Classic and Atypical HELLP Syndrome: Report of Two Cases and Clinical Considerations

Lilian Brites Enciso^{1a}, Cristhian Pestana Sierra^{1a}

1. Facultad de Medicina, Universidad María Auxiliadora. Asunción, Paraguay
- a. Médico

Recibido: 11/09/2025

Aprobado: 24/12/2025

Correspondencia:

Lilian Brites Enciso

lbrites7@gmail.com

ORCID: [0009-0001-9525-4948](https://orcid.org/0009-0001-9525-4948)

Citar como:

Enciso LB, Sierra CP. Síndrome HELLP clásico y atípico: reporte de dos casos y consideraciones clínicas. Rev Hisp Cienc Salud. 2025; 11(4): 277-282. DOI [10.56239/rhcs.2025.114.1048](https://doi.org/10.56239/rhcs.2025.114.1048)

Resumen

El síndrome HELLP (hemólisis, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia) constituye una de las complicaciones más graves de los trastornos hipertensivos del embarazo y se asocia con elevada morbilidad materna y perinatal. La coexistencia de formas clásicas y atípicas puede dificultar el diagnóstico oportuno y retrasar el manejo adecuado. **Objetivo:** Describir y comparar dos casos de síndrome HELLP, uno clásico y otro atípico, resaltando sus diferencias clínicas, bioquímicas y los principales desenlaces maternos y perinatales. **Presentación de los casos:** Se reportan dos gestantes atendidas en una institución de alta complejidad. El primer caso correspondió a un síndrome HELLP clásico, con trombocitopenia marcada, elevación significativa de enzimas hepáticas y datos clínicos de hemólisis. El segundo caso presentó un síndrome HELLP atípico, con manifestaciones incompletas y evolución inicial solapada con preeclampsia. En ambos casos se documentaron complicaciones maternas relevantes, como eclampsia, alteraciones hepáticas y necesidad de transfusión de hemoderivados, así como desenlaces perinatales adversos, incluyendo prematuridad. La finalización del embarazo fue la principal intervención terapéutica. **Conclusión:** El síndrome HELLP puede presentarse con espectros clínicos variables que exigen un alto índice de sospecha diagnóstica. La identificación temprana, especialmente de las formas atípicas, junto con un manejo multidisciplinario en centros especializados, es esencial para reducir la morbilidad materno-fetal.

Palabras clave: Síndrome HELLP; Embarazo; Preeclampsia; Morbilidad materna; Trombocitopenia. (Fuente: DECS-BIREME)

Abstract

HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count) is one of the most severe complications of hypertensive disorders of pregnancy and is associated with high maternal and perinatal morbidity and mortality. The coexistence of classic and atypical presentations may hinder timely diagnosis and delay appropriate management. **Objective:** To describe and compare two cases of HELLP syndrome—one classic and one atypical—highlighting their clinical and biochemical differences as well as the main maternal and perinatal outcomes. **Case presentation:** Two pregnant women managed at a high-complexity referral center are reported. The first case corresponded to classic HELLP syndrome, characterized by marked thrombocytopenia, significant elevation of liver enzymes, and clinical evidence of hemolysis. The second case presented as atypical HELLP syndrome, with incomplete manifestations and an initial clinical course overlapping with preeclampsia. In both cases, relevant maternal complications were documented, including eclampsia, hepatic dysfunction, and the need for blood product transfusion, as well as adverse perinatal outcomes such as prematurity. Pregnancy termination was the main therapeutic intervention. **Conclusion:** HELLP syndrome may present with variable clinical spectra that require a high index of diagnostic suspicion. Early recognition, particularly of atypical forms, together with multidisciplinary management in specialized centers, is essential to reduce maternal-fetal morbidity and mortality.

Key Words: HELLP Syndrome; Pregnancy; Preeclampsia; Maternal Morbidity; Thrombocytopenia. (Source: NLM-MeSH)



Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

1. Facultad de Medicina, Universidad María Auxiliadora. Asunción, Paraguay
- a. Médico

Recibido: 11/09/2025

Aprobado: 24/12/2025

Correspondencia:

Lilian Brites Enciso

lbritez7@gmail.com

ORCID: [0009-0001-9525-4948](https://orcid.org/0009-0001-9525-4948)

Citar como:

Enciso LB, Sierra CP. Síndrome HELLP clásico y atípico: reporte de dos casos y consideraciones clínicas. Rev Hisp Cienc Salud. 2025; 11(4): 277-282. DOI [10.56239/rhcs.2025.114.1048](https://doi.org/10.56239/rhcs.2025.114.1048)

Introducción

El síndrome HELLP es una de las complicaciones obstétricas más graves asociadas a los trastornos hipertensivos del embarazo y constituye una causa importante de morbilidad materna y perinatal¹. El acrónimo HELLP deriva de sus principales hallazgos clínicos y de laboratorio en inglés: hemólisis (H), elevación de enzimas hepáticas (EL) y plaquetopenia (LP), los cuales reflejan un estado de disfunción endotelial sistémica y compromiso multiorgánico.

La presentación clínica del síndrome HELLP es variable y, en muchos casos, inespecífica, lo que dificulta su reconocimiento oportuno. La hemólisis puede manifestarse con fatiga marcada, ictericia, coluria y dolor abdominal en hipocondrio derecho secundario a distensión hepática. La elevación de enzimas hepáticas suele acompañarse de náuseas, vómitos, malestar general y dolor abdominal superior derecho, con incremento de transaminasas séricas (AST y ALT) como expresión de daño hepatocelular. Por su parte, la plaquetopenia se asocia a mayor riesgo hemorrágico, evidenciado por equimosis espontáneas, sangrado mucoso y disminución del recuento plaquetario en pruebas de laboratorio².

Con frecuencia, el síndrome HELLP se presenta en el contexto de la preeclampsia, por lo que puede coexistir con hipertensión arterial, edema, cefalea intensa, alteraciones visuales y compromiso de la función renal. No obstante, existen formas atípicas, en las que algunos de estos elementos están

ausentes o se manifiestan de manera incompleta, lo que incrementa el riesgo de retraso diagnóstico y de desenlaces adversos³⁻⁵.

La prevalencia del síndrome HELLP varía según la región y la población estudiada, y se encuentra influenciada por factores como la edad materna, la hipertensión crónica y el embarazo múltiple. En Latinoamérica, se ha descrito una prevalencia aproximada entre 0,5% y 0,9% de los embarazos complicados por preeclampsia, con tasas de incidencia estimadas de 0,5 a 0,9 casos por cada 1000 gestaciones³⁻⁵.

En este contexto, el presente reporte de caso tiene como objetivo caracterizar los desenlaces clínicos asociados a las presentaciones clásica y atípica del síndrome HELLP en gestantes atendidas en una institución de alta complejidad. A pesar de su baja incidencia, la relevancia clínica de esta entidad radica en la necesidad de fortalecer la sospecha diagnóstica y el abordaje oportuno, contribuyendo así a mejorar los resultados materno-fetales y a optimizar la atención obstétrica basada en la evidencia.

Presentación de casos

Caso 1.

Gestante de 30 años, de ocupación docente, que acudió al servicio de urgencias por un cuadro de malestar general, fatiga intensa, dolor abdominal en hipocondrio derecho e ictericia cutáneo-escleral de tres días de evolución. La paciente refirió además coluria, náuseas y vómitos ocasionales en



Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

1. Facultad de Medicina, Universidad María Auxiliadora. Asunción, Paraguay
- a. Médico

Recibido: 11/09/2025

Aprobado: 24/12/2025

Correspondencia:

Lilian Britéz Enciso

lbritez7@gmail.com

ORCID: [0009-0001-9525-4948](https://orcid.org/0009-0001-9525-4948)

Citar como:

Enciso LB, Sierra CP. Síndrome HELLP clásico y atípico: reporte de dos casos y consideraciones clínicas. Rev Hisp Cienc Salud. 2025; 11(4): 277-282. DOI [10.56239/rhcs.2025.114.1048](https://doi.org/10.56239/rhcs.2025.114.1048)

los días previos al ingreso, así como registros domiciliarios de cifras tensionales elevadas.

Antecedentes obstétricos: G2P1A0; edad gestacional actual de 30 semanas + 4 días; antecedente de preeclampsia en embarazo previo. No presentaba antecedentes quirúrgicos relevantes, alergias conocidas ni hábitos tóxicos. Negó antecedentes patológicos familiares de importancia.

Al examen físico se evidenció presión arterial de 160/100 mmHg, frecuencia cardíaca 90 lpm, frecuencia respiratoria 18 rpm y temperatura 37,2 °C. Se constató ictericia cutáneo-escleral, edema leve en miembros inferiores y dolor a la palpación en hipocondrio derecho.

Los estudios de laboratorio mostraron: hemoglobina 11 g/dL; plaquetas 90 000/mm³; AST 300 U/L; ALT 280 U/L; bilirrubina total 3,5 mg/dL; creatinina 0,8 mg/dL. Con base en los hallazgos clínicos y paraclínicos, se estableció la sospecha diagnóstica de síndrome HELLP.

Se indicó hospitalización en el área de obstetricia para monitorización materno-fetal continua, control seriado de signos vitales y perfil bioquímico, tratamiento antihipertensivo y manejo sintomático. Se realizó vigilancia fetal mediante cardiotocografía. Se planteó la interrupción del embarazo según evolución clínica y estado materno-fetal. Tras la estabilización, se planificó seguimiento ambulatorio por obstetricia y medicina interna para control evolutivo y

programación del parto.

Caso 2.

Gestante de 32 años, con antecedente de hipertensión arterial leve en embarazo previo, no fumadora y sin antecedentes de enfermedades autoinmunes, que acudió a control prenatal a las 29 semanas de gestación por malestar general, dolor abdominal y náuseas. Refirió incremento progresivo de la presión arterial en los días previos, con registros domiciliarios de hasta 150/100 mmHg. Manifestó dolor epigástrico tipo cólico y náuseas ocasionales. Negó edemas, alteraciones visuales o cefalea intensa, así como antecedentes familiares relevantes.

Al examen físico se documentó presión arterial de 160/110 mmHg, frecuencia cardíaca 90 lpm, frecuencia respiratoria 18 rpm y temperatura 37,0 °C. No se observaron edemas periféricos. La paciente se encontraba pálida, con malestar general y dolor epigástrico leve a la palpación.

Ante la sospecha de preeclampsia atípica o síndrome HELLP atípico, se solicitaron estudios complementarios. Los resultados de laboratorio fueron: hemoglobina 11 g/dL; plaquetas 95 000/mm³; AST 140 U/L; ALT 120 U/L; LDH 800 U/L; bilirrubina total 1,5 mg/dL; creatinina 0,8 mg/dL; urea 20 mg/dL; examen de orina con proteinuria 2+ y microhematuria.

La ecografía obstétrica evidenció un feto con crecimiento acorde a la edad gestacional, movimientos fetales



Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

1. Facultad de Medicina, Universidad María Auxiliadora. Asunción, Paraguay
- a. Médico

Recibido: 11/09/2025

Aprobado: 24/12/2025

Correspondencia:

Lilian Britéz Enciso

lbritez7@gmail.com

ORCID: [0009-0001-9525-4948](https://orcid.org/0009-0001-9525-4948)

Citar como:

Enciso LB, Sierra CP. Síndrome HELLP clásico y atípico: reporte de dos casos y consideraciones clínicas. Rev Hisp Cienc Salud. 2025; 11(4): 277-282. DOI [10.56239/rhcs.2025.114.1048](https://doi.org/10.56239/rhcs.2025.114.1048)

presentes y flujo umbilical normal. Con base en los hallazgos clínicos, laboratoriales e imagenológicos, se confirmó el diagnóstico de síndrome HELLP atípico asociado a preeclampsia leve.

Se inició tratamiento con sulfato de magnesio para la prevención de convulsiones y se indicó monitorización estricta de la presión arterial y de la función hepática. La paciente fue hospitalizada para manejo multidisciplinario por obstetricia, medicina interna y cuidados intensivos. Se brindó información detallada a la paciente y su familia sobre la gravedad potencial del cuadro y se estableció vigilancia continua para valorar la necesidad de intervenciones adicionales, incluida la interrupción del embarazo ante deterioro materno o fetal.

Discusión

El síndrome HELLP constituye una emergencia obstétrica potencialmente letal, asociada a un riesgo significativo de morbilidad materna y perinatal cuando el diagnóstico y el tratamiento no se instauran de manera oportuna^{6,7}. Su fisiopatología se relaciona con disfunción endotelial, activación de la coagulación y daño microangiopático, lo que explica la amplia gama de complicaciones sistémicas descritas. No obstante, la evidencia demuestra que, con un reconocimiento precoz y manejo multidisciplinario adecuado, la mayoría de las pacientes puede evolucionar favorablemente.

Entre las complicaciones maternas

graves se incluyen la ruptura hepática — evento infrecuente pero de alta letalidad— descrita en series recientes^{9,10}, la coagulopatía con riesgo de eventos tromboembólicos, el deterioro progresivo de la función hepática, la progresión a eclampsia y las complicaciones cardiovasculares secundarias a hipertensión severa. Estas manifestaciones subrayan la necesidad de vigilancia intensiva y tratamiento individualizado.

En el caso 1, el diagnóstico diferencial incluyó preeclampsia severa sin HELLP, hígado graso agudo del embarazo, coagulación intravascular diseminada y hepatitis viral aguda. La presencia simultánea de hemólisis, trombocitopenia y elevación de enzimas hepáticas permitió diferenciar HELLP de estas entidades, particularmente del hígado graso agudo, que suele acompañarse de hipoglucemia marcada y mayor compromiso de la coagulación, y de la hepatitis viral, generalmente sin trombocitopenia significativa ni hipertensión asociada.

En el caso 2, la presentación atípica obligó a considerar diagnósticos como púrpura trombocitopénica trombótica/síndrome hemolítico urémico, lupus eritematoso sistémico en brote, sepsis y patologías biliares o pancreáticas. La afectación hepática predominante, el contexto obstétrico y la ausencia de compromiso neurológico o renal severo orientaron hacia un HELLP atípico, diferenciándolo de estas condiciones. En este escenario, pruebas específicas como ADAMTS13 y



Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

1. Facultad de Medicina, Universidad María Auxiliadora. Asunción, Paraguay
- a. Médico

Recibido: 11/09/2025

Aprobado: 24/12/2025

Correspondencia:

Lilian Britéz Enciso

lbritez7@gmail.com

ORCID: [0009-0001-9525-4948](https://orcid.org/0009-0001-9525-4948)

Citar como:

Enciso LB, Sierra CP. Síndrome HELLP clásico y atípico: reporte de dos casos y consideraciones clínicas. *Rev Hisp Cienc Salud.* 2025; 11(4): 277-282. DOI [10.56239/rhcs.2025.114.1048](https://doi.org/10.56239/rhcs.2025.114.1048)

marcadores inflamatorios resultan útiles para la exclusión diagnóstica.

El pronóstico del síndrome HELLP depende de múltiples factores, entre ellos la precocidad del diagnóstico, la gravedad clínica inicial, la respuesta al tratamiento y el acceso a atención especializada¹¹. La atención multidisciplinaria, con participación coordinada de obstetricia, medicina interna, anestesiología y cuidados intensivos, es determinante para reducir complicaciones y mejorar los desenlaces¹¹⁻¹³.

Desde el punto de vista fetal, el HELLP se asocia principalmente a prematuridad, bajo peso al nacer y morbilidad perinatal, condicionadas en gran medida por la edad gestacional al momento del diagnóstico y la severidad del compromiso materno¹⁴⁻¹⁶. Un manejo médico integral, que incluya control estricto de la hipertensión, profilaxis anticonvulsiva, monitorización fetal continua y, cuando está indicado, la finalización oportuna del embarazo puede mejorar significativamente los resultados¹⁷⁻¹⁹. La decisión de interrupción gestacional debe individualizarse, ponderando cuidadosamente el balance riesgo-beneficio para la madre y el feto.

Las presentaciones típica y atípica del síndrome HELLP representan entidades clínicas graves que requieren un alto índice de sospecha diagnóstica. La identificación temprana, el monitoreo continuo y el tratamiento oportuno son esenciales para optimizar los resultados maternos y perinatales. El abordaje

terapéutico debe centrarse en la estabilización materna, el control de las complicaciones sistémicas y la valoración individualizada de la interrupción del embarazo, siempre dentro de un enfoque multidisciplinario especializado.

Financiamiento

Autofinanciado

Conflictos de interés

Los autores niegan tener conflictos de interés.

Referencias Bibliográficas

1. Velásquez Trujillo PA, Sterling Castaño DK, Ardila Gómez K, Rojas Suárez JA. Microangiopatía trombótica en gestante que debuta como síndrome de HELLP: reporte de caso. *Acta Colomb Cuid Intensivo.* 2022;22(4):332-6. doi:10.1016/j.acci.2022.03.003.
2. Fagundes RBC, Castro MR, Filho RHTM, Constantino LG, Neto NIDS, Bezerra PCFM, et al. Rotura hepática espontánea por síndrome HELLP: abordaje hematológico, quirúrgico e intervencionista. *Hematol Transfus Cell Ther.* 2020;42(Suppl 1):75-6. doi:10.1016/j.htct.2020.10.126.
3. González Álvarez CE, González García LG, Carrera García L, Díaz Zabala M, Suárez Rodríguez M, Arias Llorente RP, et al. Hijo de madre con síndrome de HELLP: características y papel de la prematuridad, bajo peso y leucopenia en su evolución. *Bol Med Hosp Infant Mex.* 2015;72(5):318-24. doi:10.1016/j.bmhmx.2015.09.006.
4. Ramírez Palacios LA. Reemplazo renal continuo en eclampsia y síndrome de HELLP: reporte de un caso. *Perinatol Reprod Hum.* 2017;31(1):48-52. doi:10.1016/j.rprh.2017.10.004.



Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

1. Facultad de Medicina,
Universidad María
Auxiliadora. Asunción,
Paraguay
a. Médico

Recibido: 11/09/2025

Aprobado: 24/12/2025

Correspondencia:

Lilian Brites Enciso

lbritez7@gmail.com

ORCID: [0009-0001-9525-4948](https://orcid.org/0009-0001-9525-4948)

Citar como:

Enciso LB, Sierra CP. Síndrome HELLP clásico y atípico: reporte de dos casos y consideraciones clínicas. *Rev Hisp Cienc Salud*. 2025; 11(4): 277-282. DOI [10.56239/rhcs.2025.114.1048](https://doi.org/10.56239/rhcs.2025.114.1048)

5. Nogales García AI, Blanco Ramos MT, Calvo García E. Síndrome HELLP en atención primaria. *Med Gen Fam*. 2016;5(2):64–7. doi:10.1016/j.mgyf.2015.12.004.
6. Zapata Díaz BM, Ramírez Cabrera JO. Diagnóstico y manejo oportunos del síndrome HELLP. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2020;66(2):57–65. doi:10.31403/rpgo.v66i2233.
7. Noriega-Salas L, Rivera-Luna EN, Robledo-Meléndez A, Moreno-Ley PI, Velázquez-García JA, Ayala-López EA, et al. Ruptura hepática en el síndrome de HELLP: revisión del tratamiento quirúrgico. *Cir Gen*. 2020;42(1):31–7. doi:10.35366/92709.
8. Cabezas LB, Rodríguez CM, Serrano MÁF. Actualización en el manejo del síndrome de HELLP. *Rev Sanit Investig*. 2022;3:41.
9. Brito M, Gamito M, Neves AR, Caeiro F, Martins A, Dias E, et al. Conservative management of a pregnancy complicated by preeclampsia and postpartum spontaneous hepatic rupture: case report and literature review. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2021;267:79–89. doi:10.1016/j.ejogrb.2021.10.017.
10. Augustin G, Hadzic M, Juras J, Oreskovic S. Hypertensive disorders in pregnancy complicated by liver rupture or hematoma: a systematic review of 391 reported cases. *World J Emerg Surg*. 2022;17:40. doi:10.1186/s13017-022-00444-w.
11. Arigita Lastra M, Martínez Fernández GS. Síndrome HELLP: controversias y pronóstico. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2020;37(4):147–51. doi:10.1016/j.hipert.2020.07.002.
12. Ghelfi AM, Garavelli F, Passarino FA, Diodati S, Calcaterra MG, Hails EA, et al. Síndrome HELLP: características clínicas, analíticas y evolutivas observadas en dos años de experiencia. *Hipertens Riesgo Vasc*. 2020;37(4):152–61. doi:10.1016/j.hipert.2020.05.003.
13. Selçuk NY, Odabas AR, Çetinkaya R, Tonbul HZ, San A. Outcome of pregnancies with HELLP syndrome complicated by acute renal failure (1989–1999). *Ren Fail*. 2000;22(3):319–27. doi:10.1081/JDI-100100875.
14. Haddad B, Barton JR, Livingston JC, Chahine R, Sibai BM. HELLP syndrome versus severe preeclampsia: onset at ≤28 weeks' gestation. *Am J Obstet Gynecol*. 2000;183(6):1475–9. doi:10.1067/mob.2000.106975.
15. Alese MO, Moodley J, Naicker T. Preeclampsia and HELLP syndrome: the role of the liver. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2021;34(1):117–23. doi:10.1080/14767058.2019.1572737.
16. Guerby P, Tasta O, Swiader A, Pont F, Bujold E, Parant O, et al. Role of oxidative stress in placental endothelial nitric oxide synthase dysfunction in preeclampsia. *Redox Biol*. 2021;40:101861. doi:10.1016/j.redox.2021.10.017.
17. Vigil-De Gracia P. Pregnancy complicated by preeclampsia–eclampsia with HELLP syndrome. *Int J Gynaecol Obstet*. 2001;72(1):17–23. doi:10.1016/S0020-7292(00)00281-2.
18. Guevara-Ríos E, Torres-Contreras H, González-Carrillo O, Espínola-Sánchez M. Caracterización y manejo del hematoma hepático subcapsular en mujeres con preeclampsia y síndrome de HELLP. *Rev Peru Ginecol Obstet*. 2022;68(2):e2397. doi:10.31403/rpgo.v68i2397.
19. Petca A, Miron BC, Pacu I, Dumitrașcu MC, Șandru F, et al. HELLP syndrome: holistic insight into pathophysiology. *Medicina (Kaunas)*. 2022;58(2):326. doi:10.3390/medicina58020326.



Esta obra está bajo una licencia internacional [Creative Commons Atribución 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).