



Ciencia Latina
Internacional

Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, Ciudad de México, México.
ISSN 2707-2207 / ISSN 2707-2215 (en línea), julio-agosto 2024,
Volumen 8, Número 4.

https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4

HEMATOMA HEPÁTICO COMO COMPLICACIÓN DE SÍNDROME DE HELLP Y TIROTOXICOSIS: REPORTE DE CASO

**LIVER HEMATOMA AS A COMPLICATION OF HELLP
SYNDROME AND THYROTOXICOSIS: CASE REPORT**

Karina Rodríguez Pedraza
Universidad de Guanajuato, México

Marisol de Jesús Niño García
IMSS Hospital Regional de Zona 1, México

DOI: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i4.13326

Hematoma Hepático como Complicación de Síndrome de Hellp y Tirotoxicosis: Reporte de Caso

Karina Rodríguez Pedraza¹karina_rp24@hotmail.com<https://orcid.org/0009-0001-8880-0736>Universidad de Guanajuato
México**Marisol de Jesús Niño García**mnino70@hotmail.com<https://orcid.org/0009-0002-5408-2999>IMSS Hospital Regional de Zona 1
Morelia, Michoacan

RESUMEN

Objetivo: Enfatizar sobre la importancia de la sospecha de patologías poco frecuente y control de comorbilidades para poder prevenir o iniciar un manejo temprano de ellas. Caso Clínico: Paciente de 34 años con antecedentes de hipertiroidismo de cinco años de evolución, sin tratamiento. Ingres a hospitalización con embarazo de 32 semanas de gestación en trabajo de parto en fase activa, posterior a su parto, se diagnostica preeclampsia con datos de severidad y síndrome de Hellp. Durante su puerperio presenta dolor abdominal y con base a estudios de imagen se encuentra hematoma hepático. Sin embargo, presenta tirotoxicosis y se decide tiroidectomía total para mejorar condiciones y realizar drenaje quirúrgico de hematoma hepático. Posteriormente, se recaba estudio de patología de tiroides reportando un carcinoma folicular invasor de tiroides, paciente con resolución exitosa de hematoma hepático, sin embargo, continúa en manejo con oncología médica por reporte histopatológico. Conclusiones: El hematoma hepático debe sospecharse en toda mujer embarazada o durante puerperio que curse con dolor abdominal y que además presente factores predisponentes como preeclampsia con datos de severidad, síndrome de Hellp y comorbilidades en descontrol; hacer búsqueda intencionada de este mediante estudios de imagen. La sospecha temprana evitará complicaciones, como la muerte materna.

Palabras clave: preeclampsia, síndrome de hellp, hematoma hepático, tirotoxicosis

¹ Autor principal

Correspondencia: karina_rp24@hotmail.com

Liver Hematoma as a Complication of Hellp syndrome and Thyrotoxicosis: Case Report

ABSTRACT

Objective: Emphasize the importance of suspecting rare pathologies and controlling comorbidities to prevent or initiate early management of them. Clinical Case: 34-year-old patient with a history of hyperthyroidism of five years of evolution, without treatment. She was admitted to hospital with a pregnancy of 32 weeks of gestation in active phase labor, after delivery, preeclampsia was diagnosed with severity data and Hellp syndrome. During her postpartum period, she presented abdominal pain and based on imaging studies, hepatic hematoma was found. However, he presented thyrotoxicosis, and a total thyroidectomy was decided to improve conditions and perform surgical drainage of hepatic hematoma. Subsequently, a thyroid pathology study was obtained, reporting an invasive follicular thyroid carcinoma; patient with successful resolution of hepatic hematoma, however, continues to be managed with medical oncology based on histopathological report. Conclusions: Liver hematoma should be suspected in any pregnant woman or during the postpartum period who presents with abdominal pain and who also presents predisposing factors such as preeclampsia with data of severity, Hellp syndrome and uncontrolled comorbidities; perform an intentional search for this through imaging studies. Early suspicion will avoid complications, such as maternal death.

Key words: preeclampsia, hellp syndrome, hepatic hematoma, thyrotoxicosis

*Artículo recibido 10 julio 2024
Aceptado para publicación: 18 agosto 2024*



INTRODUCCIÓN

La incidencia de presencia de hematoma hepático en embarazos con diagnóstico de síndrome de Hellp es entre el 1 y el 2%. (Nogales et al., 2007) Es una complicación poco frecuente durante el embarazo y su puerperio. En la actualidad existe pocos casos clínicos reportados de la presencia de síndrome de Hellp y hematoma hepático como complicación y aun en menor cantidad la coexistencia de hipertiroidismo como factor de riesgo secundario a un carcinoma.

La presencia de un hematoma hepático presenta un riesgo de mortalidad de hasta el 50% de los casos (González Espinosa & Fernando Ávila Esquivel, 2010) por lo que presenta de gran impacto en la calidad de atención.

El objetivo del reporte de caso es enfatizar sobre la importancia de la sospecha de complicaciones en patologías poco frecuentes y además el control de comorbilidades ya que con ello podemos prevenir o manejar tempranamente a pacientes

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Femenino de 34 años, originaria y residente de León, Guanajuato.

Antecedentes heredofamiliares: padre con hipertiroidismo y madre cáncer de hígado

Antecedentes personales no patológicos: No toxicomanías, unión libre, comerciante, licenciatura en comunicación, religión católica

Antecedentes personales patológicos: Enfermedad de graves a los 15 años, se administró I-131, se mantuvo en tratamiento con levotiroxina durante 10 años y suspendido a los 27 años, actualmente en tratamiento homeopático. Hipertensión arterial crónica manejo con metildopa 250mg cada 8 horas.

Antecedentes gineco obstétricos: Menarca 15 años, ciclos irregulares. FUM: 07/05/2022, Gesta 3 Parto 2: ambos sin complicaciones

Paciente que acude el 11 diciembre 2022 a urgencias por embarazo de 32 semanas de gestación con producto único cefálico FCF de 145x´en trabajo de parto en fase activa con 8 cm de dilatación y 80% de borramiento, membranas integra. Se atiende parto eutócico donde se obtiene recién nacido masculino vivo con peso de 1810gr, Apgar 8-9, Capurro 33 sdg, que pasa a cunero patológico.

En recuperación de puerperio inmediato, presenta cifras tensionales de 190/120 mmHg, se corrobora cifra con diferencia de 15 minutos presentando 190/110 acompañadas de cefalea y dolor abdominal, se diagnostica preeclampsia con datos de severidad.

Se interconsulta a terapia intensiva con datos de vasoespasmos y al Examen físico: conciente, exoftalmus bilateral, eupneica, buena coloración e hidratación, cuello: bocio grado III, se identifican nódulos independientes, el mayor en lóbulo tiroideo izquierdo pétreo, de aproximadamente 3 cm, el de lóbulo derecho de 2cm

Cardiovascular: ingurgitación yugular, frecuencia cardiaca de 125 lpm. No ruidos patológicos. PA=150/100 mmHg.

Pleuropulmonar: eupneica, murmullo alvéolo-vesicular conservado, con estertores basales bilaterales.

Paraclínicos:

- 11 diciembre 2022: HB 9.9, HTO 32.6, PLAQUETAS 110,000, LEUCOCITOS 6.56, B POSITIVO, CREATININA 0.6, TGO 31, TGP 15, FA 245, DHL 249,
- 12 diciembre 2022 04:00hrs: HB 8.2, HTO 27.3, PLAQUETAS 90,000, LEUCOCITOS 4.38, BT 0.30, GLUCOSA 142, CREATININA 0.8, TGP 624, TGO 1422, DHL 894
- 12 de diciembre 2022 09:00hrs: TSH <0.015, T4L 2.33. HB 8.3, HTO 27, PLAQUETAS 149,000, BT 0.20, CREATININA 0.8, LIPASA 66, AMILASA 50, TGP 566, TGO 931, DHL 650

Se inicia terapia con metimazol a dosis de 1,5 mg/kg/día, vía oral e ingresa a terapia intensiva presenta excitación psicomotriz, afebril con taquicardia regular de 125 lpm e hipertensión arterial (150/90 mmHg), iniciándose tratamiento con doble antihipertensivo y tiamazol 10 mgs cada 24 hrs, evolución favorable estable hemodinamicamente saturación de oxígeno 99%. con mejoría clínica pasa a terapia intermedia y se egresa el 15 de diciembre 2022 con doble antihipertensivo y manejo con Tiamazol.

Cursa 4 días en su domicilio y reingresa por presencia de dolor abdominal, malestar general, por lo que se realiza ultrasonido de hígado y vías biliares con el siguiente reporte:

- **20 diciembre 2022:** hígado ecogenicidad homogénea, de tamaño conservado, presencia de una colección subcapsular de lóbulo derecho que mide 142x 87x 165 mm, con volumen de 1068cc, que se desplaza inferiormente el lóbulo derecho y al riñón de ese lado (IMAGEN 1).

- Idx: hematoma hepático subcapsular lóbulo derecho a considerar grado III por su volumen.
(IMAGEN 1)

Ingresa a servicio de cirugía general para su drenaje, sin embargo, presenta descontrol de hipertiroidismo, candidata a yodo radioactivo, sin embargo, sin recurso en unidad hospitalaria, contando con los siguientes paraclínicos de control

- 21 diciembre 2022: TSH MENOR 0.015, T4L 4.51. HB 8.2, HTO 28.4, PLAQUETAS 385,000, LEUCOCITOS 8.9, BT 0.6, TGO 39, TGP 46,
- 28 diciembre 2022: TSH MENOR A 0.015, T4L 2.61

Por lo que se realiza tiroidectomía total el 29 de diciembre 2023 con los siguientes hallazgos quirúrgicos: bocio multinodular, lóbulo derecho de 8 x 6 cm, nódulo de consistencia pétrea de 4 x 2 cm, nódulo a nivel del istmo de 4 x 4 cm, lóbulo tiroideo derecho de 6 x 5 cm aproximadamente, se respetan en su trayecto nervios laríngeos recurrentes de forma bilateral.

- 30 diciembre 2022: TSH MENOR 0.015, T4L 4.02.
- 30 diciembre 2022: USG HÍGADO Y VÍAS BILIARES: hematoma hepático subcapsular con un volumen de 723cc, el cual puede ser menor dada la limitación a la visualización completa.
(IMAGEN 2 Y 3)

El hematoma hepático se mantuvo en manejo conservador y se decide drenaje percutáneo hasta el 05 de enero 2023, con control de tomografía axial computarizada a la semana con disminución del 50% del tamaño, por lo que se realiza recambio de catéter por un French mayor. Contando con los paraclínicos:

- 16 de enero 2023: HB 11.1, HTO 36, PLAQUETAS 392,000, LEUCOCITOS 7.50, TP 13.70, INR 1.24, TPT 96.70, BT 0.40, CREATININA 0.5, TGP 27, TGO 31, T4L 1.02, TSH MENOR 0.01
- 19 de enero 2023: colección subhepática derecha compleja con volumen calculado aproximado de 580cc

Sin mejoría, por lo que se decide drenaje laparoscópico el 24 de enero 2023 se encuentra un plastrón sobre hígado de epiplón, hematoma abscedado encapsulado de 8x6cm con 200cc de sangre antigua y turbia y tejido necrótico, se realiza extracción de techo capsular y disección con gasas. Con evolución favorable, estable hemodinámica mente por lo que se egresa el 26 de enero 2023, con seguimiento por

consulta externa de cirugía general, ginecología, psicología endocrinología y se envía a oncología médica para su seguimiento.

Reportes de Histopatológicos y paraclínicos de control:

- 07 de marzo 2023: USG, colección complicada subcapsular hepática con un volumen calculado de aproximadamente 40cc.
- 14 julio 2023: T4L 0.21, TSH 7.61, TIROGLOBULINA 2.55
- Reporte de biopsia de hígado 25/enero 2023: necrosis masiva del tejido con abundantes áreas de tejido de reparación e inflamación crónica granulomatosa tipo cuerpo extraño, sin criterios histológicos de malignidad
- Reporte patología de tiroide 30 diciembre 2022: Carcinoma folicular invasor de Tiroides con cambios oncóticos focales, angioinvasión capsular presente con trombos tumorales, invasión linfática no identificada.

Imagen 1.



20 diciembre 2022

Imagen 2 y 3.



30 diciembre 2022

DISCUSIÓN

Los trastornos hipertensivos durante el embarazo se ubican entre las patologías más frecuentes que afectan el estado de salud del binomio materno-fetal. Se reporta la presencia de 26% de muertes maternas en América Latina y Caribe secundario a esta patología. (Luna S & Martinovic T, 2023)

Según su presentación clínica, estos se clasifican en: hipertensión gestacional, preeclampsia con y sin criterios de severidad, eclampsia, hipertensión crónica con preeclampsia sobreañadida (De Paco Matallana Katy, 2020).

La preeclampsia con datos de severidad se diagnostica con presión arterial sistólica (PAS) ≥ 160 mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) ≥ 110 mmHg persistente por más de 15 minutos. (De Paco Matallana Katy, 2020)

El síndrome de HELLP es una entidad que se reconoce por una triada por la presencia de hemólisis, aumento de los niveles de enzimas hepáticas y recuento bajo de plaquetas se presenta mayormente en el tercer trimestre y se asocia al aumento de mortalidad y morbilidad materna. (Luna S & Martinovic T, 2023)

La incidencia del síndrome de Hellp se presenta en 0.1 a 0.9% de las gestaciones y de ellas un 10 a 20% presentan preeclampsia con datos de severidad. (De Paco Matallana Katy, 2020)

Se describe que en México la incidencia abarca de 3.8 a 10% relacionados con mujeres con estados hipertensivos en el embarazo. (De Paco Matallana Katy, 2020)

Los criterios de diagnóstico son aumento de lactato deshidrogenasa a 600 UI/L o más; aumento de los niveles de aspartato aminotransferasa y alanina aminotransferasa más del doble del límite superior basal y un recuento de plaquetas inferiores a 100.000 plaquetas/ μ L. (Araya Calvo et al., 2022)

Puede presentarse de forma atípica en ausencia de hipertensión y proteinuria hasta en un 15% de los casos. Los principales síntomas son el dolor abdominal en epigastrio e hipocondrio derecho acompañado de malestar generalizado presente en el 90% de los pacientes, otro de los síntomas más frecuentes son náuseas y vómitos que se presentan en el 50% de los casos. (Bracamonte et al., 2018)

El síndrome hellp puede dar lugar a otras complicaciones, como coagulación intravascular diseminada, desprendimiento placentario, insuficiencia renal aguda, edema pulmonar y hematoma subcapsular hepático. (Cerdeja García et al., 2003)

La incidencia de presencia de hematoma hepático en embarazos con diagnóstico de síndrome de Hellp es entre el 1 y el 2%. (Díaz & Cabrera, 2020). Es una complicación poco frecuente durante el embarazo y puerperio.

Este último y su evolución a una rotura hepática se presentan de 1/45 000 a 1/225 000 embarazos, produce hemoperitoneo y cuadro de choque hipovolémico (Henríquez-Villaseca et al., 2018) No se conoce muy bien la fisiopatología del hematoma hepático por síndrome hellp; se considera en su génesis la necrosis parenquimatosa periportal y focal secundaria a depósitos hialinos y de fibrina en las sinusoides hepáticos, como la causa de la congestión vascular, responsables del aumento de la presión intrahepática y dilatación de la cápsula de Glisson. (Henríquez-Villaseca et al., 2018)

Clínicamente, el hematoma subcapsular hepático roto se caracteriza por epigastralgia o dolor en barra en el cuadrante superior derecho del abdomen, irradiado al hombro derecho, acompañado de náuseas, vómitos, distensión

Tabla 1. Criterios diagnósticos de la crisis tirotóxica (escala de Burch y Wartofsky).

Parámetros diagnósticos Puntos

Disfunción termorreguladora (temperatura axilar)	
37,2-37,7 oC	5
37,8-38,2 oC	10
38,3-38,8 oC	15
<hr/>	
38,9-39,3 oC	20
39,4-39,9 oC	25
> 39,9 oC.	30
Efectos sobre el sistema nervioso central	
Ausente	0
Leve (agitación)	10
Moderado (delirio, psicosis, letargo marcado)	20
Severo (convulsiones, coma)	30
<hr/>	
Disfunción gastrointestinal-hepática	
Ausente	0
Moderada (diarrea, náuseas/vómitos, dolor abdominal)	10
Severa (ictericia inexplicable)	20

Disfunción cardiovascular

Taquicardia(latidos/minuto)

100-109	5
110-119	10
120-129	15
130-139	20
>140	25

Insuficiencia cardíaca congestiva

Ausente 0

Leve (edema de los pies) 5

Moderada (estertores crepitantes
bibasales) 10

Severa (edema pulmonar) 20

Fibrilación auricular

Ausente 0

Presente 10

Evento,precipitante

Ausente 0

Presente 10

Sistema de puntuación: una puntuación de 45 o más es altamente sugestiva de tormenta tiroidea; entre 25 y 44 puntos es sugestiva de tormenta inminente, y si es inferior a 25 es poco probable que se trate de esta entidad. Adaptado de Burch y Wartofsky, 1993.

abdominal y choque hipovolémico (Colín-Cortes et al., 2018) . El tratamiento de esta complicación incluye un amplio espectro de conductas terapéuticas médicas y quirúrgicas.

La presencia de un hematoma hepático presenta un riesgo de mortalidad de hasta el 50% de los casos (Millan & Forero, 2017) por lo que presenta de gran impacto en la calidad de atención. En la actualidad existe pocos casos clínicos reportados de la presencia de síndrome de Hellp y hematoma hepático como complicación y aun en menor cantidad la coexistencia de hipertiroidismo como factor de riesgo secundario a un carcinoma. El hipertiroidismo afecta del 0.1- 4 % de las gestantes y aumenta hasta 4.7 veces el riesgo de Síndrome de preeclampsia -eclampsia. La crisis tirotóxica es una complicación grave pero muy poco frecuente (1% de las pacientes con hipertiroidismo), presenta una alta mortalidad que varía en las distintas series entre un 10-30%. (González Espinosa & Fernando Ávila Esquivel, 2010)

La crisis tirotóxica o tormenta tiroidea es una emergencia endocrinológica. Es una exacerbación aguda de un hipertiroidismo que surge por la liberación de hormonas tiroideas a la circulación sistémica, tiene mayor relación con la cantidad de receptores de unión hacia las catecolaminas (Angell et al., 2015). Puede desencadenarse por diferentes factores.

Tabla 2. Precipitantes comunes de la tormenta tiroidea

· Emergencia quirúrgica aguda
· Inducción de anestesia
· Cetoacidosis diabética
· Embolismo pulmonar
· Incumplimiento de terapia antitiroidea
· Infarto agudo de miocardio
· Infección
· Hipertensión/preeclampsia
· Trabajo de parto y parto
· Anemia severa
· Terapia con I ¹³¹

Constituye una complicación hipermetabólica, potencialmente fatal, caracterizada por compromiso cardiovascular (taquicardia, arritmias, insuficiencia cardíaca), hipertermia y alteraciones neurológicas (irritabilidad, inquietud, confusión, delirio, convulsiones). Puede estar presente en otras patologías como sepsis, feocromocitoma o hipertermia maligna, por lo que inicialmente el diagnóstico puede generar dificultades (Diz et al., 2020).

Hasta el 1% de pacientes portadoras de hipertiroidismo pueden progresar a una crisis tirotóxica (Angell et al., 2015). Su diagnóstico y tratamiento tempranos pueden disminuir la tasa de mortalidad que se presenta hasta en un 20% (Angell et al., 2015).

Los criterios clínicos más utilizados para el diagnóstico temprano de crisis tirotóxica son los de Burch y Wartofsky (Castelli, Jorge. Fernandez, 2019), quienes plantearon una escala basada en el grado de disfunción multisistémica (tabla 1). Cuando la puntuación es mayor de 45, es altamente sugestiva de tormenta tiroidea. Es importante investigar factores precipitantes (tabla 2) para realizar tratamiento específico.

Cuando existe sospecha, el tratamiento no debe retrasarse pues es potencialmente mortal. El paciente debe ser monitorizado en cuidados intensivos, recibir tratamiento específico y eliminarse el evento precipitante en forma precoz.

En nuestra paciente ya con antecedente de hipertiroidismo de larga evolución y sin tratamiento, aunado a un mal control prenatal, se presentó una crisis tirotóxica o tormenta tiroidea desencadenada por preeclampsia severa complicada con hematoma hepático. Presentó 50 puntos de la escala de Burch y Wartofsky, que considera el diagnóstico de crisis tirotóxica cuando la puntuación es mayor de 45 puntos. Una vez confirmado el diagnóstico se realizó el tratamiento médico al cual no respondió por lo que se realizó tiroidectomía con reporte histopatológico de cáncer folicular de tiroides, posteriormente se realizó tratamiento quirúrgico de hematoma hepático con buena respuesta a tratamiento y evolución favorable.

CONCLUSIÓN

Existen pocos casos reportados de crisis tirotóxica precipitada por preeclampsia, aunado a un hematoma hepático por Hellp. Para el diagnóstico de la crisis tirotóxica se debe tener un alto índice de sospecha por ser una complicación poco frecuente en las gestantes (1% de las hipertiroideas), el diagnóstico es esencialmente clínico ya que no existen exámenes complementarios que lo confirmen. El manejo de un hematoma hepático en las primeras 48 a 72 horas el estado hemodinámico normará la conducta terapéutica conservadora o quirúrgica, cuyo tratamiento temprano mejora el pronóstico materno y perinatal.

En cuanto a la conducta obstétrica, siendo activo en una preeclampsia severa y expectante y vigilante ante un cáncer de tiroides. Dada la alta morbimortalidad de ambas patologías destacamos la importancia del manejo de estas pacientes en un centro de tercer nivel con un equipo multidisciplinario (ginecología, cirugía general, medicina interna, endocrinología, anestesiología y personal de enfermería) con disposición de cuidados intensivos de ser necesario.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.- Nogales, R. M., Vázquez, L., Pereira, I., Moreno, C., Albi, M., & López-Salvá, A. (2007). Hematoma subcapsular hepático, una complicación infrecuente de los estados hipertensivos del embarazo. *Clinica e Investigacion En Ginecologia y Obstetricia*, 34(6), 233–235. [https://doi.org/10.1016/S0210-573X\(07\)74516-1](https://doi.org/10.1016/S0210-573X(07)74516-1)
- 2.- González Espinosa, Y., & Fernando Ávila Esquivel, J. (2010). Morbimortalidad materna asociada a ruptura hepática o hematoma subcapsular por preeclampsia-eclampsia y síndrome HELLP. *Investigación Materno Infantil*, II(2), 51–55. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2010/imi102a.pdf>
- 3.- Luna S, D., & Martinovic T, C. (2023). Hipertensión y embarazo : revisión de la literatura Hypertension and pregnancy : review of the literature. *Revista Clínica Las Condes*, 34(1), 33–43. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2023.01.006>
- 4.- De Paco Matallana Katy, O. L. E. (2020). Ginecología. *Sociedad Española de Ginecologia y Obstetricia*, 244–272.
- 5.- Araya Calvo, P., Araya Villavicencio, S., & González Carvajal, C. (2022). Síndrome de HELLP, una triada que puede llegar a ser mortal. *Revista Medica Sinergia*, 7(7), e863. <https://doi.org/10.31434/rms.v7i7.863>
- 6.- Bracamonte, J., López, V., Mendicuti, M., Ponce, J. M., Sanabrais, M. J., & Méndez, N. (2018). Características clínicas y fisiológicas del síndrome de Hellp. *Revista Biomédica*, 29(2), 33–41.
- 7.- Cerda García, P., Sánchez MecatI, M., García Graullera, R., Torreblanca Marín, M., Elizalde González, J., Franco Granillo, J., Aguirre Sánchez, J., & Martínez Sánchez, J. (2003). Síndrome de HELLP y ruptura hepática espontánea. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Asociación Mexicana de Medicina Crítica y Terapia Intensiva*, 17, 138–143.
- 8.- Díaz, B. M. Z., & Cabrera, J. O. R. (2020). Timely diagnosis and treatment of HELLP syndrome. *Revista Peruana de Ginecologia y Obstetricia*, 66(1), 57–65. <https://doi.org/10.31403/rpgo.v66i2233>
- 10.- Henríquez-Villaseca, M. P., Catalán-Barahona, A., Lattus-Olmos, J., Vargas-Valdebenito, K., & Silva-Ruz, S. (2018). Hematoma subcapsular hepático roto en síndrome HELLP. *Revista Médica*



de Chile, 146(6), 753–761. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000600753>

- 11- Colín-Cortes, H. M., Ruvalcaba-Carrillo, R., Olivares-Revilla, D. M., de Jesús Oswaldo Yáñez-Torres, J., Flores-Rodríguez, J. L., Rodríguez-Figueroa, N., Vigna-Sánchez, P. A., Serna-Vela, F. J., & del Consuelo Robles-Martínez, M. (2018). Hematoma subcapsular hepático en síndrome de HELLP: reporte de dos casos. *Ginecología y Obstetricia de Mexico*, 86(6), 412–419. <http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsMex/gom->
- 12- Millan, C. A., & Forero, J. C. (2017). Right hepatectomy after spontaneous hepatic rupture in a patient with preeclampsia: A case report. *International Journal of Surgery Case Reports*, 39, 250–252. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2017.07.05>
- 13.- González Espinosa, Y., & Fernando Ávila Esquivel, J. (2010). Morbimortalidad materna asociada a ruptura hepática o hematoma subcapsular por preeclampsia-eclampsia y síndrome HELLP. *Investigación Materno Infantil*, II(2), 51–55. <https://www.medigraphic.com/pdfs/imi/imi-2010/imi102a.pdf>
- 14.- Diz, L., Irazusta, F., Silva, J., Rosano, S., & Díaz, E. (2020). Hipertiroidismo y síndrome preeclampsia – eclampsia severa en. 137–143.
- 15.- Angell, T. E., Lechner, M. G., Nguyen, C. T., Salvato, V. L., Nicoloff, J. T., & LoPresti, J. S. (2015). Clinical features and hospital outcomes in thyroid storm: A retrospective cohort study. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, 100(2), 451–459. <https://doi.org/10.1210/jc.2014-2850>
- 16.- Castelli, Jorge. Fernandez, A. (2019). Preeclampsia como desencadenante de crisis tirotóxica: reporte de caso. *Revista Uruguaya de Cardiología*, 34(2), 218–222. <https://doi.org/10.29277/cardio.34.2.17>

