

P-681 - HEMATOMA HEPÁTICO: UNA COMPLICACIÓN EXCEPCIONAL DE LA CPRE

Gorini, Ludovica; Ramiro Pérez, Carmen; Díaz Candelas, Daniel Alejandro; Arellano González, Rodrigo; Sun, Wenzhong; García Friginal, Jaime; Fra López, María; de la Plaza Llamas, Roberto

Hospital Universitario de Guadalajara, Guadalajara.

Resumen

Introducción: La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es el procedimiento estándar para el diagnóstico y tratamiento de diversas patologías pancreatobiliares. A pesar de su efectividad, puede presentar complicaciones con una incidencia general del 10-12%. Las más frecuentes son: pancreatitis, hemorragia, colangitis, colecistitis y perforación intestinal. El hematoma subcapsular hepático (HSH) es una complicación excepcional, con una incidencia estimada del 0,15% y menos de 70 casos publicados en la literatura. Entre los mecanismos etiopatogénicos se describen lesiones parenquimatosas por guías metálicas y contusión por tracción excesiva durante la extracción de litiasis. El HSH presenta una mortalidad del 7-8%, y suele estar subdiagnosticado debido a su presentación clínica variable: dolor abdominal, anemia, fiebre o incluso shock hipovolémico.

Caso clínico: Mujer de 43 años, sin antecedentes relevantes, sometida a CPRE por coledocolitiasis obstructiva diagnosticada mediante colangioRM. El procedimiento es efectivo, realizándose esfinterotomía y extracción de coledocolitiasis, pero tras la finalización de la prueba la paciente presenta hipotensión y anemización aguda. Tras conseguir una estabilización hemodinámica inicial, se realiza angio-TAC urgente, objetivando un hematoma subcapsular hepático derecho de $15 \times 7,5 \times 19$ cm (fig.) con foco de sangrado arterial activo. Se procede a la realización de una arteriografía urgente, identificándose un sangrado a nivel de ramas periféricas de la arteria hepática derecha (segmentos V, VI y VII), y se realiza una embolización selectiva con éxito. La paciente ingresa en UCI durante 12 días, recibiendo transfusión de un total de 7 hemoconcentrados, soporte vasoactivo de forma intermitente y analgesia multimodal (catéter epidural y opiáceos intravenosos). Inicialmente presenta una citólisis hepática de probable origen isquémico, una colestasis obstructiva por compresión, una coagulopatía por consumo y un fracaso renal agudo de origen hipovolémico, todos ellos con recuperación completa en el momento del alta. Se realizan controles radiológicos con estabilidad del hematoma, observándose también una hipertrofia compensadora del lóbulo hepático izquierdo en las pruebas más tardías (fig.).

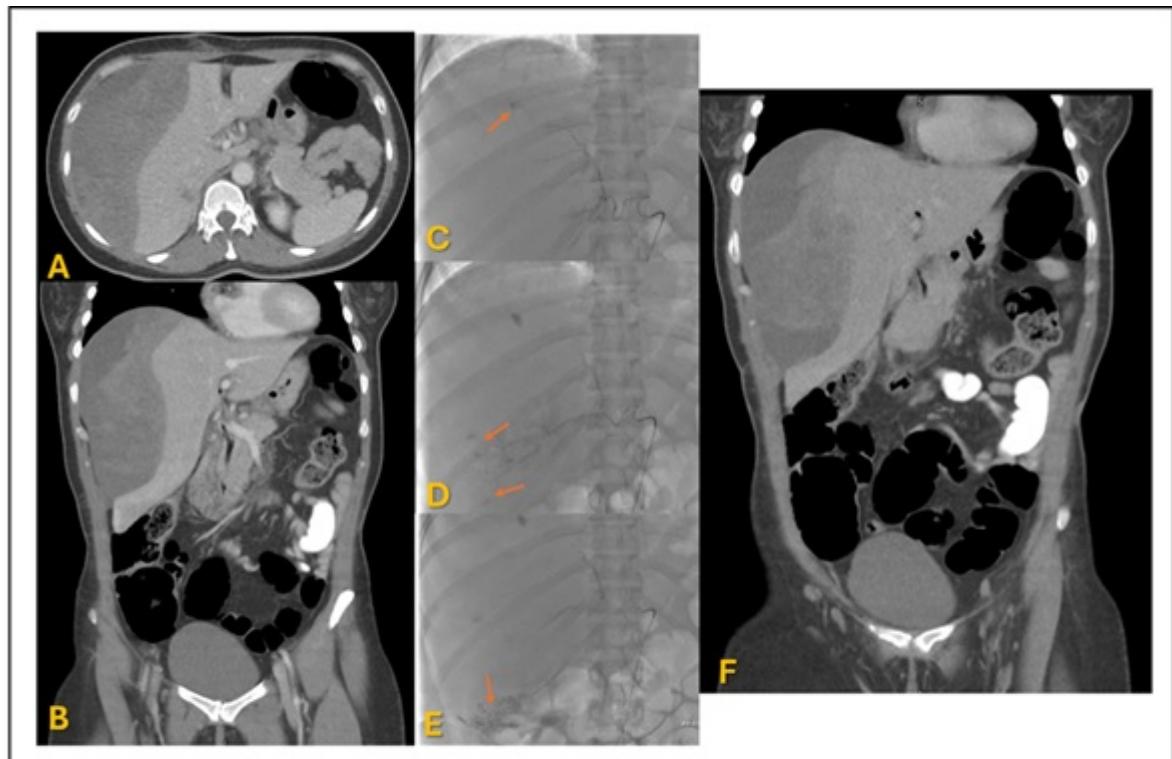


Figura 1. A y B: TAC urgente con hematoma agudo en lóbulo hepático derecho. C, D y E: angiografía urgente, señalados con flechas los distintos focos de sangrado arterial activo. F: TC al mes, con hipertrofia compensatoria del lóbulo hepático izquierdo.

Discusión: Una sospecha clínica bien orientada es el pilar fundamental para el diagnóstico del HSH, cuya confirmación se realiza habitualmente mediante angio-TC. El manejo debe iniciar con una resucitación hemodinámica adecuada. En pacientes estables, puede optarse por un manejo conservador y observación; sin embargo, la embolización arterial representa una opción efectiva en presencia de hemorragia activa, reservando la cirugía para casos de inestabilidad hemodinámica mantenida, hematomas expansivos y ante el fracaso del manejo conservador. El HSH, aunque raro, puede evolucionar rápidamente hacia la inestabilidad hemodinámica y requerir intervención urgente. Su conocimiento y detección precoz son claves para minimizar la morbimortalidad.