

Rotura de hematoma subcapsular hepático como complicación de síndrome de HELLP

Ruptured subcapsular hepatic haematoma: a HELLP syndrome complication

El síndrome de HELLP se describe como la presencia de hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y trombocitopenia¹. Afecta aproximadamente al 0,1–0,6% de todos los embarazos y el 4–12% de las preeclampsias severas. Se ha comunicado que la mortalidad perinatal varía del 7 al 60%². La incidencia de cesárea es alta y hay un incremento en el riesgo de parto pretérmino y restricción del crecimiento intrauterino³. Las enfermedades hepáticas son raras en el embarazo, pero cuando ocurren pueden afectar de forma dramática a la madre y el feto. La incidencia de hematomas hepáticos subcapsulares con rotura de la capsula varía de 1 caso por cada 40.000–250.000 partos. La mayoría de los casos que ocurren en el embarazo son complicaciones de la preeclampsia, eclampsia o síndrome de HELLP⁴.

Se trata de una mujer de 19 años de edad, tercigesta, secundípara, con embarazo actual de 39 semanas, quien consultó por contracciones uterinas dolorosas y cefalea. La presión arterial al momento del ingreso era de 180/120 mmHg, proteinuria de 3,5 g/dl y edema en ambas pierna; ingresa con diagnóstico de preeclampsia severa. La paciente se somete a inducción del parto y se obtiene un recién nacido de sexo femenino de 2.900 g.

A las 5 h del puerperio presentaba presión arterial de 160/130 mmHg, frecuencia cardíaca de 120 lat/min, palidez cutáneo-mucosa, diaforesis, somnolencia, hiporreflexia generalizada y sin evidencia de sangrado genital. El laboratorio informó: hemoglobina, 6 g/dl; hematocrito, 18%; plaquetas, 55.000/μl; bilirrubina total, 5 mg/dl; transaminasa glutamico-pirúvica, 745 U/l; transaminasa glutamicoxalacética, 815 U/l, y deshidrogenasa láctica, 2.100 U/l; se diagnostica síndrome de HELLP y es trasladada a la unidad de cuidados intensivos.

Después de 25 h de puerperio, la paciente presenta palidez cutáneo-mucosa acentuada, hipotermia, abdomen globoso, distendido, timpánico, francamente doloroso a la palpación, Blumberg positivo. Se realiza ecograma hepático en que se observa una imagen semilunar en el lóbulo hepático derecho, indicativa de hematoma subcapsular hepático (fig. 1).

Se decide realizar laparotomía exploratoria, que evidencia abundante cantidad de sangre oscura libre en la cavidad y hematoma hepático con extensa alteración del parénquima del lóbulo derecho; se procedió a colocar parches de epiplón sobre las zonas de hemorragia. Además, se observa útero atónico, aumentado de tamaño (14 × 20 cm), con múltiples hematomas intramurales; se procede a realizar histerotomía subtotal. La paciente permanece hospitalizada durante 45 días y evoluciona satisfactoriamente.

Abercrombie⁵ fue el primero en describir los hematomas subcapsulares en el embarazo. Los hematomas hepáticos



Figura 1 – Imagen ecográfica de hematoma subcapsular.

están comúnmente relacionados con preeclampsia y síndrome de HELLP, pueden observarse en enfermedad biliar, infecciones, aneurismas y neoplasias hepáticas. La morbilidad concomitante incluye coagulación intravascular diseminada en más del 90% de los casos, edema pulmonar, derrame pleural e insuficiencia renal aguda⁶.

Los hallazgos histopatológicos en estos pacientes incluyen necrosis periportal focal con depósitos de fibrina en sinusoides normales y en aquellos que están en áreas de necrosis hepatocelular. Las áreas de necrosis pueden sangrar, lo que causa la formación de los hematomas subcapsulares hepáticos³. Los traumatismos menores (vómitos, transporte del paciente, contracciones uterinas efectivas, convulsiones) pueden inducir hemorragia hepática².

Las manifestaciones clínicas son inespecíficas y la sospecha clínica es fundamental para el diagnóstico y el tratamiento adecuado del síndrome. Los síntomas que se pueden observar son náuseas, vómitos, epigastralgia, disnea y dolor en el hipocondrio derecho; signos de shock hipovolémico, como la hipotensión severa, pueden indicar rotura capsular y hemorragia severa⁷.

Los estudios de imágenes son obligatorios en pacientes con sospecha de alteraciones hepáticas. La apariencia ecográfica usual del hematoma subcapsular hepático es una colección de líquido ecogénico en forma redondeada justo por debajo de la cápsula hepática⁸. La ecografía puede servir como técnica de diagnóstico rápido y no invasiva para confirmar el diagnóstico y ayudar a dirigir el tratamiento. Los diagnósticos diferenciales pueden hacerse con facilidad por hallazgos en la ecografía o la tomografía². La evaluación ecográfica seriada

puede contribuir en el seguimiento de las pacientes con dolor súbito en el cuadrante superior derecho del abdomen durante el posparto⁹.

Los embarazos con síndrome de HELLP y la rotura del hematoma subcapsular hepático requieren de un manejo bien formulado. La laparotomía está reservada sólo para pacientes hemodinámicamente inestables, con hemorragia continua, aumento del dolor o expansión o infección documentada del hematoma, por lo cual debe realizarse en forma inmediata⁷. Según la severidad del hematoma, se han utilizado varios esquemas de tratamiento⁴. Los más utilizados son: presión con compresas de laparotomía colocadas sobre las superficies sanguíneas con drenaje perihepático, maniobra de Pringle (compresión digital de la arteria hepática y la vena porta por 15 o 20 min), ligadura quirúrgica del segmento hepático sanguíneo, sutura y drenaje, colocación de parches de epiplón y mallas quirúrgicas en la zona hepática afectada. Cuando la hemorragia hepática no se puede contener y se produce insuficiencia hepática aguda, se puede realizar un trasplante hepático⁶.

Datos recientes apoyan el esquema de tratamiento conservador en pacientes hemodinámicamente estables, bajo estricta monitorización clínica, de laboratorio y de imágenes². Se han obtenido resultados favorables con la embolización arterial durante la arteriografía hepática¹⁰.

B I B L I O G R A FÍA

1. Weinstein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy. Am J Obstet Gynecol. 1982;142:159–67.
2. Suarez B, Alves K, Senat M, Fromageot J, Fischer C, Rosenberg P, et al. Abdominal pain and preeclampsia: sonographic findings in the maternal liver. J Ultrasound Med. 2002;21:1077–83.

doi:10.1016/j.ciresp.2008.12.014

3. Rodríguez D, Velarde R, Cortez E, Hernández R. Síndrome de HELLP, hematoma subcapsular e infartos hepáticos, presentación de dos casos. Ginec Obstet Mex. 1997;66:4–7.
4. Wicke C, Pereira P, Neeser E, Flesch I, Rodegerds E, Becker H. Subcapsular liver hematoma in HELLP syndrome: Evaluation of diagnostic and therapeutic options—a unicenter study. Am J Obstet Gynecol. 2004;190:106–12.
5. Abercrombie J. Case of hemorrhage of the liver. Lond Med Gaz. 1844;34:702–84.
6. Carlson K, Bader C. Ruptured subcapsular liver hematoma in pregnancy: a case report of nonsurgical management. Am J Obstet Gynecol. 2004;190:558–60.
7. Nogales R, Vázquez L, Pereira I, Moreno C, Albi M, López-Salvá A. Hematoma subcapsular hepático, una complicación infrecuente de los estados hipertensivos del embarazo. Clin Invest Ginecol Obstet. 2007;34:233–5.
8. Chan A, Gerscovich E. Imaging of subcapsular hepatic and renal hematomas in pregnancy complicated by preeclampsia and the HELLP syndrome. J Clin Ultrasound. 1999;27:35–40.
9. Gilboa Y, Bardin R, Feldberg D, Bachar G. Postpartum hepatic rupture and retroperitoneal hematoma associated with HELLP syndrome. Isr Med Assoc J. 2006;8:219–20.
10. Harris B, Kuczkowski K. Diagnostic dilemma: hepatic rupture due to HELLP syndrome vs. trauma. Arch Gynecol Obstet. 2005;272:176–8.

Joel Santos-Bolívar^{a,*}, Juan Perozo-Romero^a, José Prieto-Montaña^b, Eduardo Reyna-Villasmil^a y Duly Torres-Cepeda^a

^aServicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Central Dr. Urquizaona, Maracaibo, Venezuela

^bServicio de Cirugía, Hospital Central Dr. Urquizaona, Maracaibo, Venezuela

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [\(J. Santos-Bolívar\).](mailto:sippenbauch@gmail.com)

Rotura aneurismática de la arteria hepática común

Rupture of a common hepatic artery aneurysm

La arteria hepática es el segundo lugar más frecuente de localización de los aneurismas viscerales (20%), después de la arteria esplénica^{1,2}. Se presentan en la sexta década de la vida con una frecuencia 2 veces mayor en varones que en mujeres. Presentamos un caso que se inició con dolor abdominal y síncope que condujo a la muerte a pesar de la realización de cirugía urgente.

Varón de 62 años, como antecedentes personales destaca obesidad e hipertensión en tratamiento crónico con captopril, bisoprolol, valsartán y doxazosina. La mañana previa al

ingreso el paciente refiere dolor abdominal que no le impide seguir con su rutina habitual. Al regresar a casa presenta sudoración profusa, náuseas, mareo y, finalmente, síncope. A su llegada a urgencias el paciente muestra deterioro importante del estado general, con palidez cutánea, taquicardia e hipotensión mantenida (frecuencia cardíaca [FC], 120 lat/min; presión arterial [PA], 100/60 mmHg). En la exploración destaca un abdomen globuloso distendido, escasamente depresible. Se realiza tomografía computarizada (TC) abdominal urgente (fig. 1) que informa de un aneurisma en la arteria hepática