

puede contribuir en el seguimiento de las pacientes con dolor súbito en el cuadrante superior derecho del abdomen durante el posparto<sup>9</sup>.

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 inmediata<sup>7</sup>. Según la severidad del hematoma, se han utilizado varios esquemas de tratamiento<sup>4</sup>. Los más utilizados son: presión con compresas de laparotomía colocadas sobre las superficies sanguíneas con drenaje perihépatico, 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 hepático<sup>6</sup>.

Datos recientes apoyan el esquema de tratamiento conservador en pacientes hemodinámicamente estables, bajo estricta monitorización clínica, de laboratorio y de imágenes<sup>2</sup>. Se han obtenido resultados favorables con la embolización arterial durante la arteriografía hepática<sup>10</sup>.

#### B I B L I O G R A F I A

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<sup>a,\*</sup>, Juan Perozo-Romero<sup>a</sup>, José Prieto-Montaña<sup>b</sup>, Eduardo Reyna-Villasmil<sup>a</sup> y Duly Torres-Cepeda<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Obstetricia y Ginecología, Hospital Central

Dr. Urquizaona, Maracaibo, Venezuela

<sup>b</sup>Servicio de Cirugía, Hospital Central Dr. Urquizaona, Maracaibo, Venezuela

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [sippenbauch@gmail.com](mailto:sippenbauch@gmail.com)

(J. Santos-Bolívar).

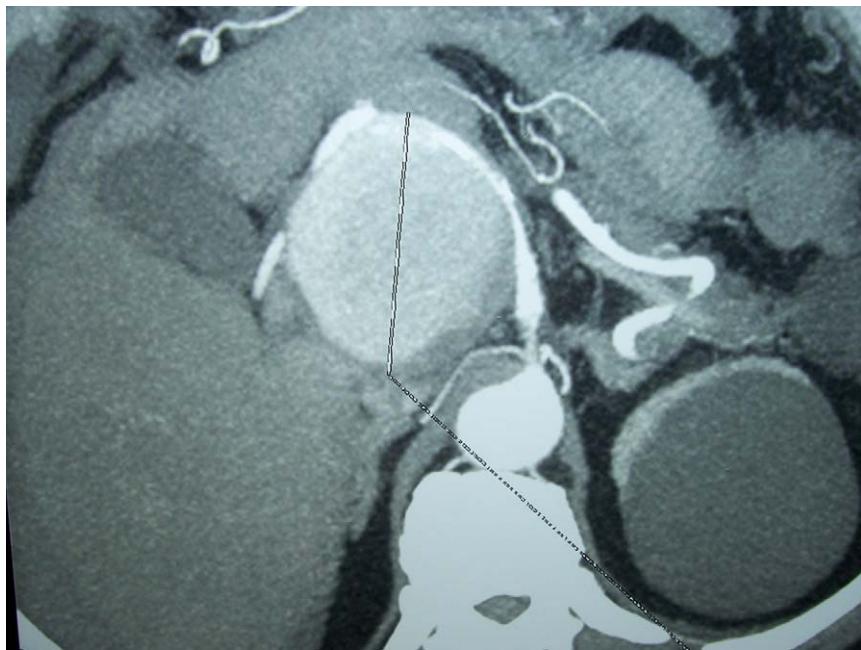
## Rotura aneurismática de la arteria hepática común

### 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<sup>1,2</sup>. 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



**Figura 1 – Tomografía computarizada abdominal con contraste intravenoso: aneurisma en la arteria hepática común de 7 cm, parcialmente trombosado y roto, con hemoperitoneo importante.**

común, de unos 7 cm, parcialmente trombosado y roto con hemoperitoneo importante. Al persistir el deterioro hemodinámico del paciente (FC, 140 lat/min; PA, 75/30 mmHg; hemoglobina, 5,9 g/dl y anuria) se decide intubación orotraqueal en urgencias con conexión a ventilación mecánica y tratamiento quirúrgico urgente para intentar controlar el origen del sangrado y traslado urgente al hospital provincial de referencia.

Los hallazgos quirúrgico fueron hemoperitoneo > 8 l y gran aneurisma de la arteria hepática común, sin un claro origen proximal, con múltiples roturas y esfacelos. A pesar de controlar parcialmente la hemorragia (maniobra de Pringle, sutura y cierre del cuello aponeurótico) y el tratamiento con transfusión de sangre y fármacos vasoactivos, el paciente presentó bradicardia severa y fue finalmente falleció a los pocos minutos del cierre quirúrgico.

Se desconoce la incidencia real de aneurismas hepáticos, aunque, según series, oscila en el 0,01-0,2%. Entre los factores etiológicos<sup>3</sup> se incluyen la arteriosclerosis (30%), los traumatismos hepáticos y abdominales (20%), las infecciones o el uso de drogas por vía parenteral. Menos frecuentes son los casos en relación con tuberculosis, periarteritis nudosa (PAN), vasculitis, como la enfermedad de Wegener, o enfermedades reumáticas, como el lupus eritematoso (tabla 1).

Respecto a la localización, el 80% son extrahepáticos: el 63% se localiza en la arteria hepática común, el 28% en la arteria hepática derecha, el 5% en la arteria hepática izquierda y un 4% en ambas ramas arteriales. El 20% restante son aneurismas intrahepáticos dependientes de la arteria hepática derecha.

Los aneurismas extrahepáticos pueden dividirse, a su vez, según su localización, en proximales o distales a la arteria gastroduodenal.

**Tabla 1 – Etiología de los aneurismas hepáticos**

Causas frecuentes	Causas infrecuentes
Arteriosclerosis	Displasia fibromuscular
Traumatismos hepáticos	LES
Micosis	Enfermedad de Wegener
Adicción a drogas por vía parenteral	Tuberculosis
Causas iatrogénicas por cirugía biliar y/o biopsia hepática	PAN
Traumatismo abdominal	Pancreatitis
Trasplante y cirugía hepática	Síndrome de Marfán
	Síndrome de Ehlers-Danlos
	Síndrome de Osler-Weber-Rendu

LES: lupus eritematoso sistémico; PAN: periarteritis nudosa.

Los síntomas más frecuentes son epigastralgia, dolor en hipocondrio derecho, hemorragia intestinal o ictericia. La tríada de Quincke (dolor abdominal, hemobilia e ictericia) está presente en sólo una tercera parte de los pacientes y los soplos o masas abdominales son muy poco frecuentes. En el diagnóstico diferencial debe incluirse, por lo tanto, la colecistitis aguda.

Aunque la mayoría de los pacientes permanecen asintomáticos, el riesgo de rotura de este tipo de aneurismas es mayor que el de otros aneurismas viscerales y ocurre entre un 40 y un 85% de los casos, con una tasa de mortalidad muy elevada, que oscila en el 85-35%. En los casos más graves,

como el que describimos anteriormente, los síntomas de presentación son colapso hemodinámico, hemoperitoneo o hemorragia gastrointestinal.

Algunos factores en relación con el riesgo de rotura son: presentar múltiples aneurismas viscerales, etiología no arteriosclerótica, PAN o displasia fibromuscular y el tamaño aneurismático ( $\geq 2$  cm)<sup>2,5</sup>. Actualmente, no hay consenso respecto a las indicaciones de tratamiento.

En relación con el tratamiento quirúrgico<sup>3,6</sup>, los aneurismas que se sitúan próximos a la arteria gastroduodenal pueden ser tratados mediante ligadura, exclusión y aneurismectomía con bajo riesgo de necrosis hepática. Sin embargo, cuando el aneurisma se sitúa distal a la arteria gastroduodenal, es necesario mantener el flujo arterial hepático por medio de material autólogo, anastomosis esplenohepática, aortohepática o reimplantación de la arteria gastroduodenal.

Durante la cirugía es esencial mantener parte del flujo arterial hepático para mantener la viabilidad hepática. A través de la arteria gastroduodenal se consigue que sangre arterial procedente de la arteria mesentérica superior revascularice el hígado. En caso de aneurismas intrahepáticos, la hepatectomía de los segmentos afectados y la ligadura de las ramas arteriales son bien toleradas.

Una alternativa a la cirugía es la embolización percutánea. Riesenman et al<sup>4</sup> describen el caso de una paciente de 78 años con múltiples aneurismas intrahepáticos rotos (el mayor de 2,3 cm) tratados de forma exitosa con embolización percutánea.

La embolización se describe como la técnica de elección en el tratamiento de aneurismas intrahepáticos y pacientes con alto riesgo quirúrgico y anestésico. Sin embargo, la técnica no está extinta de complicaciones y actualmente no hay estudios amplios.

En nuestro paciente, el tamaño del aneurisma  $> 7$  cm y el colapso hemodinámico mantenido con hemoperitoneo  $> 81$  descartaban la posibilidad de tratamiento endovascular.

Los aneurismas de la arteria hepática presentan una baja incidencia, con gran riesgo de rotura. Pese al desarrollo de nuevas técnicas de tratamiento percutáneo, la mortalidad continúa siendo muy elevada y, en los casos más graves, sólo 1 de cada 5 pacientes sobrevive.

#### B I B L I O G R A F Í A

1. Esteban-García C, Pérez-Ramírez P, Martorell-Lossius A, et al. Aneurismas de las arterias viscerales. Cir Esp. 2005;78:246-50.
2. Puppo MA, Pareja F, Muñoz J, et al. Aneurisma de la arteria hepática. Cir Esp. 2006;81:348-50.
3. Arneson MA, Stephen Smith R. Ruptured hepatic artery aneurysm: case report and review of literature. Ann Vasc Surg. 2005;19:540-5.
4. Riesenman RJ, Bower TC, Oderich GS, et al. Multiple hepatic artery aneurysm: use of transcatheter embolization for rupture. Ann Vasc Surg. 2006;20:399-404.
5. Abas M, Fowl RJ, Stone MW, Panneton JM, Odelburg WA, Bower TC, et al. Hepatic artery aneurysm: Factors that predict complications. J Vasc Surg. 2003;38:41-5.
6. Chirica M, Alkofer B, Sauvanet A, Vullierme MP, Levy Y, Belghiti J. Hepatic artery ligation: a simple and safe technique to treat extrahepatic aneurysms of the hepatic artery. Am J Surg. 2008;196:333-8.

M. José Cases-Baldó<sup>a,\*</sup>, M.ª Pilar Guillen-Paredes<sup>a</sup>, Alfredo Moreno-Egea<sup>a</sup>, Silvia Torres-Del Río<sup>b</sup> y Jose Luis Aguayo-Albasini<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y Digestivo, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

<sup>b</sup>Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

\*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [mjcases@yahoo.es](mailto:mjcases@yahoo.es)  
(M.J. Cases-Baldó).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.10.014

## Peritonitis por rotura espontánea de linfangioma quístico mesentérico

### Peritonitis due to a spontaneous rupture of a mesenteric cyst lymphangioma

El linfangioma quístico mesentérico es un tumor benigno de origen congénito, poco frecuente y de predominio en la edad pediátrica<sup>1</sup>. Suele ser asintomático y se diagnostica, como hallazgo casual, en las pruebas de imagen realizadas por otra causa. En ocasiones, puede dar manifestaciones clínicas y

presentarse como masa abdominal palpable, oclusión intestinal o signos de irritación peritoneal<sup>2</sup>.

Presentamos el caso de un varón de 19 años, alérgico a penicilinas y derivados, intervenido por estenosis hipertrófica de píloro en la infancia.