



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Rotura de hematoma hepático subcapsular en el embarazo: caso clínico y revisión bibliográfica



Y. Emergui Zrihen*, M.A. Madsen, R. Rodríguez Rodríguez, C.S. Delgado Godoy, T. Figueras Falcón y M. Prieto Martínez

Servicio de Ginecología y Obstetricia, Complejo Hospitalario Universitario Materno Infantil (CHUIMIC), Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

Recibido el 27 de enero de 2016; aceptado el 8 de abril de 2016

Disponible en Internet el 10 de mayo de 2016

PALABRAS CLAVE

Rotura de hematoma hepático subcapsular;
Preeclampsia;
Síndrome HELLP

Resumen El síndrome de HELLP es una de las manifestaciones graves de la preeclampsia. En algunos casos se puede complicar con la aparición de un hematoma hepático subcapsular, cuya rotura se asocia a cifras elevadas de morbilidad materna y fetal. Aunque presenta signos y síntomas inespecíficos, la sospecha clínica es fundamental para su diagnóstico y tratamiento adecuado, siendo el manejo quirúrgico mediante una laparotomía la técnica de elección. Se presenta el caso de una paciente con una rotura de un hematoma hepático subcapsular en el tercer trimestre como primera manifestación de un síndrome de HELLP.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Rupture of hepatic subcapsular haematoma;
Pre-eclampsia;
HELLP syndrome

Rupture of hepatic subcapsular haematoma in pregnancy: Case report and literature review

Abstract HELLP syndrome is a serious manifestation of pre-eclampsia. In some cases, it may be complicated by the emergence of a hepatic subcapsular haematoma, the rupture of which is associated with high levels of maternal and foetal morbidity and mortality. Although it presents nonspecific signs and symptoms, clinical suspicion is essential for diagnosis and proper treatment. The technique of choice is surgical management by laparotomy. We present the case of a patient with a ruptured hepatic subcapsular haematoma in the third trimester; the first manifestation of HELLP syndrome.

© 2016 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: yonittata@hotmail.com (Y. Emergui Zrihen).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gine.2016.04.006>

0210-573X/© 2016 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

El síndrome de HELLP se define por la presencia de hemólisis, elevación de las enzimas hepáticas y trombocitopenia en la embarazada, siendo una de las manifestaciones graves de la preeclampsia. En ocasiones se asocia a alteraciones hepáticas graves, como la hemorragia, el infarto y el hematoma subcapsular.

El hematoma hepático subcapsular es una entidad infrecuente, cuya incidencia varía entre el 1 y el 2%¹ de las gestaciones con diagnóstico de preeclampsia. Su rotura es una de las complicaciones más graves, cuya mortalidad perinatal supone entre un 25 y un 50%, mientras que la mortalidad materna está entre el 40 y el 75%². El manejo del mismo es quirúrgico, siendo la laparotomía la técnica de elección.

A continuación se presenta el caso de una paciente con una rotura de un hematoma hepático subcapsular en el tercer trimestre como primera manifestación de un síndrome de HELLP, con diagnóstico a posteriori del mismo.

Caso clínico

Primigesta de 33 años que presentaba como antecedentes personales un síndrome de ovarios poliquísticos. La gestación cursó dentro de la normalidad, con tensiones arteriales basales en torno a 100/60 mm Hg. En la semana 36 de gestación comenzó con elevación de la tensión arterial con cifras sistólicas de 140-150 y diastólicas de 90-95 mmHg, autolimitadas y sin acompañarse de otra sintomatología, por lo que se indicaron controles diarios de tensión arterial en el centro de salud. Acudió al Servicio de Urgencias en la semana 38 + 5 por un cuadro de dolor abdominal intenso localizado en el epigastrio, continuo, que no se irradiaba, y se asociaba a náuseas, vómitos y diarrea de 24 h de evolución. No refería sangrado vaginal, ni expulsión de líquido amniótico ni dinámica uterina. Refería movimientos fetales presentes. A su llegada, las constantes eran normales (tensión arterial 111/59 mmHg; frecuencia cardíaca: 80 lpm). En la exploración física presentaba regular estado general y signos de ligera deshidratación; estaba normocoloreada, consciente, orientada, eupneica y afebril. El abdomen era doloroso a la palpación profunda en el epigastrio, sin signos de irritación peritoneal. La altura uterina era adecuada a la edad gestacional y no presentaba signos de hipertensión uterina. Se realizó una monitorización externa de la frecuencia cardíaca fetal y la dinámica uterina, y se administró tratamiento con ranitidina, con lo que mejoró la epigastralgia. En el registro cardiotocográfico se observaron deceleraciones tardías coincidiendo con todas las contracciones, con una frecuencia cardíaca basal de 140 lpm, por lo que se decidió pasar a paritorio para la inducción directa del parto. En el paritorio, y antes de realizar la amniorraxis artificial para la monitorización interna, la paciente realizó un cambio postural tras lo cual comenzó con inestabilidad hemodinámica asociada a una bradicardia fetal mantenida en 55-60 lpm, sin alteraciones en la dinámica uterina. Se indicó una cesárea urgente por riesgo de pérdida de bienestar fetal.

Durante dicha intervención, tras la apertura del peritoneo parietal, se objetivó un hemoperitoneo moderado. Se extrajo un recién nacido masculino, de 2.950 g, con un

Apgar al minuto de 8 y a los 5 min de 9, pH arterial de 6,97, con exceso de bases de -10. Se realizó la histerorrafia sin incidencias y continuó objetivándose un hemoperitoneo moderado que no cedía a pesar de realizar un lavado profuso de la cavidad abdominal con suero fisiológico, por lo que se contactó con el Servicio de Cirugía General. Se realizó una laparotomía exploradora supra e infraumbilical, observándose un hematoma subcapsular en los segmentos V y VI del hígado, que afectaba a toda la cara diafragmática. Se colocó TachoSil® y un packing de compresas, lográndose un adecuado control de la hemostasia. El sangrado estimado fue de aproximadamente 1.500 cm³. Dada la inestabilidad hemodinámica de la paciente durante la intervención y el descenso significativo de la hemoglobina (de 13,9 a 9,4 g/dl), se transfundieron 2 concentrados de hemáties.

Al revisar la analítica de ingreso, destacaba una leve trombocitopenia (91.000 en la fórmula revisada) asociada a un estado de hemoconcentración (hematocrito 40,1%). Se solicitó un perfil hepático, observándose una importante elevación de la GPT (310 U/l), la GOT (270 U/l) y la LDH (912 U/l). Ante los resultados analíticos y la clínica de la epigastralgia importante con la que había llegado la paciente a Urgencias, se consideró que presentaba un diagnóstico de síndrome de HELLP en el contexto de una preeclampsia grave. Se instauró tratamiento con sulfato de magnesio en perfusión de 2 g/h.

Tras la primera intervención, la paciente fue trasladada a Reanimación para mantener la sedación y permanecer en estricto control. Se mantuvo normotensa y estable en todo momento. Pasadas 48 h fue reintervenida para retirar el packing y realizar un nuevo control hemostático, siendo satisfactorio a pesar de objetivarse un hemoperitoneo de 1.000 cm³ en la apertura. Preciso de una nueva transfusión sanguínea y el postoperatorio inmediato tuvo una buena evolución. La evolución del neonato fue favorable.

Posteriormente, la paciente fue trasladada a planta. Al principio mantuvo la tensión arterial elevada en los primeros controles, que se normalizaron a las pocas horas. Permaneció con constantes normales, así como con mejoría clínica y analítica.

Fue dada de alta hospitalaria al décimo día poscesárea, conjuntamente con el Servicio de Cirugía General, para continuar con su seguimiento en las consultas externas. La paciente ha permanecido asintomática en los controles posteriores, y tanto ella como el neonato han tenido una evolución satisfactoria.

Discusión

Las enfermedades hepáticas son raras en el embarazo, pero cuando ocurren pueden ser potencialmente mortales tanto para la madre como para el feto. La incidencia de hematomas hepáticos subcapsulares con rotura de la cápsula varía entre un caso por cada 40.000-250.000 partos³. La mayoría de los casos que ocurren en el embarazo son complicaciones de la preeclampsia en el contexto de un síndrome de HELLP. Aunque la etiopatogénesis de esta entidad no está clara, los hallazgos histopatológicos en el hígado incluyen depósitos de fibrina intravasculares que podrían llevar a una obstrucción hepática sinusoidal, una congestión vascular y un aumento de la presión intrahepática, lo que conlleva una

necrosis hepática, una hemorragia intraperitoneal y subcapsular y, finalmente, la rotura capsular⁴.

Las manifestaciones clínicas son inespecíficas. La sospecha clínica es fundamental para su diagnóstico y tratamiento adecuado. Los síntomas que se pueden observar son náuseas, vómitos, epigastria, malestar general, disnea secundaria a la elevación diafragmática y dolor irradiado en el hipocondrio derecho; signos de shock hipovolémico, como la hipotensión severa, pueden indicar rotura capsular y hemorragia extensa⁵. Además, puede cursar con afectación del bienestar fetal. El evento puede presentarse pre, intra o incluso posparto, hasta pasadas 48 h de este. En nuestro caso, la paciente acudió a Urgencias con dicha sintomatología inespecífica y fue el riesgo de pérdida del bienestar fetal lo que hizo que, al realizar la cesárea, se pusiera de manifiesto que la paciente ya había sufrido la rotura del hematoma. Además, las pruebas de laboratorio confirmaron el diagnóstico de síndrome de HELLP.

La prueba de imagen de elección es la tomografía axial computarizada con contraste, aunque también son útiles la ecografía o la resonancia magnética nuclear. La ecografía es una técnica rápida y no invasiva que sirve para confirmar el diagnóstico en relación con la clínica y ayudar a dirigir el tratamiento, aunque su limitación es que es dependiente del operador. En nuestro caso, el diagnóstico fue estrictamente clínico, realizándose tras la extracción fetal.

El manejo de esta entidad dependerá de la integridad o rotura del hematoma. De este modo, si la paciente se encuentra con estabilidad hemodinámica y hay integridad del mismo, el manejo es conservador, con una estrecha vigilancia del estado general y monitorización continua de las constantes, así como seguimiento mediante estudio por imagen⁶. Si se produjera la expansión del hematoma, sin rotura capsular pero con inestabilidad hemodinámica de la paciente, la cirugía está indicada. Se pueden emplear técnicas como la embolización angiográfica o ligadura de la arteria hepática⁷, la aplicación de agentes hemostáticos, el packing (taponamiento hepático temporal) e incluso la hepatectomía de los segmentos afectados⁸. En casos de rotura del hematoma y hemorragia activa se debe realizar una laparotomía de urgencia, donde la técnica más empleada ha sido el packing de la zona dañada, pudiendo ser necesario un

trasplante hepático como última alternativa⁹. Esta última opción fue la llevada a cabo en el caso que se presenta, aunque la paciente no precisó de un trasplante hepático puesto que la hemorragia logró controlarse sin producirse la necrosis de los segmentos hepáticos afectados.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Sibai BM, Ramadan MK, Usta I, Salama M, Mercer BM, Friedman SA. Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP syndrome). *Am J Obstet Gynecol*. 1993;169:1000-6.
2. Sibai BM, Ewell M, Levine RJ, Klebanoff MA, Esterlitz J, Catalano PM, et al. Risk factors associated with preeclampsia in healthy nulliparous women. The Calcium for Preeclampsia Prevention (CPEP) Study Group. *Am J Obstet Gynecol*. 1997;177:1003-10.
3. Abercrombie J. Case of hemorrhage of the liver. *Lond Med Gaz*. 1884;34:792-4.
4. Rodríguez D, Velarde R, Cortez E, Hernández R. Síndrome de HELLP, hematoma subcapsular e infartos hepáticos, presentación de 2 casos. *Ginecol Obstet Mex*. 1997;66:4-7.
5. Nogales R, Vázquez L, Pereira I, Moreno C, Albi M, López-Salva A. Hematoma subcapsular hepático, una complicación infrecuente de los estados hipertensivos del embarazo. *Clin Invest Ginecol Obstet*. 2007;34:233-5.
6. Sheikh RA, Yasmeen S, Pauly MP, Riegler JL. Spontaneous intrahepatic hemorrhage and hepatic rupture in the HELLP syndrome: four cases and a review. *J Clin Gastroenterol*. 1999;28:323-8.
7. Wicke C, Pereira PL, Neeser E, Flesch I, Rodegerdts EA, Becker HD. Subcapsular liver hematoma in HELLP syndrome: Evaluation of diagnostic and therapeutic options-A unicenter study. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190:106-12.
8. Carlson K, Bader C. Ruptured subcapsular liver hematoma in pregnancy: A case report of nonsurgical management. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190:558-60.
9. Shames BD, Fernandez LA, Sollinger HW, Chin LT, D'Alessandro AM, Knechtle SJ, et al. Liver transplantation for HELLP syndrome. *Liver Transpl*. 2005;11:224-8.