



clínica e investigación en ginecología y obstetricia

www.elsevier.es/gine



CASO CLÍNICO

Hematoma hepático subcapsular como complicación del síndrome de HELLP: reporte de caso



A. Herrera-Ortiz^a, S. Flores-Perabeles^b, D. Niebla-Cárdenas^a, M. César-Reyes^a,
M.S. Heredia^{c,*} y J.R. Audifred-Salomón^a

^a División de Ginecología y Obstetricia, Hospital General «Dr. Manuel Gea González», Ciudad de México, CDMX, México

^b Facultad de Medicina, Universidad Nacional Autónoma de México, Ciudad de México, CDMX, México

^c Servicio Social, Hospital General «Dr. Manuel Gea González», Ciudad de México, CDMX, México

Recibido el 4 de enero de 2019; aceptado el 16 de enero de 2019

Disponible en Internet el 22 de febrero de 2019

PALABRAS CLAVE

Síndrome HELLP;
Hematoma/
complicaciones;
Hematoma/diagnóstico
por imagen;
Hígado/lesiones

KEYWORDS

HELLP syndrome;
Haematoma/
complications;
Haematoma/diagnostic
imaging;
Liver/injuries

Resumen Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de hematoma subcapsular hepático como complicación del síndrome de HELLP. Debido al bajo volumen de casos publicados, la conducta terapéutica en esta entidad no ha sido definida con claridad. En el caso presentado, la ejecución pronta de un estudio de imagen fue clave para el establecimiento del diagnóstico. En caso de tratarse de un hematoma sin compromiso hemodinámico, el tratamiento conservador puede ser exitoso, como se demostró en nuestro caso.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Subcapsular hepatic hematoma as a complication of the HELLP syndrome: Case report

Abstract A case is presented on a patient diagnosed with a hepatic subcapsular haematoma as a complication of the HELLP syndrome. Due to the low volume of published cases, the therapeutic behaviour of this condition has not been clearly defined. In the case presented, the early execution of an imaging study was a key factor in establishing the diagnosis. In the case of a haematoma without haemodynamic compromise, conservative treatment can be successful, as demonstrated in our case.

© 2019 Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martin.sebastian.heredia@hotmail.com (M.S. Heredia).

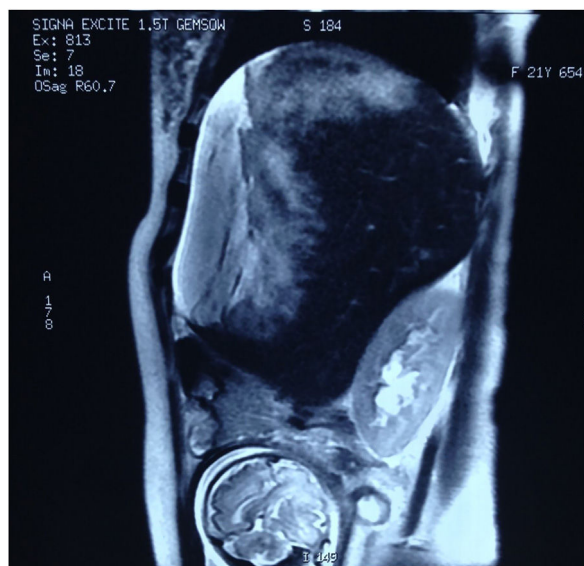


Figura 1 Resonancia magnética en la que se evidencia la presencia de hematoma hepático subcapsular.

Introducción

El hematoma subcapsular hepático, descrito por primera vez por Abercrombie en 1844, es una complicación poco frecuente del síndrome de HELLP¹. El diagnóstico y el tratamiento de esta entidad representan un verdadero reto clínico debido a la poca especificidad de los síntomas, a su baja incidencia y a la poca disponibilidad de evidencia médica contundente². Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de hematoma subcapsular hepático como complicación del síndrome de HELLP, así como los paralelismos entre este y otros reportados previamente en la literatura, con el objetivo de incrementar la cantidad de evidencia científica con respecto al manejo de esta entidad.

Caso clínico

Se trata de una paciente femenina primípara de 21 años de edad con embarazo de 27 semanas de gestación, que inició su padecimiento 2 días previos a su ingreso al presentar dolor torácico tipo opresivo con irradiación a hemitórax y brazo derecho, acompañado de epigastralgia, disnea de medianos esfuerzos y vómito de contenido gastroalimentario en 2 ocasiones. Se encontró una tensión arterial de 160/95. En los estudios de laboratorio se reportaron: ALT 325 UI/L, AST 225 UI/L, LDH 237 UI/L y trombocitopenia de 99,000 μ L. Realizamos una resonancia magnética en la que se identificó un hematoma subcapsular hepático de 1.050 cc, así como líquido libre en cavidad abdominal y probable hematoma retroplacentario (fig. 1).

Se interrumpió el embarazo por vía abdominal, obteniendo un producto que respiró y lloró al nacer. Pesó 1.224 g con el test de Capurro de 33,4 semanas de gestación, circular a cuello y líquido amniótico con meconio. Durante la cirugía, se confirmó la presencia de un hematoma hepático de 15 $\times$ 6 cm ubicado en la cara anterior del lóbulo derecho del hígado y sin datos de sangrado activo (figs. 2 y 3).

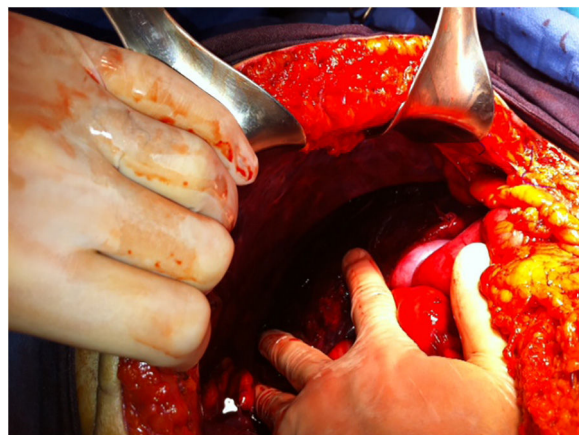


Figura 2 Fotografía transquirúrgica en la que se observa la presencia importante de hemoperitoneo.

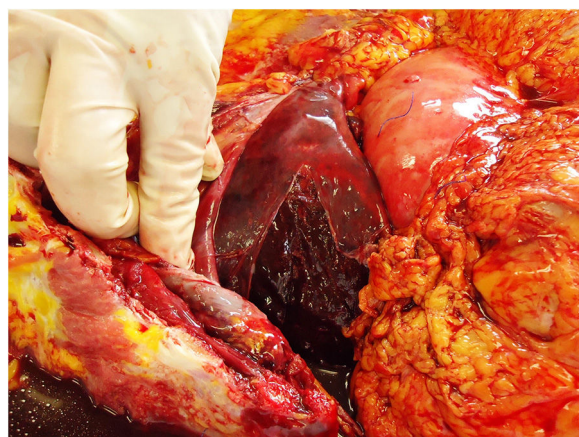


Figura 3 Fotografía transquirúrgica. Se observa el hematoma subcapsular contenido, sin datos de sangrado activo.

Debido a la ausencia de hemorragia activa, no se realizaron intervenciones adicionales.

Durante su estancia posterior se realizó tomografía axial computarizada (TAC) abdominal en la que se reportó disminución de tamaño del hematoma hepático en comparación con estudios previos, así como ausencia de absceso. Con una adecuada evolución, se egresó a la paciente 5 semanas después de la resolución del evento obstétrico.

Discusión

El hematoma subcapsular hepático es una complicación poco frecuente del síndrome de HELLP^{1,2}. Aún no se han determinado con precisión los factores de riesgo relacionados a esta entidad. Algunos reportes indican que la multiparidad o la edad mayor de 40 años representan un riesgo mayor para desarrollar hematoma y hemorragia³⁻⁵. Llama la atención que el caso presentado por nosotros no presentó ninguno de los factores de riesgo tradicionales, ya que se trató de una paciente menor de 40 años que cursaba su primer embarazo.

Los principales síntomas son poco específicos. Suele presentarse con gran frecuencia el dolor en cuadrante superior derecho o epigastrio con irradiación a hombro derecho, acompañado de náusea, vómito, distensión abdominal y datos de irritación peritoneal. Es importante resaltar que

la paciente puede referir disnea como resultado de edema pulmonar^{3,4}. En trabajos como el publicado por González-Espinosa et al, el dolor en epigastrio se presentó en el 100% de los casos, la cefalea en el 20%, la náusea y el vómito en el 40% y el edema pulmonar en el 80%⁵.

Para el diagnóstico, la resonancia magnética es el estudio de elección, ya que cuenta con la ventaja de no exponer al feto a la radiación. En caso contrario, la TAC contrastada puede ser una alternativa viable. La angiografía también presenta gran utilidad, ya que permite precisar con detalle la hemorragia intrahepática y ruptura hepática; además, ofrece la opción de embolización³. Nuestro caso demostró la utilidad de la resonancia magnética previa a la interrupción del embarazo, ya que permitió un diagnóstico preciso, sin riesgo de radiación para el producto. Durante el puerperio, se realizó TAC, la cual también demostró gran provecho para la determinación del tamaño del hematoma, así como de su evolución.

Autores como Pérez et al. sugieren la terminación del embarazo como el primer paso terapéutico para el tratamiento del hematoma hepático en pacientes con síndrome de HELLP. La vía debe ser la cesárea, pues las contracciones del parto, al aumentar la presión intraabdominal, pueden causar la ruptura del hematoma⁶. En nuestro caso, también se optó por esta conducta, probándose muy útil para el tratamiento de esta entidad.

Por otro lado, el tratamiento del hematoma hepático en cuestión no se ha definido con claridad. Tradicionalmente, se han descrito los tratamientos conservadores y quirúrgicos. En el primero de los casos, se realiza transfusión sanguínea, reemplazo de volumen, estricto monitoreo clínico de laboratorio y de imagen⁷. El factor recombinante VIIa también puede administrarse⁸. Por otra parte, el tratamiento quirúrgico debe reservarse para los siguientes casos: ruptura con hemoperitoneo e inestabilidad hemodinámica, pérdida hemática continua, aumento del volumen del hematoma y/o infección del hematoma^{9,10}. Las opciones de tratamiento quirúrgico se basan en la severidad del daño al órgano y pueden ser: a) Compresión de la zona hepática sangrante, b) interrupción del flujo sanguíneo de la arteria hepática, c) resecciones hepáticas parciales y d) hepatectomía total con trasplante de hígado. Tanto la ligadura como la embolización de la arteria hepática, son útiles para detener la hemorragia⁹. Cuando existe daño y devascularización importante, puede realizarse una lobectomía. El trasplante hepático es el último recurso a considerar cuando la hemorragia hepática no puede controlarse por los métodos quirúrgicos convencionales o se produce un fallo hepático progresivo secundario a la necrosis hemorrágica extensa. La indicación de trasplante debe hacerse anticipadamente, antes de que se produzcan complicaciones sépticas o el fallo multiorgánico. Si no se dispone de un órgano donante disponible, se realizará la hepatectomía con derivación portocava temporal, realizándose el trasplante en una segunda operación, con una fase anhepática de 48 h¹¹. El caso anterior se trata de una paciente que, a pesar de presentar datos de hemoperitoneo, no presentaba

datos de sangrado activo del hematoma en cuestión. Por ello, se optó por manejo conservador posterior a la interrupción del embarazo por vía abdominal. Nuestro caso demostró la utilidad clínica de esta conducta, ya que la paciente fue tratada exitosamente y dada de alta sin complicaciones posteriores.

Conflicto de intereses

Los autores no tienen conflicto de intereses que revelar.

Agradecimientos

Al personal médico del Hospital General «Dr. Manuel Gea González» de la Ciudad de México por todo su esfuerzo y trabajo multidisciplinario, que permitieron la adecuada evolución de la paciente.

Bibliografía

1. 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.
2. Araujo AC, Leao MD, Nobrega MH, Bezerra PF, Pereira FV, Dantas EM, et al. Characteristics and treatment of hepatic rupture caused by HELLP syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 2006;195:129–33.
3. Cerda GP. Síndrome de HELLP y ruptura hepática espontánea. Reporte de un caso y revisión de la literatura. *Rev Asoc Mex Med Crit y Ter Int*. 2003;17:138–43.
4. 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.
5. González EY. Morbimortalidad materna asociada a ruptura hepática o hematoma subcapsular por preeclampsia-eclampsia y síndrome HELLP. *Arch Inv Mat Inf*. 2010;11:51–5.
6. Pérez AC, Martínez WM, Hoefler SS, Mollo EA, Campaña GV, Czwiklitz GS. Hematoma subcapsular hepático roto asociado a pre-eclampsia severa y síndrome HELLP como urgencia quirúrgica. Técnica quirúrgica. *Rev Chilena de Cirugía*. 2007;59:403–7.
7. Carlson KL, Bader CL. Ruptured subcapsular liver hematoma in pregnancy: A case report of nonsurgical management. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190:558–60.
8. Hedner U, Erhardtsten E. Potencial role of rFVIIa in transfusion medicine. *Transfusion*. 2002;42:114–24.
9. Reck T, Bussenius-Kammerer M, Ott R, Müller V, Beinder E, Hohenberger W. Surgical treatment of HELLP syndrome-associated liver rupture—an update. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2001;99:57–65.
10. Santos-Bolívar J, Perozo Romero J, Prieto Montaña J, Reina Villasmil E, Torres Cepeda D. Ruptura de hematoma subcapsular hepático como complicación de síndrome HELLP. *Cir Esp*. 2009;10:10–6.
11. Shames BD, Fernández LA, Sollinger HW, Chin LT, D'Alessandro AM, Knechtle J, et al. Liver transplantation for HELLP syndrome. *Liver Transpl*. 2005;11:224–8.