



P-685 - ROTURA HEPÁTICA ESPONTÁNEA EN PACIENTE CONSUMIDOR DE ANABOLIZANTES

Rodríguez García, Pablo; Vicente González, María Rosario; Romera Barba, Elena; González-Costeá Martínez, Rafael; Martínez Manzano, Álvaro; Abellán Garay, Laura; Muñoz García, Javier; Perán Fernández, Cristóbal

Hospital General Universitario Santa Lucía, Cartagena.

Resumen

Introducción: Los esteroides anabolizantes son compuestos sintéticos relacionados con los andrógenos. Favorecen el desarrollo de los caracteres sexuales secundarios masculinos y aceleran el crecimiento muscular, aunque pueden producir ginecomastia, cardiopatía isquémica, atrofia testicular y alteraciones hepáticas como peliosis, colestasis, adenomas y tumores hepáticos. Los tumores hepáticos asociados a esteroides anabolizantes normalmente son benignos, con regresión espontánea tras el abandono de los mismos. Su clínica varía desde un hallazgo casual o dolor abdominal, hasta un hematoma intrahepático o una hemorragia secundaria a la rotura hepática, que puede ser fatal. La rotura hepática espontánea es una patología infrecuente que puede presentarse como complicación de alguna de estas afectaciones hepáticas asociadas. Ante la sospecha, se debe realizar una TC abdominal urgente. El tratamiento debe ser individualizado, y disponemos de varias opciones como tratamiento conservador, embolización arterial y cirugía.

Caso clínico: Presentamos a un varón de 34 años, consumidor habitual de esteroides anabolizantes, que acudió a Urgencias por dolor abdominal intenso de inicio súbito. No refería antecedentes de traumatismo ni caída. A su llegada, se encontraba estable, con dolor generalizado a la palpación abdominal. Analíticamente destacaba una Hb 11,4 y una elevación de enzimas hepáticas con 1724 GOT y 4973 GPT. Se realizó un TC abdominal hallando gran colección heterogénea de unos 13 cm, compatible con hematoma intrahepático que abarcaba segmentos IVa, IVb, VII y VIII, sin apreciar punto de sangrado activo. Además, presentaba cambios inflamatorios en glúteo mayor derecho, ginecomastia bilateral y dos imágenes hepáticas hipodensas redondeadas de 1,5 cm en segmento III y V. Dada la estabilidad hemodinámica, se decidió manejo conservador e ingreso en UCI para monitorización. En las primeras 24h se observó caída de 3 puntos de Hb, precisando transfundir 2CH. Se realizó ECO de control sin objetivar progresión del hematoma. Al 5º día fue dado de alta de UCI, sin haber precisado transfusión posterior de hemoderivados, con cifras estables de Hb, ni uso de drogas vasoactivas. A los 15 días se realizó ECO de control observando discreta mejoría.

Discusión: El manejo conservador de lesiones hepáticas es adecuado siempre que el paciente se encuentre estable y no tenga otra indicación de laparotomía. Más del 80% de estos pacientes pueden manejarse con tratamiento conservador. Precisan ingreso en UCI donde se les monitorizará y realizará control clínico y analítico seriados. El seguimiento ecográfico también está indicado en lesiones extensas. La angioembolización está indicada cuando es necesario transfundir 4CH en 6h o

6CH en 24h para mantener al paciente estable. La inestabilidad recurrente suele requerir cirugía. En cuanto al seguimiento con pruebas de imagen, no existen indicaciones claras en pacientes asintomáticos. En pacientes con lesiones hepáticas complejas se debe repetir, normalmente ECO o TC previo al alta y entre 4-8 semanas después. Las complicaciones del hematoma intrahepático comprenden hemorragia tardía, biliomas, abscesos, necrosis hepática, pseudoaneurismas arteriales y fístulas. Las más frecuentes son las fístulas biliares. Los patrones de lesión central requieren una estrecha vigilancia debido al riesgo de fuga biliar. La mortalidad es aproximadamente del 10%, siendo la hemorragia masiva la causa más frecuente de muerte.