



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-568 - HEMATOMA HEPÁTICO DE ETIOLOGÍA INUSUAL

Barquín Yagüez, José; Abadía, Pedro; Ballester, Araceli; Moreno, Irene; Pina, Juan Diego; Die, Javier; García Pérez, Juan Carlos; Lobo, Eduardo

Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: La rotura hepática espontánea es una patología infrecuente y con elevada mortalidad. Su etiología es variada, siendo sus causas más frecuentes la preeclampsia y el síndrome HELLP durante el embarazo, los tumores hepáticos, la sobredosificación del tratamiento anticoagulante y las enfermedades sistémicas del tejido conectivo. La rotura de microaneurismas debido a procesos inflamatorios es inusual y la rotura hepática de origen desconocido es extremadamente rara. El diagnóstico debe basarse en la exploración física, analítica y en las pruebas de imagen, principalmente TC abdominal. El tratamiento puede ser observación, embolización arteriográfica o cirugía. La elección del tratamiento debe ser individualizada según la extensión del hematoma, la estabilidad hemodinámica del paciente, la experiencia del personal sanitario y los recursos disponibles.

Caso clínico: Varón de 81 años con antecedentes de hipertensión arterial, dislipemia, diabetes mellitus tipo 2, fumador y EPOC grado II, que ingresó por neumonía FINE IV en tratamiento con ceftriaxona. Se obtuvieron dos hemocultivos positivos para *S. aureus* sensible a penicilina. Ante dicha bacteriemia se realizaron ecocardiogramas transtorácico y transesofágico sin observarse vegetaciones cardiacas. Al cuarto día de ingreso presentó, de forma súbita, intenso dolor en hipocondrio derecho irradiado hacia hombro, hipotensión arterial (70/50 mmHg), taquicardia (125 lpm) y oliguria. En la analítica se evidenció una hemoglobina de 8,1 g/dL (previa de 14 g/dL), importante elevación de enzimas hepáticas de citólisis e INR 1,5. En el TC abdominal se observó un voluminoso hematoma hepático subcapsular con desestructuración del lóbulo derecho junto con hemoperitoneo, sin visualizarse patología hepática subyacente previa. Se realizó arteriografía confirmándose sangrado arterial activo en ramas distales de la arteria hepática derecha y se embolizó la misma, cesando el sangrado y estabilizándose hemodinámicamente el paciente. Se transfundieron 4 concentrados de hematíes y precisó drogas vasoactivas durante el episodio hipotensivo. En los TC de control realizados durante la primera semana se comprobó la ausencia de sangrado activo y la estabilización del hematoma.

Discusión: Este caso resulta especialmente interesante ya que el paciente no presentaba patologías hepáticas ni sistémicas previas, ni traumatismo abdominal, que justificasen la rotura hepática espontánea salvo la bacteriemia por *S. aureus* en el contexto de una neumonía. Además el tratamiento con enoxaparina 40 mg/24h y un INR de 1,5 no justifican este cuadro. Por ello establecemos la hipótesis de que la rotura hepática se produjo por la formación y rotura de

microaneurismas producidos por la inflamación de la pared arterial debido a la bacteriemia. Otro punto interesante es el manejo conservador mediante embolización arteriográfica de la arteria hepática derecha en vez del tratamiento quirúrgico, más frecuentemente utilizado y con mayor morbimortalidad. La rotura hepática espontánea es una patología infrecuente y con elevada mortalidad. Su etiología es variada, siendo el posible origen de este caso, la rotura de microaneurismas inflamatorios debidos a una bacteriemia, una causa muy infrecuente. El TC abdominal es la prueba de elección para el diagnóstico acompañado de la clínica. Las diferentes opciones terapéuticas deben individualizarse en función de la situación del paciente, la experiencia y de los recursos disponibles.