

Una rara complicación de la CPRE: el hematoma subcapsular hepático

A rare complication of ERCP: sub-capsular liver haematoma

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) se ha impuesto como procedimiento diagnóstico-terapéutico mínimamente invasivo en enfermedades del árbol biliar, presenta una morbilidad que oscila entre el 2 y el 10% y una mortalidad de entre el 0,5 y el 1%¹. Entre las complicaciones más destacadas se encuentran la pancreatitis aguda, la hemorragia y la perforación duodenal. El hematoma subcapsular de hígado es una complicación extremadamente rara; en la literatura hay 4 casos comunicados²⁻⁵. Nuestro objetivo es informar del quinto caso de hematoma subcapsular hepático secundario a CPRE.

Mujer de 15 años de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia, que ingresa a nuestro servicio de cirugía después de la realización de CPRE en otro centro por pancreatitis aguda biliar.

La paciente ingresa en mal estado general, pálida, taquipneica con aleteo nasal, taquicárdica y febril (38 °C), con intenso dolor en el epigastrio y el hipocondrio derecho de tipo continuo que refirió como de inicio súbito con irradiación interescapular después de realizada la CPRE, acompañado de náuseas y vómitos gastrobilíacos con episodios de deposiciones blandas. A la exploración física se objetiva dolor y defensa en el hipocondrio derecho, sin reacción peritoneal, con ruidos hidroaéreos presentes.

El laboratorio de ingreso arrojó los siguientes datos: leucocitos, 21.400; hemoglobina, 10g; bilirrubina total, 1,22; bilirrubina directa, 0,6; bilirrubina indirecta, 0,61; amilasemia, 63; fosfatasa alcalina, 130. Ecografía: imagen compatible con hematoma subcapsular de hígado de 135 × 49 × 35 mm. Páncreas de aspecto normal. La tomografía computarizada (TC) de abdomen objetiva hematoma subcapsular de lóbulo derecho del hígado (fig. 1).



Figura 1 – Tomografía que muestra hematoma subcapsular hepático.

Se resuelve mantener conducta expectante y se inicia tratamiento con reposición de fluidos, antibióticos (cefalotina 1g, gentamicina 80), analgesia (ketorolaco 30mg, dipirona y rescates con nalbupina).

La evolución de la paciente mostró desde el inicio una tendencia a la mejoría lo que se corroboró con el correr de los días y se le dio de alta a los 9 días de su ingreso con el siguiente resultado de laboratorio: leucocitos, 9.600; hemoglobina, 11,8 g; bilirrubina total, 0,48; bilirrubina directa, 0,2; bilirrubina indirecta, 0,28; amilasemia, 67; fosfatasa alcalina, 151. La ecografía muestra leve disminución del tamaño del hematoma.

En el seguimiento ambulatorio la paciente presentó dolor en hipocondrio derecho en 2 oportunidades que se controló con ketorolaco; en la actualidad, después de 6 meses del alta, se encuentra libre de síntomas y en buen estado general, con ecografía que informa hematoma residual de 32 × 17 mm.

La CPRE tiene una constelación propia de complicaciones que oscilan entre el 2 y el 10%; la pancreatitis aguda, la hemorragia y la perforación duodenal son las más frecuentes. El porcentaje de morbilidad varía según la experiencia del operador^{1,4}.

El hematoma subcapsular hepático como complicación de una CPRE es de extrema rareza, solo 4 casos han sido descritos en la literatura, el primero de ellos en el año 2000^{2,4}. Nuestro caso sería el quinto del que tenemos conocimiento.

La fisiopatogenia por la cual se produciría el hematoma sería la lesión accidental de la vasculatura hepática después de la perforación de algún conducto biliar intrahepático por la guía metálica y el consiguiente sangrado y acumulación subcapsular⁵.

La clínica de presentación, fundamentalmente el dolor, de aparición súbita e inmediatamente tras el procedimiento, debe hacer sospechar esta complicación.

En los parámetros de laboratorio, a excepción de una leucocitosis y, en casos graves, un descenso de la hemoglobina, no hay otros datos de importancia.

La ecografía abdominal y la TC son las que indican el diagnóstico definitivo.

En lo que respecta al tratamiento, y según lo observado en el presente caso y en 3 de los revisados en la literatura^{2,3,5}, creemos que debe ser inicialmente conservador, con antibióticos, aporte de fluidos y, fundamentalmente, una analgesia que involucre el uso de morfínicos ya que el dolor suele ser intenso.

La indicación de cirugía quedaría reservada para los pacientes en los que el hematoma se rompa, se infecte o crezca, con riesgo de rotura o dolor inmanejable. Los procedimientos percutáneos podrían tener un lugar en el arsenal terapéutico, así como los procedimientos angiográficos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Classen HR. Complications of diagnostic gastrointestinal endoscopy. *Endoscopy*. 1990;22:229-33.
2. Ortega Deballon P, Fernández Lobato R, García Septiem J, et al. Liver hematoma following endoscopic cholangiopancreatography (ERCP). *Surg Endosc*. 2000;14:767.
3. Horn TL, Pena LR. Subcapsular hepatic hematoma after ERCP; case report and view. *Gastrointest Endosc*. 2004;59:594-6.
4. Priego P, Rodríguez G, Mena A, Losa N, Aguilera A, Ramiro C, et al. Hematoma subcapsular hepático tras CPRE. *Rev Esp Enferm Dig*. 2007;99:49-60.

5. Chi KD, Waxman I. Subcapsular hepatic hematoma after guide wire injury during ERCP. *Endoscopy*. 2004;36:1019-21.

Gustavo A. Nari, Jacqueline Preciado Vargas* y Noreen Rosendo Ballesteros

Departamento de Cirugía, Hospital General Tercer Milenio, ISEA, Aguascalientes, México

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: drajackie@gmail.com (J. Preciado Vargas).

doi:10.1016/j.ciresp.2008.04.002

Neoplasia de colon con metástasis hepática. Tratamiento secuencial mediante cirugía laparoscópica

Colonic neoplasm with liver metastasis. Sequential treatment using laparoscopic surgery

La cirugía laparoscópica constituye en la actualidad, el estándar de tratamiento para multitud de enfermedades en el ámbito de nuestra especialidad: coledocistitis, reflujo gastroesofágico, enfermedades de las glándulas suprarrenales o el bazo. De igual manera, ha ido ganando protagonismo en la cirugía colorrectal, tanto para enfermedades benignas como malignas¹. Recientemente ha sido publicado un estudio multicéntrico, prospectivo, randomizado, que incluye a 872 pacientes con neoplasias de colon, que fueron aleatorizados para tratamiento mediante cirugía abierta o laparoscópica, con un seguimiento mínimo de 5 años en el 90% de los enfermos. Los resultados oncológicos fueron similares con la cirugía laparoscópica y la convencional en relación con los ítems considerados (supervivencia general y libre de enfermedad, e incidencia y localización de las recidivas)².

También en el campo de la cirugía hepática vivimos la progresiva incorporación de las técnicas laparoscópicas para el tratamiento no sólo de lesiones quísticas, sino también sólidas, benignas y malignas; ya hay metaanálisis y aportaciones de centros con alto volumen de resecciones que vienen a confirmar tanto la factibilidad técnica de estos procedimientos como su seguridad desde el punto de vista oncológico^{3,4}. En nuestro país hay un interés creciente en este ámbito, y como ejemplos podemos citar el registro nacional de cirugía hepática por laparoscopia⁵, así como las experiencias publicadas por diversos grupos⁶⁻⁸, e incluso la aportación de innovaciones técnicas⁹.

El carcinoma colorrectal, en su doble vertiente de enfermedad del tubo digestivo y no infrecuente afectación hepática, supone un proceso patológico en el que cada vez con más frecuencia el uso de las técnicas laparoscópicas se está convirtiendo en habitual. En tal sentido, presentamos el caso de un paciente afecto de una neoplasia de colon con

metástasis hepática única sincrónica, tratado completamente por vía laparoscópica. Se trataba de un varón de 67 años de edad diagnosticado en el hospital de la Serranía de Ronda (Málaga) en mayo de 2007 de adenocarcinoma de sigma con metástasis hepática de 6 cm de diámetro, a nivel del segmento II en proximidad del diafragma. Como estudios de extensión, se realizaron radiografía de tórax, colonoscopia completa y tomografía computarizada abdominal trifásica, que descartaron otras lesiones, excepto las descritas. Presentado en comité oncológico con la unidad de cirugía hepática de referencia (Hospital Universitario Carlos Haya), se decidió el tratamiento quirúrgico de ambas lesiones mediante cirugía mínimamente invasiva, dada su localización (colon sigmoide, a 28 cm, y segmento II, uno de los segmentos favorables para plantear la resección hepática laparoscópica). La sigmoidectomía laparoscópica fue realizada el 18-5-2007, con una estancia postoperatoria de 5 días, sin incidencias, y una estadificación pT3N0M1. El paciente no recibió tratamiento quimioterápico alguno, y 2 meses después (26-7-2007) fue intervenido por laparoscopia de su lesión metastásica hepática; se realizó la resección parcial de los segmentos II y III, con pinzamiento hiliar intermitente de 20'+24'. Para la hemostasia durante la transección se empleó LigaSureTM V y TissuLinkTM. Se descartó que hubiera otras lesiones metastásicas hepáticas mediante ecografía intraoperatoria con transductor laparoscópico. Las pérdidas hemáticas fueron <200 ml, no precisó transfusión de hemoderivados, y la pieza resecada, de 12 × 7 × 4 cm, con un nódulo bien delimitado de 6 × 3 cm correspondiente a la lesión metastásica (fig. 1), fue extraída en el interior de una bolsa a través de la misma incisión en la fosa iliaca derecha por donde se extrajo la pieza de colectomía. La estancia postoperatoria fue de 3 días, sin registrarse ningún tipo de