

# PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog

## CASO CLÍNICO

# Hematoma subcapsular hepático en el síndrome de HELLP

Olalla Ouviaña Millán<sup>a,\*</sup>, M. José Alonso Vaquero<sup>a</sup>, Rita Vidal Hernández<sup>a</sup> y Antonio De Juan Barquin<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Obstetricia y Ginecología, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España

<sup>b</sup> Servicio de Cirugía General y Digestiva, Complejo Hospitalario de Pontevedra, Pontevedra, España

Recibido el 11 de abril de 2008; aceptado el 29 de marzo de 2010

Accesible en línea el 2 de julio de 2010

### PALABRAS CLAVE

Hematoma subcapsular hepático;  
Empaquetamiento hepático

### KEYWORDS

Subcapsular hepatic hematoma;  
Hepatic packing

**Resumen** Presentamos un caso de rotura hepática espontánea tras la formación de un extenso hematoma subcapsular en una paciente que cursa una gestación normal hasta la aparición del cuadro clínico descrito, no asociado a cuadros hipertensivos severos del embarazo previamente diagnosticados, que se trató de modo conservador mediante empaquetamiento hepático temporal. Posteriormente, la paciente evolucionó de modo satisfactorio, con resultados materno neonatales óptimos.

© 2008 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

### Hepatic subcapsular hematoma in HELLP syndrome

**Abstract** We present a case of spontaneous hepatic rupture after the formation of a subcapsular hematoma in a patient with a previously normal pregnancy and no previous diagnosis of severe hypertension. The patient was treated conservatively through hepatic packing. Maternal and fetal outcomes were optimal.

© 2008 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

## Introducción

La rotura de un hematoma hepático subcapsular durante la gestación es una complicación infrecuente asociada principalmente a síndromes hipertensivos graves del embarazo, tales como preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP. En la literatura científica se describe una incidencia de 1 de cada 45.000 a 250.000 embarazos, con una mortalidad materna y

neonatal de aproximadamente el 59 y el 62%, respectivamente<sup>1</sup>. El cuadro fue descrito por primera vez por Abercrombie, en 1844<sup>1</sup>.

## Caso clínico

Paciente primigrávida, de 39 años, gestante de 32 + 2 semanas; embarazo controlado y de curso normal hasta el momento del ingreso. Es sometida a cuatro ciclos de inducción de la ovulación por esterilidad primaria de dos años de evolución, consiguiendo gestación espontánea seis meses después del último ciclo. En la anamnesis refiere

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: olallaom22@hotmail.com (O. Ouviaña Millán).

alergia a la penicilina y no presenta antecedentes médico-quirúrgicos o personales de interés. La amniocentesis genética realizada por edad materna en la semana 16 se informó como feto de sexo femenino y fórmula cromosómica normal (46XX). Consulta a través del servicio de urgencias por dolor epigástrico en barra y en hipocondrio derecho, irradiado a espalda y miembro superior derecho. Presenta omalgia ipsilateral. No describe otra sintomatología hipertensiva, tal como cefalea o escotomas visuales. A la exploración física destaca una importante palidez cutaneomucosa, sudoración fría y taquipnea; náuseas y vómitos. No se objetivan edemas clínicamente significativos.

Las constantes al ingreso fueron: Tensión arterial (TA) 141/94, temperatura 36 °C, frecuencia cardíaca 63 lpm saturación de O<sub>2</sub> del 99%. Las pruebas complementarias básicas realizadas revelan los siguientes datos: hemoglobina 12,9 g/dL; hematocrito 38%; hematíes 4.060.000; plaquetas 135.106 (volumen plaquetario medio 13,8); leucocitos 17.900 (87,2% segmentados). Parámetros de coagulación dentro de la normalidad (tiempo de protrombina de 11,6 y tiempo de tromboplastina parcial activado 26,8). Destaca un valor de transaminasa glutámicooxalacética (GOT) de 152 U/l; resto de parámetros bioquímicos dentro de límites de referencia. Proteinuria cualitativa +++.

La ecografía obstétrica urgente objetiva un feto en presentación cefálica, con frecuencia cardíaca fetal positiva, diámetro biparietal de 79 mm, una longitud femoral de 57 mm, una circunferencia abdominal de 250 mm, acorde a una edad gestacional media 29 + 3 semanas, y peso estimado fetal 1.489 g. Placenta anterior normoinsera, grado de maduración II. Líquido amniótico adecuado para edad gestacional.

El registro cardiotocográfico fetal externo (fig. 1) describe una taquicardia basal leve, con escasa reactividad fetal, variabilidad disminuida, y desaceleraciones espontáneas. No dinámica uterina.

Se decide realizar una cesárea urgente debido a la inestabilidad clínica de la paciente y riesgo de pérdida del bienestar fetal, bajo anestesia general. Durante la

intervención, se objetiva un hemoperitoneo de aproximadamente 1.500 cc. Se extrae feto vivo mujer de 1.480 g de peso y una puntuación en la prueba de Apgar de 4/8. Tras realizar limpieza de cavidad uterina e histerorrafia, se extiende incisión de Pfannestiel con laparotomía media perisupraumbilical para exploración de la cavidad abdominal, objetivándose un extenso hematoma subcapsular y protrusión del parénquima hepático en la cara inferior, rodeando vesícula biliar (que se hallaba indemne). Presenta sangrado activo extraparenquimatoso, que cede tras compresión hepática bimanual. Posteriormente, se realiza un empaquetamiento hepático con 2 paquetes de 4 compresas quirúrgicas en las zonas de sangrado, uno en la cara diafragmática del lóbulo izquierdo y otro bajo la zona de protrusión hepática, que consiguen cohibir la hemorragia. Tras la colocación de un tubo de drenaje siliconado parietocólico derecho, se procede al cierre de la pared abdominal. Durante la intervención se transfunden 4 unidades de concentrados de hematíes.

Tras la intervención la paciente es trasladada a la unidad de cuidados intensivos. Se obtuvo un control analítico posquirúrgico con los siguientes datos: hemoglobina 11,4 g/dL; hematocrito 33%; plaquetas 58.106; leucocitos 22.000. Hipertransaminasemia grave: GOT 3.349 U/l y transaminasa glutámico pirúvica (GPT) de 3.370 U/l. Las pruebas de coagulación fueron normales: TTPA 24,5 y fibrinógeno 379 mg/dl). La tomografía computarizada abdominopélvica (figs. 2 y 3) informa de una extensa lesión hipodensa, homogénea en los cortes superiores y parcheada en los caudales, compatible con hematoma y sangrado intraparenquimatoso hepático, que afectaba a la práctica totalidad del lóbulo hepático derecho excepto lóbulo caudado, y parte del segmento IV del lóbulo izquierdo, con una importante colección perisubhepática de 1,5 cm de diámetro transversal, que rodea al material quirúrgico conocido.

Con el diagnóstico de hematoma hepático subcapsular, se decide trasladar a la paciente a la unidad de trasplante abdominal (sección de cirugía hepática) del centro

**Figura 2** Tomografía computarizada posterior a la realización de la cesárea, corte caudal.

**Figura 3** Tomografía computarizada posterior a la cesárea, corte superior.

hospitalario de referencia, en la que ingresa consciente y estable hemodinámicamente. La evolución en dicha unidad es favorable, siendo reintervenida a las 48 h para retirada de *packing* hepático, sin que se observen datos de sangrado. Permanece afebril durante todo el período postoperatorio y con profilaxis antibiótica vía oral con gentamicina y clindamicina. Presenta un aumento progresivo del recuento plaquetario y una disminución de las transaminasas desde un pico máximo de 5.344 U/dl (que al alta se cifran en 157.000 plaquetas/l y 261 U/l de GOT, respectivamente). Ante la evolución clínica satisfactoria, la paciente es dada de alta a los 20 días de la primera intervención.

El recién nacido precisó ingreso en la unidad de neonatología por prematuridad. Desarrolla un síndrome de distrés respiratorio leve que evoluciona favorablemente hasta el alta, a los 31 días del ingreso.

## Discusión

Los estados hipertensivos del embarazo abarcan cuadros tan diversos clínicamente como en lo que a su gravedad y repercusión materno fetal se refiere<sup>2</sup>. Ante una paciente gestante hipertensa, la aparición de síntomas como dolor abdominal, sintomatología digestiva y signos de hipoperfusión o anemia aguda debe ser estudiada y complementada con análisis de laboratorio en los que son fundamentales el frotis de sangre periférica, el recuento plaquetario, el hematocrito y las enzimas hepáticas para efectuar una valoración apropiada de una probable afectación hepática secundaria y descartar el desarrollo de un síndrome de HELLP<sup>3</sup>. El apoyo de pruebas de imagen como la tomografía computarizada y la ultrasonografía permiten realizar un correcto diagnóstico diferencial, principalmente con rotura uterina, desprendimiento precoz de la placenta normalmente inserta, coagulación intravascular diseminada (CID) (aunque en la mayoría de los casos los resultados de laboratorio en el síndrome de HELLP son superponibles a los obtenidos en los casos de CID por otra causa)<sup>3</sup> o patología quirúrgica digestiva, como rotura de víscera hueca, colecistitis aguda séptica, hígado graso agudo del embarazo, pancreatitis o apendicitis aguda. Pese a ello, en gran parte de los casos el diagnóstico es un hallazgo intraoperatorio.

Dentro del amplio espectro de manifestaciones clínicas de los estados hipertensivos del embarazo, el síndrome HELLP se ha reconocido como uno de los más graves. Su incidencia se ha estimado entre el 4 y el 12% de las pacientes con un trastorno hipertensivo del embarazo; sin embargo, la hipertensión severa no es un hallazgo constante, ni siquiera frecuente, del síndrome HELLP<sup>3</sup>. Existe una gran discusión acerca de su etiología, su diagnóstico y su manejo, y de sus complicaciones asociadas. La formación de un hematoma subcapsular hepático y la rotura de éste constituyen una de las más graves complicaciones del síndrome HELLP y los trastornos hipertensivos del embarazo, ya que el fallo hepático asociado a la trombocitopenia condiciona que la hemostasia quirúrgica del hígado estallado sea extremadamente difícil. El cuadro clínico descrito al inicio y los signos asociados pueden preceder en varias horas al colapso circulatorio. Los puntos en los que se basa el manejo de este cuadro son la finalización inmediata del embarazo, la estabilización hemodinámica de la paciente, realizando una correcta reposición de volumen y transfusión de hemoderivados, el drenaje quirúrgico del hemoperitoneo y la coerción de la zona sangrante<sup>4</sup>. En los casos de formación de un hematoma intrahepático con cápsula hepática íntegra, se acepta el tratamiento expectante mediante observación clínica y seguimiento por medio de pruebas de imagen para prevenir complicaciones como la hemorragia o la formación de abscesos<sup>5</sup>.

La técnica más frecuentemente utilizada en el caso de rotura y sangrado del hematoma es el empaquetamiento hepático temporal con material no reabsorbible<sup>2</sup>, aunque a veces sólo logra un control parcial del sangrado, que se reanuda tras la retirada del taponamiento. Otros métodos descritos son la colocación de una malla perihepática permanente de poliglactina, la ligadura de la arteria hepática correspondiente<sup>4</sup>, la embolización de ésta mediante arteriografía selectiva, la lobectomía de la fracción afectada y el trasplante hepático en los casos más graves<sup>5</sup>.

Por todo ello, el tratamiento de esta complicación debe ser inmediato, intensivo y multidisciplinario, y se debe considerar

el diagnóstico en los casos de dolor abdominal y signos de shock hemorrágico, signos de irritación peritoneal y/o hepatomegalia, aun en el curso de una gestación normal<sup>4,5</sup>. En el caso de una paciente previamente hipertensa, el desarrollo agudo de un shock hipovolémico acompañado de hipotensión súbita constituye el sello distintivo de la rotura de un hematoma hepático. El fallo diagnóstico y especialmente la no intervención quirúrgica inmediata derivan en la muerte de la paciente y del feto en un alto porcentaje de los casos.

## Bibliografía

1. González Martínez G, Aguirre Suarez J, Alarcón Sandoval A, Pulgar Lehr A, Valbuena Adrianza O. Hepatic and splenic rupture associated with severe preeclampsia: a case report. *Invest Clin.* 2004;45:63–8.
2. Luna R, Bolsan HE, Skerly J, Malte Terrada G, Gutiérrez A, Muñoz SJ. Hepatic rupture in pregnancy: report of a case and review of the literatura. *Acta Gastroenterol Latinoam.* 2000;30:121–6.
3. Martín Martínez A, Sánchez Sánchez V, Bernaldo de Quirós I, García Hernández JA. Rotura hepática espontánea en el embarazo sin asociación con preeclampsia. *Prog Obstet Ginecol.* 2003;46:181–4.
4. González GD, Rubel HR, Giep NN, Bottsford Jr JE. Spontaneous hepatic rupture in pregnancy: management with hepatic artery ligation. *South Med J.* 1984;77:242–5.
5. Pezet D, Lointiner P, Faight R, Canis M, Fondrinier E, Halberstadt J, et al. Spontaneous hepatic hematoma during pregnancy. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris).* 1988;17:1059–61.