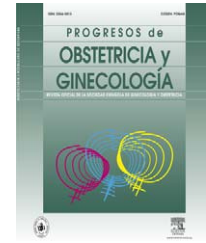


PROGRESOS de OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA

www.elsevier.es/pog



CASO CLÍNICO

Manejo conservador de un hematoma subcapsular hepático en un síndrome de HELLP

Emma Garcia Grau^{a,*}, Albert Cos Torrubiano^a, Sandra Pérez Aguilera^b,
Joan Falcó Fages^b y Yolanda Canet Estevez^a

^a Servicio de Ginecología y Obstetricia, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

^b Servicio de Radiología, Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell, Barcelona

Recibido el 18 de noviembre de 2009; aceptado el 29 de marzo de 2011

Accesible en línea el 20 de mayo de 2011

PALABRAS CLAVE

Síndrome de HELLP;
Rotura hepática;
Embolización arterial

KEYWORDS

HELLP syndrome;
Hepatic rupture;
Arterial embolization

Resumen La sospecha clínica, el diagnóstico rápido y un abordaje multidisciplinar son fundamentales para mejorar la morbimortalidad de las pacientes con hematoma subcapsular hepático. El tratamiento de esta entidad abarca desde la conducta expectante bajo vigilancia clínica y radiológica, la embolización de las arterias hepáticas o la cirugía en caso de inestabilidad hemodinámica, persistencia de sangrado o incremento del dolor. Presentamos el caso de un síndrome de HELLP posparto complicado con un hematoma subcapsular hepático y que se resolvió exitosamente con embolización de la arteria hepática derecha.

© 2009 SEGO. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Conservative management of a subcapsular liver hematoma in HELLP syndrome

Abstract To improve morbidity and mortality in patients with subcapsular liver hematoma, clinical suspicion, a rapid diagnosis and multidisciplinary treatment are fundamental. The treatment of this complication includes expectant management with clinical and radiological observation, embolization of the hepatic arteries, and surgical treatment if there is hemodynamic instability, persistent bleeding or increasing pain. We report a case of postpartum HELLP syndrome that was complicated by a subcapsular liver hematoma, successfully treated by embolization of the right hepatic artery.

© 2009 SEGO. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Weinstein describe en 1982 por primera vez el síndrome de HELLP como aquel cuadro que cursa con hemólisis

microangiopática, trombocitopenia e hipertransaminasemia¹. Su incidencia oscila entre el 1-6% de los embarazos y hasta en un 12-20% en los casos que asocian preeclampsia o eclampsia severas². La mortalidad materna es elevada, alcanzando el 40-50% cuando se complica con hematoma subcapsular y rotura hepática³.

Aberombic⁴ describió el hematoma subcapsular hepático, que se presenta en 1:45.000-225.000 embarazos, o lo que es

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: egarciagr@uoc.edu (E. Garcia Grau).

lo mismo, en un 1% de los casos de síndrome de HELLP. La posibilidad de recurrencia en embarazos posteriores oscila entre el 4-27%⁵.

Caso clínico

Presentamos el caso de una paciente de 30 años procedente de Marruecos, paridad 1 0 0 1, con un curso de embarazo correcto y el antecedente de una preeclampsia en el embarazo anterior. Ingresó a las 38,3 semanas de embarazo en expulsivo, dando a luz un niño de 2.800 g por parto eutócico y sin anestesia epidural. La presión arterial (PA) en el posparto inmediato fue de 140/90 mmHg. A las 6 h posparto inició un cuadro de dolor súbito en el hipocondrio derecho que no respondió a analgesia convencional. PA = 230/110 mmHg. Se administró un bolus de hidralacina de 5 mg y otro de sulfato de magnesio de 4 g, manteniendo este segundo en perfusión 1 g/h. El dolor mejoró lentamente y en la tomografía computarizada (TC) se evidenció líquido periportal y perivesicular (fig. 1), sin líquido libre intraabdominal. Ante estos hallazgos



Figura 1 Primera TC donde se observa edema periportal y perivesicular.

inespecíficos, se realizó una ecografía hepática para descartar patología biliar, evidenciando una vesícula prácticamente colapsada, sin colecistitis. A las 2 h del inicio del cuadro inició una rápida anemia, plaquetopenia (69.000), hipertransaminasemia leve e inestabilidad hemodinámica de difícil control. Ante la sospecha de hematoma subcapsular hepático asociado a síndrome de HELLP, se repitió la ecografía que demostró un área hiperecoica, heterogénea de 3 cm de grosor, sugestiva de hematoma subcapsular e importante cantidad de líquido libre perihepático y en pelvis. Rápidamente, se sospechó rotura hepática y se practicó una arteriografía, en la que se objetivó un sangrado múltiple y puntiforme de la arteria hepática, con deformidad del contorno hepático por gran hematoma subcapsular (fig. 2). Se decidió embolizar la arteria hepática derecha con partículas de Gelfoam®. Se transfundieron 5 concentrados de hemáties y 3 bolsas de plasma fresco congelado, consiguiéndose la estabilización de la paciente y descartándose tratamiento quirúrgico inmediato. La evolución resultó favorable en días posteriores, con difícil control de la PA a pesar del tratamiento con hidralacina y labetalol. Presentó cifras de alanina aminotransferasa 684 U/l y aspartato aminotransferasa 495 U/l que mejoraron de forma progresiva. A las 48 h se realizó una ecografía-Doppler que demostró señal Doppler en el inicio de la arteria hepática derecha y en la pared vesicular. La paciente fue dada de alta a los 14 días. El control de TC al mes mostró una resolución completa del sangrado con reabsorción del hematoma subcapsular y permeabilidad de la arteria hepática (fig. 3).

Discusión

La sospecha clínica, el diagnóstico rápido y un tratamiento multidisciplinar son fundamentales para mejorar la morbimortalidad de estas pacientes. El tratamiento abarca desde la conducta expectante y seguimiento clínico⁶, la embolización de las arterias hepáticas⁷ o incluso se propone tratamiento quirúrgico en presencia de inestabilidad hemodinámica, persistencia de sangrado o aumento del dolor⁸.

El tratamiento clásico se basa en el abordaje quirúrgico de la rotura hepática. Pueden ser el *packing* o la ligadura de las arterias hepáticas, resecciones e incluso trasplantes

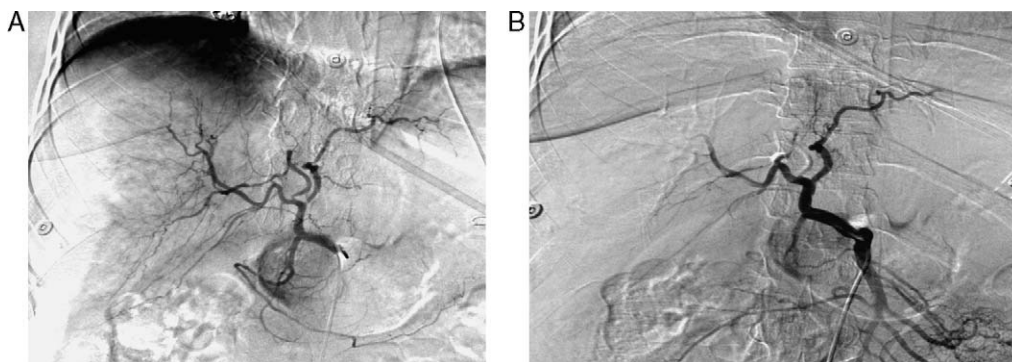


Figura 2 A) Arteriografía selectiva del tronco celíaco, que muestra la presencia de imágenes puntiformes múltiples por sangrado hepático difuso, con formación de hematoma subcapsular. Sangrado. B) Estudio post-embolización de la arteria hepática derecha con partículas de Gelfoam®.

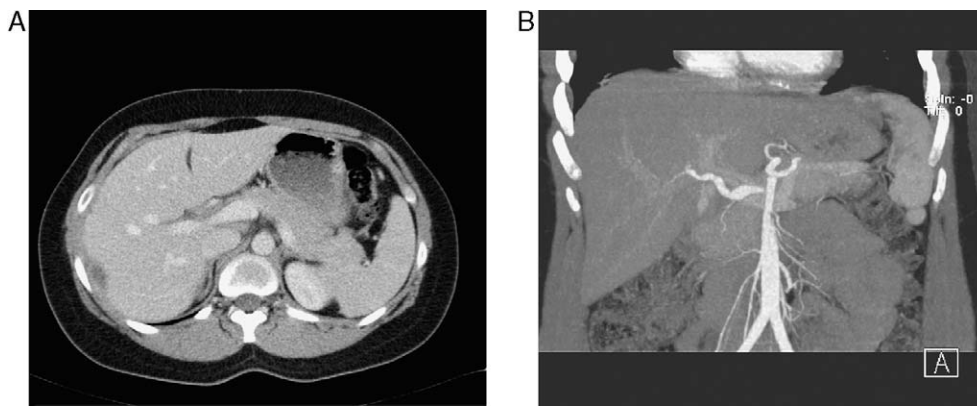


Figura 3 A) TC de control al mes. Resolución ad íntegrum del hematoma subcapsular con mínima banda residual y con perfusión hepática homogénea. B) Reconstrucción MIP coronal de la angio-TC que muestra permeabilidad de la arteria hepática.

hepáticos⁹. Se han descrito también técnicas en base al bisturí de argón¹⁰ y de administración de factor VIIa recombinante¹¹ para la hemostasia hepática.

Ante la sospecha de un síndrome de HELLP complicado con rotura hepática y la necesidad de practicar una cesárea urgente, se recomienda el abordaje quirúrgico del hígado en el mismo acto. Si, como en nuestro caso, el síndrome de HELLP se desarrolla en el puerperio y tiene un hígado sano, se puede valorar un manejo más conservador mediante la embolización de la arteria hepática común o bien una de sus ramas principales, en función de la afectación hepática.

Bibliografía

- Weinstein L. Syndrome of hemolysis, elevated liver enzymes and a low platelet count: a severe consequence of hypertension in pregnancy. *Am J Obstet Gynecol.* 1982;142:159–67.
- Sibai BM. Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with HELLP syndrome. *Am J Obstet Gynecol.* 1993;169:1000–6.
- Sibai BM. Risk factors associated with pre-eclampsia in healthy nulliparous women. The Calcium for Pre-eclampsia Prevention (CPEP) Study group. *Am J Obstet Gynecol.* 1997;177:1003–10.
- Aberombic J. Haemorrhage of the liver. *London Medical Gazette.* 1884;34:792–4.
- Rojas G. HELLP syndrome. Critical state. Current concepts. *Ginecol Obstet Mex.* 1996;64:64–72.
- Pilco P. Ruptured subcapsular hepatic hematoma associated with HELLP syndrome. *Rev Gastroenterol Perú.* 2006;26:207–10.
- Rinehart BK. Preeclampsia-associated hepatic hemorrhage and rupture: mode of management related to maternal and perinatal outcome. *Obstet Gynecol Survey.* 1999;54:196.
- Wilson RH. Postpartum rupture of subcapsular hematoma of the liver. *Acta Obstet Gynecol Scandinav.* 1992;71:394.
- Reck T. Surgical treatment of HELLP syndrome-associated liver rupture. An update. *Eur J Gynecol Reprod Biol.* 2001;99:57–65.
- Shrivastava VK. Argon beam coagulator for treatment of hepatic rupture with hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets (HELLP) syndrome. *Obstet Gynecol.* 2006;107:525–6.
- Dart BW. A novel use of recombinant factor VIIa in HELLP associated with spontaneous hepatic rupture and abdominal compartment syndrome. *J Trauma.* 2004;57:171–4.