

Hematoma subcapsular hepático como complicación en el síndrome de HELLP

Itziar Méndez-Torrubiano*, Rebeca Martín-Martín*, Carla Del-Rey-Del-Cabo*, Yaiza-Beatriz Molero-Díez*.

* LES. Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor. Complejo Asistencial de Zamora. Zamora (España).

Correspondencia: Itziar Méndez Torrubiano. imendeztorrubianoanr@gmail.com

RESUMEN

Introducción: En la preeclampsia severa (incluido el síndrome de HELLP) y en la eclampsia, se observan infartos y hemorragias periportales, los cuales provocan distensión de la cápsula de Glisson. Si son extensos pueden formar hematomas subcapsulares que suelen ocurrir en el lóbulo hepático derecho. Pueden aparecer tanto en el segundo como en el tercer trimestre, o tras el parto. Se han descrito este tipo de hematomas hasta en un 2% de las pacientes con estados hipertensivos del embarazo.

Estos hematomas pueden romperse espontáneamente o de forma secundaria a un traumatismo leve, o incluso durante una eclampsia, provocando una hemorragia intraabdominal severa.

Exposición del caso: Presentamos el caso de una paciente con diagnóstico de preeclampsia al final de la gestación, con desarrollo de un hematoma subcapsular hepático como complicación asociada a síndrome HELLP.

Diagnóstico y discusión: El manejo de un hematoma subcapsular no accidentado debe ser conservador, controlando la hipertensión arterial y evitando cualquier tipo de traumatismo sobre el hígado, movilizándolo a la paciente con cuidado, evitando los vómitos y cualquier maniobra brusca.

PALABRAS CLAVE

Hematoma subcapsular hepático, síndrome HELLP, preeclampsia.

CASO CLÍNICO

INTRODUCCIÓN

El hematoma subcapsular hepático se considera una entidad infrecuente pero grave, que puede aparecer durante la gestación, asociada especialmente a la preeclampsia y el síndrome HELLP. Fue descrito por primera vez en 1844 por Abercrombie como «gastrodinia» [1].

La preeclampsia es el trastorno médico más frecuente del embarazo, afectando al 5-13% de las gestaciones. La preeclampsia grave se identifica por la presencia de hipertensión arterial con proteinuria de inicio reciente, y una o más de las siguientes complicaciones:

- Síntomas de disfunción del sistema nervioso central (visión borrosa, escotomas, cefalea), eclampsia (convulsiones, coma o ambos).
- Síntomas de distensión de la cápsula hepática.
- Aumento de la tensión arterial igual o superior a 160/110 mmHg en dos ocasiones con al menos seis horas de diferencia.
- Proteinuria mayor a 5 g/24 horas, oliguria o insuficiencia renal.
- Edema pulmonar, accidente cerebrovascular, lesión hepatocelular (cifras de transaminasas séricas de más del doble del valor normal), trombocitopenia menor a 100.000 plaquetas/mm³, coagulopatía, síndrome HELLP.

Los criterios diagnósticos del síndrome HELLP son: anemia hemolítica microangiopática, elevación de enzimas hepáticas y trombocitopenia.

No tiene por qué haber una correlación entre los niveles de hipertensión arterial y de proteinuria y la aparición de un hematoma subcapsular [2].

EXPOSICIÓN DEL CASO

Mujer de 34 años, gestante de 37 semanas que acudió a Urgencias obstétricas por dolor continuo en flanco derecho de inicio súbito, que no asociaba dinámica uterina, sangrado ni salida de líquido amniótico. Se acompañaba de malestar general, astenia y sensación nauseosa. Negaba cefalea, alteraciones visuales u otra sintomatología.

A la exploración física, la paciente se presentaba afebril, normotensa, con patrón fetal reactivo, y analíticamente destacaba la elevación de enzimas hepáticas (SGOT 139 UI/L y SGPT 80 UI/L), con el resto de parámetros dentro de los valores normales.

El dolor cedió con analgesia intravenosa, y tras observación durante 12 horas, la paciente fue dada de alta a domicilio.

A las 48 horas, la paciente volvió a acudir de nuevo por dolor en hipocondrio derecho que no cedía tras analgesia intravenosa, sin otra sintomatología asociada. Presentaba cifras tensionales $\geq 160/100$ mmHg, y parámetros analíticos compatibles con sospecha de síndrome HELLP: SGOT 330 UI/L, SGPT 258 UI/L, trombocitopenia de 77.000 plaquetas/mm³ (previamente la cifra era de 220.000), hemoglobina (Hb) 10 g/dL, LDH 462 UI/L.

Tras el diagnóstico de preeclampsia severa, se inició perfusión de labetalol y se avisó a anestesiólogo de guardia ante la necesidad de cesárea urgente.

Se realizó cesárea bajo anestesia general sin complicaciones intraoperatorias, y se inició perfusión de sulfato de magnesio. La paciente fue trasladada a la Unidad de Reanimación extubada, consciente, orientada, bajo los efectos residuales de la anestesia general, normotensa y eupneica, con palidez de piel y mucosas. Se procedió a monitorización y control analítico, donde se objetivaron los siguientes parámetros: Hb 6,5 g/dL, SGOT 490 UI/L, SGPT 262 UI/L, plaquetas 55.000/mm³ y LDH 530 UI/L. Parámetros de coagulación dentro de la normalidad. Se transfundieron dos concentrados de hematíes, y ante la persistencia de dolor

abdominal acompañado de distensión y defensa abdominal, se realizó ecografía urgente, encontrándose colección heterogénea de aproximadamente 9,3 x 3,2 cm en probable relación con hematoma subcapsular en diferentes estadios de sangrado, e importante cantidad de líquido libre perihepático y periesplénico (figura 1).

Se avisó a los servicios de Ginecología y Cirugía General de guardia y se decidió actitud expectante. Se realizaron controles analíticos seriados tanto de la magnesemia como de los niveles de plaquetas, enzimas hepáticas, LDH, coagulación y hemoglobina. A lo largo de las siguientes horas, el recuento plaquetario ascendió por encima de 80.000, la hemoglobina se mantuvo en valores ≥ 9 g/dL y los valores de LDH comenzaron a descender.

Pasadas 24 horas y en consenso con el servicio de Radiodiagnóstico, se completó el estudio con tomografía axial computerizada (TAC) para mejor definición del alcance de la lesión: «Hematoma hepático subcapsular evolucionado sin signos de sangrado activo, sin cambios aparentes con respecto a descripción ecográfica» (figura 2).

Se propuso entonces laparotomía subcostal derecha para destechamiento, evacuación de hematoma y hemostasia de superficie hepática. La paciente fue intervenida de forma urgente bajo anestesia general, precisando de nuevo transfusión de dos concentrados de hematíes. Como hallazgos intraoperatorios, presentaba hemoperitoneo de 800-900 mL y hematoma subcapsular de superficie hepática en segmentos IV, V, VI, VII y VIII, de unos 600-800 mL, sin hemorragia activa importante.

La evolución postoperatoria fue satisfactoria, con estabilidad hemodinámica y hematimétrica.

DISCUSIÓN

Aunque lo hace de forma infrecuente, el hematoma subcapsular hepático puede presentarse como una complicación en los estados hipertensivos del embarazo, asociándose en la mayoría de los casos a síndrome de HELLP. Su rotura tiene una mortalidad superior al 30-50%, y los factores de riesgo asociados a la misma son la edad superior a 32 años y la multiparidad [3].

La mayoría de los casos se presentan en el tercer trimestre, aunque se han descrito casos en el postparto inmediato y periparto, como es el caso presentado.

La fisiopatología es desconocida, aunque existe disfunción endotelial con depósitos de fibrina intravascular y obstrucción de los espacios sinusoidales hepáticos.

Las manifestaciones clínicas son inespecíficas. La presencia de malestar general, síntomas gastrointestinales (náuseas, vómitos), epigastralgia o dolor en hipocondrio derecho irradiado, en el contexto de preeclampsia/síndrome HELLP, debe llevar a la sospecha clínica de hematoma subcapsular.

La prueba de imagen de elección es la TAC con contraste, aunque también es útil la ecografía. Otra posibilidad diagnóstica sería la angiografía selectiva, que además de permitir el diagnóstico de hemorragia intrahepática y rotura, ofrece la posibilidad de tratamiento mediante embolización en pacientes seleccionadas.

La revisión de la literatura científica confirma que la aparición y el volumen del hematoma se relacionan más con la trombocitopenia que con la elevación de las enzimas hepáticas [4].

En cuanto al manejo, habría que valorar factores tan importantes como el momento de gestación, la integridad del hematoma o la estabilidad hemodinámica. El manejo del hematoma subcapsular no accidentado debe realizarse en un centro que disponga de un servicio de Cirugía General con experiencia en cirugía hepática. Es preciso monitorizar a la paciente en una Unidad de Reanimación o de Cuidados Intensivos, controlar la función hepática y disponer de sangre cruzada por si se produce la rotura [5].

En el caso presentado, ante la ausencia de signos de sangrado activo, control de anemia y mantenimiento de la estabilidad hemodinámica, se decidió mantener actitud expectante con la perspectiva de aumentar el recuento plaquetario y disminuir el riesgo de eclampsia (el cual sigue aumentado hasta pasadas 24-48 horas postparto) antes de decidir actitud intervencionista.

Conflicto de intereses. Los autores declaran la ausencia de conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

1. Sheikh RA, Yasmeeen S, Pauly MP, Riegler JL. Spontaneous intrahepatic haemorrhage and hepatic rupture in the HELLP syndrome: Four Cases and a Review. *J Clin Gastroenterol.* 1999; 28: 323-8.
2. Sibai BM. Etiology and management of postpartum hypertension-preeclampsia. *Am J Obstet Gynecol.* 2012; 206: 470-5.
3. Carlson KL, Bader CB. Ruptured subcapsular liver hematoma in pregnancy: A case report of nonsurgical management. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190:558-60.
4. Wicke C, Pereira PL, Neeser E, Flesch I, Rodegerdts EA, Becker HD. Subcapsular liver hematoma in HELLP syndrome: Evaluation of diagnostic and therapeutic options. A unicenter study. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190:106-12.
5. Martínez O, Guasch E, Cueto I. Manual práctico de emergencias obstétricas. Ed. 1ª. Madrid: INYECCMEDIA S.L.; 2014.

TABLAS Y FIGURAS

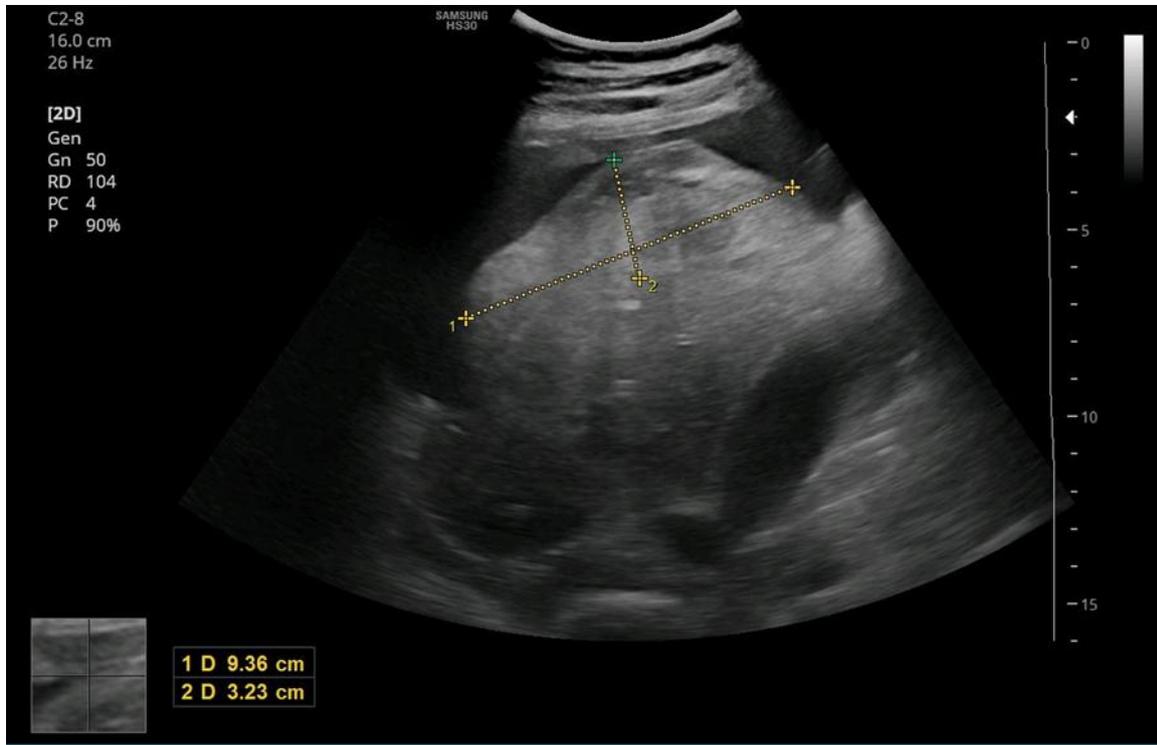


Figura 1. Colección de 9,3 x 3,2 cm en relación con hematoma subcapsular.

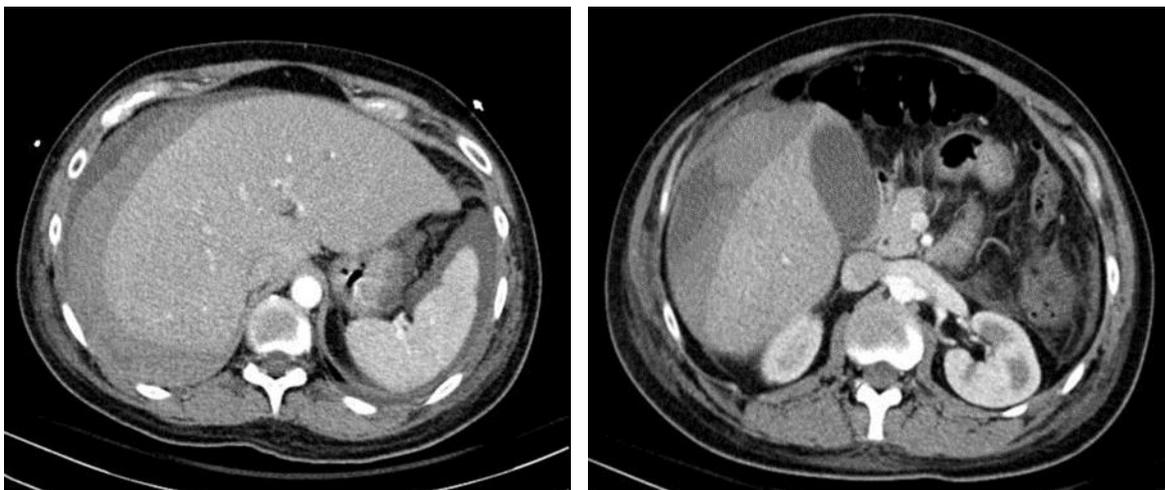


Figura 2. Hematoma subcapsular hepático de 40 mm de espesor máximo. Presenta diferentes densidades en relación con hematoma evolucionado sin signos de sangrado activo.