

CASO CLINICO

Hematoma hepático asociada a eclampsia y síndrome de Hellp

Liver hematoma associated with eclampsia and HELLP syndrome

María Raquel Segovia¹, Gladys Alba Vázquez Molas²

RESUMEN

El hematoma subcapsular es una complicación grave elevado riesgo de mortalidad materna y neonatal, se observa como complicación de patologías hipertensivas más frecuentemente, además de otras patologías graves como hígado graso agudo del embarazo, traumatismos, patologías infecciosas. Se instala durante el embarazo o post parto, con manifestaciones clínicas inespecíficas, con grave y rápido deterioro materno que de no diagnosticar y tratar en tiempo y forma. Produce muerte materna en un 75% y fetal 60%. Se presenta un caso de hematoma hepático como complicación de una eclampsia y síndrome de Hellp, que evolucionó en forma favorable. Tratada con electrocoagulación el cual usamos para tratamiento de la hemorragia.

Palabras claves: hígado, hematoma, eclampsia, pre eclampsia, hepatopatías.

ABSTRACT

The subcapsular hematoma is a serious complication, with high risk of maternal and neonatal mortality, it is seen as a complication of hypertensive diseases more frequently, besides another serious diseases such as acute fatty liver of pregnancy, trauma, infectious diseases. It is onset occurs during pregnancy or postpartum, with nonspecific clinical manifestations, with severe and rapid material deterioration which of not diagnosed and treated from the beginning could produce maternal death in 75% and fetal 60%. We present a case of liver hematoma as a complication of eclampsia and Hellp syndrome, whose evolution was favorable, treated with electrocoagulation which we use for the treatment of hemorrhage.

Keywords: liver, hematoma, eclampsia, preeclampsia, liver disease.

INTRODUCCIÓN

El hematoma subcapsular hepático es una complicación poco frecuente durante el embarazo descrito por primera vez por Abercrombie en el año 1844, definido como colección de sangre por debajo de la capsula de Glisson; con una incidencia global de 1/40.000 a 1/250.000 partos. Se produce en el contexto de la enfermedad hipertensiva del embarazo, la preeclampsia severa,

1. Servicio de Obstetricia. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Nacional. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (Itauguá – Paraguay)

2. Departamento de Ginecología y Obstetricia. . Hospital Nacional. Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social. (Itauguá – Paraguay)

Correo: draraquel.segovia@gmail.com

Artículo recibido: 15 de marzo de 2016. Artículo aprobado: 27 de mayo de 2016.

complicada con un síndrome de Hellp (hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y plaquetas disminuidas) o síndrome de hígado graso agudo del embarazo. Se asocia con mortalidad materna significativa y elevada mortalidad fetal. Frecuentemente se descubre cuando el cuadro clínico se complica por el choque hemorrágico¹⁻².

Ocurre más frecuentemente en mujeres multíparas, edad avanzada (mayores de 30 años). La mayoría de los hematomas ocurre en el lóbulo derecho del hígado, con más frecuencia en la superficie anterior y superior. Se reportaron en una serie de 75 casos la presencia de hematomas en el lóbulo derecho en el 75%, 11% en el lóbulo izquierdo y 14% en ambos lóbulos. Responsable de una mortalidad materna del 50-75% y de 60-80% de mortalidad fetal³⁻⁵.

Los hematomas hepáticos están comúnmente relacionados con preeclampsia severa y síndrome de Hellp, hígado graso agudo del embarazo, pueden también observarse en enfermedad biliar, infecciones, aneurismas y neoplasias hepáticas. La morbilidad concomitante incluye coagulación intravascular diseminada en más del 90% de los casos, edema pulmonar, derrame pleural e insuficiencia renal aguda³.

Se trata de una complicación tardía de la preeclampsia y eclampsia y permite enfatizar la importancia del manejo médico efectivo de esta patología como una de las medidas más importantes para evitar la ocurrencia de ruptura hepática; es conveniente el abordaje multidisciplinario y la disponibilidad de recursos especializados⁵.

En su fisiopatología se menciona a los depósitos de fibrina en los sinusoides y espacios periportales como el episodio primario y se han atribuido a la coagulación intravascular diseminada, vasoespasmo, daño endotelial, elevación de la presión intraluminal, exudado y rotura de las anastomosis entre las venas portales y los sinusoides. Se desconoce por qué áreas tan extensamente dañadas alternan con parénquima sano; la confluencia de zonas dañadas resulta en la formación de hematoma e infarto hepático, dos raras pero catastróficas complicaciones de la preeclampsia y eclampsia⁵.

RELATO DE CASO CLINICO

Paciente de 38 años, gestante de 30 semanas por ecografía, consulta en un sanatorio privado por dolor abdominal intenso que se localiza en epigastrio, además de náuseas, vómitos y deposiciones diarreicas. Se constata presión arterial 200/120 mm Hg. Presentó convulsión con pérdida del conocimiento, recibió tratamiento con diazepam y sulfato de magnesio, posteriormente ingresa a Terapia Intensiva por hipotensión marcada, sudoración fría, palidez generalizada.

Es trasladada a nuestro centro hospitalario (Urgencias de Gineco-obstetricia de Hospital Nacional) e ingresa hemodinámicamente estable, afebril, somnolienta. Se corrobora vitalidad fetal. Laboratorio muestra hemoglobina 8,6 gr/dL, anemia normocítica normocrómica, plaquetas 120.000/mm³, enzimas hepáticas: GOT 190 U/L, GPT 230 U/L, dosaje de bilirrubinas normales, electrolitos normales. PCR: 12 mg/dL, gasometría venosa pH: 7,29; pCO₂: 38 mm Hg, pO₂: 26 mmHg, saturación de O₂ < a 40 %, EB: -8,1mEq/l. Proteinuria 4.120 gr/24 horas.

Se interrumpe el embarazo por cesárea abdominal segmentaria arciformedando nacimiento a un recién nacido 1300 gr, sexo femenino, Apgar 5/7, de 32 semanas por Capurro. Se constata en cavidad abdominal 1000 ml de sangre proveniente de abdomen superior y lesión hepática en segmento VII de 3 cm que se coagula con electrocauterio. Se coloca *espongostan*, recibe 2 volúmenes de glóbulos rojos concentrados.

Ingresa a Terapia Intensiva en su postoperatorio inmediato, intubada y ambuseada, con tendencia a la hipertensión, con goteo de labetalol. Se solicita angiogramografía computada donde se constata: hematoma de hígado segmento.

Evoluciona favorablemente y pasa a sala de internados de Obstetricia. Se realiza ecografía de control que informa: parénquima de hígado inhomogéneo a expensas de imagen hipoeoica, bien delimitada, de 144 ml de volumen, ocupa el segmento V a VII compatible con hematoma.

Luego de 10 días, el control ecográfico informa dos imágenes quísticas en parénquima hepático, colección líquida subfrénica de 600 ml aproximadamente.

DISCUSIÓN

La rotura hepática espontánea sigue siendo un evento raro. Se ha descrito por primera vez por Abercrombie en 1844 como una complicación del embarazo. Ha habido más de 100 casos reportados en la literatura y la mayoría se asocia en la hipertensión inducida del embarazo así como tumores primarios y metastásicos del hígado⁶.

Como factor predisponente de la rotura de un hematoma hepático se cita a la presencia de preeclampsia severa o de síndrome Hellp, pero también algunos autores han descrito casos en los que se presenta aisladamente. Este diagnóstico debe ser considerado en la paciente que presenta dolor en la parte superior del abdomen y signos de choque hemorrágico. En la literatura son pocos los casos que se reportan sin esta asociación, planteándose que no pasan de la decena^{2,6,7}. Se describen también en casos de hígado graso y embarazo asociado a preeclampsia severa, eclampsia y síndrome de Hellp⁸.

El síntoma principal y casi constante es el dolor abdominal, en epigastrio y/o hipocondrio derecho el cual puede irradiarse a la espalda. La intensidad varía desde una molestia, acompañada o no de náuseas, hasta un dolor intenso. El dolor abdominal fue el primer signo clínico observado en el caso de la paciente referida y en la mayoría de los reportes en la literatura. La presencia de dolor abdominal en una gestante con preeclampsia o síndrome Hellp es un signo ominoso y obliga a descartar la existencia de lesión hepática². Coincidiendo con lo reportado, el caso expuesto consulta por dolor abdominal intenso localizado en epigastrio, con diagnóstico de eclampsia y síndrome de Hellp.

Aunque la preeclampsia severa y el síndrome Hellp son más frecuentes en las mujeres primíparas, se ha descrito clásicamente que el riesgo de rotura hepática espontánea es mayor en las multíparas mayores de 30 años. El del caso referido supera los 35 años de edad y es primípara con tres antecedentes de cesáreaprevia^{1,2}.

No se conoce con exactitud la causa última que conduce a la rotura hepática, aunque el informe histopatológico pone de manifiesto hallazgos histológicos que indican que pueden desempeñar un papel fundamental la hemorragia periportal y el depósito intravascular de fibrina en el hígado, esto conduciría a una obstrucción de los sinusoides, provocando un aumento de la presión intrahepática debido a la congestión vascular. Se produciría así una necrosis hepática y una hemorragia intraparenquimatoso y subcapsular. En los casos más graves podría, finalmente, provocar una rotura de la cápsula del hígado⁷.

El diagnóstico requiere de un alto índice de sospecha que permita una identificación y tratamiento precoz y multidisciplinario lo cual mejora el pronóstico materno-fetal. Los pilares del diagnóstico son la presentación clínica, muchas veces inespecífica, los datos de laboratorio característicos del síndrome Hellp asociados a los hallazgos en imágenes, de solicitud obligatorio en pacientes con preeclampsia grave o síndrome Hellp cuando se sospecha afectación hepática y su seguimiento posterior. El ultrasonido puede mostrar el hematoma rápidamente pero es poco sensible, se observan como estructuras hipoecogénicas. La tomografía es el método de elección en el postparto, permite caracterizar más fácilmente las anomalías intrahepáticas como los hematomas y determinar, con mejor precisión, la extensión de la hemorragia intraperitoneal, si está presente. Tanto por tomografía como por la resonancia, se puede detectar una interfase irregular entre el parénquima hepático normal y el hematoma hepático, que corresponde al sitio de rotura de la cápsula. El estudio de angiotomografía que se realizó en la paciente informó la lesión en los segmentos V a VII del parénquima hepático. La angiografía permite el diagnóstico preciso de hemorragia hepática y ofrece la opción de la embolización de la arteria hepática en pacientes seleccionadas con lo cual se puede detener la hemorragia hepática^{1-2,9}.

Se describen tratamientos quirúrgicos conservadores¹², empaquetamiento abdominal¹³, embolización de la arteria hepática¹³ y uso de electrocauterio para la controlar la hemorragia¹⁴.

CONCLUSIÓN

La rotura hepática con hemoperitoneo es un evento poco frecuente pero grave con una alta mortalidad materna y perinatal. Está asociada generalmente a hipertensión arterial materna, preeclampsia severa y síndrome de Hellp. El pronóstico depende de la rotura o no del hematoma. Se observa con más frecuencia en mujeres mayores de 30 años, multíparas. El diagnóstico clínico es inespecífico, se apoya estudios de imágenes por ultrasonido, angiogramografía, resonancia magnética nuclear y angiografía.

REFERENCIAS

1. Brilhante AVM, Moreira JL de Castro, Feitosa HN, Bilhar APM, Ramalho Júnior SAP, Karbage SAL. Ruptura de hematoma subcapsular hepático como complicação da síndrome HELLP – revisão de literatura = Ruptured subcapsular hepatic haematoma as a HELLP syndrome complication – literatura review. *Femina*. 2010 jul;38(7):341-44.
2. Pérez Hernández MT, Sáez Cantero VC, Hematoma subcapsular hepático: grave complicación del embarazo. *Medisur*. 2010;8(6):445-451.
3. Doumiri M, Elombila M, Oudghiri N, Saoud AT. Hématome sous-capsulaire du foie rompu compliquant une stéatose hépatique aiguë gravidique. *The Pan African Medical Journal*. 2014;19:38.
4. Carazo HB, Romero CMA, Puebla MC, Sanz MA, Rojas PB. Hematoma hepático subcapsular en el puerperio. *Rev. chil. obstet. ginecol*. 2013;78(6):451-454. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262013000600009&lng=es.
5. González Espinosa Y, Ávila Esquivel JF. Morbimortalidad materna asociada a ruptura hepática o hematoma sub capsular por pre eclampsia-eclampsia y síndrome de HELLP. *Archivos de Investigación Materno Infantil* 2010; 2(2):61-5.
6. Shakya VC, Regmi MC, Sah P, S Khaniya, Adhikary S. An alarming but self-limited case of isolated large spontaneous liverhematoma in pregnancy. *Pan Afr Med J* 2013;14:36.
7. Shaw C. Spontaneous rupture of the liver following a normal pregnancy and delivery. *Ir Med J*. 2005;98(1):27-8.
8. Beltrán CM, Pérez-Jorge PJ, Martínez MC. Complicaciones posparto del síndrome HELLP: diagnóstico post mórtem. *Cuad. med. forense*. 2013 Dic [citado 2016 Jun 24] ; 19(3-4): 123-126. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S113576062013000200010&lng=es.
9. Muñoz TC. Hígado graso agudo del embarazo y síndrome HELLP: aspectos diagnósticos y terapéuticos *Gastroenterol. Latinoam* 2013;24(1):123-126
10. Anyfantakis D, Kastanakis M, Fragiadakis G, Karona P, Katsougris N, Bobolakis E. Postpartum spontaneous subcapsular hepatic hematoma related to preeclampsia. *Case Rep Emerg Med*. 2014;(2014):1-3.
11. Iribarren Díaz M, Castro Parga G. de, Freiría Eiras MA, Freiría Barreiro G, Díaz Cardamas P, Casal Nuñez E, et al Tratamiento quirúrgico conservador del síndrome de HELLP (ELLP) asociado a hematoma hepático subcapsular. *Clíninvestiginecolobstet*. 2013;40(4):189-192.

12. El Youssoufi S; Nsiri A; Salmi S; Miguil M. Liver rupture in peripartum: about 8 cases. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*. 2007; 36(1): 57-61.
13. Benavides C, García C, Apablaza S; Rubilar P, Ricaurte F, Perales C, et al. Empaquetamiento hepático permanente con malla de poliglactina en estallido hepático secundario a síndrome de Hellp. *Rev. chil. cir.* 2004; 56(3): 275-278
14. Vera ME, Pérez CA, Lattus OJ, Barrera CV, Campaña VG, Kattan M J, et al. Rotura hepática asociada a preeclampsia severa y síndrome hellp: manejo y tratamiento con taponamiento intraabdominal temporal de compresas. *Rev. chil. obstet. ginecol.* 2004 (citado 2016 Jun 27);69(4):319-327. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid75262004000400011&lng=es.