

## CASO CLÍNICO

### Hematoma subcapsular hepático en síndrome de HELLP

[Hepatic subcapsular hematoma in HELLP syndrome]

Arrocha G<sup>1</sup>, Martinz A<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Maternidad del Hospital Santo Tomás.

#### Resumen

El hematoma hepático subcapsular y la ruptura del mismo durante la gestación es una complicación infrecuente asociada principalmente a síndromes hipertensivos graves del embarazo tales como preeclampsia, eclampsia y síndrome de HELLP. Puede provocar la muerte de la madre y del producto. La sospecha clínica, el diagnóstico rápido y el abordaje multidisciplinario son fundamentales para mejorar la morbimortalidad de las pacientes. Presentamos el caso de un Síndrome de HELLP postparto complicado con hematoma subcapsular hepático y revisión de literatura.

#### Abstract

The subcapsular hepatic hematoma and its rupture during gestation is a rare complication mainly associated with severe preeclampsia and HELLP syndrome. It may be fatal for both mother and fetus. In order to improve the morbidity and mortality of these patients, a clinical evaluation is fundamental as well as a speedy diagnosis and a multidisciplinary approach. The following case will discuss a postpartum HELLP syndrome patient with a complicated subcapsular hepatic hematoma and review of its literature.

**Autor de correspondencia:** Martinz A

**Correo electrónico:** amartinzmd@gmail.com

**Palabras claves:** Hematoma hepático, embarazo, embolización terapéutica.

**Keywords:** Hepatic hematoma, Pregnancy, Therapeutic embolization.

**Aspectos bioéticos:** Los autores declaran que no existe conflicto de interés alguno asociado en la publicación de este manuscrito. Se obtuvo el consentimiento informado de todo paciente participante. Los autores declaran no haber recibido financiamiento externo para la elaboración de este manuscrito.

**Fecha de Recibido:** Diciembre, 2 de 2020

**Fecha de Publicado:** Enero, 13 de 2021

#### Introducción

Weinstein describe en 1982 por primera vez el síndrome de HELLP como aquel cuadro que cursa con hemólisis microangiopática, trombocitopenia e hipertransaminasemia. Su incidencia oscila entre el 1-6 % de los embarazos y hasta en un 12-20% en los casos asociados a preeclampsia severa y eclampsia.<sup>1</sup> Abercrombie en 1844 describió el hematoma hepático que se presenta en 1:45000 y 1:225000 embarazos.<sup>2</sup>

#### Caso Clínico

Se trata de paciente de 33 años G4P4, sin antecedentes patológicos personales conocidos, quien ingresa por un embarazo de 38 semanas y preeclampsia severa, con parto vaginal espontáneo sin complicaciones. En su puerperio inmediato cursa con somnolencia, desorientación, palidez y presión arterial (PA) 70/40. Se reanima con cristaloides y una unidad de Glóbulos Rojos Empacados (GRE). Posteriormente con PA 120/83, frecuencia cardíaca (FC): 60x. Laboratorios: Hemoglobina (Hb): 7,5 g/dL; Hematocrito (Hto): 22,6%; Plaquetas: 87 x 10<sup>3</sup>/uL; Nitró-

geno de úrea (BUN): 9,0 mg/dL; Creatinina: 0,5 mg/dL; AST: 666 U/L; ALT: 310 U/L; LDH: 1290 U/L; Bilirrubinas totales: 1.0 mg/dL. Debido a su patología de fondo es referida a nuestra institución (de segundo a un tercer nivel de atención) asintomática y recibiendo infusión de sulfato de magnesio. En ese momento con el diagnóstico de puerperio patológico inmediato, preeclampsia severa y síndrome de HELLP.

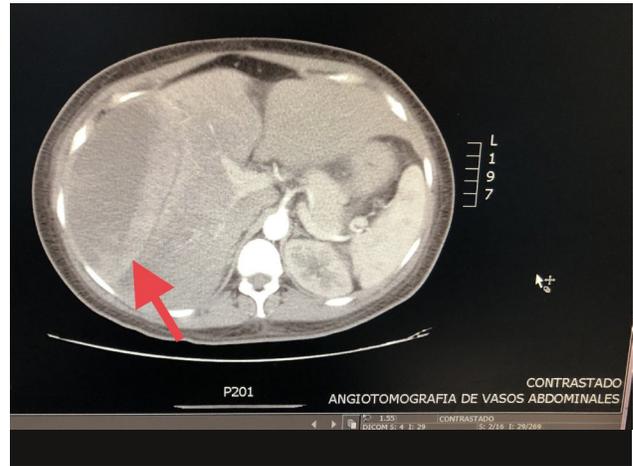
Se trasfunde una nueva unidad de GRE. A las 24 horas postparto con PA 130/80. Continúa asintomática y con los siguientes laboratorios: Hb: 8,3 g/dL; Hto: 24%; plaquetas:  $103 \times 10^3/\mu\text{L}$ ; BUN: 12,7 mg/dL; creatinina: 0,63 mg/dL; AST: 1415 U/L; ALT: 1172 U/L; LDH: 1221 U/dL; Bilirrubinas totales: 0,63 mg/dL.

Paciente 48 hrs postparto inicia de forma subita con dolor en hipondrio derecho. Alerta, orientada y consciente con leve tinte icterico. PA: 130/80 mmHg; FC: 84x. Abdomen: blando depresible, no distendido con dolor a la palpación de hipocondrio derecho. Impresiona hepatomegalia. Labs control: Hb: 7,0 g/dL; Hto: 21%; Plaquetas:  $112 \times 10^3/\mu\text{L}$ . BUN: 12,7 mg/dL; Creatinina: 0,21 mg/dL. AST: 873 U/L; ALT: 1031 U/L; LDH: 1221 U/L, Bilirrubinas totales: 0,54 mg/dL. Se solicita USG hepatobiliar, el cual informa: hematoma subcapsular en el lobulo hepático derecho y líquido libre intraabdominal (Figura 1). Ante el diagnóstico, se traslada paciente al área de semi-intensivo y se inicia protocolo de transfusión masiva con tres (3) unidades de GRE. Se solicita angiotomografía, la cual corrobora el hallazgo ultrasonográfico (Figura 2) y confirma sangrado de la arteria hepática izquierda, la cual se procede a embolizar, más embolización parcial de la hepática derecha (Figura 3). Con evolución satisfactoria posterior al procedimiento, presentando tensionales arteriales dentro de parametros normales, con valores de Hb: 11,7 g/L; Plaquetas:  $664 \times 10^3/\mu\text{L}$ ; AST: 76 U/L; ALT: 77 U/L; LDH: 502 u/L. A los 9 días postembolización se realiza ultrasonido hepático de control que reporta hematoma subcapsular hepático ya conocido (21.5x13.9x13.0 cms) en fase de resolucion (Figura 4.1) y cologioresonancia simple que reporta hematoma subcapsular hepático (24.8x14.6x8.8cm) (Figura 4.2). La paciente fue dada de alta a los 13 días hemodinámicamente estable y con indicación de darle seguimiento al

Figura 1: Colección subcapsular a nivel del lóbulo hepático derecho de 21.3x12.8x12.1 cm. Asociamos en primera instancia con hematoma hepático.



Figura 2: Hematoma subcapsular en el lóbulo hepático derecho de 23.3x14.2x9.8cm; para un volumen aproximado de 1695cc. No se observa sangrado activo.



hematoma con ultrasonidos seriados, evaluados de manera conjunta por los servicios de ginecología y gastroenterología.

## Discusión

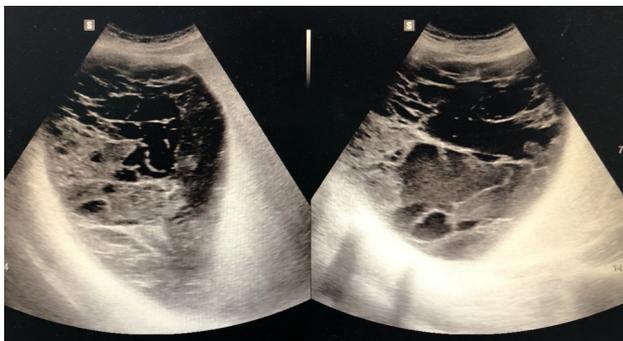
El hematoma hepático es una de las complicaciones más graves del embarazo y puede provocar la muerte de la madre y del producto. Durante el estado grávidico puerperal representa una de las complicaciones hemorrágicas de mayor gravedad, acompañada de elevada mortalidad materna y perinatal.<sup>2</sup>

La presentación clínica de la hemorragia intrahepática y ruptura hepática generalmente es inespecifica; ocurre du-

Figura 3: Embolización de arteria hepática izquierda y embolización parcial de la derecha.



Figura 4.1: Colección heterogénea con septos subcapsular, en esta ocasión más ecogénico de aprox. 21.5x13.9x13.0; en fase resolvente.



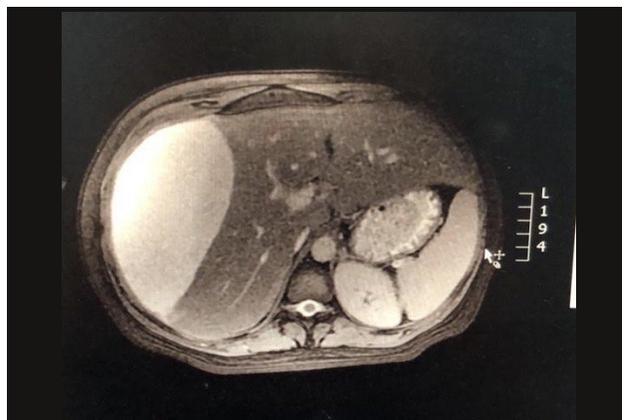
rante el tercer trimestre del embarazo, pero puede ocurrir más tarde, incluso 48 horas después del parto.<sup>1,5</sup>

La mayoría de las mujeres afectadas son multíparas, de 30 a 40 años con un contexto clínico de preeclampsia o eclampsia. Esta condición también puede ocurrir en el primer embarazo.<sup>3</sup>

### Fisiopatología

En la fisiopatología de esta enfermedad se han propuesto diferentes estadios. Se ha identificado un primer estadio de isquemia hepática probablemente relacionado con preeclampsia o eclampsia, dando lugar a pequeñas zonas de infartos hepáticos. A esta primera fase le sigue una segunda fase de cicatrización, remodelación tisular y aumento de la vascularización. No obstante, debido a la escasa capacidad de cicatrización tisular asociada a la hipertensión intrahepática sostenida y al grave trastorno de la coagulación (en casos asociados a Síndrome de HELLP) se inducen múltiples microhemorragias que dan

Figura 4.2: Hematoma subcapsular hepático de aprox. 24.8x14.6x8.0 cm, sin cambios significativos de tamaño con respecto a la angiotomografía.



lugar a un gran hematoma hepático (tercera fase). Finalmente, el hematoma hepático persistente y en crecimiento perfora la cápsula de Glisson provocando irritación peritoneal y shock hipovolémico secundario (cuarta etapa).<sup>4</sup> El examen del parénquima hepático muestra áreas de necrosis con laceraciones múltiples, así como áreas de necrosis periportal. La mayoría de los hematomas ocurren en el lóbulo derecho del hígado, con más frecuencia en la

superficie anterior y superior con una frecuencia de 75%, el lóbulo izquierdo en 11% y en ambos lóbulos en 14%.<sup>1,2</sup>

### Cuadro clínico

Además de los síntomas y signos de la preeclampsia-eclampsia, cuando existe un hematoma hepático no roto, el síntoma más común es la epigastralgia (90%). También se describen cefaleas, náuseas, vómitos, distensión abdominal, ictericia, hepatomegalia, dolor en el hombro y región interescapulovertebral derecha que aumenta con los movimientos respiratorios, palidez, hipotensión o hipertensión, taquicardia y respiración superficial.<sup>6</sup>

Las pacientes con ruptura hepática presentan dolor en el cuadrante superior derecho, distensión abdominal, datos de irritación peritoneal y en algunas ocasiones choque.<sup>7</sup>

### Diagnóstico

Los exámenes de laboratorio pueden mostrar alteraciones compatibles con síndrome de HELLP: elevación de enzimas hepática, LDH y trombocitopenia, asociado a una disminución del hematocrito. Sin embargo, puede que se encuentren normales al momento del inicio de los síntomas, y evidenciar dichas alteraciones horas después, en general, una vez que la rotura hepática y el hematoma ya se han producido.

Por otra parte, el nivel de elevación de las pruebas hepáticas no es predictor de la existencia ni tamaño del hematoma, por lo que puede orientar sobre la presencia del síndrome de HELLP, pero no son útiles para el diagnóstico de hematoma subcapsular.<sup>7</sup>

Los estudios de imagen, tales como ultrasonido (USG) y tomografía (TAC) abdominales son utilizados para investigar la posibilidad de ruptura hepática.<sup>7</sup> El USG representa el primer procedimiento útil no invasivo para el diagnóstico y evaluación; es económico y de fácil acceso.<sup>3</sup> El USG es menos sensible que la TAC para detectar hemorragia.<sup>8</sup> La TAC contrastada es el mejor método diagnóstico; Sin embargo, la Resonancia Magnética Nuclear (RMN) es el estudio de imagen más sensible para detectar hemorragia aguda. Tiene la ventaja de no exponer al feto a la radia-

ción y es útil para el diagnóstico de hematoma crónico, mientras que el USG y la TAC son menos específicos.<sup>8,9</sup>

La angiografía puede usarse para el diagnóstico preciso de hemorragia intrahepática y ruptura hepática, y ofrece la opción de embolización en pacientes seleccionadas.<sup>10</sup>

### Tratamiento

Algunos autores han observado que el hematoma subcapsular hepático roto requiere laparotomía inmediata, pero que en varios casos con sangrado no activo e inclusive con signos de coagulopatía y con la paciente hemodinámicamente estable, pueden ser tratada de manera conservadora.<sup>11</sup>

Se requiere un manejo multidisciplinario con monitorización en una Unidad de Cuidados Intensivos. La reanimación agresiva con cristaloides, coloides y derivados hemáticos representan la parte más importante del manejo temprano y es imperativa en pacientes en choque.<sup>12</sup>

Las pacientes embarazadas requieren que se interrumpa el embarazo de forma urgente. El procedimiento de elección es la cesárea para evitar la ruptura del hematoma subcapsular.<sup>11</sup>

Muchas pacientes pueden ser manejadas en forma conservadora si la cápsula del hígado se encuentra intacta, la monitorización debe continuar con USG o TAC cada 7 días o antes si existen datos de inestabilidad hemodinámica.<sup>9</sup>

El tratamiento quirúrgico incluye evacuación del hematoma y empaquetamiento perihepático; la segmentectomía y/o lobectomía se reserva para los casos de hemorragia incontrolable y la embolización para aquellas pacientes que cursen con coagulopatía severa, con múltiples hematomas intrahepáticos, y que son pobres candidatas a cirugía convencional.<sup>13</sup>

Si se presenta una ruptura del hematoma puede necesitarse ligadura de la arteria del segmento hepático hemorrágico o embolización de la misma, empaquetamiento o recubrimiento con colágeno microfibrilar hemostático, evitando en lo posible suturar o reseca el tejido hepático debido al estado friable del mismo.<sup>14</sup>

Las pacientes necesitan vigilancia en la Unidad de Cuidados Intensivos por lo menos 48 a 72 horas.<sup>3,14</sup>

Se desconoce la tasa de recurrencia del hematoma subcapsular. La literatura reporta 6 embarazos sin complicaciones después de un hematoma hepático, de los cuales, 4 de ellos se asocian con preeclampsia o síndrome HELLP. Se ha descrito un caso de hematoma hepático recurrente.<sup>6</sup>

## Conclusiones

El hematoma hepático espontáneo es una complicación infrecuente del embarazo que requiere un manejo interdisciplinario, una precisión diagnóstica y una sincronización eficaz en el uso de recursos terapéuticos, ya que puede presentarse con síntomas inespecíficos en el contexto de síndrome HELLP en una paciente por lo demás estable, para reducir así su alta mortalidad.

Es importante señalar que la elevación de las pruebas de función hepática y niveles de plaquetas no se relacionan directamente con hallazgos anormales en las imágenes hepáticas y el médico no debe depender únicamente de las pruebas de laboratorios para guiar su manejo.

El tratamiento abarca desde la conducta expectante y seguimiento clínico, la embolización de las arterias hepáticas o incluso se propone tratamiento quirúrgico en presencia de inestabilidad hemodinámica, ruptura del hematoma o aumento del dolor. La embolización de la arteria hepática realizada por un radiólogo intervencionista, es una alternativa a considerar para un manejo no quirúrgico; logrando una mayor tasa de supervivencia materna con la embolización arterial que con la cirugía convencional.

## Referencias

1. Emma García Grau, Albert Cos Torrubiano, Sandra Pérez Aguilera. Manejo conservador de un hematoma subcapsular hepático en un síndrome de HELLP.
2. Oswaldo M. González Carrillo, Cristina D. Llanos Torres, Walter De la Peña Meniz. Subcapsular hepatic hematoma in HELLP syndrome in a Lima reference hospital. *Rev. Perú Ginecol Obstet.* 2017;63(2).
3. Jorge Luis Poo, Julieta Góngora. Hepatic hematoma and hepatic rupture in pregnancy. *Annals of Hepatology* 5(3) 2006: 224-226.
4. Yuritzia González Espinosa, José Fernando Avila Esquivel. Morbimortalidad materna asociada a ruptura hepática o hematoma subcapsular por preeclampsia-eclampsia y síndrome HELLP. *Arch Inv Mat Inf* 2010; II(2): 51-55.
5. Víctor Hugo Sanabria-Padrón, Marcelino Hernández-Valencia. Tratamiento conservador del hematoma hepático subcapsular en pacientes con preeclampsia y síndrome de HELLP coexistentes: reporte de caso y revisión bibliográfica. *Ginecol Obstet Mex* 2013;81:414-420.
6. Atilla Karateke, Dilek Silfeler, Faruk Karateke. HELLP Syndrome Complicated by subcapsular Hematoma of Liver: A case report and Review of the literature. *Case report in obstetrics and gynecology* volume 2014.
7. Camila Muñoz López, Valentina Luco López. Hematoma Subcapsular hepático asociado a Síndrome de HELLP en el puerperio. *Revista de Ciencias Médicas.* Volumen 43 No. 2 año 2018.
8. Greenstein D. Liver hemorrhage: Recurrent episodes during pregnancy complicated by preeclampsia. *Gastroenterology* 1994;106: 1668-71.
9. Henny CH et al. Spontaneous rupture of the Glisson's capsule during pregnancy: an acute surgical emergency. *Neth J Surg* 1992; 34: 72-5.
10. Barton JR et al. Hepatic imaging in HELLP syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1996; 174: 1820-8.
11. Wicke C. Subcapsular liver hematoma in HELLP syndrome: evaluation of diagnostic and therapeutic options. A unicenter study. *Am J Obstet Gynecol.* 2004;190:106-12.
12. Agnés Ditisheim, MD, an Baha M. Sibai. MD. Diagnosis and management of HELLP Syndrome Complicated by Liver Hematoma. *Clinical Obstetrics and Gynecology* volume 60, Number 1, 190-197.
13. Alassia M, Buteler MM, Caffaratti C, Bollatti H. Hematoma hepático en el síndrome HELLP. *Rev Fac Ciencias Médicas.* Córdoba, Argentina. 2011;68(3):119.
14. Castro-González A, Moreno-Conejo R. Preeclampsia y Ruptura Hepática. Informe de tres casos. *Rev Med IMSS* 2002; 40 (6): 505-510.