



Hematoma hepático espontáneo en embarazo gemelar

Carlos Quesnel,* Alejandro Weber,** Dalila Mendoza,** Denzil Garteiz**

RESUMEN

Antecedentes: el hematoma hepático sucede en 1 de cada 100,000 embarazos. La principal causa es la preeclampsia severa y el síndrome de HELLP. Otros factores predisponentes son: convulsiones, vómito, trabajo de parto, enfermedad hepática preexistente y traumatismos.

Caso: paciente primigesta de 28 años de edad, con embarazo gemelar de 33 semanas, dolor abdominal y choque hipovolémico secundarios a hematoma subcapsular hepático espontáneo. Para evaluar la posible rotura se le realizó una laparoscopia, que descartó la hipótesis; enseguida se efectuó cesárea de urgencia seguida de drenaje y empaquetamiento hepático por laparoscopia. La paciente continuó con alto gasto hemático a través de los drenajes, con inestabilidad hemodinámica y coagulopatía por consumo. Se realizó una angiografía sin encontrar sitios de sangrado. Se aplicó factor VII recombinante y se consiguió la disminución del gasto hemático. La paciente continuó con soporte de terapia intensiva con evolución satisfactoria. Egresó del hospital 19 días después. Siete meses después de la intervención se le realizó colecistectomía laparoscópica por colecistitis litiasica aguda.

Discusión: en la bibliografía se encontraron cinco casos de hematoma hepático en el embarazo no relacionados con trastorno hipertensivo del embarazo, que se vincularon con: hepatoma, absceso hepático amebiano, anemia de células falciformes, consumo de cocaína y embarazo molar.

Conclusion: debido a que los hematomas hepáticos originan gran morbilidad y mortalidad es importante que el diagnóstico sea temprano y la atención médica multidisciplinaria.

Palabras clave: hematoma hepático espontáneo, embarazo gemelar, colecistitis litiasica.

ABSTRACT

Background: The hepatic hematoma or rupture appear in 1 of every 100,000 pregnancies. The most common causes of hepatic hematoma in pregnancy are severe preeclampsia and HELLP syndrome; some predisposing factors are seizures, vomiting, labor, preexistent hepatic disease and trauma.

Case: A 33 year old primigravid with a normal 33 week twin pregnancy presented abdominal pain and hypovolemic shock due to spontaneous subcapsular hepatic hematoma; laparoscopy was performed to evaluate the possibility of rupture, which was not found, later emergency cesarean section was carried out followed by hepatic hematoma drainage and abdominal packaging by laparoscopy. After surgery the flow through drainage was too high additionally hemodynamic instability and consumption coagulopathy. Abdominal panangiography was performed without identifying bleeding areas. Intensive care was given to the patient evolving satisfactorily, was discharged 19 days after the event.

Seven months later she had laparoscopic cholecystectomy due to acute lithiasic cholecistitis.

Discussion: We found 5 cases in literatura about hepatic hematoma during pregnancy no related to hypertensive disorders of pregnancy; these were related to hepatoma, amebian hepatic abscess, falciform cell anemia, cocaine consumption and molar pregnancy.

Conclusion: Hepatic hematomas have high morbidity and mortality so is significant early diagnosis and multidisciplinary approach.

Key words: hepatic hematoma, twin pregnancy, cholecystitis.

RÉSUMÉ

Antécédents: La rupture du foie ou un hématome survient dans 1 cas sur 100 000 grossesses. La cause principale est la prééclampsie sévère et HELLP syndrome (hémolyse du sigle, élévation des enzymes hépatiques, faible taux de plaquettes). Autres facteurs prédisposants incluent des convulsions, des vomissements, de travail, les maladies hépatiques pré-existantes et les traumatismes.

Cas: patient primigeste de 28 ans, grossesse gémellaire de 33 semaines, la douleur abdominale et choc hypovolémique secondaire à un hématome sous-capsulaire hépatique spontané. Pour évaluer une éventuelle rupture a subi une laparoscopie, ce qui a été écarté l'hypothèse faite immédiatement une césarienne d'urgence suivie de drainage et d'emballage hépatiques par laparoscopie. Le patient a continué hème dépenses élevées par les égouts, avec une instabilité hémodynamique et coagulopathie de consommation. L'angiographie

a été réalisée sans trouver des sites de saignement. Facteur recombinant VII a été appliqué et a obtenu les réductions de dépenses sanglante. Le patient a continué à soutenir une thérapie intensive avec l'évolution satisfaisante. Il est diplômé de l'hôpital 19 jours plus tard. Sept mois après la chirurgie a subi une cholécystectomie laparoscopique pour cholécystite aiguë

Discussion: Dans la littérature a trouvé cinq cas d'hématome du foie pendant la grossesse n'est pas associée à des troubles hypertensifs de la grossesse, qui est liée à: hépatome, l'abcès amibien du foie, l'anémie falciforme, la cocaïne et la grossesse molaire.

Conclusion: En raison des hématomes hépatiques proviennent taux élevé de morbidité et de mortalité qui est important est le diagnostic précoce et des soins multidisciplinaires.

Mots-clés: hématome du foie spontané, grossesse gémellaire, la cholécystite.

RESUMO

Antecedentes: A ruptura do fígado ou hematoma ocorre em 1 em cada 100.000 gravidezes. A principal causa é a pré-eclâmpsia grave e síndrome HELLP (hemólise da sigla, elevação das enzimas hepáticas, plaquetas baixa). Outros fatores predisponentes incluem convulsões, vômitos, trabalho, doença pré-existente do fígado e trauma.

Caso: paciente primigesta de 28 anos de idade, gravidez gemelar de 33 semanas, dor abdominal e choque hipovolêmico secundário a hematoma subcapsular espontânea hepática. Para avaliar uma possível ruptura passou por uma laparoscopia, que descartou a hipótese foi feita imediatamente seção de uma cesariana de emergência seguido de drenagem e embalagem hepática laparoscópica. O paciente continuou heme alto gasto pelos drenos, com instabilidade hemodinâmica e coagulopatia de consumo. A angiografia foi realizada sem encontrar locais de sangramento. Recombinante fator VII foi aplicado e conseguiu o corte de gastos sangrenta. O paciente continuou a apoiar a terapia intensiva com evolução satisfatória. Graduou-se no hospital 19 dias depois. Sete meses após a cirurgia foram submetidos a colecistectomia laparoscópica por colecistite aguda.

Discussão: Na literatura encontramos cinco casos de hematoma fígado na gravidez não está associada com doença hipertensiva específica da gravidez, que está relacionada com: hepatoma, abscesso hepático amebiano, anemia falciforme, da cocaína e da gravidez molar.

Conclusão: Por causa hematomas hepáticos originam alta morbidade e mortalidade é importante é o diagnóstico precoce eo tratamento multidisciplinar.

Palavras-chave: hematoma hepático espontâneo, gravidez gemelar, colecistite.

La primera descripción del hematoma hepático en embarazadas lo realizó Abercrombie en 1844. Las enfermedades hepáticas, biliares y pancreáticas son raras en el embarazo, tres de cada 100 mujeres embarazadas tienen alteración en las pruebas de funcionamiento hepático, 1 de cada 500 embarazos tiene alguna alteración hepática que pone en riesgo la vida de la madre y el feto. La rotura hepática se manifiesta en 1 de cada 100,000 embarazos. La principal causa es la preeclampsia severa y el síndrome de HELLP; otros factores predisponentes

son: convulsiones, vómito, trabajo de parto, enfermedad hepática preexistente o traumatismos.¹

La búsqueda se efectuó en PubMed, ACOG (American College Obstetricians and Gynecologists) y Ovid mediante las palabras: "spontaneous hepatic or liver hematoma and pregnancy". Se encontraron 32 artículos de hematoma hepático y embarazo relacionado con trastorno hipertensivo y sólo cinco no vinculados con éste.

CASO

Paciente primigesta de 28 años de edad, con embarazo gemelar normoevolutivo de 32.1 semanas, que ingresó al área de labor, con dolor abdominal intenso en el cuadrante superior derecho de inicio súbito posterior a la ingestión de alimentos. El malestar se irradiaba hacia la espalda acompañado de vómito. Los signos vitales a su ingreso fueron: presión arterial 100/70 mmHg, 78 latidos por minuto, temperatura 36.5°C, frecuencia respiratoria 17 por minuto. En los estudios de laboratorio se encontró: hemoglobina de 15 mg/dL, leucocitos 12,000, plaquetas 224,000, fosfatasa alcalina 150 UI/L, aspartatoaminotransferasa 30 UI/L, alaninaminotransferasa 25 UI/L, bilirrubina directa 0.2 mg/dL, bilirrubina indirecta 0.8 mg/dL, gammaglobulina

* Jefe de la División de Ginecología y Obstetricia. Profesor adjunto de la Residencia de Ginecología y Obstetricia.
 ** Cirujano general y profesor adjunto de la Residencia de Cirugía. Especialista en Ginecología y Obstetricia.
 *** División de Ginecología y Obstetricia y División de Cirugía del Hospital Ángeles Lomas, Estado de México.

Correspondencia: Dra. Dalila Adriana Mendoza Ríos. Vialidad de la Barranca s/n, colonia Valle de las Palmas, Huixquilucan, Estado de México. Correo electrónico: redaleve@prodigy.net.mx
 Recibido: 16 de octubre 2011. Aceptado: diciembre 2011.

Este artículo debe citarse como: Quesnel C, Weber A, Mendoza D, Garteiz D. Hematoma hepático espontáneo en embarazo gemelar. Ginecol Obstet Mex 2012;80(2):110-114.

miltransferasa 45 UI/L y deshidrogenasa láctica 300 UI/L. El ultrasonido abdominal fue negativo para enfermedad hepática y la vesícula no se observó porque no estaba en ayuno. La paciente continuó con dolor e inició con episodios de hipotensión, taquicardia y debilidad. Debido a esto se repitieron la biometría hemática y el ultrasonido abdominal. En este último se encontró un hematoma hepático aparentemente no roto (Figura 1), disminución de 4 g en la hemoglobina y de 74,000 plaquetas. La paciente se trasladó al quirófano para confirmar los hallazgos por laparoscopia (Figura 2). Enseguida se realizó una cesárea de urgencia de la que se obtuvo el gemelo A masculino, con peso de 1,300 g, Apgar 9-9 y el gemelo B, masculino, con peso de 1,050 g, Apgar 9-9. No se observaron alteraciones en: la placenta, el líquido amniótico ni en el cordón umbilical. Después del cierre de la incisión de la cesárea, el equipo quirúrgico reinstaló el neumoperitoneo y exploró el hematoma hepático por medio de laparoscopia. Los hallazgos intraoperatorios fueron: hematoma hepático en los segmentos IVa, IVb, V y VII, que estaba aumentando rápidamente de tamaño. Después que se abrió la cápsula para exploración, se observó sangrado proveniente de múltiples sitios. La hemostasia se consiguió por empaquetamiento con gasas y se colocaron dos drenajes tipo Blake en el lecho quirúrgico; el sangrado intraoperatorio fue de 2000 cc, por lo que se le transfundieron cuatro concentrados eritrocitarios, dos plasmas frescos congelados e infusión de 10 g de ácido aminocaproico.

Después de la cirugía, la paciente se trasladó a terapia intensiva para que recibiera soporte ventilatorio y cardiovascular. Los exámenes de laboratorio iniciales reportaron: hemoglobina 6.3 mg/dL, hematócrito 18.2%, leucocitos 4,900, plaquetas 36,000, tiempo de protrombina 18'', tiempo parcial de tromboplastina no coagulada, tiempo de trombina 23.6'', fibrinógeno 73.2 y tiempo de sangrado 11 minutos. El primer día del postoperatorio, a través de los drenajes, seguía saliendo líquido hemático en cantidad importante. Se realizó otra angiografía sin que se lograran identificar áreas de sangrado (Figura 3). Se aplicó factor VII recombinante con control del sangrado. Las pruebas de funcionamiento hepático 48 horas después de la cirugía fueron: bilirrubina total 1.13 mg/dL, bilirrubina indirecta 0.22 mg/dL, bilirrubina directa 0.91 mg/dL, aspartatoaminotransferasa 837 UI/L, alaninaminotransferasa 685 UI/L, fosfatasa alcalina 111 UI/L y deshidrogenasa láctica 300 UI/L. A las 72 horas posteriores a la cirugía, la paciente

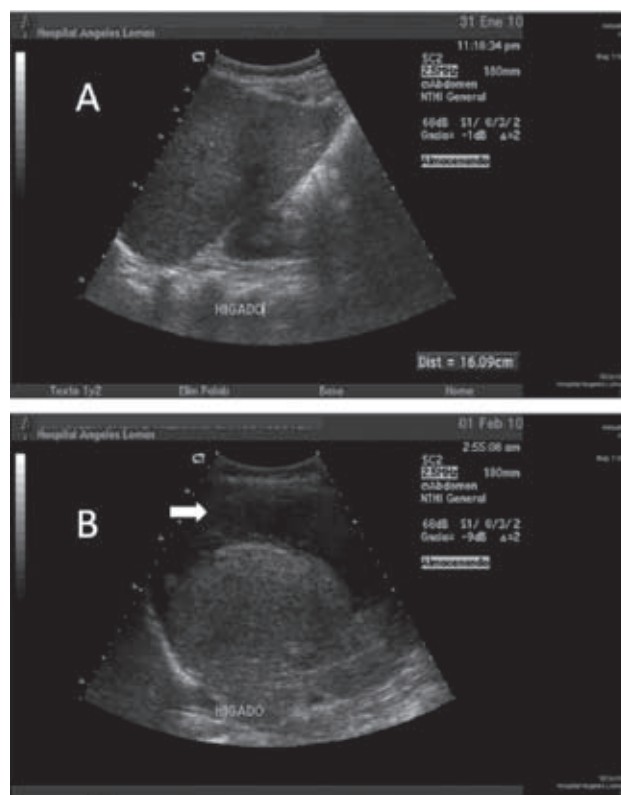


Figura 1. A: Ultrasonido hepático previo a la visualización del hematoma. B: Ultrasonido hepático en donde se visualiza el hematoma (flecha blanca).

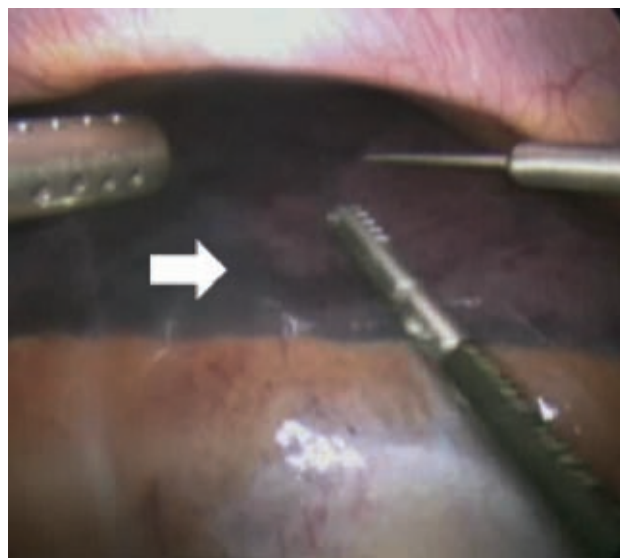


Figura 2. El hematoma hepático se observa por vía laparoscópica (flecha blanca)

se reintervino por vía laparoscópica para retirarle el empaquetamiento con gasas; no hubo complicaciones.

La evolución fue favorable y el soporte ventilatorio se retiró a los seis días. Al noveno día postquirúrgico las pruebas de funcionamiento hepático fueron normales y la paciente se dio de alta el día 11 posterior a su ingreso.

En el día 19 postcirugía la paciente reingresó con tromboembolia pulmonar, trombosis de la vena braquiocefálica y yugular derecha así como derrame pleural derecho. Se trató con enoxaparina y tres días después se dio de alta.

Siete meses después de la intervención quirúrgica ingresó con colecistitis litiasica aguda por lo que fue necesario realizarle adherenciólisis y colecistectomía laparoscópica; permaneció hospitalizada dos días.

DISCUSIÓN

El aumento de flujo sanguíneo en los órganos durante el embarazo y las enfermedades hepáticas preexistentes predispone a la formación de hematomas hepáticos. En el síndrome de HELLP las áreas de necrosis causan sangrado; en la preeclampsia, la presión sanguínea elevada y el esfuerzo muscular súbito rompen los vasos sanguíneos hepáticos.

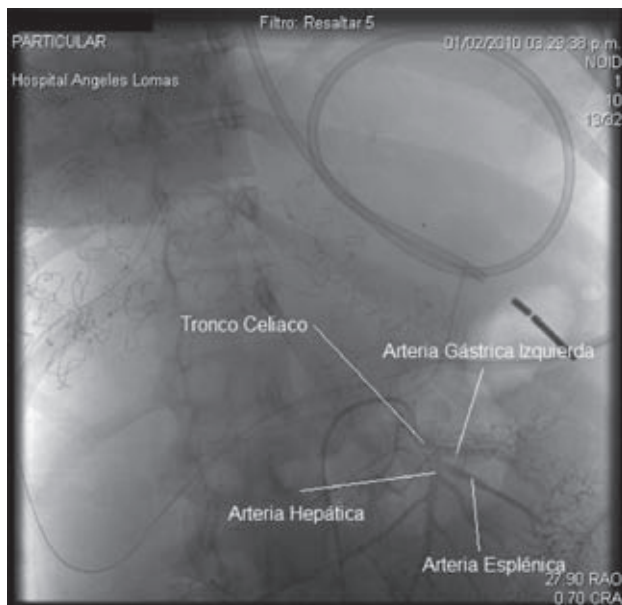


Figura 3. Panangiografía abdominal donde no se observa fuga del material de contraste

En la presentación clínica de la rotura o del hematoma hepático las pacientes pueden tener síntomas de duración variable, con malestar no específico, como: cefalea, molestias gástricas que pueden preceder al dolor súbito en el cuadrante superior derecho, que puede irradiarse al hombro derecho, hipotensión sistémica, signos de irritación peritoneal, hepatomegalia y anemia. También puede haber: trombocitopenia, tiempo de protrombina prolongado e hipofibrinogenemia; otros hallazgos de laboratorio incluyen: elevación de las aminotransferasas y lactato deshidrogenasa. El diagnóstico en el embarazo de hematoma hepático se basa en los hallazgos clínicos y se confirma mediante ultrasonido abdominal o resonancia magnética.

El tratamiento de las lesiones hepáticas depende del tipo de lesión (Cuadro 1),² la estabilidad hemodinámica y la edad gestacional. El tratamiento debe enfocarse en la madre porque puede estar en peligro su vida. La pérdida sanguínea puede ser importante y debe evitarse la hipotermia, la acidosis y la coagulopatía.

Las lesiones hepáticas superficiales (grado I y II) (Cuadro 1)² se tratan con sutura o agentes hemostáticos, como: surgicell, gelfoam, láser de argón o colocación de omento sobre la misma. Las lesiones mayores pueden tratarse de manera expectante o con cirugía. En pacientes con datos de rotura o inestabilidad hemodinámica están indicados el drenaje y la hemostasia; si ésta se dificulta debe realizarse empaquetamiento abdominal con retiro del mismo en 48 a 72 horas o resección del segmento. Las principales complicaciones del empaquetamiento abdominal son el síndrome compartamental y los abscesos, estos últimos se reportan en 15% de las pacientes supervivientes.

Si el sangrado no permite la adecuada visualización, la oclusión temporal de la arteria hepática y la vena porta (maniobra de Pringle) durante 15 a 20 minutos permite la ligadura de los vasos sangrantes sin isquemia hepática importante. La resección hepática está indicada en la afectación total de un segmento o lóbulo. La mortalidad materna y perinatal de la hemorragia hepática varía entre 10 y 30%, con morbilidad de 18 a 30%.¹

La radiología intervencionista con embolización selectiva es otra opción terapéutica.³

En la bibliografía relacionada con los hematomas hepáticos durante el embarazo se encontraron cinco casos no relacionados con trastorno hipertensivo del embarazo. Yen describió dos casos; el primero de una paciente con embarazo de 38 semanas, hepatoma y rotura hepática; la

Cuadro 1. Escala de lesiones hepáticas

Grado	Descripción
I	Hematoma subcapsular <10% de la superficie Laceración de la cápsula con profundidad en el parénquima <1 cm
II	Hematoma subcapsular 10-50% de la superficie, intraparenquimatoso <10 cm de diámetro Laceración de 1-3 cm de profundidad en el parénquima
III	Hematoma subcapsular >50% de la superficie o expansivo, rotura
IV	Hematoma intraparenquimatoso ocupa 25-75% de un lóbulo o 1-3 segmentos en un lóbulo
V	Rotura del parénquima >75% de 1 lóbulo o >3 segmentos en un lóbulo Lesión vascular venosa yuxtahepática; ejemplo: vena cava retrohepática-vena hepática central mayor
VI	Avulsión hepática

Datos de Moore EE, Shackford SR, Pachter HL. Organ injury scaling: spleen, liver and kidney. J Trauma 1995;38:323–324.

segunda paciente, de 34 años, con embarazo de 22 semanas y rotura de absceso hepático amebiano.⁴ Hakim-Elahi revisó el caso de una paciente de 33 años de edad, con embarazo de 39 semanas, hematoma hepático y anemia de células falciformes.⁵ Moen y colaboradores discutieron el caso de una mujer de 31 años, con embarazo de 30 semanas y hematoma hepático relacionado con consumo de cocaína.⁶ Vanatta y colaboradores reportaron embarazo molar y rotura hepática.⁷

Nuestra paciente tuvo, inicialmente, un cuadro típico de colecistitis al que se agregó el de hematoma hepático. La inestabilidad hemodinámica y la visualización del hematoma llevaron a la decisión de terminar el embarazo, drenar el hematoma y realizar hemostasia. Quizá la tromboembolia pulmonar se produjo debido a las múltiples transfusiones y la cirugía. El cuadro de colecistitis que volvió a presentarse meses después, junto con los cambios en el hígado por el embarazo y los vómitos se describen como factores predisponentes para hematomas hepáticos. En el interrogatorio, la paciente negó cualquier tipo de traumatismo o ingestión de medicamentos que predispusieran la hemorragia.

CONCLUSION

En pacientes embarazadas con choque hipovolémico, luego de descartar padecimientos obstétricos como causa,

debe hacerse el diagnóstico diferencial con hematoma hepático debido a su elevada mortalidad materna y fetal; en la mayoría de los casos el tratamiento es quirúrgico con abordaje multidisciplinario.

REFERENCIAS

1. Cappell MS. Hepatic disorders. In: Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL. Obstetrics: Normal and Problem Pregnancies. 5th ed. Philadelphia: Elsevier Churchill Livingstone, 2007;1215-1222.
2. Tinkoff G, Esposito TJ, Reed J, Kilgo P, Filodes J, et al. American association for the surgery of trauma organ injury scale I: spleen, liver and kidney, validation based on the national trauma data bank. J Am Coll Surg 2008;207(5):646-655.
3. Piper GL, Peitzman AB. Current management of hepatic trauma. Surg Clin N Am 2010;90: 775-785.
4. Yen SS. Spontaneous rupture of the liver during pregnancy, a report of 2 cases. Obstet Gynecol 1964;23(5):783-787.
5. Hakim-Elahi E. Spontaneous rupture of the liver in pregnancy, report of a case and review of the literature. Obstet Gynecol 1965;26(3):435-440.
6. Moen MD, Caliendo MJ, Marshall W, Uhler MK. Hepatic rupture in pregnancy associated with cocaine use. Obstet Gynecol 1993;82:687-689.
7. Vanatta JM, Monge H, Bonham CA, Concepcion W. Spontaneous liver rupture associated with hydatidiform mole pregnancy. Obstet Gynecol 2010;11:437-439.