

PRESENTACIÓN DE CASO

Hematoma subcapsular hepático roto en el curso de un síndrome de HELLP

Broken hepatic subcapsular hematoma in the course of HELLP syndrome

Juan Antonio Suárez González, Alexis Corrales Gutiérrez, Mario Gutiérrez Machado

Hospital Provincial Ginecobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara. Cuba.

RESUMEN

Se presenta un caso poco frecuente de un hematoma subcapsular hepático roto en el curso de un síndrome de HELLP, en una paciente como complicación de la preeclampsia que resultó en una mortalidad materna. Se realizó, además, una revisión de la literatura.

Palabras clave: hematoma; hígado; complicaciones del embarazo.

ABSTRACT

We report a rare case of a ruptured hepatic subcapsular hematoma in the course of in a patient with HELLP syndrome as a complication of preeclampsia resulting in maternal mortality. A review of the literature was also carried out.

Keywords: hematoma; liver; complications of pregnancy.

INTRODUCCIÓN

El hígado suele funcionar bien durante el embarazo, pero no escapa a los cambios que se producen a todos los niveles durante este período.¹ En algunas de las pruebas de función hepática, aparecen alteraciones que son más evidentes en las últimas semanas y se normalizan después del parto.²

Por otra parte, una embarazada puede padecer cualquier enfermedad hepatobiliar aguda o crónica de las que padece el resto de la población. Durante el embarazo, esta puede exacerbarse o no, y a su vez, existe un grupo de entidades propias del embarazo que aparecen con relativa frecuencia. Algunas de ellas con una tórpida evolución, de pronóstico muy reservado, y con una elevada morbimortalidad materno - fetal que sólo el diagnóstico precoz y los cuidados intensivos pueden disminuir.³

La incidencia de ictericia durante el embarazo varía entre 1/ 300 y 1/ 5000 embarazos y obedece a múltiples causas; las más frecuentes son:

1. Hepatitis infecciosa,
2. colestasis intrahepática,
3. consecuencia de otra complicación del embarazo.

Hay un grupo de entidades relacionadas entre sí por su patogenia que sólo aparecen durante el embarazo, específicamente al final de este (3er Trimestre). Ellas producen daños hepatocelulares de variada intensidad y que en su presentación clínica además de otros síntomas, pueden cursar con ictericia (ícteros del 3er Trimestre), que comprenden:

- Hígado graso agudo,
- preclampsia - eclampsia con afección hepática,
- síndrome de HELLP.^{3,4,5}

La ruptura hepática es una de las complicaciones más graves del embarazo y puede provocar la muerte de la madre y del feto. Junto con la preeclampsia-eclampsia, constituyen la primera causa de muerte en diversos países. Durante el estado grávido puerperal, presentó una de las complicaciones hemorrágicas de mayor gravedad, acompañada de elevada mortalidad materna y perinatal de hasta ≤ 50 %.¹

Se trata de una complicación tardía de la preeclampsia-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 especializados.^{1,2}

En este artículo se hará referencia a dos hepatopatías con desenlace fatal para la paciente con presentación del caso y revisión de la literatura. Esta paciente presentó dos de estas complicaciones, por eso se hace referencia a dos hepatopatías.

PRESENTACIÓN DE CASO

Hematoma subcapsular hepático roto en paciente con síndrome de HELLP.

Paciente femenina de 34 años con antecedentes de Diabetes Mellitus tipo I con tratamiento insulínico. Historia ginecobstétrica de tres gestaciones, tres partos y ningún aborto. La paciente acudió al hospital materno de esta provincia con una edad gestacional de 35,4 semanas, remitida desde su área de salud, en donde comenzó con dolor abdominal difuso, náuseas, vómitos, más cifras elevadas de tensión arterial (TA 160/110), por lo que se administró hidralazina. En el hospital materno fue recibida consciente, pero con cifras elevadas de TA, acompañada de sangramiento vaginal oscuro y escaso, acompañado de dolor bajo vientre que fue interpretado como un hematoma retroplacentario, por lo que fue llevada a salón para cesárea de urgencia, en donde se constató feto vivo y hematoma retroplacentario en un 40 %. Durante el puerperio inmediato se mantiene polipneica (50*min.) y taquicardia (145*min.). Fue remitida a la Unidad de Terapia Intensiva, donde fue recibida consciente y normotensa. (110/80) con los diagnósticos clínicos de:

1. Estatus posoperatorio de cesareada por hematoma retroplacentario en el curso de una preeclampsia grave,
2. Diabetes mellitus tipo I.

En sala se mantuvo con signos hipovolémicos, con escasa diuresis, taquicardia (> 120). Se le realizó unos rayos X de tórax, donde se observó elevación del hemidiafragma derecho que impresionaba estar en relación con un hematoma subcapsular hepático. Se realizó US abdominal que confirmó el diagnóstico. También se le realizó una tomografía, donde se confirmó la existencia del hematoma hepático en el lóbulo derecho de 5 cm con líquido libre en cavidad.

Se le realizaron estudios de la función hepática, donde se observó TGP, TGO, LDH elevadas, plaquetas disminuidas (90*10), un hematocrito en 0,17, la creatinina elevada, con cifras de TA elevadas. Por lo que el caso fue rediscutido planteándose el Síndrome HELLP. Fue valorada por los servicios de Hematología, Nefrología y Ginecoobstetricia en toda su estadía hospitalaria.

Posteriormente, comenzó con ictericia en piel y mucosas más edema en ambos miembros inferiores; a esto se sumó un fallo renal agudo, por lo que se sugirió tratamiento hemodialítico y plasmaféresis en el Servicio de Nefrología. Se le realizó un ultrasonido evolutivo que informó distorsión del parénquima hepático con rebasamiento del reborde costal de 5 cm. Ambos riñones tenían aumento de la ecogenicidad (principalmente, el izquierdo) con marcada elevación del hemidiafragma derecho, asociado a derrame pleural.

Al séptimo día se le añadió fiebre de 38 grados con dificultad respiratoria, que fue interpretada como una insuficiencia respiratoria grado II. Cayó en estado de estupor, el fallo renal y hepático la llevan a realizarle PCR. Se reanimó sin respuesta y falleció a los 9 días de estadía hospitalaria con los diagnósticos de:

Insuficiencia respiratoria aguda.
Edema pulmonar.
S. HELLP.
Preeclampsia grave
Diabetes mellitus tipo I.

Hematoma subcapsular hepático.
Insuficiencia renal aguda.

En la necropsia se constató la presencia de un hematoma subcapsular hepático roto (como consecuencia de una complicación del síndrome HELLP) con antecedentes de preeclampsia grave, lo cual le produjo un hemoperitoneo de gran cuantía que la llevo a fallecer en un cuadro de choque hipovolémico.

Nº de autopsia: 265 Año: 2014

Fecha de fallecimiento: 19/04/2014

Conclusiones anatomo-patológicas

CDM: Choque hipovolémico

· CIM: Hematoma subcapsular hepático roto con hemoperitoneo de gran cuantía

CIM: Síndrome HELLP.
CBM Preeclampsia grave.

Otros diagnósticos

Pulmones de *distress respiratorio del adulto*
Úlcera péptica duodenal
Litiasis vesicular

Se presentan imágenes de Anatomía Patológica (Fig. 1 y 2)



Fig. 1. Imagen macroscópica del hígado roto.



Fig. 2. Imagen macroscópica donde se aprecia la rotura hepática.

DISCUSIÓN

El Síndrome de Hellp fue descrito por Weinstein (1982), como un cuadro clínico incluido dentro del amplio espectro de las alteraciones que complican la preeclampsia - eclampsia caracterizado por:

H= Hemólisis (microangiopatía hemolítica)

EE= (*elevated enzymes*) Elevación de las enzimas hepáticas (aminotranferasa de dos a diez veces la normal)

LP= (*low platelets*) Trombocitopenia < 100000 x mm³. Afecta aproximadamente del 0,1 al 0,6 % de todas las embarazadas y del 4-12 % de las pacientes toxémicas. En la tercera parte de los casos, se presenta entre la 27 - 36 semanas de la gestación o posparto.

ETIOPATOGENIA

La etiopatogenia se desconoce con exactitud. Se han señalado que probablemente esté relacionada con el daño del endotelio vascular que se produce en la enfermedad hipertensiva del embarazo, con depósito de plaquetas (trombocitopenia) y fibrina local y el paso de los hematíes por las arteriolas con depósito de fibrina que deforman y fragmentan los hematíes apareciendo los esquistocitos o células en erizo. La obstrucción del flujo sanguíneo en las sinusoides por los depósitos de fibrina sería la responsable de las alteraciones hepáticas, con congestión vascular y aumento de la presión intrahepática con distensión de la cápsula de Glisson provocando hematoma subcapsular y rotura hepática.^{7,8}

La mortalidad materna oscila entre 2 y 25 % de las embarazadas que desarrollan el síndrome y la mortalidad perinatal entre 10 y 60 % (35 %), en dependencia de la edad gestacional y la severidad del síndrome. Hay riesgos de prematuridad y trombocitopenia al nacer.⁹

ROTURA HEPÁTICA

Antes de 1990 se habían informado en la literatura mundial 120 casos de rotura hepática relacionada con la preeclampsia-eclampsia, en 75-85 % de los casos, pero cada día los reportes aumentan asociados a una mortalidad materno-fetal de un 50 %.¹⁰

Actualmente, también se han reportado casos de hematoma subcapsular hepático en la embarazada con preeclampsia-eclampsia, caracterizado por dolor abdominal en barra de Chaussier, anemia moderada a grave y hepatomegalia dolorosa a expensas del lóbulo derecho.¹¹ El diagnóstico se hace por Imagenología (TAC, US). El US es muy útil en la evolución y manejos de estos casos, pues pueden mantenerse como hematoma sin complicarse con rotura. Estos evolucionan hasta su recuperación total o hasta la rotura, pudiendo mantenerse inicialmente una conducta expectante en dependencia de la severidad del cuadro clínico y extensión de la lesión.¹²

La hemorragia con ruptura hepática es una rara y letal complicación durante el embarazo. Se presenta un caso por cada 45,000 a 260,000 gestaciones.¹³ La incidencia de la hemorragia hepática con ruptura en una larga revisión fue de 1 por 45,000 nacidos vivos.¹⁴ Se observó que las pacientes que presentaron hematoma y ruptura hepática eran mujeres añosas y multíparas.^{14,15}

En México, *Vitelio Velasco* informó 79 muertes maternas ocurridas por ruptura hepática en un periodo de 15 años.⁵ Hasta 1990, únicamente existían 120 casos informados en la literatura médica mundial.^{16,17}

La causa específica para explicar la ruptura hepática y hemorragia en preeclampsia no es bien conocida. La lesión endotelial aguda, en unión con las alteraciones consecuentes en la reactividad vascular y en los mecanismos de la coagulación, constituyen el factor fundamental para la presentación de la ruptura hepática. Las lesiones se detectan en 60 a 80 % de las necropsias de las mujeres que perecen por preeclampsia-eclampsia.⁴

La mayoría de los hematomas ocurren en el lóbulo derecho del hígado, con más frecuencia en la superficie anterior y superior.¹⁸ Otros autores reportaron en una serie de 75 casos la presencia de hematomas en el lóbulo derecho en 75 %, 11 % en el lóbulo izquierdo y 14 % en ambos lóbulos.¹¹

Se han demostrado múltiples pseudoaneurismas pequeños durante la angiografía en los casos de hemorragia intrahepática recurrente que acompañaba al síndrome de HELLP,¹⁰ lo que sugiere un papel importante de la vasculopatía relacionada con la toxemia del embarazo en la etiología de la hemorragia.^{3,8,9,12}

La ruptura hepática en el embarazo se asocia a preeclampsia en un 80 % o más de los casos.⁴

La presentación clínica del hematoma subcapsular hepático no es característica.^{3,11} Esto, unido a la infrecuencia del cuadro, provoca que muchos casos no sean sospechados y el diagnóstico sea demorado y un hallazgo durante la laparotomía.^{3,10,20}

CONCLUSIONES

Se presentó un caso poco frecuente de complicaciones de la preeclampsia en una misma paciente con síndrome de HELLP y hematoma subcapsular hepático roto; lo que motivaron un cuadro de morbilidad materna extremadamente grave que llevo a la muerte materna.

Conflictos de intereses

Los autores no declaran tener conflictos de intereses.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández-Pacheco JA, Estrada-Altamirano A. Medicina Crítica y terapia intensiva. En: *Obstetricia*. INPER; 2007.
2. Ávila-Esquivel JF. Ruptura hepática durante el embarazo. En: *Preeclampsia-Eclampsia*; Briones-Díaz de León. 2000. p. 215-220.
3. Castro-González A, Moreno-Conejo R. Preeclampsia y ruptura hepática. Informe de tres casos. *Rev Med IMSS*. 2002;40(6):505-10.
4. Pathak B, Sheibani L, Lee R. Cholestasis of pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2010;37:269-82.
5. Velasco-Murillo V, Navarrete-Hernández E. Mortalidad materna por ruptura hepática. Experiencia de 15 años en el IMSS. *Rev Med IMSS*. 2001;39(5):459-64.
6. Sibai BM. Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with HELLP syndrome. *Am J Obstet Gynecol*. 1993;169:1000-6.
7. González Espinosa, Ávila Esquivel JF. Morbimortalidad materna asociada a ruptura hepática o hematoma subcapsular por preeclampsia-eclampsia y síndrome HELLP. *Archivos de investigación materno infantil*. 2010;2(2):51-5. Disponible en <http://www.mediographic.com/espanol/e1-indic.htm>
8. Pilco P, McCormack L, Pérez D, Clavien PA. Ruptured subcapsular hepatic hematoma associated with HELLP syndrome. *Rev Gastroenterol Perú*. 2006;26(2):207-10.
9. Rosen S, Merchant S, VanderJagt T, Crookston K. Spontaneous Subcapsular Liver Hematoma Associated With Pregnancy. *Arch Pathol Lab Med*. 2003;127(12):1639-40.
10. Shaw C, Fattah N, Lynch D, Stokes M. Spontaneous rupture of the liver following a normal pregnancy and delivery. *Ir Med J*. 2005;98(1):27-8.
11. Moldenhauer JS, Sibai BM. Hypertensive disorders of pregnancy. In: *Danforth's Obstetrics and Gynecology*. 9th. ed. Salt Lake City, Utah: Lippincott Williams & Wilkins Publishers; 2003.
12. Peiró Lorena Z, Salas R, Dólera Moreno C, Mollá C. Rotura hepática espontánea en el síndrome HELLP. *Med Intensiva*. 2009;33(1):56-7.
13. Xavier P, Melo R, Amândio V, Beires J, Pereira-Leite L. Subcapsular hepatic hematoma in an otherwise uncomplicated pregnancy. *Arch Gynecol Obstet*. 2002;266(1):44-5.
14. Carlson KL, Bader ChL. Ruptured subcapsular liver hematoma in pregnancy: A case report of nonsurgical management. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190(2):558-60.
15. Wicke C, Pereira PL, Neeser E, Flesch I, Rodegerdts EA, Becker H. Subcapsular liver hematoma in HELLP syndrome: Evaluation of diagnostic and therapeutic options-A unicenter study. *Am J Obstet Gynecol*. 2004;190(1):106-12.

16. Peñaflorres Rodríguez E, Téllez Valdés JA, Barjau Cadena R, Blancas Ontinegro LF, Acosta Patiño JL, Tejeda Pelayo CO. Síndrome HELLP y hematoma subcapsular hepático. Reporte de un caso. Salud en Tabasco. 2007;13(1):597-601.
17. Araujo A, Leao MD, Nobrega MH. Characteristics and treatment of hepatic rupture caused by HELLP síndrome. Am J Obstet Gynecol. 2006;195(1):129-33.
18. Vera E, Pérez A, Lattus J, Barrera V, Gonzalo C, Kattan MJ, et al. Rotura hepática asociada a preeclampsia severa y síndrome HELLP: tratamiento y tratamiento con taponamiento intrabdominal temporal de compresas. Rev Chil Obstet Ginecol. 2004;69(4):319-27.
19. Pérez AC, Martínez WM, Hoefler SS, Mollo EA, Campaña GV, Czwiklitzer GS. Hematoma subcapsular hepático roto asociado a pre-eclampsia severa y síndrome HELLP como urgencia quirúrgica. Técnica quirúrgica. Rev Chilena Cirugía. 2007;59(6):403-7.
20. Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. The HELLP syndrome: Clinical issues and management. A Review. BMC Pregnancy Childbirth. 2009;9:8.

Recibido: 13 de agosto de 2016.

Aprobado: 17 de septiembre de 2016.

Juan Antonio Suárez González. Hospital Provincial Ginecobstétrico "Mariana Grajales". Santa Clara, Villa Clara.

Cuba Correo electrónico: juanasg@infomed.sld.cu