

## Hematoma hepático espontáneo en gestante a término durante el trabajo de parto

### *Spontaneous hepatic haematoma in a pregnant woman during labour*

doi.org/10.23938/ASSN.0022

M. Polo Gil, E. Uriarte Rosquil, I. Plaja Martí, J. del Río Manterola, T. Lánderer Vázquez, M. Remón Izquieta

#### RESUMEN

La aparición de una ruptura hepática en el transcurso de un embarazo normal es algo excepcional. A veces el diagnóstico de ruptura hepática puede ser difícil, lo que condiciona una elevada tasa de mortalidad. Aunque la ruptura hepática es más frecuente que se asocie en gestantes con síndrome de HELLP, también puede ocurrir en pacientes afectas de otras patologías hepáticas, incluso en pacientes sanas.

Se debe mantener el estado de vigilancia ante cuadros clínicos sospechosos aun sin evidencia analítica de alteración hepática ni hemodinámica de hipertensión del embarazo, ya que un diagnóstico temprano facilitará el trabajo multidisciplinar que precisa el manejo de esta patología y disminuirá la morbilidad y mortalidad tanto materna como fetal.

**Palabras clave.** Síndrome de HELLP. Rotura hepática. Hematoma subcapsular.

#### ABSTRACT

Spontaneous hepatic rupture during labour is a rare condition. Because of the difficulty in diagnosing hepatic rupture in pregnant women, it is often associated with a high mortality rate. Although pregnant women with HELLP syndrome are more prone to hepatic rupture, it can also occur with other liver pathologies and even in healthy women.

We should be vigilant in case of suspicious clinical signs even if we have no evidence of preeclampsia. An early diagnosis will be the key to reducing the mortality and morbidity rate.

**Keywords.** HELLP syndrome. Hepatic rupture. Subcapsular haematoma.

*An. Sist. Sanit. Navar. 2017; 40 (2): 295-297*

Servicio de Anestesia y Reanimación. Hospital García Orcoyen. Estella. Navarra.

Recepción: 13/11/2016  
Aceptación provisional: 17/03/2017  
Aceptación definitiva: 10/04/2017

#### Correspondencia:

María Polo Gil  
Hospital García Orcoyen  
C/ Santa Soria, 22  
31200 Estella (Navarra)  
E-mail: maria.polo.gil@navarra.es

## INTRODUCCIÓN

La hemorragia hepática espontánea con formación de un hematoma subcapsular es una complicación excepcional en el transcurso de un trabajo de parto sin asociación a un estado de hipertensión inducida por el embarazo y/o un síndrome de HELLP<sup>1</sup>.

Ante una paciente con este hallazgo se deben considerar los siguientes diagnósticos por orden de frecuencia de aparición: preeclampsia (Síndrome de HELLP), hígado graso del embarazo y hepatitis.

## CASO CLÍNICO

Mujer de 31 años de edad, secundípara, sin antecedentes familiares ni personales de interés y sin hábitos tóxicos. La gestación previa transcurrió sin incidencias aunque en el postparto inmediato presentó atonía uterina con buen resultado fetal y materno.

La gestación actual cursó sin incidencias, acudiendo al hospital en la semana 38 de gestación por amniorraxis espontánea de bolsa amniótica con salida de aguas claras y ausencia de contracciones. Parámetros analíticos preparto dentro de los límites normales.

A los 20 minutos de su ingreso en el área obstétrica, y estando bajo control tocográfico del feto, la paciente inicia un cuadro súbito de dolor epigástrico intenso de carácter lancinante e inicialmente no irradiado, acompañado de náuseas, vómitos y cifras tensionales de 150/89 hasta 180/101 en el contexto del cuadro de dolor. Se inicia tratamiento con antiácidos y antieméticos así como analgésicos endovenosos sin obtener mejoría. Ante la aparición de signos de irritación diafragmática de predominio derecho, se solicita nueva analítica urgente con perfil hepático así como ecografía abdominal urgente. La ecografía mostró líquido libre perihepático y perivesicular e imagen hiperecogénica subcapsular hepática compatible con hematoma hepático por sangrado agudo. La analítica realizada al inicio del dolor abdominal seguía sin destacar alteraciones enzimáticas hepáticas que hicieran sospechar un síndrome de HELLP.

Ante este cuadro agudo se decide cesárea urgente mediante laparotomía media por riesgo de pérdida de bienestar fetal y materno. Se realiza una anestesia general mediante inducción de secuencia rápida sin incidencias destacables. Al abrir la cavidad abdominal se objetivó hemoperitoneo de aproximadamente 1000 ml. Se extrajo un feto vivo de 3400 g con una puntuación

en el test de Apgar de 8/10 y pH arterial 6,8. La paciente desarrolla una atonía uterina que se resolvió tras la administración de 100 µg ev de carbetocina, misoprostol rectal, methergin intramuscular y masaje uterino. Tras la histerorrafia se revisó la cavidad abdominal encontrando un gran hematoma subcapsular en lóbulo hepático derecho sin signos de sangrado activo. Se realizó biopsia hepática y hemostasia. Durante la intervención la paciente presentó inestabilidad hemodinámica que requirió resucitación con fluidoterapia, transfusión de 2 concentrados de hematies y corrección de la acidosis metabólica (pH arterial inicial de 6,99, EB -18 y lactato 99 mg/dl) por lo que ingresa en la unidad de cuidados intensivos con diagnóstico de shock hemorrágico por hematoma hepático.

El primer día de ingreso en dicha unidad, los controles analíticos fueron: Hb 6,4 mg/dl, Hto 17,6%, plaquetas 66.700, GOT 1.739 U/L, GPT 1.029 U/L, LDH 2.055 U/L. Requiere transfusión de siete concentrados de hematies, 600 ml de plasma y la infusión de vasoconstrictores para mantener cifras tensionales adecuadas.

Se realizó TAC abdominal de control describiéndose imagen compatible con gran hematoma subcapsular hepático con signos de ruptura hepática en los dos tercios postero-superiores con ausencia de signos de sangrado activo.

La paciente permaneció ingresada en la unidad de cuidados intensivos durante 14 días, tras los cuales se decidió alta de esta unidad y traslado a la unidad de cirugía hepática del hospital de referencia con los siguientes datos analíticos: GOT 70 U/L, GPT 218 U/L, LDH 503 U/L y Hb de 10 mg/dl.

La paciente evolucionó correctamente y recibió el alta hospitalaria a los 30 días de la cesárea, y en el control realizado al mes y a los 3 meses permanecía asintomática con persistencia de la anemia pero con cifras de función hepática corregidas.

La anatomía patológica mostró hígado con pleiosis y esteatosis masiva macro y microgotular preferentemente centrolobulillar en relación con embarazo sin identificarse angiomias.

## DISCUSIÓN

Aunque la rotura hepática espontánea se ha descrito en mujeres sin enfermedad de base y sin relación con la hipertensión, este es realmente un fenómeno excepcional. Hay autores que consideran que la mayoría de estos casos están mal filiados y no se ha investigado a fondo la génesis del problema<sup>1-3</sup>.

La incidencia es de entre 1/45.000 y 1/250.000 gestaciones, con una alta mortalidad materna y fetal (10-59% y 42-80% respectivamente) La mayoría de los casos está asociado a un síndrome de HELLP pero el diagnóstico diferencial, además de los cuadros ya citados previamente (hígado graso del embarazo y hepatitis), debe incluir *abruptio placentae* y rotura uterina<sup>4,5</sup>.

La patogenia de este cuadro se atribuye a depósitos locales de fibrina en el hígado, que predisponen a la isquemia focal y a desgarros de la íntima en el hígado con hemorragia e infarto<sup>6,7</sup>. La forma clínica típica de presentación es un hematoma localizado en la cara diafragmática del lóbulo derecho, y son mucho menos frecuentes los hematomas intrahepáticos, por lo que la mayoría de las pacientes refiere dolor e hipersensibilidad a la palpación en el hipocondrio derecho.

El signo clínico más frecuente (90% de los casos)<sup>8</sup> es un dolor constante e intenso en epigastrio y/o hipocondrio derecho "en barra" asociado en muchas ocasiones a dolor escapular ipsilateral por irritación diafragmática. Este dolor es debido a la distensión del parénquima hepático y de la cápsula de Glisson por un aumento de flujo a nivel de los sinusoides hepáticos.

Ningún dato bioquímico de laboratorio confirma el diagnóstico de hematoma y rotura hepática, aunque un descenso súbito del hematocrito o aumento repentino de la actividad de la transaminasa sérica pueden resultar muy indicativos.

Aunque el diagnóstico de elección se realiza mediante tomografía computarizada, la ecografía abdominal suele ser útil y se recomienda llevarla a cabo siempre que exista sospecha de rotura hepática y las condiciones clínicas de la paciente y el feto lo permitan.

El tratamiento de la rotura hepática obliga a una intervención de urgencia para cohibir la hemorragia<sup>5</sup> y controlar la posible coagulopatía de la madre que acompañará a la rotura.

En Smith y col<sup>9</sup> recogen que el taponamiento hepático se asocia con una supervivencia global del 80% respecto a la lobectomía, que es del 25%. Otras alternativas de tratamiento pueden ser la ligadura de la arteria hepática derecha, con escasos resultados, así como el trasplante hepático, con escasas cotas de supervivencia.

## BIBLIOGRAFÍA

1. SCHWARTZ ML, LIEN JM. Spontaneous liver hematoma in pregnancy not clearly associated with preeclampsia: a case presentation and literature review. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 176: 1328-1332.
2. DOUMIRI M, ELOMBILA M, OUDGHIRI N, SAOUD AT. Hematome sous-capsulaire du foie rompu compliquant une stéatose hépatique aiguë gravidique. *Pan Afr Med J* 2014; 19: 38.
3. MARTÍN MARTÍNEZ A, SÁNCHEZ SÁNCHEZ V, BERNALDO DE QUIRÓS I, GARCÍA HERNÁNDEZ J.A. Rotura hepática espontánea en el embarazo sin asociación con preeclampsia. *Prog Obstet Ginecol* 2003; 46: 181-184.
4. MESSERSCHMIDT L, ANDERSEN LL, SORENSEN MB. Postpartum HELLP syndrome and subcapsular liver haematoma. *BMJ Case Rep* 2014. doi: 10.1136/bcr-2013-202503.
5. MILLÁN HERNÁNDEZ J, RODRÍGUEZ TERRERO I, ESTÉVEZ MUGERCIA R, SUÁREZ NÚÑEZ E. Rotura hepática espontánea en una paciente embarazada. Presentación de un caso. *Obstet Ginecol Esp* 2000; 49: 93-94.
6. IBRAHIM N, PAYNE E, OWEN A. Spontaneous rupture of the liver in association with pregnancy. Case report. *Br J Obstet Gynaecol* 1985; 92: 539-540.
7. CUNNINGHAM FG, LEVENO KJ, BLOOM SL, SPONG CY, DASHE JS, HOFFMAN BL, CASEY BM et al. *Williams Obstetrics*. 20th ed. pp.1075-1076.
8. BERVEILLER P, VANDENBROUCKE L, POPOWSKI T, AFRIAT R, SAUVANET E, GIOVANGRANDI Y. Hématome sous-capsulaire du foie: cas clinique et mise au point actualisée sur la prise en charge. Hepatic subcapsular hematoma: A case report and management update. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2012; 41: 378-382.
9. SMITH LG, MOISE KJ, DILDY GA, CARPENTER RJ. Spontaneous rupture of liver during pregnancy: current therapy. *Obstet Gynecol* 1991; 77: 171-175.

