

## Hematoma subcapsular hepático asociado a síndrome de HELLP en el puerperio

Camila Muñoz López<sup>1</sup>, Valentina Luco López<sup>1</sup>, María Victoria Pérez<sup>2</sup>

### Resumen

El hematoma subcapsular hepático es una complicación grave del embarazo, asociada a preeclampsia severa o síndrome de HELLP. Al ser poco frecuente se requiere un alto índice de sospecha para realizar el diagnóstico precozmente, lo que determinará su pronóstico. A pesar de los avances en cirugía y medicina intensiva es una patología que sigue teniendo una elevada morbimortalidad materno fetal. Damos a conocer el caso de una paciente que cursó un embarazo sin incidentes hasta el parto, posterior a lo cual presenta síndrome de HELLP y un hematoma subcapsular hepático, que evolucionó favorablemente con tratamiento conservador.

**Palabras clave:** síndrome de HELLP; hematoma subcapsular hepático

### Abstract

A hepatic subcapsular hematoma is a serious complication of pregnancy, associated with severe preeclampsia or HELLP syndrome. Due to the low frequency of this presentation, a high suspicion index is required for early diagnosis, which it will determine its prognosis. Despite the advances in surgery and intensive medicine, it still has high maternal-fetal morbidity and mortality. In the present work, we report the case of a patient who had a physiological pregnancy until labor. Subsequently, the patient developed HELLP syndrome and hepatic subcapsular hematoma, which evolved favorably with conservative treatment.

**Keywords:** HELLP syndrome; subcapsular hepatic hematoma.

Fecha de envío: 26 de junio de 2018 - Fecha de aceptación: 8 de agosto de 2018

### Introducción

El hematoma subcapsular hepático es una complicación infrecuente del embarazo, potencialmente mortal. Fue descrita por primera vez por Abercrombie *et al.*, (1844). Tiene incidencia que va desde 1/45000 a 1/225000 embarazos (Marsh *et al.*, 2009). En Chile entre los años 1993 y 2004 se encontró una incidencia de 1/30. 863 partos (Vera *et al.*, 2004). Se asocia casi exclusivamente a preeclampsia y síndrome de HELLP, presentándose en el 1-2% de las pacientes esta última patología, siendo excepcionales los casos descritos en embarazos fisiológicos (Shaw *et al.*, 2005).

Se presenta con mayor frecuencia en pacientes mayores de 30 años, multíparas, principalmente durante el tercer trimestre del embarazo, aunque en un 30% se manifiesta durante el puerperio, principalmente las primeras 48 h (González *et al.*, 2017). El cuadro clínico se caracteriza por epigastralgia y dolor en hipocondrio derecho, náuseas y vómitos, aunque en ciertos casos la única

manifestación puede ser colapso circulatorio por shock hipovolémico secundario a la ruptura y hemorragia activa del hematoma (Haram *et al.*, 2009).

La sospecha clínica es esencial para el diagnóstico precoz, que se realiza mediante exámenes de imágenes o exploración quirúrgica. A pesar de los avances en reanimación, medicina intensiva y técnicas quirúrgicas, la morbimortalidad materna y fetal es elevada, reportándose una tasa de mortalidad materna del 22,2% que ha disminuido en la última década a 16,4% y una mortalidad perinatal de 30% (Vigil & Ortega, 2012).

Por ello, consideramos importante dar a conocer un caso de esta rara, pero grave complicación, en el que afortunadamente la paciente y el recién nacido tuvieron una buena evolución, y realizar una breve revisión de los elementos más relevantes para un realizar el diagnóstico y manejo oportuno.

(1) Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

(2) Departamento de Ginecología y Obstetricia, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Autor de correspondencia: [cfmunoz11@uc.cl](mailto:cfmunoz11@uc.cl)



**Caso clínico**

Primigesta de 29 años con antecedentes de hipertensión crónica en tratamiento con metildopa y diabetes gestacional en tratamiento con dieta. Cursa embarazo sin incidentes, con presiones arteriales y proteinurias de 24 horas en rangos normales en los controles prenatales. Ingresa a la unidad de preparto del hospital Dr. Sotero del Río cursando embarazo de 37 semanas y 5 días, en trabajo de parto con 3 cm de dilatación. Destaca que se encontraba hipertensa (PA 143/93), pero asintomática y con albuminuria cualitativa negativa; sin embargo, dado cifras tensionales persistentemente elevadas y sospecha preeclampsia sobreagregada, se inicia sulfato de magnesio endovenoso a 1g/h, además de conducción oxitócica. A las 12 horas desde su ingreso presenta dolor en epigastrio e hipocondrio derecho irradiado a hombro ipsilateral y cifras tensionales en rango de crisis hipertensiva (PA 162/ 91). Se realiza ecografía abdominal portátil que no evidencia signos de hematoma hepático o líquido libre en cavidad peritoneal. El hemograma, pruebas hepáticas y LDH se encontraban en rango normal (Tabla 1, columna A)

**Tabla 1:** Evolución de los exámenes de laboratorio al inicio y a las 2 horas postparto.

Parámetro	Preparto	Postparto
Hematocrito	42,7%	33,4%
Hemoglobina	14,7	11,2
Plaquetas	221.000	149.000
GOT	28	314
GPT	17	301
FA	124	225
GGT	10	103
Bilirrubina total	0,61	1,11
LDH	216	816

Se realiza tacto vaginal que evidencia falla en la progresión de dilatación, por lo que se realiza cesárea de urgencia mediante incisión de Pfannenstiel con el diagnóstico de desproporción céfalo - pélvica y crisis hipertensiva. Se recibe recién nacido de sexo femenino, peso 3435 g, Apgar 9-9. En intraoperatorio se observa borde hepático sin signos de rotura o hematoma subcapsular, asociado a ascitis citrina de escasa cuantía. En el puerperio inmediato se controlan exámenes de severidad (Tabla 1, columna B), destacando elevación significativa de pruebas hepáticas y LDH asociado una disminución del recuento plaquetario, hallazgos sugerentes de hemólisis y disfunción hepática, compatibles con Síndrome de HELLP (*Haemolysis, Elevated liver enzymes, Low Platelet count*). La proteinuria de 24 horas recolectada en ese periodo fue de 0,11 g. A las 24 horas postparto la paciente evoluciona con reaparición del dolor en hipocondrio derecho, asociado a una disminución

abrupta y sostenida del hematocrito desde 33,4% hasta 21%, sin alteraciones hemodinámicas. Se transfunden 2 unidades de glóbulos rojos y se realiza tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen (Figura 1 y 2), que evidencia rotura hepática asociado a gran hematoma subcapsular en lóbulo derecho, con un volumen aproximado de 600 cc.



**Figura 1:** TAC abdomino - pélvico, corte transversal mostrando en domo hepático hematoma subcapsular (\*) de 14,7 x 16,7 x 4,6 cm.



**Figura 2:** TAC abdomino - pélvico, corte coronal mostrando hematoma subcapsular que comprime y deforma los contornos del hígado asociado a hemoperitoneo leve.

La paciente es trasladada a unidad de cuidados intensivos y evaluada por el equipo de cirugía, quienes en conjunto con el equipo médico tratante deciden mantener una conducta expectante, con monitorización clínica y de laboratorio seriada. Evoluciona favorablemente, sin necesidad de exploración quirúrgica, con recuperación del hematocrito y normalización de pruebas hepáticas, normotensa con el uso de antihipertensivos orales. Es trasladada a maternidad al séptimo día postparto y dada de alta junto al recién nacido a los 12 días desde su ingreso con indicación de seguimiento ecográfico del hematoma de forma ambulatoria.

## Discusión

La fisiopatología del hematoma subcapsular hepático aún no se comprende por completo. Dentro de ésta un factor esencial es el daño endotelial asociado a la preeclampsia. Hallazgos histológicos en biopsias de hígado de estas pacientes muestran necrosis hepatocelular con áreas de hemorragia periportal y depósitos intravasculares de fibrina (Fagan, 2009). Los trombos intravasculares obstruyen los sinusoides hepáticos, lo que sumado a un estado de hipovolemia relativa genera zonas de isquemia, infartos y focos hemorrágicos que al confluir disecan la cápsula de Glisson formando el hematoma subcapsular, con el riesgo de rotura (Williams, 2011). Los factores descritos asociados a este último evento son expansión continua del hematoma, la palpación abdominal, traslados de la paciente, remoción manual de la placenta, contracciones uterinas, vómitos y convulsiones en eclampsia (Dessole *et al.*, 2007).

Dado su baja incidencia se debe tener una alta sospecha clínica para realizar el diagnóstico, basándose en los antecedentes de la paciente y el cuadro clínico. En pacientes con el antecedente de preeclampsia y síndrome de HELLP se debe estar alerta sobre la aparición de esta complicación. Es interesante notar que en nuestro caso la paciente había cursado un embarazo a término sin complicaciones, a excepción del antecedente de hipertensión crónica y diabetes gestacional, sin embargo, se manejó como una paciente con preeclampsia sobreagregada debido a las presiones arteriales elevadas durante el trabajo de parto. Posteriormente se obtuvo el resultado de la proteinuria de 24 horas que fue normal (<300mg). Esta presentación atípica de síndrome de HELLP sin evidencia de proteinuria ha sido descrita también en otros reportes de casos (Caroline *et al.*, 2008).

Las manifestaciones clínicas y su severidad son variadas (Tabla 2). El síntoma más frecuentemente reportado es el dolor en epigastrio e hipocondrio derecho (80%) debido a la distensión de la cápsula de Glisson (González *et al.*, 2017). La omalgia, náuseas y vómitos, se deben a irritación del peritoneo visceral. Otras manifestaciones incluyen signos de anemia aguda y, en casos de rotura, shock hipovolémico (Ditisheim *et al.*, 2017).

**Tabla 2:** Presentaciones clínicas del hematoma subcapsular

- Dolor en hipogastrio y/o hipocondrio derecho
- Omalgia o dolor cervical
- Distensión abdominal, náuseas o vómitos
- Shock hipovolémico
- Ascitis o derrame pleural masivos
- Hemoperitoneo
- Cambio súbito en frecuencia cardíaca fetal

Si bien ningún síntoma o signo es específico para el diagnóstico de hematoma, la epigastralgia en especial si se irradia a hombro, es un síntoma al que se debe prestar atención y cuya relevancia se debería evaluar considerando contexto clínico y los antecedentes de la paciente, dado que fue lo que permitió en nuestro caso sospechar el diagnóstico.

Los exámenes de laboratorio pueden mostrar alteraciones compatibles con síndrome de HELLP: elevación de enzimas hepáticas, 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 (Miguelote *et al.*, 2009). Como ocurrió en el caso clínico presentado. Por otra parte, el nivel de elevación de las pruebas hepáticas no es predictor de la existencia ni tamaño del hematoma, por lo que pueden orientar sobre la presencia del síndrome de HELLP, pero no son útiles para diagnosticar el hematoma subcapsular (Barton & Sibai, 1996). Dado la imprevisibilidad de esta complicación es importante realizar seguimiento clínico cercano a la paciente que presente síntomas compatibles con este cuadro, de modo de realizar un examen de imagen de manera oportuna, que es lo que permitirá confirmar o descartar el diagnóstico.

No existe consenso sobre la modalidad de examen imagenológico más adecuado para diagnosticar el hematoma subcapsular, sin embargo, dado su gravedad, es crucial que se realice precozmente. En el caso clínico se realizó una ecografía abdominal portátil al momento del dolor que no mostró evidencia de hematoma o líquido libre intraperitoneal en ese momento. Al respecto se ha descrito que la ecografía es útil como primera aproximación, sobre todo en casos de inestabilidad hemodinámica, dado su rapidez y disponibilidad, sin necesidad de mover a la paciente (Chan & Gersovich, 1999). Su desventaja es ser operador dependiente y menos sensible para detectar hemoperitoneo. Posteriormente, dado que la paciente persiste con dolor durante el puerperio, se realiza una nueva valoración mediante TAC que confirmó el diagnóstico. Este examen, al igual que la resonancia nuclear

magnética (RNM) tiene una excelente sensibilidad para detectar el hematoma y hemoperitoneo, con la ventaja del primero de requerir menos tiempo para su realización y estar más disponible, por lo que debiese ser el examen de elección (Ditisheim *et al.*, 2017). El abordaje quirúrgico mediante laparotomía también se ha descrito como método diagnóstico, especialmente en pacientes inestables hemodinámicamente (Carazo *et al.*, 2013)

El manejo de estas pacientes debe realizarse en la unidad de paciente crítico. La decisión de optar por un tratamiento conservador versus un tratamiento quirúrgico encuentra determinada por la estabilidad hemodinámica de la paciente, el tamaño del hematoma y su integridad. El manejo de pacientes estables, sin evidencia de hemorragia activa es de preferencia conservador, mediante reposición de fluidos, hemoderivados y monitorización (González & Ávila, 2010). En nuestro caso la paciente se manejó conservadora, con lo que tuvo una buena evolución. Pacientes inestables hemodinámicamente, con signos de rotura o aumento de volumen del hematoma requieren intervención quirúrgica urgente. Las técnicas utilizadas van desde embolización percutánea de la arteria hepática, *packing* con compresas, lobectomía. En caso de hemorragia refractaria a tratamiento quirúrgico o rápido empeoramiento de la falla hepática aguda debe considerarse el trasplante hepático (Reck *et al.*, 2001)

La mortalidad asociada a esta complicación ha disminuido durante la última década, probablemente debido a los avances en cuidados intensivos, reanimación, cirugía y nuevas técnicas como embolización, sin embargo, sigue siendo una complicación con pronóstico ominoso.

## Conclusión

El elemento más relevante para el diagnóstico hematoma subcapsular hepático es el cuadro clínico caracterizado por la epigastralgia persistente, asociado a o no al diagnóstico previo de preeclampsia o síndrome de HELLP. Los exámenes de laboratorio pueden orientar a la presencia de esta complicación, pero no son diagnósticos, por lo que en caso de alta sospecha debe realizarse un examen de imagen para confirmar el hematoma. Es una complicación conlleva una importante mortalidad materna y fetal, que puede disminuir con el diagnóstico precoz y manejo oportuno.

## Referencias

- Abercrombie J (1884). Haemorrhage of the liver. *London Medical Gazette* **34**, 792-794.
- Barton J & Sibai B. (1996). Hepatic imaging in HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count). *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **6**, 1820-1827.
- Carazo B, Romero M, Puebla C, Sanz A & Rojas B. (2013). Hematoma hepático subcapsular en el puerperio. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* **78**, 451-454.
- Stella C, Malik K & Sibai B. (2008). HELLP syndrome: an atypical presentation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* **198**, 6-8.
- Chan A & Gerscovich E. (1999). Imaging of subcapsular hepatic and renal hematomas in pregnancy complicated by preeclampsia and the HELLP syndrome. *Journal of Clinical Ultrasound* **27**, 35-40.
- Dessole S, Capobianco G, Viridis P, Rubattu G, Cosmi E & Porcu A. (2007). Hepatic rupture after cesarean section in a patient with HELLP syndrome: a case report and review of the literature. *Archives of Gynecology and Obstetrics* **276**, 189-192.
- Ditisheim A & Sibai B. (2017). Diagnosis and Management of HELLP Syndrome Complicated by Liver Hematoma. *Clinical Obstetrics and Gynecology* **60**, 190-197.
- Fagan E (2008). Chapter 9: Disorders of the liver. En *Medical Disorders in Obstetric Practice*, ed De Swiet, pp 282-339. Blackwell, London.
- Gonzales O, Llanos C & De la Peña W. (2017). Hematoma hepático subcapsular en síndrome HELLP en un hospital de referencia de Lima. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia* **63**, 171-181.
- González Y & Ávila J. (2010). Morbimortalidad materna asociada a ruptura hepática o hematoma subcapsular por preeclampsia-eclampsia y síndrome de HELLP. *Archivos de Investigación Materno Infantil* **2**, 61-65.
- Haram K, Svendsen E & Abildgaard U. (2009). The HELLP syndrome: Clinical issues and management. A Review. *BMC Pregnancy Childbirth* **9**, 8.
- Marsh F, Kaufmann S & Bhabra K. (2009). Surviving hepatic rupture in pregnancy-a literature review with an illustrative case report. *Journal of Obstetrics and Gynaecology* **23**, 109-113.
- Miguelote R, Costa V, Vivas J, Gonzaga L & Alpoim C. (2009). Postpartum spontaneous rupture of a liver hematoma associated with preeclampsia and HELLP syndrome. *Archives of Gynecology and Obstetrics* **279**, 923-92.
- Reck T, Bussenius-Kammerer M, Ott R, Müller V, Beinder E & Hohemberg W. (2001). Surgical treatment of HELLP syndrome-associated liver ruptured-an update. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology* **99**, 57-65.

Shaw C, Fattah N, Lynch D & Stokes M. (2005). Spontaneous rupture of the liver following a normal pregnancy and delivery. *Irish Medical Journal* **98**, 27-28.

Vera E, Pérez A, Lattus J, Barrera V, Gonzalo C, Kattan M & Papic F. (2004). Rotura hepática asociada a pre-eclampsia severa y síndrome HELLP: manejo y tratamiento con taponamiento intrabdominal temporal de compresas. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* **69**, 319-327.

Williams J, Leveno K, Cunningham F & Bloom S. (2011). *Williams obstetricia*. McGraw-Hill Interamericana, México, D.F.

Xavier P, Melo R & Amândio V. (2002). Subcapsular hepatic hematoma in an otherwise uncomplicated pregnancy. *Archives of Gynecology and Obstetrics* **266**, 44-45.