

# HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO COMO COMPLICACIÓN DEL SÍNDROME DE HELLP



Área I  
Murcia Oeste  
Asistencia

Kozak, I; Sánchez-Mateos Enrique, MR; Gómez Carrascosa, I; Campos Hernández, I; Martínez Vicente, L; De Paco Matallana, C; Peñalver Parres, C; Nieto Díaz, A.

## CASO CLÍNICO

Paciente de 36 años, primigesta de un gemelar bicorial biamniótico, tras fecundación in vitro, en tratamiento con Progesterona 200 mg/día.

Antecedentes personales: Sd de Sjögren, Ac anto-Ro y anti-La positivos, tratamiento con Hidroxicloroquina 200mg/12 horas. En seguimiento en Prenatal y Endocrinología por DG, controlada con dieta y ejercicio. Ecografías de semanas 12, 20 y 36 sin alteraciones.

En la semana 36+6 consulta en Puerta de Urgencias del Hospital Maternal por manchado escaso. Durante el RCTG, se registra una deceleración en relación con hipertono uterino, recuperando la FCF, ante lo que se decide ingreso para inducción con Dinoprospona 10 mg vaginales. El parto tiene lugar al día siguiente, instrumentado con vacuo, naciendo un varón y una mujer, con buenos pesos y puntuación de Ápgar, que pasan con la madre.

A las 6 horas tras el parto se produce bajada de tensión, dolor en el hipocondrio derecho, acompañados del mal estado general. En el TAC abdomino-pélvico se objetiva un extenso hematoma hepático subcapsular, de 19 x 6.4 cm, con severa compresión del parénquima y múltiples focos de sangrado activo y de crecimiento rápido (respecto al TAC urgente realizado en la hora anterior) (Figura 1).

También se observa trombosis venosa aguda de la vena renal izquierda, de 2.6 cm de extensión, y ascitis severa de distribución multicompartimental y de predominio pélvico. Ante los hallazgos analíticos (plaquetas 71.000, GOT 276 U/L, GPT 208 U/L, LDH 644 U/L), se sospecha el síndrome de HELLP.

Dada la inestabilidad hemodinámica, se realiza laparotomía exploradora urgente, en la que se aspira el hemoperitoneo y se hace hemostasia local con compresión, packing y drenaje subhepático. La paciente requiere transfusión, y no evoluciona de manera satisfactoria, con hipotensiones y hallazgo de aumento de hematoma y hemoperitoneo, derrame pleural leve de nueva aparición en el nuevo TAC al día siguiente, por lo que se decide reintervenir.

En la segunda cirugía se realizan colecistectomía, previa disección y ligadura de arteria y conducto císticos, disección y ligadura de la arteria hepática derecha, disección de la cara posterior del hígado, así como embolización preventiva selectiva de las ramas ascendentes de arteria hepática derecha, con nueva hemostasia cuidadosa mediante packing y drenaje. 2 días después se hace limpieza del packing y hemostasia sin hallazgos de nuevo sangrado.

La paciente es dada de alta tras 21 días de ingreso en el Servicio de Cirugía, con evolución favorable. Es seguida por parte de Unidad Tromboembólica, con tratamiento con Bemiparina sódica (Hibor) 3500 UI cada 24 horas. En seguimiento también por parte de Infecciosas por candidemia, resuelta previo al alta.



## DISCUSIÓN

La rotura hepática espontánea es una complicación infrecuente y con considerable amenaza de la vida de la paciente embarazada asociada casi exclusivamente con preeclampsia severa o síndrome de HELLP. Su incidencia es aproximadamente de 1 caso por 67 000 nacimientos o de 1 por 2000 pacientes con preeclampsia / eclampsia / síndrome de HELLP.

La fisiopatología exacta del proceso por el que se produce la rotura no es conocido del todo. Los hallazgos histopatológicos muestran hemorragia periportal y depósito de fibrina intravascular. Esta condición patológica lleva a la obstrucción sinusoidal hepática, congestión vascular, procesos de isquemia e infarto. En ocasiones se desarrolla hemorragia intraparenquimatosa y subcapsular, que en los casos más severos puede llevar a la rotura capsular. La tasa de mortalidad materna relacionada con la rotura hepática es de 39%, y la perinatal de 42%.

El manejo efectivo en los casos publicados hasta ahora ha consistido en una combinación de cirugía y soporte agresivo avanzado. Algunas técnicas quirúrgicas han demostrado disminuir considerablemente la mortalidad y morbilidad relacionadas con la rotura hepática, aunque no hay acuerdo suficiente sobre cuál es la mejor. Entre ellas figuran la ligadura de la arteria hepática, embolización arterial, hepatorrafia, packing hepático, diversos tipos de hemostáticos locales, coagulación con láser de argón, trasplante hepático, administración del factor VII a, así como manejo conservador o combinación de varias técnicas anteriormente descritas.

## CONCLUSIONES

El diagnóstico y el manejo del síndrome de HELLP es complicado, debido a falta de signos y síntomas específicos, lo cual retarda mucho el tratamiento si no se diagnostica en los estadios más iniciales. En un 15-20% de los casos no es precedido de enfermedad hipertensiva de embarazo (TA elevada + proteinuria), hasta un tercio de los pacientes desarrollan sus primeras manifestaciones de SH hasta varios días posparto.

La rotura hepática debe ser considerada como diagnóstico diferencial de un cuadro de dolor abdominal e hipotensión en una gestante.

**BIBLIOGRAFÍA:** - P Vigil-De Gracia, L Ortega-Paz. Pre-eclampsia/eclampsia and hepatic rupture. International Journal of Gynecology and Obstetrics 118 (2012) 186–189.

-Pavlis T, Aloizos S, Aravosita P, Mystakelli C, Petrochilou D, Dimopoulos N, et al. Diagnosis and surgical management of spontaneous hepatic rupture associated with HELLP syndrome. J Surg Educ 2009;66(3):163–7.

-M Darby, J N. Martin, S Q. Mitchell, M Y. Owens, K Wallace. Using case reports to determine when liver bleeding occurs during disease progression in HELLP syndrome. International Journal of Gynecology and Obstetrics 123 (2013) 7–9.