

HEMATOMA HEPÁTICO EN EL SÍNDROME HELLP*HEPATIC HEMATOMA IN HELLP SYNDROME*

Maida Alassia, Maria Marta Buteler, Cecilia Caffaratti, Hector Bollatti, Maria Marta Caratti .

Resumen

Objetivos: Describir nuestra experiencia en pacientes que presentaron Síndrome HELLP complicado con hematoma o rotura hepática.

Material y métodos: Estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de pacientes que ingresaron a Terapia Intensiva de nuestro hospital, con diagnóstico de síndrome HELLP durante el embarazo y/o puerperio, en el período comprendido entre febrero de 1999 y febrero de 2010. De ellas se seleccionaron las que presentaron hematoma o ruptura hepática (REH).

Resultados. Se identificaron 3 casos de síndrome HELLP con hematoma y/o ruptura hepática. La edad promedio materna fue 35 años; la edad gestacional media al momento del parto fue 33 semanas. Los síntomas y signos más frecuentes fueron dolor abdominal de inicio súbito y shock Hipovolémico. Como hallazgo distintivo de laboratorio se detectó anemia. El tratamiento quirúrgico fue la realización de packing en una paciente y la colocación de drenajes con conducta expectante en las otras. La mortalidad materna y perinatal fue del 33%.

Conclusión: Basados en nuestra experiencia y la bibliografía consultada, podemos concluir que el hematoma y la ruptura hepática asociados a síndrome HELLP constituyen una complicación grave donde el reconocimiento temprano es la base para un diagnóstico y tratamiento oportuno. El abordaje debe ser multidisciplinario, en centros de alta complejidad, con adecuado soporte hemodinámico y seguimiento imagenológico para mejorar la sobrevida de estas pacientes

Abstract:

Objective: The purpose of this study was to review our experience with patients having hepatic rupture or hematoma caused by HELLP syndrome.

Materials and Methods: Descriptive simple cross sectional retrospective study. A review was performed of medical records of all patients admitted at our Hospital's intensive care unit having HELLP syndrome during pregnancy or puerperium between February 1999 and February 2010. Patients complicated with hematoma or hepatic rupture were included.

Results: Three cases were identified. The average maternal age was 35 years old and the average gestational age at delivery was 33 weeks. The most frequent signs and symptoms were sudden onset of abdominal pain and shock. A distinctive laboratory finding was anemia. Surgical treatment was omental patching in one of the patients and it was conservative with drainages in the other two cases. Maternal and perinatal mortality were 33 %.

Conclusion: Based on our experience and the literature review, we can conclude that hepatic hematoma and rupture associated with HELLP syndrome represent a life-threatening complication in which early detection is very important to achieve a proper diagnosis and treatment. Patients should be treated by a multidisciplinary team in reference centers being carefully followed with adequate hemodynamic support and regular images to improve the survival maternal rate.

Servicio de Tocoginecología. Hospital Materno Neonatal. Córdoba. Argentina

Correspondencia autor: mmcaratti@hotmail.com

Introducción

El Síndrome HELLP (hemólisis, plaquetopenia y elevación de enzimas hepáticas) representa una severa forma de pre eclampsia y fue descrito por Weinstein en 1982. Se produce durante el embarazo o puerperio con una incidencia general de 0,1 a 0,6 % de todos los embarazos y de 4 a 12% en mujeres con pre eclampsia severa. (7, 18,20, 22.)

Este síndrome se puede complicar con coagulación vascular diseminada, desprendimiento placentario (abrupto placentae), insuficiencia renal aguda, edema pulmonar y ruptura o hematoma hepático subcapsular. (4, 8, 11, 18,20, 23). La complicación más temida es la ruptura espontánea hepática (REH), que ocurre en el 2 % de los casos con una mortalidad que oscila del 33 al 39 %⁽²²⁾. Esta fue descrita por primera vez por Abercrombie en 1844 y su incidencia reportada es entre uno cada 45.000 a 225.000 partos (1, 3, 7,9, 18, 20, 21). Algunos estudios sugieren que esta se produciría como consecuencia del infarto del parénquima hepático en las mujeres con preeclampsia avanzada, afectando principalmente lóbulo derecho hepático. (19, 20, 22, 23.)

Los signos clínicos más comunes de ruptura hepática son dolor en epigastrio o hipocostrio derecho, dolor intenso en hombro derecho, náuseas, vómitos, distensión abdominal y shock Hipovolémico. (4,20)

El síndrome de Hellp con REH requiere de un manejo multidisciplinario con monitorización en terapia intensiva. El tratamiento satisfactorio del hematoma y la REH incluye la combinación de cirugía y cuidados intensivos de sostén. (17, 18,23, 22)

Diversas intervenciones quirúrgicas han reducido considerablemente la morbilidad y mortalidad asociadas con ésta entidad, pero todavía no hay acuerdo acerca de la mejor intervención para tratar esta complicación del embarazo. Estas incluyen desde la observación, la evacuación y drenaje, aplicación de agentes hemostáticos, sutura de desgarró, ligadura de la arteria hepática,

resección hepática o lobectomía, embolización de la arteria hepática, taponamiento temporal o packing con compresa en la zona comprometida, hasta el trasplante hepático. (1,13, 20,23)

El objetivo de nuestro trabajo es describir los casos de pacientes con Síndrome HELLP complicado con ruptura o hematoma Hepático asistidos en el Hospital Materno Neonatal.

Material y Métodos

Se realizó un estudio descriptivo, transversal y retrospectivo. Se revisaron las historias clínicas de las 55 pacientes que ingresaron a terapia intensiva de nuestro hospital con diagnóstico de síndrome HELLP entre febrero de 1999 y febrero del 2010. EL Síndrome HELLP fue definido como una pre eclampsia severa con recuento de plaquetas. <100,000 por microlitro, GOT >70 U/L, y LDH >600 U/L (4, 22).

Las Variables analizadas fueron:

- Edad materna
- Forma de presentación
- Hallazgos de laboratorio al ingreso e imágenes
- Tratamiento realizado
- Días de estada en UTI
- Resultado perinatal

Se detectaron 3 casos de pacientes, 2 con hematoma y 1 con ruptura hepática.

Caso 1: Paciente de 34 años de edad, multigesta, 3 PN. Ingresó a UTI derivada del interior en shock hipovolémico cursando embarazo de 35 semanas. Había comenzado 48 hs antes con dolor en epigastrio e hipocostrio derecho irradiado al dorso, con HTA severa 170/100. Se realiza ECO que informa imagen semilunar en lóbulo derecho de 150 por 120 mm. sugestiva de hematoma hepático y hemoperitoneo. Laboratorio de ingreso: Hematocrito 26 %, GOT 234 UI/L, GPT 237 UI/L, LDH 653 UI/L, Creatinina 1,6 mg/dl Plaquetas 78.000/mm³. Se realiza cesárea de urgencia. RN 37 semanas, Apgar 2-5. Peso 2950 gr. AEG. Se aspira abundante cantidad de sangre, se evidencia hematoma hepático subcapsular anterior derecho,

que se evacua espontáneamente, quedando superficie con petequiado, sin sangrado activo. Se colocan drenajes. Evolución posoperatoria favorable con terapia de apoyo con hemoderivados. Control ecográfico seriado durante los 13 días de internación, al momento del alta hospitalaria imagen mixta bien delimitada de 110 por 65 mm en lóbulo derecho. Embarazo subsiguiente 4 años después sin complicaciones.

Caso 2: Paciente de 36 años tercigesta secundípara, que ingresa por eclampsia y shock hipovolémico, cursando embarazo de 32 semanas. Ingres a UTI. Se realiza ecografía observándose FM con placenta normoinsera, hematoma subcapsular hepático y hemoperitoneo. Laboratorio de ingreso: Hematocrito: 23 % hemoglobina: 7.13 gr/dl, plaquetas: 35,600 /mm³, GOT: 1195 UI/l, GPT: 571 UI/l, LDH: 5541 UI/L. Se decide cesárea y laparotomía confirmando ruptura hepática, y se realiza que packing. Evolución posoperatoria en estado crítico con asistencia respiratoria mecánica, insuficiencia renal aguda y CID, en falla multisistémica, fallece.

Caso 3: Paciente de 35 años primigesta, que ingresa por dolor precordial atípico, HTA y oligoamnios, cursando embarazo de 30 semanas. Antecedente de hipertensión 15 días antes. Ingres a UTI por HTA severa con dolor epigástrico persistente irradiado a región precordial y brazo izquierdo. Laboratorio de ingreso: Hematocrito: 33 %, hemoglobina 10,9 gr/dl, Plaquetas 95,000/mm³, GOT 117 UI/L, GPT 158 UI/L, LDH: 610 UI/L. Se realiza cesárea. RN 31 semanas PT/AEG. APGAR 5-7, SDR. Se objetiva al examen de cavidad abdominal hemoperitoneo y se constata hematoma hepático a tensión en lóbulo izquierdo sin signos de sangrado activo, se decide conducta expectante. Control ecográfico post quirúrgico: hematoma de 10 cm. en lóbulo izquierdo. Evoluciona con progresiva mejoría clínica. Control con ecografías seriadas del hematoma que se confirma con TAC al noveno

día. Egres a los 30 días.

Resultados.

La incidencia de S. HELLP en el hospital fue de 1 caso cada 1208 partos. Mientras que la incidencia de hematoma o ruptura hepática fue de 1 caso cada 22.165 partos. Calculada sobre la base de 66.466 partos que se produjeron en el período estudiado. En los tres casos analizados la edad promedio fue de 35 años; la edad gestacional media al momento del parto de 33 semanas y la paridad promedio de 1,6 partos. La presentación clínica más frecuente fue el dolor abdominal de inicio súbito y el shock hipovolémico. Como hallazgo distintivo de laboratorio se detectó anemia. La propuesta terapéutica fue quirúrgica en 2 de las 3 pacientes y en 1 expectante. La vía de finalización fue cesárea, en uno de los casos con diagnóstico previo de feto muerto. En la misma intervención se realizó packing a una paciente y se colocaron drenajes con conducta expectante en las otras. La mortalidad materna y perinatal fue del 33%.

Discusión

La hemorragia de origen hepático es una complicación rara, pero catastrófica de la preeclampsia, eclampsia y síndrome HELLP. La incidencia reportada es entre uno cada 45.000 a 225.000 partos^(1, 3, 7, 9, 18, 20, 21). La incidencia en nuestro estudio es mayor probablemente debido a que el hospital es uno de los principales centros de referencia de la Provincia de Córdoba. Los signos y síntomas precoces de presentación son inespecíficos por lo que debe sospecharse en casos de preeclampsia asociada a epigastralgia, dolor de hombro, náuseas y vómitos. En forma más tardía, la aparición súbita de hipotensión y anemia aguda debe conducir a descartar ésta complicación. La sospecha clínica es fundamental para el diagnóstico y tratamiento^(17, 18, 20, 21). Los casos que reportamos se presentaron con los dos tipos de cuadros. Los métodos de imágenes de diagnóstico

de hematoma hepático incluyen ecografía, tomografía computarizada y resonancia magnética abdominal. El ultrasonido es económico y de fácil acceso sin embargo tiene limitaciones por ser operador dependiente (Fig. 1)



Ecografía Hematoma Hepático

La TAC es un método que puede ser usado con seguridad a partir de las 7 semanas (Fig.2) La RNM tiene la ventaja de no irradiar al feto y es particularmente útil para el seguimiento del hematoma crónico. (20, 21,22, 23) La angiografía puede utilizarse para el diagnóstico preciso de hemorragia intrahepática y ruptura hepática y ofrece la opción de embolización en pacientes seleccionadas (23). En los casos reportados el diagnóstico y seguimiento evolutivo se realizó con ecografía. Sólo en uno se realizó TAC de control.

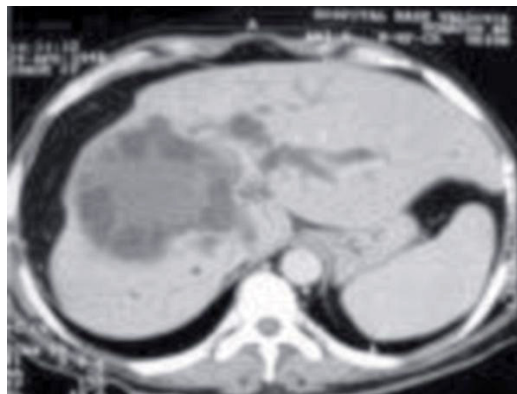


Figura 2: TAC Hematoma Hepático

El hematoma hepático se localiza con mayor frecuencia en la parte anterior y superior del hígado comprometiendo el lóbulo derecho en un 75%, el izquierdo un 11% y ambos en un 14%. (19, 21, 22, 23) y debe ser controlado periódicamente una vez detectado ya que se han descrito casos de ruptura hasta 6 semanas posteriores al diagnóstico inicial (22). En nuestra revisión tuvimos dos casos en el lóbulo izquierdo y uno en el derecho

El abordaje integral de esta grave complicación requiere de una terapia intensiva de sostén hemodinámico, control de la hipertensión y la interrupción del embarazo por cesárea.

El manejo adecuado de la lesión hepática incluye desde manejo conservador con terapia de las complicaciones, o bien manejo quirúrgico en combinación con terapia de soporte que incluye infusión de líquidos, sangre y hemoderivados. Si bien el manejo conservador en casos de hematoma hepático no complicado está claramente establecido con la observación y seguimiento por estudios de imagen, no hay pautas claras respecto a cuál es la mejor estrategia en casos de ruptura hepático-subcapsular. Tratamiento ofrecido al caso 3. Sin duda la decisión difícil en mujeres embarazadas, consiste en cuándo abandonar el tratamiento conservador (20, 21, 22,23)

El manejo quirúrgico varía desde reparación del sitio de la lesión, empaquetamiento, ligadura de la arteria hepática, embolización de la arteria hepática y trasplante hepático

En casos de hematoma subcapsular hepático roto la literatura hace énfasis en la alta mortalidad cuando los métodos quirúrgicos no son agresivos llegando a tener una mortalidad de hasta un 85%. Por otra parte, es importante destacar que en los estudios realizados desde el año 1976, «no hay supervivencia de estos pacientes sin cirugía». (17,18, 23)

Wilson y Marshall recomiendan la intervención quirúrgica en aquellas pacientes con inestabilidad hemodinámica por aumento del dolor, aparición de síntomas peritonea-

les o infección del hematoma.^(21,23)

Reck y colaboradores, en el año 2001 hacen una revisión de la literatura de las pacientes con Síndrome HELLP y ruptura hepática y muestran que en 96% de los casos, el manejo fue quirúrgico con una mortalidad postoperatoria de 40%. Ellos consideran que la laparotomía debería ser reservada para aquellos pacientes con ruptura hepática, con aumento de tamaño del hematoma durante el seguimiento imagenológico o para aquellos pacientes con inestabilidad hemodinámica luego del tratamiento en la unidad de cuidados intensivos.⁽¹³⁾

En un estudio retrospectivo de 141 mujeres con ruptura hepática y preeclampsia realizado por Araujo, el 50% de las pacientes fueron sometidas a ligadura de la arteria hepática, no observándose complicaciones, por lo que en estos casos la ligadura de la arteria hepática y la administración de productos hemáticos prohemostáticos ayudaron a controlar en buena parte el sangrado intraoperatorio. Sin embargo, a pesar de que el sangrado puede controlarse exitosamente, el manejo por laparotomía de estas pacientes se acompaña de una incidencia de sepsis postoperatoria de aproximadamente 20 a 30%.⁽¹⁷⁾

Valdés y García reportaron disminución en la mortalidad por ruptura hepática en 33 %, refiriéndose a 21 pacientes en quienes se practicó ligadura de la arteria hepática. Por su parte los reportes de Ávila por un lado y Pérez y Colaboradores por otro, también señalaron mejoría solamente con exploración, empaquetamiento y drenaje de la lesión hepática para el control de la hemorragia.^(18, 19,21)

Las recomendaciones quirúrgicas no son específicas, sin embargo, la experiencia que se tiene al respecto se basa fundamentalmente en pacientes con ruptura hepática traumática, por lo cual no existe un consenso sobre cuál debería ser la conducta a seguir en el caso de una preeclampsia-eclampsia.^(18,21) A pesar de lo anterior, la mayor parte de la literatura consultada coincide en que una vez que se ha confirmado

el diagnóstico de ruptura hepática, el tratamiento siempre es quirúrgico en pacientes con inestabilidad hemodinámica.^(19,20,21,22)

Conclusión

Basados en nuestra experiencia y en la revisión bibliográfica, podemos concluir que la ruptura hepática asociada a HELLP es una complicación grave, en la cual el reconocimiento temprano constituye la base para un diagnóstico y tratamiento oportuno. El abordaje debe ser multidisciplinario, en centros de alta complejidad, con adecuado soporte hemodinámico y seguimiento imagenológico para mejorar la sobrevivencia de estas pacientes.

Bibliografía

1. Barton JR, Sibai BM. Care of the pregnancy complicated by HELLP syndrome. *Gastroenterol Clin North Am* 1992; 21:937-50.
2. Smith LG, Moise KJ, Dildy GA III, Carpenter RJ Jr. Spontaneous rupture of the liver during pregnancy: current therapy. *Obstet Gynecol* 1991; 177:171-5.
3. Nelson DB, Dearmons V, Nelson MD. Spontaneous rupture of the liver during pregnancy: a case report. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurse* 1989; 18:106-13.
4. Sibai BM. The HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets): Much ado about nothing? *Am J Obstet Gynecol* 1990; 162:311-6.
5. Wicke C, Pereira PL, Neeser E, Flesch I, Rodegerdts EA, Becker HD. Subcapsular hepatic hematoma in HELLP syndrome: evaluation of diagnostic and therapeutic options: a unicenter study. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:106-12.
6. Gonzalez GD, Rubel HR, Giep NN, Bottsforf JE Jr. Spontaneous hepatic rupture in pregnancy: management with hepatic artery ligation. *South Med J* 1984; 77:242-5.
7. Gonzalez AL, Romero Arauz JF, Tenorio Maranon R. Long-term course of liver rupture in preeclampsia: a case report. *Gynecol Obstet Mex* 2000;68:353-6.
8. Bis KA, Waxman B. Rupture of the

liver associated with pregnancy: a review of the literature and report of 2 cases. *Obstet Gynecol Surv* 1976;31:763-73.

9. Sibai BM, Ramadan MK, Usta I, Salama M, Mercer BM, Friedman SA. Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes and low platelets (HELLP syndrome). *Am J Obstet Gynecol* 1993;169:1000-6.

10. Rinehart BK, Terrone DA, Magann FF, Martin RW, May WL, Martin JN Jr. Preeclampsia associated hepatic hemorrhage and rupture: mode of management related to maternal and perinatal outcome. *Obstet Gynecol Surv* 1999;54:196-202.

11. Audibert F, Friedman SA, Frangieh AY, Sibai BM. Clinical utility of strict diagnostic criteria for the HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets) syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1996;175:460-4.

12. Sheikh RA, Yasmeen S, Pauly MP, Riegler JL. Spontaneous intrahepatic hemorrhage and hepatic rupture in the HELLP syndrome: four cases and a review. *J Clin Gastroenterol* 1999;28: 323-8.

13. Reck T, Bussenius-Kammerer M, Ott R, Muller V, Beinder E, Hohenberger W. Surgical treatment of HELLP syndrome-associated liver rupture- an update. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2001;99:57-65.

14. Risseeuw JJ, de Vries JE, Van Eyck J, Arabian B. Liver ruptura postpartum associated with preeclampsia and HELLP syndrome. *J Matern Fetal Med* 1999;8:32-5.

15. Carlson KL, Bader CL. Ruptured subcapsular liver hematoma in pregnancy: a case report of nonsurgical management. *Am J Obstet Gynecol* 2004;190:558-60.

16. Haddad B, Barton JR, Livingston JC, Chahine R, Sibai BM. Risk factors for adverse maternal outcomes among women with HELLP (hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet count) syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:444-8.

17. Ana C. P. F. Araujo, MD, PhD,a,b Marcos D. Leao, MD,b Maria H. Nobrega, MD, PhD,a,b Patricia F. M. Bezerra, MD,a,b Flavio V. M. Pereira, MD,b Edailna M. M.Dantas, MD,b George D. Azevedo,

MD, PhD,b,c Selma M. B. Jeronimo, MD, PhDb,d,* Characteristics and treatment of hepatic rupture caused by HELLP syndrome. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* (2006) 195, 129-33

18. Santos-Bolívar J, y colaboradores. Rotura de hematoma subcapsular hepático como complicación del síndrome de HELLP. *CirEsp*.2009.doi:10.1016/j.ciresp.2008.12.014

19. Eduardo Revilla Rodríguez, Fred Rivera Cruz, Hugo Sarmiento Jiménez, María del Rocío Ruiz Olivera, Héctor Vásquez Revilla, Juventino López Ruptura hepática en una paciente con preeclampsia y ligadura de arteria hepática común. Reporte de un caso. Vol. XXII, Núm. 4 / Oct.-Dic. 2008 pp 254-259 Revista de la Asociación Mexicana de

20. Rodriguez, E, Tellez Valdez J, Cadená R, Ontivero L B, Acosta Patiño J, Tejada pelayo C. Síndrome de Hellp y Hematoma subcapsular hepático. Reporte de 1 caso. *Salud en Tabasco* Enero- Abril 2007 pag 597-601 Mexico

21. Pérez A, Martínez W, Hoefler S., Mollo A.E, Campaña GV, Czwiklitzer G. Hematoma subcapsular hepático roto asociado a preeclampsia severa y síndrome de HELLP como urgencia quirúrgica. Técnica quirúrgica Rev. Chilena de Cirugía. Vol 59 - Nº 6, Diciembre 2007; págs. 403-407

22. Pilco P, Mc Cormack L, Perez D, Clavien PA. Hematoma hepático subcapsular roto en el síndrome de Hellp. Revisión de la bibliografía y reporte de un caso con manejo conservador. *Revista de gastroenterología*, Perú 2006; 26 207 -210

23. González, A, Moreno Conejo R. Preeclampsia y ruptura hepática. Informe de tres casos. *Rev Med IMSS* 2002; 40 (6): 505-510 505