

RUPTURA HEPATICA EN UN EMBARAZO A TÉRMINO. PRESENTACION DE UNA PACIENTE.

**AUTORES: Dres. Silvia Maria Ferro Montes *, Liana
Ramírez Brena **, Gisela Hernández Cabrera ***,
Roberto Guzmán Parrado ****.**

Hospital Gineco-obstétrico Ramón González Coro

- * Especialista de Primer Grado en Anestesiología y Reanimación.
Profesora Asistente. Hospital Gineco-obstétrico Ramón González Coro.
Ciudad de la Habana.
- ** Especialista de Primer Grado en MGI. Especialista de Primer Grado en
Anestesiología y Reanimación. Hospital Gineco-obstétrico Ramón
González Coro. Ciudad de la Habana.
- *** Especialista de Primer Grado en MGI. Especialista de Primer Grado en
Anestesiología y Reanimación. Hospital Gineco-obstétrico Ramón
González Coro. Ciudad de la Habana.
- **** Especialista de Primer Grado en MGI. Especialista de Primer Grado en
Ginecología y Obstetricia. Instructor. Hospital Gineco-obstétrico Ramón
González

RESUMEN

Introducción: La hemorragia intrahepática y la ruptura hepática espontánea, son eventos sumamente raros y pocos frecuentes. Es una afección de gran magnitud anestésico quirúrgica cuando se asocia a alteraciones hipertensión arterial y a preeclampsia. **Objetivo:** Exponer la conducta seguida ante pacientes con EPOC y sus características. **Desarrollo:** Se realizó una revisión de la literatura sobre el tema, en el cual se abordó la problemática de la hemorragia intrahepática por ruptura hepática espontánea, así como de la conducción anestésica y estrategia a seguir en esta paciente. **Desarrollo:** Paciente de 21 años de edad con embarazo de 38 semanas a término, con antecedentes de salud, que comienza a desarrollar cifras tensionales de 130/90 mmHg en dos ocasiones. Se ingresó en la sala de hipertensión del hospital, constatándose cifras de tensión normales (120/70 mmHg). Al día siguiente después del pase de visita hace una caída brusca con hipotensión marcada, llevándose al quirófano. Se le realizó una cesárea emergente, encontrándose Hematoma subcapsular hepático por rotura hepática, trasladándose a la UCI. Falleció a los 4 días en fallo multiorgánico. **Conclusiones:** El conocimiento exhaustivo de la fisiopatología, la conducta anestésica y el tratamiento preventivo o curativo de estas entidades redundarán en beneficio durante el perioperatorio de estos pacientes.

Palabras Claves: Ruptura Hepática, Hematoma Subcapsular, Cesárea, Fallo Multiorgánico.

INTRODUCCION

La hemorragia intrahepática y la ruptura hepática espontánea, son eventos sumamente raros y pocos frecuentes. Es una afección de gran magnitud anestésico quirúrgica cuando se asocia a alteraciones hipertensión arterial y a preeclampsia ^{1,2}. La incidencia es de 1 en 45 000 a 250 000 embarazos, con una mortalidad materna y perinatal de 59 % y 62 % respectivamente ³⁻⁸.

Su etiopatogenia no bien clara es debida a necrosis parenquimatosa peri portal y focal secundaria a depósitos hialinos y de fibrina en los sinusoides hepáticos, lo que causa congestión vascular y aumento de la presión intrahepática, dilatación de la cápsula de Glisson y formación del hematoma ^{5,7,8}. Es por esto que constituye una emergencia quirúrgica de extrema gravedad con disfunción orgánica múltiple.

La mayoría de los autores señalaron pacientes aislados y se discuten los criterios diagnósticos y terapéuticos ^{3,4,7}.

La conducta del hematoma subcapsular hepático, es controversial, pero los mejores resultados se dan cuando este es conservador:

- Observación armada en el hematoma no roto y evacuación.
- Empaquetamiento del hematoma roto. Otras alternativas como sutura, recepción hepática dan mortalidad mas elevada.

La embolización angiografía es una buena alternativa, pero difícil de instituir en casos de extrema urgencia como estos ⁷.

Esta hemorragia intrahepática puede ocurrir en el embarazo normal e incluso en ausencia de toxemia ². Aunque aparece con mayor frecuencia en el

Síndrome de Hellp³⁻¹⁹, caracterizado por hemólisis, aumento de las enzimas hepáticas y plaquetopenia.

Fue nuestro objetivo exponer la conducta seguida ante una paciente con hemorragia intrahepática por ruptura hepática espontánea, así como definir la conducción anestésica y estrategia a seguir en este tipo de pacientes.

DESARROLLO:

Paciente de 21 años, con antecedentes de salud, que durante el embarazo hace en dos tomas aisladas cifras de tensión arterial de 140/90 mmHg.

Por lo que no se diagnosticó como hipertensión inducida por la gestación y se ingresó en la sala de hipertensión, con una edad gestacional de 39 semanas para completar su estudio. En la sala sus cifras tensionales se mantuvieron en valores de 120/80, 120/70 y 2 tomas de 120/90 mmHg respectivamente, sin otros síntomas asociados.

En la mañana de la presentación del episodio, a la paciente se le constatan cifras de tensión arterial de 120/70 mmHg, foco normal, reflejos normales, es decir, asintomático. A las 12 m hace una caída brusca al suelo, y se le constatan cifras tensionales de 70 / 40 mmHg, se traslada de forma emergente a la unidad quirúrgica, para realizarle una cesárea con el diagnóstico presuntivo de hematoma retroplacentario.

Se realizó una anestesia general orotraqueal. Se comenzó la inducción con ketamina, debido a los trastornos hemodinámicos que presentó la paciente y O₂, se le canalizaron 2 venas periféricas y se le realizó abordaje profundo de la vena subclavia derecha por vía infraclavicular.

Se le realizó operación cesárea, extrayéndose un feto muerto, observándose en ese momento un útero de características normales sin signos placentarios aparentes de hematoma. Se continuó la revisión la cavidad y se encontró hematoma subcapsular hepático, por ruptura importante del lóbulo derecho.

La paciente se tornó inestable y se le administro glóbulos, sangre fresca, PFC, crioprecipitados, concentrado de factores y una infusión de dopamina y

dobutamina. Una vez que se controló el sangramiento y se logró la estabilidad hemodinámica. Se cerró la pared abdominal a los 30 min. de terminada la intervención, comenzó a observarse sangramiento por los drenajes, y se reintervino nuevamente, observándose sangramiento en sábana que no constituía una pérdida activa. Se cerró y se logró nuevamente la estabilidad hemodinámica. Se trasladó intubada y ventilada a la terapia intensiva. Allí la reintervinieron nuevamente en varias ocasiones por presentar sangramiento de diferentes etiologías, del tipo de la úlcera gástrica sangrante entre otros. Comenzó con una plaquetopenia de 10.000 y se produjo sangramiento a nivel de todos los órganos de la economía. Falleció a los 4 días de su ingreso en esta unidad en un fallo multiorgánico.

Diagnóstico Anatomopatológico:

- CDM ; Shock hipovolemico
- CIM ; Hemorragia múltiple de órganos
- CBM ; Embarazo

Diagnóstico Clínico:

- CDM ; Ruptura hepática
- CIM ; Hematoma Subcapsular hepático
- CIM ; hipertensión secundaria

CC: Hipertensión arterial clínicamente

Hematoma subcapsular hepático

Necrosis tubular aguda

Hemorragia intra y retroperitoneal

Parto a término

Cesárea

Toxemia gravídica

Edema pulmonar

Edema cerebral intenso

Hemorragia suprarrenal bilateral

Hemorragia del tiroides

Hemorragia gastrointestinal

Hemorragia subaracnoidea

Laparotomía exploradora. Intervenciones múltiples.

Hidropericardio

Úlcera esofágica aguda con hemorragia

Gastritis aguda hemorrágica

Congestión esplénica

DISCUSION

El mecanismo por el cual se produce la ruptura hepática de desconoce, pero es posible que de deba a obstrucción sinusoidal por micro trombosis y vasoconstricción, que se acompaña de aumento de la presión intrahepática con dilatación de la cápsula de Glisson ⁷.

La mayoría de los hematomas se localizan en el lóbulo derecho del hígado ⁹. El compromiso hepático de la preeclampsia, a veces se manifiesta con dolor epigástrico, pero no siempre es diagnosticable tempranamente y produce complicaciones hepáticas graves ¹.

La ruptura hepática es un desafío para el cirujano. No existe un patrón de tratamiento y en cada paciente se debe enfocar de forma individual, en dependencia de la extensión del daño ^{3,7}. Algunos plantean la embolización selectiva de las arterias hepáticas ⁵.

Suele presentarse esta entidad como una complicación rara de gran magnitud, asociada a enfermedad hipertensiva del embarazo, y como manifestación clínica del Síndrome de HELLP ^{2,5,8-19}.

Se concluye que la ruptura hepática como complicación del embarazo es poco frecuente. En esta paciente según se ha descrito, no se desarrolló una preeclampsia grave o un síndrome de HELLP establecida. Según la literatura puede aparecer de forma espontánea en el embarazo, pero una vez que se presenta tiene un riesgo elevado y constituye una emergencia quirúrgica grave de difícil diagnóstico y a veces el tratamiento no es efectivo para salvar la vida de la mujer.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Cerda GP, Sanchez MM, Garcia GR, Torreblanca MM et al. Síndrome de HELLP y ruptura hepática. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Rev Asoc Mex Crit Ter Int 2003; 17 (4): 138-143.
2. Jerez- Azpilcueta A, Matta – Mtnez E, Montano – Uzcauza A. Ruptura hepática como complicación de enfermedad hipertensiva del embarazo y síndrome de HELLP. Gac Med Mex 2003; 139 (3) : 276-280.
3. Mascareños R, Mathias J, Vardarojan K, y cols. La ruptura hepática espontánea. HPB 2002; 4: 167-170
4. Velasco MV, Navarrete E. Mortalidad materna por ruptura hepática; experiencia de 15 años en el IMSS. Rev. Med IMSS 2001; 39 (5): 459-469.
5. Perucca E, Domínguez C, González D, et al. Ruptura hepática espontánea en síndrome de HELLP. Rev. Clin Obstetrical Ginecol 2003; 68 (1): 7-12.
6. Navarro – Vargas J. Síndrome de HELLP y coagulopatía. Rev Venezolana de Anestesiología 2002; 7 (2): 148-151.
7. Amores R, Paredes G, Llerena E. Primer consenso interinstitucional sobre normatización de Enfermedad Hipertensiva del Embarazo. Rev Ecuat de Ginecol y Obstet 2002; 9 (2): 159-170.
8. Pacedo A, Orderique L. Complicaciones materno – perinatales de la preeclampsia – eclampsia. Ginecol y obst 2001; 47 (1); 41-46.

9. Doshi S, Zucker S, Emergencias hepáticas durante el embarazo. *Gastroenterology Clinics of North Ame* 2003; 32 (5) : 1213- 1227.
10. Romero-Arauz J F, Lara G A L, Ramón LJ C. Morbimortalidad materna en el síndrome de HELLP. *Ginecol Obstet Mex* 2001; 69 (5): 34-39.
11. Guzmán J, Echevarria G, Kuznaanic G, Storaker M. Síndrome de HELLP. *Implicaciones Anestésicas* 2005; 34 (2): 5-10
12. Baxter J, Weinstein L. Hellp Syndrome. The state of the art obstetrical Survey *Obstet Gynecol* 2004;59: 838-845
13. Smith L, Moise K, Deldy G, Spontaneous Rupture of liver during pregnancy: *Current Therapy. Obstet Gynecol* 1992; 77: 171-175
14. Wicke C, Pereira P, Neeser E, Flesch. Sub capsular liver haematoma in Hellp Syndrome: Evaluation of Diagnostic and Therapeutic Options. A unicenter Study. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190: 106-112.
15. Merchant S, Matthew P. Revilla. Management of Spontaneous Sub capsular Liver Haematoma Associated whit Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2004; 108: 1055-1058.
16. Isler C, Rinehart B, Martin J, Terrone D, Magann E. Maternal Mortality Associated with Hellp Syndrome. *Am J Obstet Gynecol* 1999; 181: 924-928
17. William C. Highligts from the Society for Obstetric Anaesthesia and Perinatology. *Medscape Obs / Gyn & Women Health* 8 (2) 2004. Available at: [http:// www. medscape.com/ view article/](http://www.medscape.com/view article/) accessed may 31, 2004.
18. Parra P, Beckler- Maxwell M. Diagnostico y manejo oportuno del Síndrome de Hellp. *Acta Med Costarric* 2005; 47(1): 55-60.
19. Oquendo-Montes JF. Síndrome Preeclámptico. Consideraciones Anestésicas. *Rev Cub Anest Ream* 2005; 4 (3): 10-15.