

## Ruptura hepática espontánea en paciente con antecedente de coledocolitiasis resuelta por colangiopancreatografía retrograda endoscópica

Spontaneous liver rupture in a patient with antecedent from choledocholithiasis resolved by ERCP

Jesús A. Bahena-Aponte<sup>1</sup>, Guillermo Ramírez de Aguilar<sup>2</sup>, Juan Carlos Torres Carrillo<sup>2</sup>, Luis Espino Urbina<sup>2</sup>, Jesús A. Sánchez González<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Hospital General Ajusco Medio, Secretaría de Salud de la Administración Pública Federal. México, D.F., México.

<sup>2</sup> Servicio de Cirugía General, Hospital General Ajusco Medio, Secretaría de Salud de la Administración Pública Federal. México, D.F., México.

Recibido: 08-10-2015

Aprobado: 22-02-2016

### RESUMEN

Presentamos el caso de un paciente femenino de 34 años que inicia con cuadro de dolor abdominal, así como elevación de bilirrubinas a expensas de la directa, por lo que se le realiza una colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE), reportando: a) esfinterotomía exitosa sin complicaciones, b) coledocolitiasis resuelta endoscópicamente, c) colangitis secundaria. Presentó dolor abdominal importante a las 72 h, con cuadro clínico de choque hipovolémico e irritación peritoneal. Se realizó una laparotomía exploradora observando una laceración hepática grado III. Se realizó rafia hepática y colecistectomía y se deja empaquetada a la paciente, para ser reintervenida quirúrgicamente a las 24 h, logrando un adecuado control del sangrado posterior a la colocación de hemostático (Nexstat®). Se realizó una nueva laparotomía debido a la formación absceso subdiafragmático residual; posterior a la cual, la paciente presentó una evolución satisfactoria, por lo que fue dada de alta.

**Palabras clave:** Coledocolitiasis; Pancreatocolangiografía retrógrada endoscópica; Colangitis (fuente: DeCS BIREME).

### ABSTRACT

We present the case of a 34 years old female patient who presents with abdominal pain and elevated total and direct bilirubins, so she underwent ERCP Reporting: a) successful sphincterotomy without complications, b) choledocholithiasis endoscopically resolved, c) secondary cholangitis. She developed significant abdominal pain at 72 h, with hypovolemic shock and peritoneal irritation. She was taken to the surgery, finding a grade III liver laceration. This one was resolved with liver raffia and packing, during the same operative time cholecystectomy was performed. A second look was performed at 24 h, achieving adequate control of bleeding after placing hemostatic (Nexstat®). The patient developed a subdiaphragmatic abscess which needed drainage by another laparotomy. After which the patient had a satisfactory evolution, so she was discharged.

**Keywords:** Choledocholithiasis; Cholangiopancreatography, endoscopic retrograde; Cholangitis (source: MeSH NLM).

### INTRODUCCIÓN

La ruptura hepática espontánea es una enfermedad poco frecuente, pero con alta mortalidad. Abercrombie en 1844, describe por primera vez este cuadro, el cual habitualmente está asociada al embarazo, presentando una incidencia de 1 en 45 000 a 250 000<sup>(1)</sup>, con una mortalidad materna y perinatal de 59% y 62% respectivamente<sup>(1,2)</sup>. Sin embargo, puede estar asociado también con otras patologías hepáticas (adenomas, tumores malignos primarios y secundarios y hemangiomas) y rara vez se presenta en forma aislada, como en el caso que presentamos.

Es una condición difícil de diagnosticar y los distintos autores postulan diversos tratamientos, lo que sin duda está en relación a la elevada complejidad del problema.

En México, Vitelio Velasco informó 79 muertes maternas ocurridas por ruptura hepática en un periodo de 15 años. Villarreal refirió una frecuencia de 5% del total de muertes por esta entidad. Hasta 1990,

únicamente existían 120 casos informados en la literatura médica mundial<sup>(3,4)</sup>.

La mayoría de los hematomas ocurren en el lóbulo derecho del hígado, con más frecuencia en la superficie anterior y superior.

Según lo reportado en la literatura, laboratorialmente no existen datos que sugieran ruptura o hematoma hepático; sin embargo, en un estudio realizado por González-Espinoza *et al.*, todas sus pacientes estudiadas manifestaron elevación importante en las enzimas hepáticas, anemia, trombocitopenia importante, así como hallazgos bioquímicos que sugieren insuficiencia renal<sup>(5)</sup>.

### CASO CLÍNICO

Se presenta una paciente de sexo femenino de 34 años de edad quien ingresó a través del servicio de urgencias de esta unidad hospitalaria, por presentar cuadro de dolor abdominal de predominio en

hipocondrio derecho, con irradiación en hemi-cinturón, sin náusea, vómito, fiebre ni antecedentes traumáticos. A la examen físico se encontró paciente con signos vitales estables: T/A: 110/70 mmHg, FC 74 latidos x min, FR 22 respiraciones x min, consciente, orientada, adecuada coloración de tegumentos, cardiopulmonar aparentemente sin alteraciones, abdomen blando depresible, con dolor a la palpación del hipocondrio derecho, Murphy negativo, peristalsis presente, no se palparon visceromegalias, extremidades sin alteraciones, con USG de hígado y vías biliares realizado 4 días previos a su ingreso que reportaba litiasis vesicular. Presentando a su ingreso elevación de las cifras de bilirrubinas totales de 4,8 mg/dl, bilirrubinas directas 3,3 mg/dl, fosfatasa alcalina 199 UI/L, DHL 289 UI/L y GGT 182 UI/L. Por lo que se presenta el caso al servicio de endoscopía quienes deciden realizar CPRE (colangiopancreatografía retrógrada endoscópica). Reportando: a) esfinterotomía exitosa sin complicaciones, b) coledocolitiasis resuelta endoscópicamente, c) colangitis secundaria. Desde las primeras horas post CPRE refiere dolor abdominal a predominio de epigastrio, sin presentar datos de irritación peritoneal ni elevación de enzimas pancreáticas y radiografía de abdomen sin evidencia de aire libre. Dolor abdominal que se incrementa a las 72 h hasta llegar a ser 10/10, asociado a hipotensión, presentando T/A 60/40 mmHg y frecuencia cardiaca de 120 latidos x min, por lo que se realiza tomografía abdominal (Figura 1) y posteriormente una laparotomía exploradora reportándose una laceración hepática G III, hemoperitoneo de 1500 cc, datos de colecistitis crónica litiásica.

Por el antecedente de la CPRE realizado previamente se decidió realizar una duodenotomía, sin evidencia de sangrado intraluminal, la cual posteriormente se afronta con puntos separados de vicryl 2-0 y se realizó colecistectomía con disección anterograda. Debido a



**Figura 1.** Imagen tomográfica donde se observa laceración hepática transversal con punto de hemorragia activo.

que durante el transoperatorio no fue posible controlar el sangrado hepático se decide dejar empaquetada a la paciente. Reinterviniéndose a las 24 h debido a sangrado activo persistente, reportándose sangrado en capa de retroperitoneo, dehiscencia de cierre primario duodenal, hemoperitoneo y sangrado activo de lecho hepático. Por lo que se realizó hemostasia retroperitoneal, reparación de dehiscencia duodenal en dos planos, hemostasia de lecho hepático, utilizando un hemostático tópico absorbible (Nexstat®), lavado de cavidad y colocación de drenajes. Presentando evolución tórpida, por lo que, ante la presencia de fiebre y dolor abdominal, se realizó nueva tomografía a los 21 días postoperatorios, donde se observa la presencia de absceso residual hepático.

Programándose nueva laparotomía exploradora hallándose hematoma hepático subagudo abscedado, mismo que se drena durante dicho procedimiento. Presentando una evolución satisfactoria por lo que es dada de alta 6 días después. Durante el seguimiento a través de la consulta externa, la paciente se ha referido asintomática, sin datos de laboratorio de daño hepático y sin evidencia tomográfica a 6 meses de seguimiento de lesión hepática residual y ausencia de lesiones que hayan favorecido u ocasionado la hemorragia.

## DISCUSIÓN

La ruptura hepática o hematoma subcapsular es una complicación grave de la pre-eclampsia/eclampsia, con alta mortalidad materna y perinatal. Por lo general se encuentra asociada con síndrome de HELLP; Sin embargo, en el caso anteriormente presentado la paciente no tenía el antecedente de estar embarazada ni haberlo estado recientemente; así mismo, tampoco contaba con el antecedente de haber sufrido algún trauma abdominal. Se inicia con dolor abdominal asociado a elevación de las bilirrubinas a expensas de la directa. Con incremento importante del dolor además de datos de choque hipovolémico 72 h posteriores a la realización de una CPRE. Cabe resaltar que posterior a la realización de la CPRE se solicitó una Radiografía de abdomen con la finalidad de descartar la presencia de aire libre subdiafragmático, sin evidencia del mismo en dicho estudio. Y aunque esta descrito que la tomografía abdominal presentó una alta sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de esta patología <sup>(5,6)</sup>.

Un aspecto que merece una mención especial es el hecho de que a la paciente se le realizó una duodenotomía sin observarse evidencia de sangrado ni lesión intraluminal, conducta que consideramos pudiera ser controversial, debido a los hallazgos evidentes de sangrado; sin embargo, no se debe olvidar que la paciente refería dolor incluso posterior a la CPRE sin nunca tener evidencia de pancreatitis, por lo que se decidió descartar una probable perforación intestinal.

Con respecto a los resultados de laboratorio, no se observó elevación de las enzimas hepáticas ni trombocitopenia; sin embargo, si se observó una elevación importante de las bilirrubinas por lo que se hizo el diagnóstico de un síndrome icterico obstructivo, sometiendo a la paciente a una CPRE, que muestra la presencia de coledocolitiasis así como colangitis secundaria, pero no explica la ruptura hepática espontánea, a menos que, esta pudiera haber sido secundaria al importante proceso infeccioso.

Dentro de las principales complicaciones que se presentan en este grupo de pacientes destacan: la falla respiratoria, las infecciones, el edema agudo pulmonar y la insuficiencia renal. De las cuales nuestra paciente presentó un absceso residual que requirió de nueva laparotomía, presentando finalmente una adecuada evolución <sup>(7)</sup>.

En conclusión, la ruptura hepática espontánea es una entidad patológica afortunadamente rara pero grave, con una elevada mortalidad, por lo que consideramos que un diagnóstico y tratamiento oportuno resulta fundamental para mejorar las posibilidades de éxito en este grupo de pacientes.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Raines A, Garwe T, Adeseye A, Benham E, Worrell V, Havron W. [Traumatic Liver injuries in the elderly as compared to younger adults](#). J Okla State Med Assoc. 2014;107(11):594-7.
2. Arias Verdú MD, Prieto Palomino MA, Curiel Balsera E, Mora Ordoñez J, Hernandez Sierra B, Muñoz Bono J. [Rotura espontánea hepática en el síndrome HELLP](#). Medicrit. 2006;3(1):22-5.
3. Castro-González A, Moreno-Conejo R. [Preeclampsia y ruptura hepática. Informe de tres casos](#). Rev Med IMSS. 2002;40(6):505-10.
4. Velasco-Murillo V, Navarrete-Hernández E. [Mortalidad materna por ruptura hepática. Experiencia de 15 años en el IMSS](#). Rev Med IMSS. 2001;39(5):459-64.
5. González-Espinosa Y, Ávila Esquivel J. [Morbimortalidad materna asociada a ruptura hepática o hematoma subcapsular por preeclampsia-eclampsia y síndrome HELLP](#). Arch Inv Mat Inf. 2010;2(2):51-5.
6. Minakami H, Sugimoto H, Manaka C, Takahashi T, Sato I, Tamada T. [HELLP syndrome: CT evaluation](#). Gynecol Obstet Invest. 1994;38(1):28-30.
7. Reck T, Bussenius-Kammerer M, Ott R, Müller V, Beinder E, Hohenberger W. [Tratamiento quirúrgico de la rotura hepática asociada con el síndrome HELLP—actualización](#). Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2002;2:24-32.

### Correspondencia:

Jesús A. Bahena Aponte  
Hospital General Ajusco Medio  
Encinos Número 41, Col. Ampliación Miguel Hidalgo 4ta Secc.  
Delegación Tlalpan. CP 14250. México D.F., México.  
E-mail: [investigacionhgam@gmail.com](mailto:investigacionhgam@gmail.com)