

Cartas al Director

Hematoma subcapsular hepático tras CPRE

Palabras clave: Hematoma hepático. CPRE. Tratamiento.

Key words: Hepatic hematoma. ERCP. Treatment.

Sr. Editor:

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica mínimamente invasiva de gran utilidad para el diagnóstico y tratamiento de patología biliar y pancreática (1).

La aparición de un hematoma hepático tras la realización de una CPRE es un hecho extremadamente infrecuente, existiendo sólo 5 casos descritos en la literatura desde el año 2000, en el que se describió el primer caso (2).

Presentamos un caso clínico de hematoma subcapsular hepático que precisó de intervención quirúrgica para control de la hemorragia.

Caso clínico

Mujer de 72 años, con diabetes mellitus e hipertensión arterial como únicos antecedentes personales de interés, acude al Servicio de Urgencias con un cuadro de ictericia mucocutánea y coluria, asociado a dolor epigástrico y en hipocondrio derecho de características cólicas, de 2 días de evolución. La exploración física mostraba dolor en hipocondrio derecho sin signos de peritonismo. En una analítica sanguínea destacaba bilirrubina 5,6 mg/dl, GOT 608 UI/l y GPT 720 UI/l. Se realizó una ecografía abdominal que evidenció coledocolitiasis con dilatación de colédoco (22,4 mm)

y coledocolitiasis. Se realizó una CPRE, confirmándose la coledocolitiasis; se procedió a realizar esfinterotomía endoscópica y extracción del cálculo en colédoco.

A las 2 horas de finalizar la prueba, la paciente comienza con un dolor súbito en hipocondrio derecho. La exploración física mostró un dolor en hipocondrio derecho con signos de irritación peritoneal, taquicardia, taquipnea e hipotensión arterial de 95/60. Analíticamente destacaba bilirrubina 3,4 mg/dl, GOT 315, amilasa 64 U/l, GPT 450, leucocitos 15.400/mm³, hemoglobina 5,5 g/dl y creatinina de 2,4 mg/dl. Se administró fluidoterapia con parcial respuesta hemodinámica. Se realizó TC abdominal evidenciándose líquido libre intraperitoneal en ambas gotieras y fondo de saco de Douglas, así como una lesión hipodensa de bordes mal definidos en lóbulo hepático derecho y aerobilia en vía biliar extrahepática, sin neumoperitoneo (Fig. 1).

Ante estos hallazgos y la persistencia de la inestabilidad hemodinámica se decide intervenir quirúrgicamente a la paciente. En la cirugía se observa hemoperitoneo y un hematoma subcapsular hepático de 8 cm parcialmente roto localizado en segmentos V-VI hepáticos. Se procedió a evacuación del mismo y hemostasia local con electrocoagulación y Surgicel®, dejando un drenaje tipo Jackson-Pratt en espacio subfrénico derecho.

La paciente estuvo ingresada en UCI durante 48 horas. La paciente no presentó nuevos episodios de sangrado y en TC de

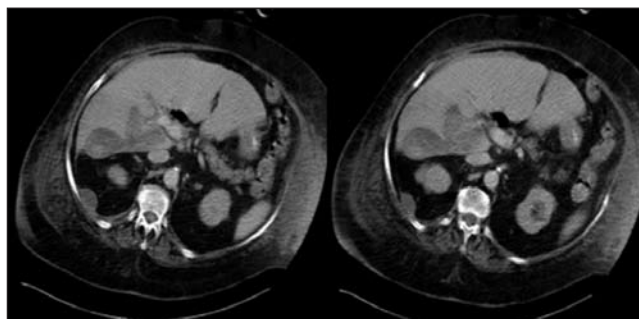


Fig. 1.

control no se objetivó ninguna colección, siendo dada de alta a las 4 semanas de la intervención.

Discusión

La CPRE es una técnica mínimamente invasiva pero que no está exenta de complicaciones. No obstante, se asocia a una morbilidad significativamente menor que la cirugía sobre el árbol bilio-pancreático. La pancreatitis es la complicación más frecuente, seguida de perforación duodenal, hemorragia y colangitis (2). La tasa de complicaciones es variable, oscilando entre 2-12% según las distintas series (3,4), con un riesgo de mortalidad entre 0,5-1% (5).

El desarrollo de hematoma subcapsular hepático tras la realización de CPRE es una complicación rara con sólo 4 casos descritos en la literatura médica (1,2). El mecanismo postulado por el que se produce es un pinchazo accidental de la guía metálica en el árbol biliar intrahepático (6).

En la mayoría de los casos descritos el manejo del paciente fue conservador, al tratarse de hematomas contenidos por la cápsula de Glisson. Este debe ser el tratamiento de estos pacientes siempre que se encuentren estables hemodinámicamente y no existan signos de infección, mediante transfusión de concentrados de hemáties si es necesario, control analgésico y profilaxis antibiótica para evitar la sobreinfección del hematoma (1,2,7). En nuestro caso el deterioro del estado general del paciente, la inestabilidad hemodinámica, los signos de irritación peritoneal y el hallazgo de líquido libre en la TC abdominal nos obligaron a indicar una laparotomía exploradora.

El tratamiento quirúrgico debe consistir en una adecuada evacuación del hematoma y hemostasia del origen del sangrado, y realización de TC seriadas para controlar la evolución del mismo,

valorando el drenaje percutáneo de alguna colección residual. En caso de resangrado hay que valorar la posibilidad de embolización selectiva de la arteria hepática (7).

Como conclusión, el hematoma hepático tras CPRE es una rara complicación que debe manejarse de forma conservadora, reservando el tratamiento quirúrgico para casos de inestabilidad hemodinámica o mal estado general.

Juan Pérez Legaz, Jair Santos, Jaime Ruiz-Tovar,
Pedro Moya Forcén, Laura Armañanzas, María Gómez,
Inma Oller, Antonio Arroyo y Rafael Calpena

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital General Universitario Elche. Alicante

Bibliografía

1. Priego P, Rodríguez G, Mena A, Losa N, Aguilera A, Ramiro C, et al. Hematoma hepático post ERCP. *Rev Esp Enferm Dig* 2007;99:53-4.
2. Ortega Deballon P, Fernández Lobato R, García Septem J. Liver hematoma following endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). *Surg Endosc* 2000;14:767.
3. Ruiz-Tovar J, Lobo E, Sanjuanbenito A, Martínez-Molina E. Pneumoretroperitoneum secondary to duodenal perforation secondary to endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Can J Surg* 2009;52:68-9.
4. Chi KD, Waxman I. Subcapsular hepatic hematoma after Guide Wire Injury during ERCP. *Endoscopy* 2004;36:1019-21.
5. París C, Beljani J, Beanoyen M, Ouimet A. Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP). *J Pediatric Surg* 2010;45:938-45.
6. Lynch SP, Evans JA. Difficult biliary cannulation. *Curr Gastroenterol Rep* 2010;2:135-40.
7. Casanova D, Figueras J, Pardo F. Traumatismo hepático. En: Casanova D, Figueras J, Pardo F. Guías clínicas de la Asociación Española de Cirujanos. Cirugía hepática. Madrid: Aran Ediciones; 2004. p. 299-314.