

## NOTA CLÍNICA

# Hematoma hepático tras CPRE: presentación de dos nuevos casos

María del Moral Martínez, Ana Delgado Maroto, María Eloísa Cervilla Sáez de Tejada, Francisco Javier Casado Caballero y Francisco Javier Salmerón Escobar

UGC Aparato Digestivo. Hospital Universitario San Cecilio. Granada

## RESUMEN

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica endoscópica con un riesgo de complicaciones secundarias que oscila del 2,5-8%. Las complicaciones que con más frecuencia se presentan son la pancreatitis, procesos infecciosos, hemorragia o perforación. El hematoma hepático secundario a CPRE es una rara y potencialmente grave complicación con pocos casos descritos en la literatura. A continuación presentamos dos casos de hematomas hepáticos secundarios a la realización de CPRE, realizando una revisión de la bibliografía y de las posibles opciones terapéuticas.

**Palabras clave:** Hematoma hepático. CPRE. Complicación.

## INTRODUCCIÓN

La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una técnica endoscópica con un riesgo de complicaciones que oscila entre el 2,5 y el 8%. Las complicaciones más frecuentes son pancreatitis, colangitis, hemorragia o perforación. El hematoma hepático secundario a CPRE es una complicación rara y potencialmente grave. Hay pocos casos descritos en la literatura. Presentamos dos casos de hematomas hepáticos secundarios a la realización de CPRE y realizamos una revisión de la bibliografía y de las posibles opciones terapéuticas.

## CASO CLÍNICO 1

Presentamos el caso de una mujer de 37 años que ingresó de forma programada para realización de CPRE por coledocolitiasis diagnosticada mediante colangiopancreatografía por resonancia magnética (colangio-RMN) una semana antes. En el momento del ingreso se encontraba asintomática. La paciente no presentaba antecedentes personales ni familiares de interés. En la exploración destacaba una ictericia cutáneo-mucosa marcada. La analítica

mostró: bilirrubina total (BT) 7,91 mg/dl, bilirrubina directa (BD) 7,13 mg/dl, alanina aspartatotransferasa (AST) 366 U/l, alanina aminotransferasa (ALT) 407 U/l, GGT 812 U/l y fosfatasa alcalina (FA) 332 U/l, sin alteraciones en el resto.

Se realizó una CPRE en la que se observó una papila pequeña, difícil de canular, accediendo en dos ocasiones al conducto pancreático. Se realizó un precorte y se consiguió acceder al colédoco que estaba dilatado, con un cálculo impactado de unos 2 cm de diámetro. Se llevó a cabo una papilotomía amplia y se extrajo el cálculo con ayuda del balón de Fogarty, evidenciándose salida de bilis retenida con algún resto de pus.

A las seis horas de la realización de la CPRE, la paciente comenzó con dolor abdominal difuso, intenso, asociado a malestar general. No presentaba fiebre ni sensación disérmica. En una analítica urgente se observó una amilasa de 1702 U/l sin otras alteraciones. Se realizó diagnóstico de pancreatitis aguda post-CPRE, indicando sueroterapia, dieta absoluta, perfusión analgésica y monitorización de constantes. A las pocas horas la paciente sufrió un cuadro presinco-pal con persistencia del malestar general y dolor abdominal intenso, y se objetivó tensión arterial (TA) de 85/45 mmHg, frecuencia cardíaca (FC) de 120 lpm y SatO<sub>2</sub> del 97% sin aporte de O<sub>2</sub>, por lo que se solicitó nuevo control analítico para valorar posibles complicaciones.

Una nueva analítica evidenció un descenso marcado de la hemoglobina (Hb) de 12 a 7,6 g/dl, junto con la hiperamilasemia ya conocida, sin elevación de reactantes de fase aguda ni otras alteraciones. La paciente no había presentado deposiciones melénicas ni hematemesis, ni se evidenció exteriorización alguna del sangrado. Ante estos hallazgos, se solicitó tomografía computarizada (TC) abdominopélvica para descartar posibles complicaciones. En las imágenes de la TC se apreciaron dos grandes colecciones hipodensas subcapsulares/intraparenquimatosas, una de ellas en lóbulo hepático izquierdo y de 70 x 107 x 120 mm, y otra que afectaba a la subtotalidad del lóbulo hepático

Recibido: 28-02-2016  
Aceptado: 27-12-2016

Correspondencia: María del Moral Martínez. UGC Aparato Digestivo. Hospital Universitario San Cecilio. Calle Dr. Oloriz, 16. 18012 Granada  
e-mail: mdlmoral87@gmail.com

Del Moral Martínez M, Delgado Maroto A, Cervilla Sáez de Tejada ME, Casado Caballero FJ, Salmerón Escobar FJ. Hematoma hepático tras CPRE: presentación de dos nuevos casos. Rev Esp Enferm Dig 2017;109(6):470-473.

DOI: 10.17235/reed.2017.4237/2016

derecho (LHD), compatibles ambas con hematomas. Se observó una pequeña cantidad de aire intraparenquimatoso subfrénico en contacto con la colección del LHD. Se apreció permeabilidad de la arteria hepática y vena porta, y no se objetivó extravasación de contraste (Fig. 1).

Se inició transfusión de hematíes y antibioterapia intravenosa y se trasladó a la paciente a la Unidad de Cuidados Intensivos para estabilización y control. En una arteriografía urgente no se apreció extravasación del contraste. Dado que la paciente se estabilizó satisfactoriamente, y se encontraba apirética y con buen estado general, manteniendo niveles estables de hemoglobina, se decidió mantener actitud expectante.

A las dos semanas continuaba apirética y sin evidencia de resangrado, por lo que se le dio el alta.

La paciente se sometió a revisiones mensuales en consulta con control analítico y ecográfico, sin observarse repercusión clínica ni analítica y evidenciando disminución progresiva del tamaño de las lesiones en los controles de imagen. A los seis meses del alta, se realizó una nueva TC abdominal de control en la que persistían las dos colecciones hipodensas localizadas en región subfrénica por encima de los lóbulos hepáticos derecho e izquierdo, aunque habían disminuido significativamente de tamaño, midiendo aproximadamente 11 x 8,5 x 10,5 cm y 2,8 x 2,6 x 2,3 cm (diámetros anteroposterior x transversal x lateral respectivamente).

## CASO CLÍNICO 2

Mujer de 60 años, sin antecedentes personales de interés, que ingresó desde el Servicio de Urgencias por cuadro sugerente de colangitis. Durante su ingreso se reali-

zó colangio-RMN que evidenció una litiasis de 7,7 mm enclavada en el colédoco, a unos 4,4 cm de la papila, con dilatación de la vía biliar intra y extrahepática. Ante estos hallazgos se decidió realizar una CPRE en la que no se consiguió canular la papila de Vater. Dos días después, ante la persistencia de la ictericia, se realizó una nueva CPRE que mostró un coágulo fresco cubriendo la papila. Tras retirarlo, se accedió a la vía biliar, observando el cálculo descrito en la colangiorresonancia, que fue extraído tras realizar una esfinterotomía biliar. Finalmente, se inyectó adrenalina diluida en la papila, la cual continuaba con signos de hemorragia reciente.

A los siete días tras el alta, la paciente acudió de nuevo al Servicio de Urgencias por fiebre, dolor abdominal y astenia intensa. Analíticamente, destacaba Hb 8,6 g/dl, hematocrito (Hto) 27,2%, leucocitos 10.000 U/ml con 68% de polimorfonucleares, plaquetas 627.000 U/ml, y proteína C-reactiva (PCR) 187,4 mg/l. Se realizó una ecografía abdominal donde se observó una lesión ocupante del espacio (LOE) hepática de unos 10 x 6 cm en segmento III, con características ecográficas de absceso. Se intentó el drenaje percutáneo, que no fue posible debido a la densidad de la lesión. Se realizó biopsia con aguja fina y en el cultivo del material obtenido se aisló *Enterobacter cloacae*.

Una TC abdominal de control tras el tratamiento antibiótico mostró la lesión descrita previamente, que correspondía a un posible hematoma hepático (Fig. 2). Ante la persistencia de fiebre elevada se colocó un catéter de drenaje de 8 Fr.

Tras el drenaje, la paciente permaneció asintomática, apirética y hemodinámicamente estable. Se realizaron ecografías abdominales semanales para control evolutivo del hematoma que mostraron la disminución progresiva del mismo. Tras seis semanas, se retiró el drenaje sin observar complicaciones.



Fig. 1. TC abdominopélvica (coronal): se observan dos colecciones hipodensas subcapsulares/intraparenquimatosas, una de ellas en lóbulo hepático izquierdo de 70 x 107 x 120 mm y otra que afecta a la subtotalidad del lóbulo hepático derecho compatibles con hematomas.

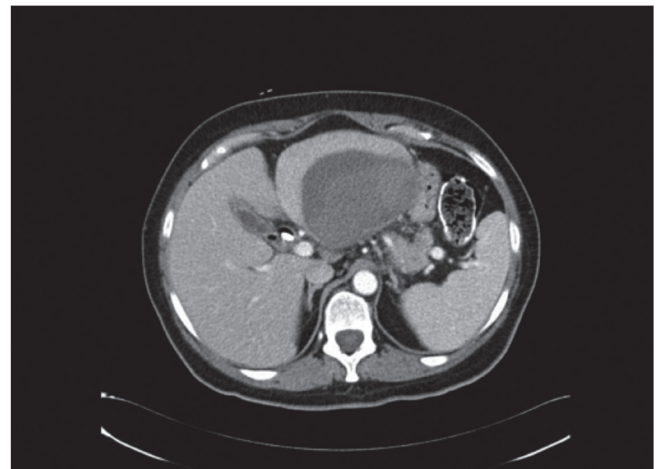


Fig. 2. TC abdominal con contraste iv (axial): colección hipodensa de unos 10 x 6 cm en segmento III hepático.

## DISCUSIÓN

La CPRE es una técnica endoscópica cuya tasa de complicaciones varía del 2,5 al 8%, con una mortalidad del 0,5-1%. Las complicaciones más frecuentemente descritas son la pancreatitis aguda (1-7%), la colangitis aguda (1,4%), la hemorragia (1%) o la perforación duodenal (1%) (1). Sin embargo, existe una serie de complicaciones que se producen de forma excepcional, como es el caso del hematoma hepático.

El hematoma hepático post-CPRE es una complicación rara cuya frecuencia ha sido poco documentada. Hemos realizado una revisión de los casos descritos

en la literatura, introduciendo en PubMed los términos “hepatic haematoma after ERCP” y “ERCP complications”; se han encontrado 25 casos descritos hasta la fecha (Tabla I).

La etiopatogenia no es totalmente conocida, por lo que se han establecido dos hipótesis. Una de ellas propone que la lesión sería producida por el paso de la guía con la que se suele canular el colédoco, que perforaría la vía biliar y dañaría así el parénquima hepático, produciendo rotura de vasos sanguíneos y el paso de aire al conducto biliar y al hematoma, lo que justificaría la presencia de aire subfrénico en la TC de nuestra primera paciente. La otra teoría considera que el daño hepático sería secunda-

**Tabla I. Descripción de casos clínicos publicados**

Autor	Edad	Sexo	Indicación para CPRE	Uso de guía	Aparición	Sintomatología	Tratamiento	ATB
Ortega-Deballon et al, 2000	81	Hombre	Coledocolitiasis	NC	NC	Dolor abdominal	Drenaje percutáneo	Sí
Horn et al, 2004	88	Mujer	Pseudoquiste pancreático	Sí	48 h	Dolor abdominal/anemia	Conservador	Sí
Chi et al, 2004	43	Mujer	Cáncer de páncreas	Sí	NC	Dolor abdominal	Embolización	Sí
Ertgrul et al, 2006	41	Hombre	Colangiocarcinoma	Sí	48 h	Fiebre/dolor abdominal	Conservador	Sí
Priego et al, 2007	30	Mujer	Ictericia obstructiva	NC	NC	Dolor abdominal	Cirugía	Sí
Petit-Laurent et al, 2007	98	Hombre	Coledocolitiasis	Sí	NC	Desconocido	Drenaje percutáneo	NC
Bhati et al, 2007	51	Mujer	Coledocolitiasis	Sí	NC	Dolor/hipotensión	Drenaje percutáneo	NC
McArthur et al, 2008	71	Hombre	Coledocolitiasis	Sí	12 h	Dolor/leucocitosis	Conservador	Sí
De la Serna et al, 2008	71	Mujer	Coledocolitiasis	Sí	48 h	Dolor/leucocitosis	Conservador	Sí
Cárdenas et al, 2008	54	Mujer	Fuga biliar	Sí	24 h	Dolor/anemia	Conservador	Sí
Nari et al, 2009	15	Mujer	Pancreatitis	NC	NC	Fiebre/anemia	Conservador	Sí
Revuelto et al, 2010	41	Hombre	Coledocolitiasis	NC	6 h	Dolor	Conservador	Sí
Baudet et al, 2010	69	Mujer	Coledocolitiasis	Sí	24 h	Dolor/fiebre/anemia	Embolización/cirugía	Sí
Pérez-Legaz et al, 2011	72	Mujer	Coledocolitiasis	Sí	2 h	Dolor/anemia	Cirugía	Sí
Del Pozo et al, 2011	NC	NC	Coledocolitiasis	Sí	5 días	Dolor/anemia	Conservador	Sí
	96	Hombre	Ampuloma		4 h	Dolor	Conservador	Sí
Orellana et al, 2012	49	Hombre	Cambio prótesis vesicular	Sí	2 h	Dolor/hipotensión	Embolización	NC
	55	Mujer	Cáncer vesicular		NC	Dolor	Conservador	NC
Oliviera et al, 2013	84	Hombre	Coledocolitiasis	Sí	10 días	Dolor/fiebre	Drenaje percutáneo	Sí
Fei et al, 2013	56	Hombre	Coledocolitiasis	Sí	2 h	Fiebre	Drenaje percutáneo	Sí
Carrica et al, 2014	37	Mujer	Coledocolitiasis	Sí	72 h	Dolor/fiebre	Drenaje percutáneo	Sí
Klimová et al, 2014	54	Hombre	Litiasis pancreática	Sí	6 h	Anemia/dolor/hipotensión	Embolización/cirugía/drenaje percutáneo	Sí
Zizzo et al, 2015	52	Mujer	Coledocolitiasis	Sí	24 h	Dolor	Embolización	Sí
González-López et al, 2015	30	Mujer	Estenosis benigna postquirúrgica	Sí	72 h	Dolor/shock hemodinámico	Cirugía	Sí
Servide et al, 2016	83	Hombre	Coledocolitiasis	NC	15 días	Dolor abdominal/anemia	Conservador	Sí

NC: no conocido.

rio a la tracción ejercida con el balón sobre la vía biliar al tratar de extraer un cálculo enclavado. La fuerza ejercida sobre el balón produciría un desgarramiento de los conductillos biliares y los vasos, lo que causaría el consiguiente sangrado (2).

La clínica es variable, manifestándose como dolor abdominal, anemia, fiebre o *shock* hemodinámico. En los casos descritos en la bibliografía, la manifestación clínica inicial fue dolor abdominal hasta en un 87% de los casos, asociado a anemia en un 29% y fiebre en un 25%. También el momento de aparición de los síntomas puede ser variable, de horas a días. El caso de aparición más tardía descrito son quince días tras la CPRE (3).

El tratamiento debe individualizarse según los casos. En aquellos pacientes que se encuentren clínica y hemodinámicamente estables, puede llevarse a cabo un manejo conservador (3,4,5). Suele emplearse antibioterapia profiláctica debido al elevado riesgo de infección. Aquellos casos que presenten inestabilidad hemodinámica o complicaciones asociadas, como la rotura del hematoma, serían subsidiarios de tratamiento quirúrgico urgente (6,7,8). Se han descrito casos en los que la realización de una arteriografía con embolización del vaso sangrante ha conseguido resolver el cuadro (9,10).

## BIBLIOGRAFÍA

1. García-Cano J, González Martín JA, Morillas Ariño J, et al. Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography. A study in a small ERCP unit. *Rev Esp Enferm Dig* 2004;96:163-73.
2. Baudet JS, Arguiñarena X, Redondo I, et al. Subcapsular hepatic hematoma: An uncommon complication of endoscopic retrograde cholangiopancreatography. *Gastroenterol Hepatol* 2011;34(2):79-82. DOI: 10.1016/j.gastrohep.2010.11.002
3. Servide MJ, Prieto M, Marquina T. Una rara complicación tardía tras CPRE: Hematoma hepático subcapsular. *Rev Esp Enferm Dig* 2016;108(4):234-5.
4. Orellana F, Irarrazaval J, Galindo J, et al. Subcapsular hepatic hematoma post ERCP: A rare or an underdiagnosed complication? *Endoscopy* 2012;44(Supl 2)UCTN:E108-9. DOI: 10.1055/s-0031-1291493
5. Oliveira-Ferreira A, Tato-Marinho R, Velosa J. Infected hepatic hematoma 10 days after ERCP. *Endoscopy* 2013;45(Supl 2)UCTN:E402-3.
6. González-López R, García-Cano E, Espinosa-González O, et al. Surgical treatment for liver haematoma following endoscopic retrograde cholangiopancreatography. An unusual case. *Cir Cir* 2015;83(6):506-9. DOI: 10.1016/j.circir.2015.05.028
7. Pérez-Legaz J, Santos J, Ruiz-Tovar J, et al. Subcapsular hepatic hematoma after ERCP (endoscopic retrograde cholangiopancreatography). *Rev Esp Enferm Dig* 2011;103(10):550-1. DOI: 10.4321/S1130-01082011001000011
8. Priego P, Rodríguez G, Mena A, et al. Subcapsular liver hematoma after ERCP. *Rev Esp Enferm Dig* 2007;99:53-4.
9. Klimová K, Padilla-Suárez C, González-Asanza C, et al. Subcapsular hepatic hematoma after ERCP: A case report and revision of literature. *Clin Med* 2014;03(03):161-6. DOI: 10.4236/crm.2014.33039
10. Chi KD, Waxman I. Subcapsular hepatic hematoma after guide wire injury during endoscopic retrograde cholangiopancreatography: Management and review. *Endoscopy* 2004;36(11):1019-21. DOI: 10.1055/s-2004-825861