

HEMATOMA SUBCAPSULAR COMO COMPLICACIÓN POCO FRECUENTE POST-CPRE. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

- ERBETTA, Ignacio.
- MENDEZ AVELLANEDA, Marco Manuel.
- AMADO, Moises.
- BORGHELLI, Agustina.
- LLANQUIPACHA, Victor.



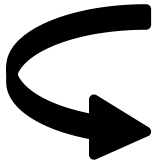
INTRODUCCION

CPRE:

Ampliamente utilizado hoy en día.

Complicaciones (7%):

- Pancreatitis.
- Infecciones. (1,2,3,4)
- Perforaciones.
- Hemorragias.

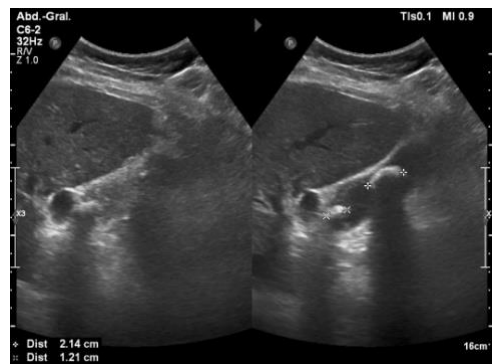


Hematoma Subcapsular: → Poco frecuente.

- Punción accidental del árbol biliar intrahepático por la guía utilizada durante el acto quirúrgico, llevando a la rotura de un vaso pequeño (5).
- Tratamiento generalmente conservador. Puede requerir intervención quirúrgica si cursa con inestabilidad hemodinámica (6).
- Puede cursar con complicaciones infecciosas (7).

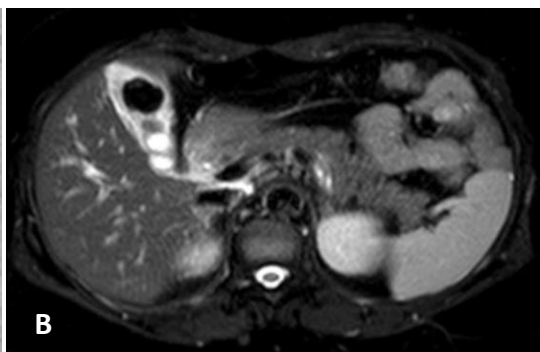
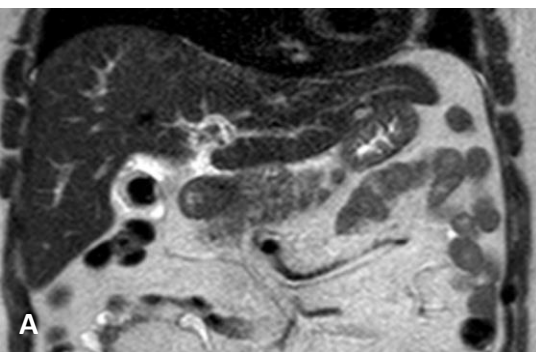
PRESENTACIÓN DE CASO

- Mujer.
- 45 años de edad.
- Dolor en epigastrio e hipocondrio derecho de 5 días de evolución, sin otra signo-sintomatología asociada.
- Se solicita **Ecografía abdominal y colangiografía resonancia**.

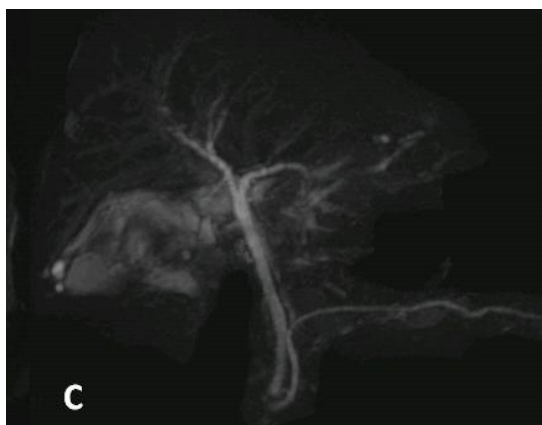


Ecografía Hepatobiliar: Vesícula biliar de pared engrosada (4mm). Se observan dos imágenes litiásicas móviles de 21 y 12 mm.

PRESENTACIÓN DE CASO



RM Abdominal: A.- Coronal T2. B.- Axial T2 Spair: presencia de litiasis vesicular y edema perivesicular.



ColangioRM: C.- Reconstrucción MIP de secuencia de colangioRM: Se observa defecto de relleno distal del colédoco, sin dilatación del mismo.

PRESENTACIÓN DE CASO

- En virtud de la **clínica** y los **hallazgos** en *ecografía* y *colangiRM*, se realizó **CPRE**, papilotomía con extracción parcial del lito y colocación de stent en colédoco.
- La paciente fue dada de alta y evolucionó con **intenso dolor al segundo día post-operatorio**. Consulta nuevamente, constatándose signos de SIRS, por lo que se decide efectuar *Tomografía Axial Computada*.



TAC sin contraste: Imagen de morfología lenticular en lóbulo hepático derecho, a nivel subcapsular, con centro hipodenso, de márgenes irregulares, rodeada de sutil área hiperdensa sugestiva de componente hemático, compatible con un hematoma hepático subcapsular.

PRESENTACIÓN DE CASO



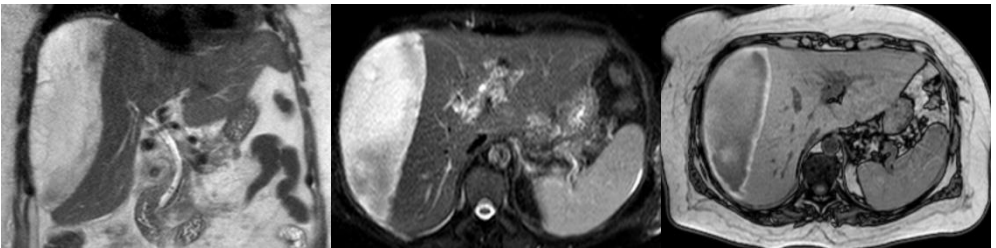
TAC con contraste: mejor caracterización de los hallazgos, con sutil imagen lineal hiperdensa que indica fuga activa de contraste (sangrado activo).

Los hallazgos descritos son compatibles con

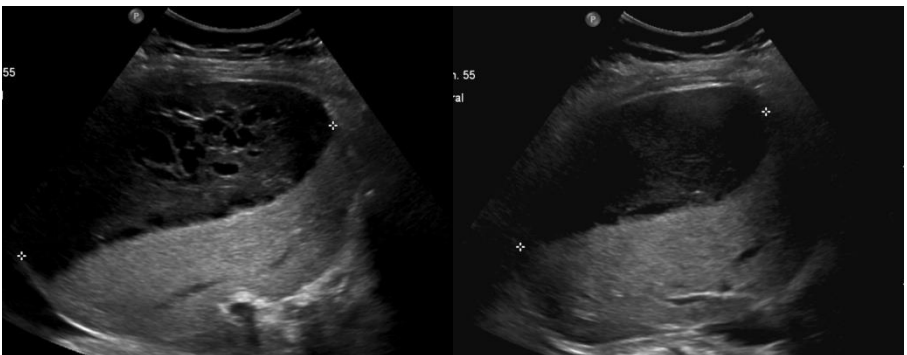
HEMATOMA SUBCAPSULAR HEPÁTICO.

PRESENTACIÓN DE CASO

- Teniendo en cuenta los hallazgos, se decidió realizar internación de la paciente para evaluar la posibilidad de realizar tratamiento quirúrgico según la evolución.
- Se realizaron estudios de *Ecografía* y nueva *Resonancia Magnética* de control:



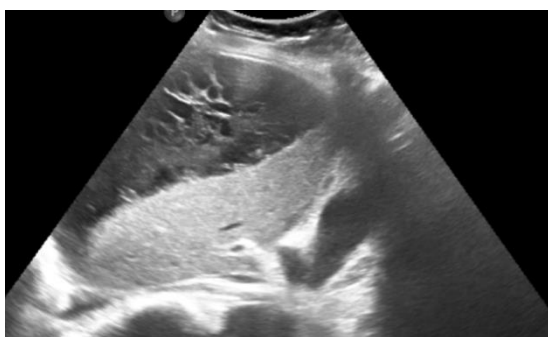
RM Abdominal: A.- Coronal T2 B.- Axial T2 Spair C.- Fuera de Fase: Voluminosa colección subcapsular derecha que comprime el parénquima hepático. En la luz del conducto colédoco se observan dos imágenes de baja señal focales sugestivas de corresponder a litiasis



Ecografía HBP: imagen hipoecoica heterogénea en el lóbulo derecho, compatible con hematoma.

PRESENTACIÓN DE CASO

- La paciente evolucionó favorablemente, siendo dada de alta a los 20 días de haber sido internada, y continuó su evaluación en forma ambulatoria mediante *Ecografía* y *TAC*:

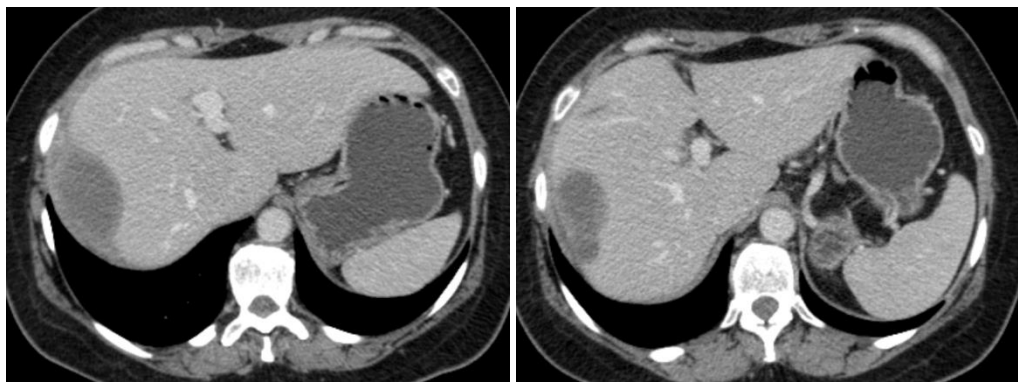


Ecografía HBP (control ambulatorio, realizada 1 mes después): imagen hipocóica heterogénea en el lóbulo derecho, compatible con hematoma, la cual presenta leve reducción respecto a ecografía previa.



Tomografía Computada Sin Contraste (control ambulatorio, realizada 2 meses después): Se observa reducción moderada del tamaño del Hematoma Subcapsular Hepático. Se evidencia también moderado derrame pleural derecho. La paciente recurrió a control sin presentar signos/síntomas ni alteraciones en el laboratorio.

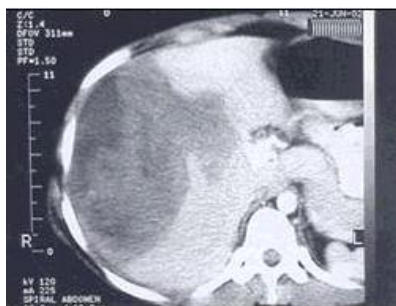
PRESENTACIÓN DE CASO



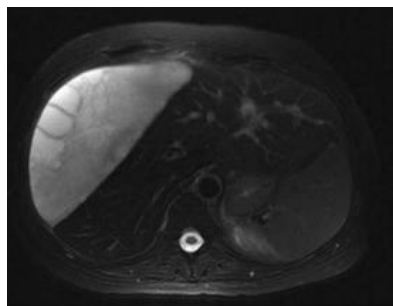
Tomografía Computada con Contraste EV (control ambulatorio, realizada 5 meses después): Se observa franca reducción del tamaño del Hematoma Subcapsular Hepático. También se observa que resolvió el derrame pleural derecho descrito en la tomografía previa. La paciente recurrió a control sin presentar signo-sintomatología ni alteraciones en el laboratorio.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- El hematoma hepático puede responder a causas de diferentes índoles, entre las que se puede mencionar causas obstétricas, tales como el síndrome HELLP o preeclampsia (8), aquellas relacionadas con alteraciones de la coagulación, instrumentación quirúrgica y hasta de índole infecciosa/parasitarias (9, 10, 11).



TC con Contraste EV: Hematoma Subcapsular Hepático provocado por Fasciola
(Oropeza D, Escobedo J, Vilca Vasquez M et al. Hematoma Hepático Subcapsular por Fasciola. Revista de Gastroenterología del Perú. 2003:23)



RMN T2: Hematoma Subcapsular Hepático asociado a Síndrome HELLP
(Lage Cendón, Ortega Montes. Hematoma Subcapsular Hepático. Med Intensiva. 2008;32(9):456)

- Las complicaciones por CPRE son poco frecuentes, y dentro de éstas menos del 2% corresponderían a un **Hematoma Subcapsular Hepático**, el cual está dado por la acumulación sanguínea entre el hígado y la cápsula de Glisson. Es importante estar alerta a algunos signos clínicos (anemia, fiebre, dolor abdominal) que puedan alertar sobre la posibilidad de estar cursando esta entidad (12, 13).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- Dado el hecho de que se ha descrito la posibilidad de que el **Hematoma Subcapsular Hepático** curse en forma asintomática (14), y por ende el paciente no sea sometido a estudios destinados a su diagnóstico, un punto a tener en cuenta es la posibilidad de que esta entidad pueda ser subdiagnosticada, lo cual quizá esté generando cierto sesgo respecto de su incidencia real post-CPRE.
- Si bien esta entidad suele cursar en forma favorable, es necesario seguir al paciente para evitar posibles complicaciones principalmente hemodinámicas e infecciosas (5, 6, 7, 14) que pueden incluso requerir manejo quirúrgico (15) o drenaje percutáneo (4, 16).
- En el presente caso, la paciente evolucionó favorablemente y sin complicaciones posteriores, habiendo sido necesario sólo tratamiento expectante y seguimiento ambulatorio.
- En base a lo expuesto, se hace importante tener presente la existencia de un **Hematoma Subcapsular Hepático** a la hora de realizar estudios de seguimiento post-CPRE, para evitar retrasos en el diagnóstico y posibles tratamientos, así como posibles complicaciones derivadas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Andriulli A, Loperfido S, Napolitano G, Niro G, Valvano MR, Spirito F, et al. Incidence rates of post-ERCP complications: A systematic survey of prospective studies. *Am J Gastroenterol*. 2007;102:1781
2. Kostrzewska, M., Baniukiewicz, A., Wroblewski, E., Laszewicz, W., Swidnicka-Siergiejko, A., Piotrowska-Staworko, G., et al. (2011). Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) and their risk factors.. *Adv Med Sci*. 2011;56(1):6-12
3. Mallery JS, Baron TH, Dominitz JA, Goldstein JL, Hirota WK, Jacobson BC, et al. Complications of ERCP. *Gastrointest Endosc*. 2003; 57(6): 633-38
4. Ortega Deballon P, Fernández Lobato R, García Septern J, et al. Liver hematoma following ERCP. *Surg Endosc* 2000; 14:767.
5. Fei BY, Li CH. Subcapsular hepatic haematoma after endoscopic retrograde cholangiopancreatography: an unusual case. *World J Gastroenterol* 2013; 19:1502–1504
6. González-López R, García-Cano E, Espinosa-González O, CruzSalgado Á, Montiel-Jarquín ÁJ, Hernández-Zamora V. Tratamiento quirúrgico para hematoma subcapsular hepático posterior a colangiografía retrógrada endoscópica; caso inusual. *Cirugía y Cirujanos*. 2015;83:506-509.
7. Yrribery-Urena S, Salazar-Muente F, Monge-Zapata V, ProchazkaZárate R, Vila-Gutiérrez S, Barriga-Briceno JA, et al. Eventos adversos esperados e inesperados en la endoscopia terapéutica de la vía biliar (CPRE): experiencia en un centro privado nacional con 1356 casos consecutivos (1999-2008). *Rev Gastroenterol Perú*. 2009;29:311-320.
8. Haram K, Svendsen E, Abildgaard U. The HELLP syndrome: Clinical issues and management. A review. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2009;9.
9. Pei Y. V. Intrahepatic hematoma requiring hepatic artery embolization: a rare complication of extracorporeal shock wave lithotripsy. *American Journal of Emergency Medicine*. 2013;31(9):1425.
10. Freyhardt P., Seehofer D., Denecke T. Spontaneous pronounced intrahepatic hematoma during oral anticoagulation. *RöFo-Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgenstrahlen und der bildgebenden Verfahren*. 2011;183(11):1066–1068.
11. Oropeza D, Escobedo J, Vilca Vasquez M et al. Hematoma Hepático Subcapsular por Fasciola. *Revista de Gastroenterología del Perú*. 2003:23(2).
12. Manas KJ, Welsh JD, Rankin RA, Miller DD. Hepatic hemorrhage without rupture in preeclampsia. *The New England Journal of Medicine*. 1985;312(7):424–426.
13. Zizzo M, Lanaia A, Barbieri I, Zaghi C, Bonilauri S. Subcapsular Hematoma After Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography: A Case Report and Review of Literature. *Medicine* 2015; 94, 26.
14. Chi KD, Waxman I. Subcapsular hepatic hematoma after guide wire injury during endoscopic retrograde cholangiopancreatography: management and review. *Endoscopy* 2004;36:1019–21.
15. Cotton PB, Garrow DA, Gallagher J, Romagnuolo J. Risk factors for complications after ERCP: a multivariate analysis of 11,497 procedures over 12 years. *Gastrointest Endosc*. 2009;70:80–88.
16. Pérez-Legaz J, Santos J, Ruiz-Tovar J, Moya-Forcén P, Armañanzas L, Gómez M, Oller I, Arroyo A, Calpena R. Subcapsular hepatic hematoma after ERCP (endoscopic retrograde cholangiopancreatography) *Rev Esp Enferm Dig*. 2011;103:550–551.
17. Petit-Laurent F, Scalone O, Penigaud M, Barbeys J. Subcapsular hepatic hematoma after endoscopic retrograde cholangiopancreatography: case report and literature review. *Gastroenterol Clin Biol*. 2007;31:750–752.

MUCHAS GRACIAS

Autores:

- ERBETTA, Ignacio.
- MENDEZ AVELLANEDA, Marco Manuel.
- AMADO, Moises.
- BORGHELLI, Agustina.
- LLANQUIPACHA, Victor.

