

Rotura Hepática Espontánea durante el Embarazo: Reporte de un Caso

Dr. Juan José Galíndez Quintana*
Dr. José Alberto Pinto Rodríguez*
Dra. María Webster Trail*
Br. José Nicolau Rodríguez Leca**
Dr. Alvaro Sánchez Quijano***

Galíndez Quintana J.J., Pinto Rodríguez J.A., Webster Trail M., Rodríguez Leca J.N., Sánchez Quijano A. Rotura hepática espontánea durante el embarazo: reporte de un caso. Centro Médico. 1993; 39:16-17.

RESUMEN

Se reporta un caso de rotura espontánea del hígado en el embarazo ocurrido en la Maternidad "Santa Ana" del Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. Se trata de una paciente multipara de 39 años de edad, con un embarazo de 39 semanas de gestación, cuyo motivo de consulta fue: "desvanecimiento", disnea y ausencia de movimientos fetales, diagnosticándosele al ingreso: 1) Muerte fetal, 2) Síndrome shock, 3) Embolismo de líquido amniótico, 4) Rotura uterina, 5) Desprendimiento prematuro de placenta. Se practicó laparotomía exploradora evidenciándose hemoperitoneo, se hizo diagnóstico de rotura hepática, pero durante el procedimiento quirúrgico la paciente falleció.

SUMMARY

We report one of spontaneous hepatic rupture during pregnancy case in the "Santa Ana" Maternity Hospital, adscribed to the Social Security. A multiparous woman, 39 years old with a 39 week pregnancy consults due to the following symptoms: fainting, difficult breathing and absence of fetal movements. Upon admittance to the hospital, she was diagnosed as follows: 1) Fetal death, 2) Shock syndrome, 3) Amniotic fluid embolism, 4) Uterine rupture, 5) Premature detachment of the placenta. An exploratory laparotomy was performed with findings of internal bleeding. The patient was diagnosed an hepatic rupture, and died during the procedure.

PALABRAS CLAVES

Rotura Hepática, Toxemia Gravídica, Cápsula de Glisson.

INTRODUCCION

El hígado puede afectarse en la eclampsia y en la preeclampsia como parte de un trastorno vascular generalizado. La mayoría de las veces las pacientes refieren dolor intenso en el epigastrio o en el hipocondrio derecho y se presentan en estado de shock inexplicable. La rotura suele ocurrir en el último trimestre o poco después del parto.

En algunos casos se considera la posible contribución de los traumatismos abdominales o convulsiones, pero esto no ocurre con frecuencia. En las pacientes eclámpicas se postula que la coagulación intravascular diseminada contribuye a la formación de un hematoma y consecuente rotura. Los rasgos clínicos de rotura hepática son: shock, oliguria, fiebre y leucocitosis. El dolor es de localización muy especial, conocido con el nombre de "Barra epigástrica de Chaussier", es constante antes del accidente y es considerado una plexalgia solar, que traduce el sufrimiento del hígado distendido y estrangulado en el interior de su cápsula todavía intacta por el hematoma que se desarrolla. Se cita a Abercrombie¹ en 1844 como el autor del primer caso publicado y desde esa fecha son muchos los casos recopilados en la literatura mundial. En Venezuela han sido publicados seis casos. El primero de estos fue por Will² en 1946 y el segundo por Yaber³ en 1950. Ambos casos fueron intervenidos quirúrgicamente, falleciendo el primero en las 10 horas post-operatorio y el segundo durante el acto operatorio. En ambos existía rotura de la cápsula de Glisson a nivel del lóbulo derecho.

El estudio de anatomía patológica reportó lesiones típicas de eclampsia.

Fachin de Boni⁴ en 1958 describe un caso en el cual se encontró rotura de la cápsula de Glisson en el Lóbulo derecho, lográndose salvar la paciente. Monroy Pittaluga⁵ describe 2 casos, uno de ellos sobrevivió. González y Barrios⁶ presentaron un caso en 1977 también con sobrevida de la paciente.

REPORTE DEL CASO

Una mujer de 39 años de edad, natural de Ecuador con antecedente IV gesta y III para una gestación de 39 semanas consultó por presentar: desvanecimiento, disnea y ausencia de

Maternidad Santa Ana, Instituto Venezolano de los Seguros Sociales. San Bernardino. Caracas. D.F.

* Residente de 3 año de post-grado de obstetricia y ginecología. Maternidad Santa Ana. I.V.S.S.

** Interno de pre-grado. Universidad Centro Occidental Lisandro Alvarado. Barquisimeto. Edo. Lara.

***Gastroenterólogo. Centro Médico de Caracas.

movimientos fetales. El control prenatal cursó sin patologías. El examen físico de ingreso: la tensión arterial fue de 60/40 mmHg, pulso 100 x minuto, taquipnea y somnolienta. Ruidos cardiacos rítmicos taquicárdicos, abdomen con una altura uterina de 29 cms., foco fetal negativo y un examen ginecológico normal. Se procede a rotura artificial de membranas amnióticas observandose salida de líquido meconial.

La paciente es ingresada con los diagnósticos de: 1) Embarazo de 39 semanas de gestación no en trabajo de parto. 2) Muerte Fetal. 3) Síndrome de shock. 4) Embolismo de líquido amniótico. 5) Rotura uterina. 6) Desprendimiento prematuro de placenta.

Se le practicó laparotomía exploradora encontrándose más de 3.500 c.c. de sangre libre en cavidad peritoneal, útero indemne, se extrae feto masculino sin signos vitales con un peso de 3.200 grs., talla de 53 cms. Se amplía la insición encontrándose una rotura hepática a nivel de cara anterior de lóbulo derecho y desprendimiento de la cápsula de Glisson lo cual parece corresponder a un hematoma subcapsular. Se procedió a pinzamiento digital de la hepática común y suturas de los desgarros. La paciente fallece durante el acto operatorio. El Servicio de Anatomía Patológica reportó múltiples hemorragias intrahepáticas y extrahepáticas, así como desgarros capsulares y parenquimatosos compatibles con toxemia gravídica.

DISCUSION

Es infrecuente que el hígado se rompa durante el embarazo y este fenómeno puede presentarse en pocas ocasiones durante la eclampsia y la preeclampsia severa. En cuanto la etiología, han sido mencionados con frecuencia diversos grados de traumatismos, a veces bastantes ligeros como causa desencadenante de la rotura como son: la movilización de la paciente para su transporte, las contracciones del diafragma y de los músculos del abdomen, las convulsiones eclámpicas, las contracciones uterinas después del uso de oxitócicos, siendo el sitio de localización más frecuente la cara antero superior, cerca del borde anterior del lóbulo derecho, por estar más expuesto a los traumatismos. Burton-Brown y Shephard³ manifiestan que la necrosis perilobulillar y las pequeñas hemorragias subcapsulares frecuentes en el hígado de la eclámpica, predisponen en forma franca a la víscera hepática a desgarrarse con relativa facilidad. Sanes y Kaminski⁹ creen que el vómito ocurrido durante el trabajo de parto puede ser la causa determinante de la rotura de pequeños hematomas ya existentes. Lascano y González⁷ concuerdan junto a los autores anteriores, al describir el caso de una mujer grávida afecta de hiperemesis gravídica que muere al cuarto mes de su gestación por una rotura espontánea del hígado. Speert y Tillman¹⁰ afirman que un hígado predispuesto por la toxemia puede lacerarse por la alta presión intraabdominal determinada por contracciones del diafragma y músculos abdominales, vómitos o convulsiones. Agüero y De Gavaller² en un trabajo presentado en el I Congreso Venezolano de Obstetricia y Ginecología titulado "Toxemias Fatales", describen la patología encontrada por ellos en los hígados de las madres fallecidas: el órgano está aumentando de tamaño en el

85% de los casos. La necrosis y la hemorragia estaban presentes en el 55% de las eclámpicas y en el 42,5% de las preeclámpicas. El diagnóstico es bastante difícil, sin embargo, los síntomas asociados con esta complicación son suficientemente característicos y definidos para ser reconocidos a tiempo, si se tiene conocimiento de la entidad.

El tratamiento consiste en el control quirúrgico de la hemorragia, mediante taponamiento local, resección o ligadura de la arteria hepática. Se valorará en su justa medida el grado de anemia y de colapso vascular. Las transfusiones deben ser pródigas a fin de reponer con creces el volumen de sangre perdida y la conducta ante el shock debe ser rápida y adecuada. No olvidarse de la dosificación del fibrinógeno y su administración en caso de insuficiencia. Weingold y Thompson¹¹ aconsejan reducir la hemorragia comprimiendo digitalmente la vena porta y la arteria hepática a nivel del hiato de Winslow. Kramish y col.⁶ recomiendan hacer la hemostasia con cualquier método posible: taponamiento con gasas, gelfoan, músculo, epiplón; control de la hemorragia suturando con aguja roma, haciendo uso de la electocoagulación, compresión con pinzas y hacer hincapie en el empleo de las transfusiones sanguíneas masivas antes, durante y después de la intervención quirúrgica.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Abercrombie, J.- Case of haemorrhage of the liver. London Med. Gaz. 1844; 34: 792 - 795.
- 2) Agüero, O. De Gavaller, B. Toxemias Fatales. Rev. Obst y Ginec. Ven. 1955; 15: 345 - 355.
- 3) Burton-Brown, J.R.C. Shephard, J. A.- Rupture of the liver associated with parturition. Brit. M. J. 1949; 1: 941 - 943.
- 4) Fachin de Boni, J.- Ruptura espontánea del hígado durante el embarazo. Presentación de un caso. Rev. Obst. y Ginec. Ven. 1958; 18: 75 - 92.
- 5) González, O. Barrios, R.- Ruptura hepática espontánea en toxemia. Rev. Obst. Ven. 1978; 38: 35 - 36.
- 6) Kramish, D., Auer, E. S. and Rockler, S. M.- Spontaneous rupture of the liver during pregnancy. Obst. and Gynec. 1954; 4: 21 - 28.
- 7) Lascano, J. C. y González Warkalde, J.- Subcapsular hemorrhage of the liver with peritoneal inundation in the pregnant woman. Obst and Gynec. Latino- am. 1944; 2: 757 - 766.
- 8) Monroy Pittaluga, T.- La ruptura hepática espontánea en la Maternidad Concepción Palacios. Caracas. Rev. Obst. Ginec. Ven. 1965; 25: 479 - 499.
- 9) Sanes, S. y Saminsky, C.- Spontaneous rupture of the liver in pregnancy into the peritoneal cavity. Am. J. Obst. and Gynec. 1946; 52: 325 - 329.
- 10) Speert, H., Tillman, A.- Rupture of the liver in pregnancy. Am. J. Obst. and Gynec. 1952; 63: 1127 - 1132.
- 11) Weingold, A. B., Thompson, J. W. Spontaneous reupture of the liver during pregnancy: case report and review of the literature. Am. J. Obst. and Gynec. 1960; 80: 155 - 160.
- 12) Will, G.- Rupture de la cápsula en hígado eclámpico. Rev. Obst. Ginec. Ven. 1946; 6: 102 - 112.
- 13) Yaber, M.- Rotura del hígado en una embarazada toxémica. Bol. Mat. Concepción Palacios. 1950; 1: 132 - 133.