

# Hallazgo incidental intraoperatorio de hematoma subcapsular hepático post CPRE. Reporte de un caso

## *Incidental intraoperative finding of subcapsular liver hematoma post-ERCP. Case report*

Pablo Schaerer \*  
Andrea Ramírez \*

*Hospital Central del Instituto de Previsión Social. Asunción, Paraguay.*

### RESUMEN

La presencia de un hematoma subcapsular hepático (HSH) posterior a una colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es una complicación infrecuente de dicho procedimiento, habiendo sido reportados solo unas decenas de casos hasta la fecha. Presentamos el caso de una paciente de 28 años, en quien se encontró de forma incidental un hematoma hepático de gran tamaño durante una colecistectomía posterior a una CPRE por colédocolitiasis. El hematoma fue tratado de manera conservadora, con posterior drenaje percutáneo en contexto ambulatorio.

**Palabras clave:** hematoma hepático subcapsular, cpre, colecistectomía

### ABSTRACT

The presence of a subcapsular hepatic hematoma (SHH) after an endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is an uncommon complication of this procedure; only a few dozens of cases have been reported to this date. This is the case of a 28-year-old woman in whom a very large hepatic hematoma was incidentally found during cholecystectomy after an ERCP due to choledocholithiasis. The hematoma was treated conservatively with subsequent percutaneous drainage in an out-patient context.

**Keywords:** subcapsular hepatic hematoma, ERCP, cholecystectomy

### INTRODUCCIÓN

Las complicaciones de una colangiopancreatografía retrograda endoscópica (CPRE) tienen una prevalencia de aproximadamente 10%, entre ellas las más frecuentes son las hemorragias digestivas, pancreatitis, colangitis o perforación. La presencia de un HSH posterior a CPRE es una complicación infrecuente de dicho procedimiento, habiendo sido reportados solo un decena de casos hasta la fecha. El tratamiento se da de acuerdo a la forma de presentación, la cual puede presentarse como un hematoma contenido, o debutar como un hematoma roto, el cual puede llegar a considerarse una verdadera emergencia quirúrgica. En el presente trabajo presentaremos el caso de un hallazgo de un HSH contenido posterior a una CPRE el cual fue tratado de forma conservadora.

### CASO CLÍNICO

Presentamos el caso de una paciente femenina de 28 años de edad sin antecedentes personales de interés, la cual acude al servicio de urgencias por un cuadro de 12 horas de evolución de dolor en epigastrio con irradiación a hipocondrio derecho, de tipo cólico, de moderada intensidad que cede parcialmente con analgésicos comunes, acompañado de náuseas y vómitos en varias oportunidades, además de presentar coluria, sin acolia. A la analítica al ingreso presento glóbulos blancos (GB) de 7300 U/I, neutrófilos (N) de 81%, hemoglobina (HB) de 11,7 g/dl, bilirrubina total (BT) de 3,76mg/dl, bilirrubina directa (BD) de 2,80 mg/dl, fosfatasa alcalina (FA) de 518 mg/dl, alanina aspartato-transferasa (AST) de 103 UI, alanina aminotransferasa (ALT) 445 U/l y gamma glutamil-transferasa (GGT) 921 U/l. Se solicitó una ecografía abdominal la cual informó vesícula biliar con litiasis múltiples, colédoco de calibre aumentado con imagen sugerente de litiasis en su interior. Se realizó una colangiorresonancia magnética la cual informó vías biliares intrahepáticas no dilatadas, hepático común y conducto colédoco de 7mm de calibre, imagen de vacío de señal de 4mm enclavado a nivel de la desembocadura del colédoco, con este estudio se constató un hígado sin particularidades. (Ver Figura 1)



**Figura 1.** Corte coronal de la colangiorresonancia previa a la CPRE donde se observa el hígado indemne, además se informa imagen de vacío de señal de 4mm enclavado a nivel de la desembocadura del colédoco.

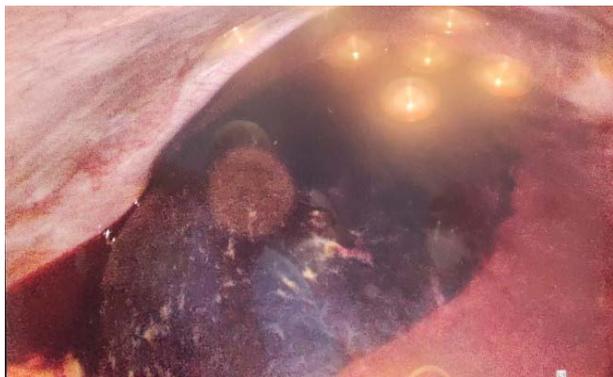
\* Residente de tercer año de cirugía general

**Autor correspondiente:** Dr. Pablo Schaerer

Correo electrónico: psher2025@hotmail.com - Dirección: Capellanes del ejército en campaña 554.

Fecha de recepción: 18/02/2022 - Fecha de aprobación: 19/07/2022

Este es un artículo publicado en acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons



**Figura 2.** Hallazgo incidental intraoperatorio del HSH

Ante dichos hallazgos se decidió presentar el caso al servicio de Endoscopia Digestiva con la indicación de CPRE, la cual se realizó y se constató papila tópica y canalización de la vía biliar, a la contrastación se constató un colédoco de 9mm aproximadamente con un cálculo en su interior, se realizó la papilotomía guiada sin complicaciones con extracción del cálculo coledociano con balón extractor y colangiografía de control con vía biliar libre. Al finalizar se constató sangrado de la papila que se logró controlar con la inyección de adrenalina diluida peripapilar.

Se decidió programar la colecistectomía laparoscópica a las 24 horas del procedimiento donde se constató líquido hemático en 150cc aproximadamente distribuido en la corredera parietocólica derecha, hematoma hepático subcapsular de 15cm de diámetro aproximadamente, localizado en superficie hepática a nivel de los segmentos VII y VIII que impresiono indemne, vesícula biliar distendida de paredes delgadas conteniendo en su interior múltiples cálculos infracentrímetros, cístico fino y largo, colédoco impresiono de calibre conservado. (Ver Figura 2) Ante dicho hallazgo se decide realizar la colecistectomía laparoscópica la cual se realizó sin complicaciones y esperar tratamiento quirúrgico del hematoma hepático en ese momento. Se dejó drenaje tubular en la corredera parietocólica derecha.

Posterior a la cirugía, la paciente presentó evolución tórpida, presentando descenso de HB de 11,7 gd/dl a 8 gd/dl, requiriendo transfusiones sanguíneas, además de picos febriles a diario, por lo que al noveno día post operatorio se realizó una tomografía axial computarizada con doble contraste, la cual informaba hígado aumentado de tamaño midiendo 185mm en AP en lóbulo derecho, parénquima inhomogéneo con extenso hematoma probablemente subcapsular, denso y heterogéneo, con nivel líquido que mide 200x185x98 mm, con un volumen aproximado de 1800cc, la misma eleva el diafragma a la derecha y desplaza al riñón caudalmente, ausencia de dilatación de vías biliares. (Ver Figura 3) Se decidió tratamiento conservador y antibióticoterapia, completando 9 días de amoxicilina/sulbactam endovenoso y posteriormente 8 días de cefotaxima/metronidazol endovenoso. A los 20 días post operatorio se realizó una ecografía abdominal post operatoria la cual informaba hígado de menor tamaño en relación a imagen previa (1000cc de líquido subcapsular aproximadamente), ante este informe y debido a la mejoría clínica de la paciente se decidió dar de alta con antibiótico vía oral.

Durante el control ambulatorio a los 10 días del alta se constató persistencia de cuadro febril asociado a astenia, motivo por el cual se remite el caso al servicio de cirugía percutánea, donde se decidió la colocación de drenaje multipropósito por vía percutánea en la cual se constató salida de 1400cc de líquido hemá-



**Figura 3.** Imagen tomográfica del HSH

tico obscuro, a las 24 horas posteriores se indicó alta con drenaje al declive y control ambulatorio, estado en el cual se encuentra actualmente la paciente a la fecha.

## DISCUSIÓN

La CPRE es un procedimiento comúnmente realizado dentro de las patologías biliares, teniendo utilidad tanto diagnóstica como terapéutica. Sus principales indicaciones son las colédocolitiasis, patologías malignas de origen biliar o pancreático, o adherencias benignas biliares. (1,2)

Las complicaciones de dicho procedimiento se dan en un rango del 2,5-8% cuando son realizadas por un equipo profesional experimentado, teniendo como complicación más frecuente a la pancreatitis aguda (1-7%), seguido de colangitis aguda (1-4%), hemorragia (1%) y perforación duodenal (menos del 1%). La tasa de mortalidad de este procedimiento posterior a una intervención es del 0,2%. Otras complicaciones más raras son la formación de abscesos hepáticos, íleo paralítico, neumotórax, neumomediastino y HSH.(3,4)

El HSH se encuentra entre las complicaciones más raras de este procedimiento, habiendo sido reportado solo 62 casos en la literatura hasta la fecha.(5) El mecanismo de dicha complicación aún no está totalmente comprendido, teniendo como principal hipótesis la lesión de la vía biliar con la guía al canular el colédoco, dañando el parénquima hepático y desgarrando de los vasos sanguíneos adyacentes, produciendo de esa forma el hematoma. Otra hipótesis sería la lesión producida por la tracción del balón extractor generando ruptura de los canaliculos biliares y vasos sanguíneos dando consecuentemente el hematoma. (6)

De los 62 casos reportados, 14 de ellos se presentaron con ruptura del hematoma, complicación que se presenta como una urgencia quirúrgica, presentando dolor abdominal, hipotensión y shock hipovolémico, teniendo como consecuencia la muerte en 4 casos reportados (7,5%). (5)

Otra forma de presentación es la que se dio en el presente caso, el cual fue un hallazgo incidental durante una colecistectomía laparoscópica post-CPRE, presentando síntomas 48 horas después del procedimiento endoscópico. La presentación de síntomas en la literatura fue variable, el caso de aparición más tardía descrita fue de 15 días posterior a la CPRE.

El tratamiento depende de cada caso. Los pacientes hemodinámicamente estables pueden ser tratados de forma conservadora, en el presente caso se trató con antibióticoterapia y posterior drenaje percutáneo. Los casos que se presenten con inestabilidad hemodinámica, como sería la de la ruptura del hematoma, serían tratados de manera quirúrgica de carácter urgente. (7)(5,6)

## CONCLUSIÓN

El HSH posterior a una CPRE es una complicación potencialmente fatal, debiéndose tener en cuenta como diagnóstico diferencial en complicaciones asociadas a dicho procedimiento.

## CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## CONTRIBUCIONES DE AUTORÍA

El Dr Pablo Schaerer y la Dra. Andrea Ramirez concibieron la idea, elaboración del trabajo, búsqueda bibliográfica y su revisión final.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Baron TH, Mallery JS, Hirota WK, Goldstein JL, Jacobson BC, Leighton JA, et al. The role of endoscopy in the evaluation and treatment of patients with pancreaticobiliary malignancy. *Gastrointest Endosc.* noviembre de 2003;58(5):643-9.
2. ASGE Standards of Practice Committee, Maple JT, Ben-Menachem T, Anderson MA, Appalaneni V, Banerjee S, et al. The role of endoscopy in the evaluation of suspected choledocholithiasis. *Gastrointest Endosc.* enero de 2010;71(1):1-9.
3. García-Cano Lizcano J, González Martín JA, Morillas Ariño J, Pérez Sola A. Complicaciones de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica: Estudio en una unidad pequeña de CPRE. *Revista Española de Enfermedades Digestivas.* marzo de 2004;96(3):163-73.
4. Freeman ML. Complications of endoscopic retrograde cholangiopancreatography: avoidance and management. *Gastrointest Endosc Clin N Am.* julio de 2012;22(3):567-86.
5. Pivetta LGA, da Costa Ferreira CP, de Carvalho JPV, Konichi RYL, Kawamoto VKF, Assef JC, et al. Hepatic subcapsular hematoma post-ERCP: Case report and literature review. *Int J Surg Case Rep.* 6 de junio de 2020;72:219-28.
6. Baudet J-S, Arguiñarena X, Redondo I, Tadeo E, Navazo L, Mendiz J, et al. Hematoma hepático subcapsular. Una rara complicación de la CPRE. *Gastroenterología y Hepatología.* 1 de febrero de 2011;34(2):79-82.