



PRESENTACIÓN DE CASO

Ruptura hepática espontánea en el embarazo: Presentación clínica y tratamiento. Reporte de caso

Spontaneous hepatic rupture in pregnancy: Clinical presentation and treatment. Case report

Laura Jimena Briceño-Calderón, MD¹ , Julieth Cristina Guerrero-Villota, MD¹ ,
Juan Manuel Rico-Juri, MD² , Michael Zapata-Palomino, MD³ 

- 1 Programa de especialización en Cirugía pediátrica, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia.
- 2 Servicio de Cirugía hepatobiliar y de trasplantes, Centro Médico Imbanaco, Cali, Colombia.
- 3 Servicio de Cirugía general, Centro Médico Imbanaco, Cali, Colombia.

Resumen

Introducción. La ruptura hepática espontánea es una complicación poco frecuente durante el embarazo, la mayoría asociadas a trastornos hipertensivos, con una alta mortalidad materno-fetal. Se manifiesta como dolor en epigastrio o cuadrante superior derecho del abdomen, irradiado al tórax, aunque puede presentarse con choque hipovolémico súbito. El diagnóstico requiere alto índice de sospecha y la confirmación se realiza mediante imágenes. El objetivo de este artículo fue dar a conocer nuestra experiencia en una paciente embarazada con ruptura hepática espontánea y analizar las dificultades del diagnóstico y el tratamiento.

Caso clínico. Paciente de 43 años con 32 semanas de gestación, con hipertensión arterial, quien consultó por dolor intenso en hombro derecho, irradiado a cuello y tórax. En la monitoria fetal se identificó un estado fetal no satisfactorio y líquido libre intraabdominal, por lo que se realizó cesárea y laparotomía.

Resultados. Se detectó el estallido del lóbulo hepático derecho; se estabilizó a la paciente y posteriormente se practicó hepatectomía derecha. La paciente cursó con adecuada evolución posoperatoria.

Conclusión. Este caso evidencia la naturaleza impredecible de una patología de baja incidencia, pero con alta morbi-mortalidad. Se precisa un alto índice de sospecha para llegar a un diagnóstico y tratamiento oportunos. Además, se requiere de un equipo multidisciplinario para reducir la mortalidad asociada a esta afección.

Palabras clave: hígado; rotura espontánea; hemorragia; hipertensión inducida en el embarazo; síndrome HELLP; hepatectomía.

Fecha de recibido: 23/02/2025 - Fecha de aceptación: 09/04/2025 - Publicación en línea: 08/09/2025

Correspondencia: J. Cristina Guerrero-Villota, Calle 5 # 60-64, Unidad Asturias, Apto 502 B, Cali, Colombia.

Teléfono: +57 3116648303. Dirección electrónica: krissguerrero@javerianacali.edu.co

Citar como: Briceño-Calderón LJ, Guerrero-Villota JC, Rico-Juri JM, Zapata-Palomino M. Ruptura hepática espontánea en el embarazo: Presentación clínica y tratamiento. Reporte de caso. Rev Colomb Cir. 2026;41:419-25. <https://doi.org/10.30944/20117582.2889>

Este es un artículo de acceso abierto bajo una Licencia Creative Commons - BY-NC-ND <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>

Abstract

Introduction. Spontaneous hepatic rupture is a rare complication during pregnancy, most often associated with hypertensive disorders, and is associated with high maternal and fetal mortality. It manifests as pain in the epigastrium or right upper quadrant of the abdomen radiating to the chest, although it can also present with sudden hypovolemic shock. Diagnosis requires a high level of suspicion, and confirmation is achieved through imaging. The objective of this article was to report our experience with a pregnant patient with spontaneous hepatic rupture and to analyze the difficulties of diagnosis and treatment.

Clinical case. A 43-year-old patient, 32 weeks pregnant, with high blood pressure presented with severe pain in her right shoulder radiating to her neck and chest. Fetal monitoring revealed an unsatisfactory fetal condition and free intra-abdominal fluid, leading to a cesarean section and laparotomy.

Results. A ruptured right hepatic lobe was detected; the patient was stabilized, and a right hepatectomy was subsequently performed. The patient made an adequate postoperative course.

Conclusion. This case highlights the unpredictable nature of a disease with a low incidence but high morbidity and mortality. A high level of suspicion is required to arrive at a timely diagnosis and treatment. Furthermore, a multidisciplinary team is required to reduce the mortality associated with this condition.

Keywords: liver; spontaneous rupture; hemorrhage; pregnancy-induced hypertension; HELLP syndrome; hepatectomy.

Introducción

La ruptura hepática espontánea es una complicación poco frecuente durante el embarazo, sin embargo, está asociada a alta mortalidad materna (17-59 %) ¹ y perinatal (38-62 %) ². En la actualidad, se ha estimado una incidencia de uno entre cada 45.000 y 225.000 embarazos ³.

La mayoría de los casos se asocian a trastornos hipertensivos inducidos por el embarazo, como complicación de la preeclampsia o el síndrome HELLP, que incluye hemólisis, enzimas hepáticas elevadas y un recuento bajo de plaquetas. Otras causas poco frecuentes son hemangiomas hepáticos, carcinoma hepatocelular y adenomas hepáticos ⁴. También se ha observado ruptura hepática asociada a otras afecciones, como neoplasias primarias o secundarias, enfermedades vasculares y trastornos de la coagulación ³.

El diagnóstico se basa en las características clínicas y los hallazgos en la ecografía o la tomografía computarizada (TC). Sin embargo, su aparición repentina y su desenlace potencialmente fatal la convierten en un importante reto diagnóstico y terapéutico para los cirujanos ⁵. El objetivo de este artículo fue dar a conocer nuestra experiencia institucional en una paciente embarazada con

ruptura hepática espontánea. Se hizo énfasis en la necesidad de un alto índice de sospecha, para hacer un diagnóstico temprano y un manejo quirúrgico oportuno, y en la importancia del manejo multidisciplinario en la Unidad de Cuidados Intensivos.

Caso clínico

Se trata de una paciente de 43 años, grávida 6 abortos 5, con antecedente de síndrome antifosfolípido e historia de hipertensión gestacional no clasificada, en la semana 32 de edad gestacional, quien consultó al servicio de urgencias refiriendo dolor intenso a nivel del hombro derecho, irradiado a la región cervical y el tórax superior. Inicialmente se descartó un evento coronario asociado y después de cuatro horas de observación, la paciente presentó dolor en abdomen superior, asociado a estado fetal no satisfactorio. La ecografía mostró líquido libre intraabdominal y ausencia de frecuencia cardíaca fetal.

Ante la sospecha de ruptura uterina, el Servicio de Ginecología y Obstetricia realizó cesárea de urgencia, donde observaron hemoperitoneo de 3000 ml. Se extrajo el óbito fetal de 1850 g de peso. Se practicó laparotomía exploratoria en

donde se detectó un estallido del lóbulo hepático derecho, con sangrado en capa persistente y gran hematoma intraparenquimatoso; se realizó empaquetamiento, anudando el lóbulo hepático derecho entre tres compresas con una mecha vaginal, seguido de taponamiento con 21 compresas en lecho hepático y de la cavidad pélvica, además de colocación de sistema de vacío.

Se transfundieron cuatro unidades de glóbulos rojos, seis unidades de plasma fresco congelado (PFC) y un pool de plaquetas. Se trasladó a radiología intervencionista para embolización, pero no fue posible lograr la hemostasia posterior a la angio-embolización de la arteria hepática derecha.

En la Unidad de Cuidados Intensivos se continuó con la reanimación con líquidos intravenosos, soporte vasoactivo a dosis bajas y soporte ventilatorio mecánico invasivo. Los laboratorios no mostraron alteraciones en la coagulación (trombo-elastograma con valores normales y fibrinógeno

en metas), sin embargo, se documentaron niveles elevados de aspartato aminotransferasa (AST: 610 U/L), alanina aminotransferasa (ALT 1591 U/L) y deshidrogenasa láctica (LDH 687 U/L), además de trombocitopenia moderada (recuento de plaquetas de 69.000 por microlitro), confirmando diagnóstico de síndrome HELLP.

Durante seguimiento, una tomografía computarizada (TC) de abdomen con contraste permitió visualizar una hipodensidad irregular que comprometía el lóbulo hepático derecho en los segmentos VIII, VII y VI, sugestivo de tejido isquémico (Figura 1). Al tercer día posoperatorio, se llevó a revisión por Cirugía hepatobiliar, con hallazgo de necrosis hepática derecha, hematoma subcapsular más estallido del lóbulo, sin sangrado agudo (Figura 2). Se procedió a realizar hepatectomía derecha más colecistectomía, sin complicaciones. La ecografía Doppler intraoperatoria fue normal, por lo que se hizo cierre de

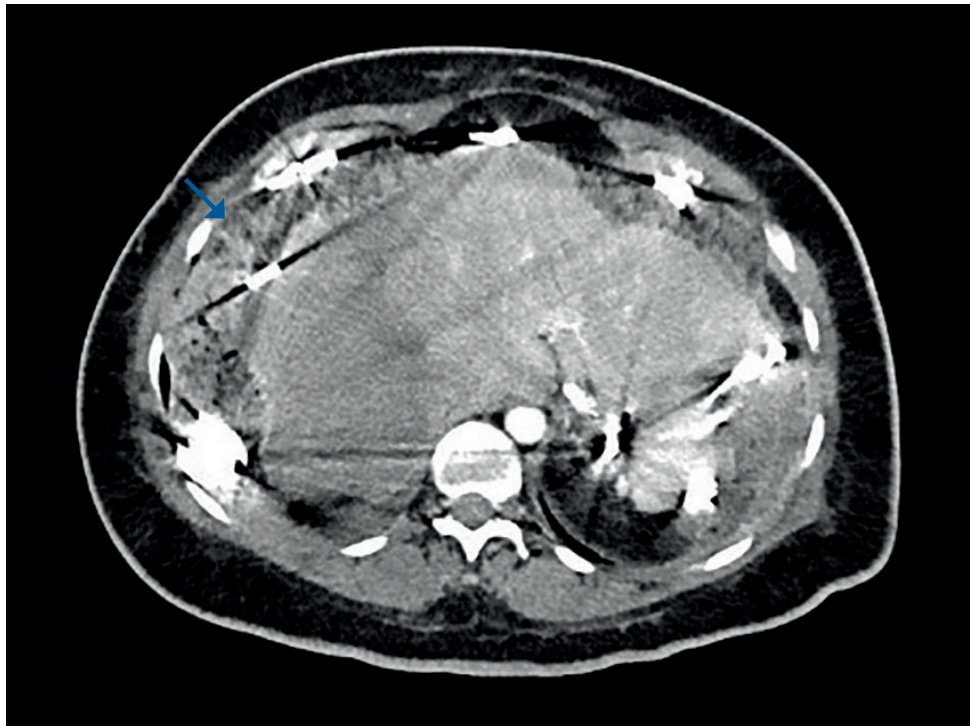


Figura 1. Tomografía computarizada de abdomen donde se aprecia la hipodensidad irregular en el lóbulo hepático derecho, sugestiva de tejido isquémico (flecha). Defecto en pared abdominal que comunica la cavidad peritoneal con el exterior. Empaquetamiento perihepático.

Fuente: propiedad de los autores.

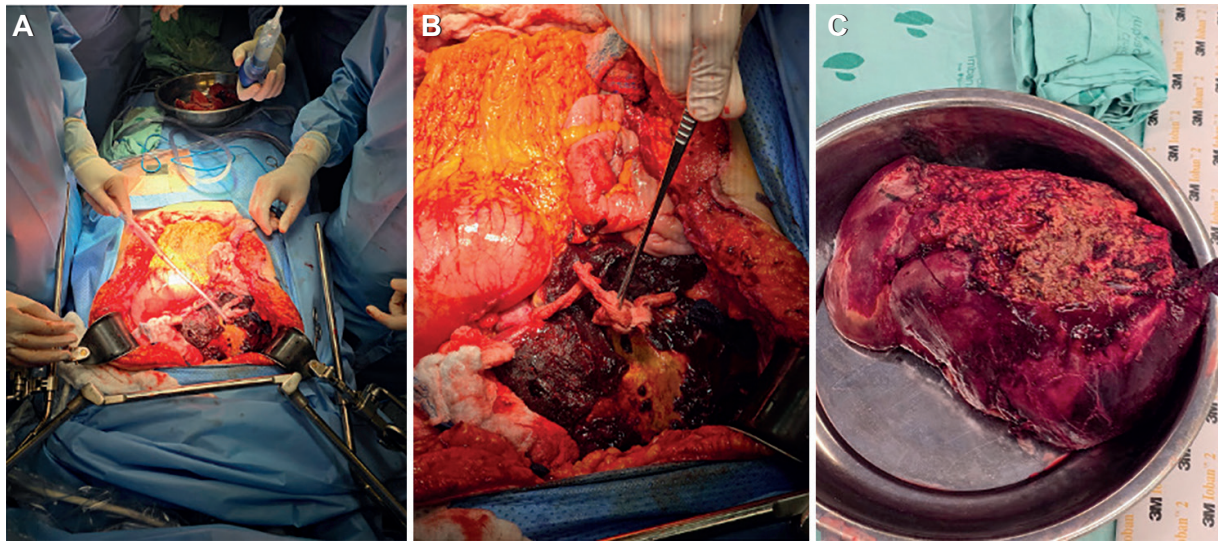


Figura 2. Hallazgos intraoperatorios. **A.** Laparotomía con evidencia de empaquetamiento hepático y mecha vaginal sujetando al lóbulo hepático derecho. **B.** Se visualiza la necrosis del lóbulo hepático derecho, donde se ha anudado el lóbulo derecho entre compresas y una mecha vaginal, además del empaquetamiento hepático con compresas. **C.** Pieza quirúrgica producto de hepatectomía derecha.

Fuente: propiedad de los autores.

la cavidad. Tuvo una evolución satisfactoria, sin requerimiento de nuevas intervenciones quirúrgicas y se dio de alta diez días después. Asistió a control a los 21 días posquirúrgicos, asintomática; la TC de abdomen mostró los cambios quirúrgicos de hepatectomía parcial del lóbulo derecho y escasa cantidad de líquido perihéptico (Figura 3).

Discusión

La ruptura hepática espontánea fue descrita por primera vez en 1844, por Abercrombie^{6,7}. La fisiopatología se atribuye a la presencia de vasoespasmo y al aumento de la concentración y la sensibilidad a vasopresores circulantes, que conllevan a una vasoconstricción y reducción de la perfusión sanguínea, con daño endotelial secundario. Esto lleva a la formación de trombos microvasculares, congestión vascular intrahepática y obstrucción sinusoidal, que conducen a la hemorragia subcapsular e intraparenquimatosa⁸. También se ha visto involucrada la hemorragia periportal y los depósitos de fibrina intravascular, que causan obstrucción y congestión vascular intrahepática, con

formación de hematomas subcapsulares hepáticos, y eventualmente, la ruptura asociada a una enfermedad hipertensiva en el embarazo¹.

En la revisión sistemática de Augustin G, et al.⁹, publicada en el 2022 sobre 391 casos de hematoma/ruptura hepática incluidos en 247 artículos, la edad media de las pacientes fue de 31 años, con una media de edad gestacional de 35 semanas, similar a nuestra paciente. Respecto a las comorbilidades asociadas, en la gran mayoría se documentó trastorno hipertensivo del embarazo, tipo preeclampsia o síndrome HELLP.

Clínicamente, la manifestación más frecuente fue el dolor en hemiabdomen superior (79 %), que puede irradiarse al tórax, el cuello o el hombro, acompañado de náuseas y vómitos, seguido de signos de inestabilidad hemodinámica (59 %) y choque hipovolémico súbito. Principalmente afecta el lóbulo derecho (70,9 %) ⁹.

Para llegar al diagnóstico de manera oportuna, se deben considerar la ecografía del hígado o la tomografía computarizada (TC) de emergencia, sin embargo, en la mayoría de los casos corresponde a un hallazgo intraoperatorio asociado a un compromiso materno y fetal grave^{2,9,10}. Este

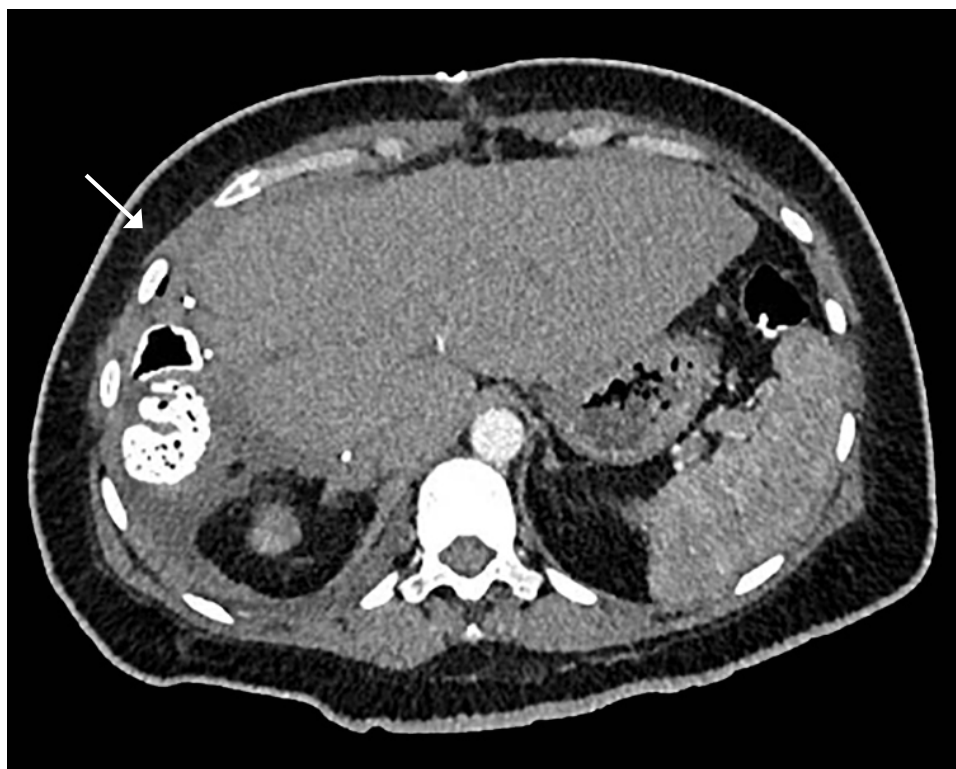


Figura 3. Tomografía computarizada de abdomen a los 21 días del primer posoperatorio. Se aprecian los cambios quirúrgicos de hepatectomía parcial del lóbulo derecho (flecha), observándose material quirúrgico en la zona y escasa cantidad de líquido peri-hepático.

Fuente: propiedad de los autores.

cuadro requiere un alto índice de sospecha y el reconocimiento precoz para alcanzar un tratamiento oportuno y reducir la morbi-mortalidad materna.

El manejo depende del estado hemodinámico de la paciente. En pacientes hemodinámicamente estables, se ha descrito un enfoque conservador con infusión de hemoderivados y embolización de arterias hepáticas; mientras que para aquellos pacientes con ruptura hepática e inestabilidad hemodinámica estaría indicado un abordaje quirúrgico⁴. Dentro de las opciones para detener el sangrado se incluyen el empaquetamiento peri-hepático, pegamento de fibrina, coagulación con láser de argón y ligadura de la arteria hepática.

El pronóstico de las pacientes con ruptura hepática espontánea depende en gran medida de la etiología y la gravedad de la hemorragia¹¹. La mortalidad materna documentada en esa revisión

sistemática⁹ fue del 22 % y la mortalidad perinatal del 37,2 %; la presencia de preeclampsia/eclampsia y la inestabilidad hemodinámica fueron los factores de mayor peso para la mortalidad materna ($p < 0,001$). Igualmente, la mortalidad fetal se presentó más en las pacientes con ruptura hepática ($p = 0,003$) e inestabilidad ($p < 0,001$). En el estudio de Dubey & Rani J¹², esta patología se asocia a tasas de mortalidad materna que oscilan entre 17-59 %, por lo que el diagnóstico precoz y la capacidad de resolución de alta complejidad en el tratamiento, son esenciales.

Debido a su baja incidencia, no existe tratamiento estandarizado, sin embargo, el manejo quirúrgico reduce la mortalidad de forma significativa^{1,13,14}, y puede incluir el tratamiento endovascular, la hepatectomía parcial o el trasplante hepático, con sobrevida del 100 % en la revisión sistemática de Augustin G, et al.^{5,9,15}.

Conclusión

En nuestro caso clínico se evidencia la naturaleza impredecible de una patología de baja incidencia, pero con alta morbi-mortalidad materna y fetal. Conocer esta entidad facilita tener un alto índice de sospecha para permitir el diagnóstico y el manejo oportunos. Los médicos deben estar alerta ante la posibilidad de ruptura hepática cuando la embarazada repentinamente desarrolla dolor abdominal severo e inexplicable, irradiado al hombro o el tórax, con vómitos. La presencia de un equipo multidisciplinario, asociado a la rápida identificación del cuadro y el tratamiento adecuado, ha logrado reducir la mortalidad asociada a esta afección, con resultados exitosos.

Cumplimiento de normas éticas

Consentimiento informado. Se obtuvo el consentimiento informado por parte de la paciente para las intervenciones quirúrgicas, la participación en publicaciones y la toma de fotografías.

Conflictos de interés. Los autores declararon que no tienen conflictos de interés.

Declaración de uso de inteligencia artificial: Los autores declararon que para la escritura de este manuscrito no se recurrió a aplicaciones de IA.

Fuentes de financiación: recursos propios de los autores.

Contribución de los autores:

- Diseño y concepción del estudio: Laura Jimena Briceño-Calderón, Julieth Cristina Guerrero-Villota, Juan Manuel Rico-Juri, Michael Zapata-Palomino.
- Adquisición de datos: Laura Jimena Briceño-Calderón, Julieth Cristina Guerrero-Villota, Juan Manuel Rico-Juri, Michael Zapata-Palomino.
- Análisis e interpretación de datos: Laura Jimena Briceño-Calderón, Julieth Cristina Guerrero-Villota, Juan Manuel Rico-Juri, Michael Zapata-Palomino.
- Redacción del manuscrito: Laura Jimena Briceño-Calderón, Julieth Cristina Guerrero-Villota, Juan Manuel Rico-Juri, Michael Zapata-Palomino.
- Revisión crítica y aprobación: Laura Jimena Briceño-Calderón, Julieth Cristina Guerrero-Villota, Juan Manuel Rico-Juri, Michael Zapata-Palomino.

Referencias

- 1 Escobar-Vidarte MF, Montes D, Pérez A, Loaiza-Osorio S, José Nieto-Calvache AJ. Hepatic rupture associated with preeclampsia, report of three cases and literature review. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2019;32:2767-73. <https://doi.org/10.1080/14767058.2018.1446209>
- 2 Brito M, Gamito M, Neves AR, Caeiro F, Martins A, Dias E, et al. Conservative management of a pregnancy complicated by preeclampsia and postpartum spontaneous hepatic rupture: A case report and review of the literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.* 2021;267:79-89. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2021.10.017>
- 3 Poo JL, Gongora J. Hepatic hematoma and hepatic rupture in pregnancy. *Ann Hepatol.* 2006;5:224-6. [https://doi.org/10.1016/S1665-2681\(19\)32017-4](https://doi.org/10.1016/S1665-2681(19)32017-4)
- 4 Chen H, Li Y, Yang S, Pan X, Wang J, Cao Y, et al. Spontaneously ruptured huge hepatic subcapsular hematoma associated with preeclampsia: A case report and literature review. *J Int Med Res.* 2024;52. <https://doi.org/10.1177/03000605241264220>
- 5 Zhou X, Zhang M, Liu Z, Duan M, Dong L. A rare case of spontaneous hepatic rupture in a pregnant woman. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2018;18:87. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1713-5>
- 6 Pacheco-Molina C, Vergara-Miranda H, Alvarez-Lozada LA, Vásquez-Fernández F. Manejo de la ruptura hepática espontánea en el síndrome de HELLP. *Rev Colomb Cir.* 2021;36:549-53. <https://doi.org/10.30944/20117582.664>
- 7 Riaño M. Ruptura espontánea del hígado después de parto a término en embarazo asociado a toxemia, (Informe de un caso). *Rev Colomb Obstet Ginecol.* 1969;20:25-30. <https://doi.org/10.18597/rcog.2318>
- 8 McCormick PA, Higgins M, McCormick CA, Nolan N, Docherty JR. Hepatic infarction, hematoma, and rupture in HELLP syndrome: Support for a vasospastic hypothesis. *J Matern Fetal Neonatal Med.* 2022;35:7942-7. <https://doi.org/10.1080/14767058.2021.1939299>
- 9 Augustin G, Hadzic M, Juras J, Oreskovic S. Hypertensive disorders in pregnancy complicated by liver rupture or hematoma: A systematic review of 391 reported cases. *World J Emerg Surg.* 2022;17:40. <https://doi.org/10.1186/s13017-022-00444-w>
- 10 Cruz-Santiago J, Meza-Jiménez G, Ayala-López EA, Velázquez-García JA, Moreno-Ley PI, Robledo-Meléndez A, et al. Ruptura hepática en el síndrome de HELLP. Revisión del tratamiento quirúrgico. *Cir Gen.* 2020;42:31-7. <https://doi.org/10.35366/92709>
- 11 Miguelote RF, Costa V, Vivas J, Gonzaga L, Menezes CA. Postpartum spontaneous rupture of a liver hematoma associated with preeclampsia and HELLP syndrome. *Arch Gynecol Obstet.* 2009;279:923-6. <https://doi.org/10.1007/s00404-008-0829-7>

- 12 Dubey S, Rani J. Hepatic rupture in preeclampsia and HELLP syndrome: A catastrophic presentation. *Taiwan J Obstet Gynecol.* 2020;59:643-51.
<https://doi.org/10.1016/j.tjog.2020.07.003>
- 13 Caballero-Cuevas JV, Jiménez-Ibáñez LC. Ruptura hepática espontánea en paciente con síndrome HELLP. *Cir Cir.* 2022;90:256-61.
<https://doi.org/10.24875/CIRU.20000928>
- 14 Vigil-De Gracia P, Ortega-Paz L. Pre-eclampsia/eclampsia and hepatic rupture. *Int J Gynaecol Obstet.* 2012;118:186-9.
<https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.03.042>
- 15 Grand'Maison S, Sauvé N, Weber F, Dagenais M, Durand M, Mahone M. Hepatic rupture in hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets syndrome. *Obstet Gynecol.* 2012;119:617-25.
<https://doi.org/10.1097/AOG.0b013e318245c283>