

# Hematoma hepático subcapsular no puerpério imediato

## *Subcapsular liver hematoma at immediate puerperium: case report*

Danielle Marques Bicalho<sup>1</sup>, Ênnali Ferreira Tinôco<sup>1</sup>,  
Fernanda Toledo Lustosa de Andrade<sup>1</sup>, Eloisa Maria Prock Pereira<sup>1</sup>, Isabela Gonçalves Ribeiro<sup>1</sup>,  
Jamilly Batista Prates<sup>1</sup>, Larissa Ferreira Romulado<sup>1</sup>, Larissa Oliveira Leite<sup>1</sup>, Carolina Amorim de Barros<sup>2</sup>

### RESUMO

O hematoma hepático subcapsular é rara condição passível de acometer mulheres no puerpério. Associa-se, na maioria das vezes, com complicações hepáticas decorrentes da doença hipertensiva específica da gestação/síndrome HELLP (hemólise, enzimas hepáticas aumentadas, diminuição de plaquetas). O seu diagnóstico nem sempre é fácil, entretanto, requer manejo em tempo hábil para garantir a sobrevivência da paciente. É necessária a monitorização hemodinâmica, avaliação dos parâmetros da coagulação, tratamento de comorbidades e realização de exames de imagem. As manifestações clínicas requerem condutas terapêuticas diversas, que variam desde conservadora até cirurgia, incluindo o transplante hepático. Este relato apresenta paciente de 23 anos de idade em período puerperal imediato, com hematoma hepático subcapsular tratada conservadoramente.

**Palavras-chave:** Complicações na Gravidez; Hepatopaias; Síndrome HELLP; Transtornos Puerperais; Período Pós-Parto.

<sup>1</sup> Acadêmicas do 10º período do Curso de Medicina da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

<sup>2</sup> Médica Ginecologista e Obstetra, Mestranda e Professora Substituta da Faculdade de Medicina da UFMG. Belo Horizonte, MG – Brasil.

### ABSTRACT

*Subcapsular liver hematoma is a rare condition that may affect women in puerperium. In most cases, it is related to hepatic complications of gestational hypertension/HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets). The diagnosis of subcapsular liver hematoma is not easy, but it is unquestionable that the patient in this situation requires rapid treatment to assure their survival, regardless of the final diagnosis. Therefore, it is necessary to assure hemodynamic monitoring, assessment of coagulation parameters, treatment of comorbidities, and imaging exams. The clinical findings of these patients determine the choice of different therapeutic options, from surgery to conservative treatment, including liver transplant. In this report, is discussed a case of a 23-year-old woman at the puerperal period with hepatic subcapsular hematoma managed conservatively.*

**Key words:** Pregnancy Complications; Liver Diseases; HELLP Syndrome; Puerperal Disorders; Postpartum Period.

## INTRODUÇÃO

A hemorragia subcapsular é a lesão inicial precursora da ruptura hepática e geralmente ocorre na superfície diafragmática do lobo direito.<sup>1</sup> O hematoma que se desenvolve sob a cápsula de Glisson pode permanecer estável ou provocar ruptura da cápsula, que implicará em hemorragia na cavidade peritoneal.<sup>1,2</sup>

A sua ocorrência com rotura hepática na gestação é condição rara, com incidência entre 1 em 45 mil e 1 em 225 mil puérperas.<sup>3</sup> Associa-se em 90% dos casos à pré-eclâmpsia e à síndrome HELLP (*hemolysis, elevated liver enzymes, low platelets*),

*Instituição:*  
Faculdade de Medicina da UFMG  
Belo Horizonte, MG – Brasil

*Endereço para correspondência:*  
Rua Guajajaras, 600, apto 904  
Bairro: Centro  
Belo Horizonte, MG – Brasil  
CEP: 30180-100  
E-mail:jamillyprates@hotmail.com

apesar de relatos de outras causas, como o heman-  
gioma hepático.<sup>1,3,4</sup> A dificuldade da definição diag-  
nóstica e a escassez de relatos de casos constituíram  
motivos desta apresentação.

## RELATO DO CASO

AFM 23 anos de idade, G4Pv3A1 (gestação molar),  
procurou o Hospital Risoleta Tolentino Neves com 40  
horas de puerpério, apresentando intensa dor abdo-  
minal difusa e aguda, vômitos, dor torácica e dispnéia.  
A pressão arterial sistêmica (PA) era de 130/80 mmHg,  
frequência cardíaca de 95 bpm, pulsos finos, satura-  
ção O<sub>2</sub> 97%, abdômen globoso difusamente doloroso.  
Os exames laboratoriais mostravam: hemoglobina  
11,0 mg/dL, plaquetas 225.000/mm<sup>3</sup>, AST 936 UI/L, ALT  
145 UI/L, LDH 1.696 UI/L. Era previamente hígida, sem  
uso regular de medicações. O parto ocorreu por via  
vaginal a termo (39 semanas), sem intercorrências,  
sendo admitida em período expulsivo, apresentando  
PA de 170/80 mmHg. Pré-natal de sete consultas, últi-  
ma delas duas semanas antes do parto, sem indícios  
de hipertensão arterial ou proteinúria. Recebeu alta  
após 24 horas do nascimento da criança.

Foi submetida à tomografia computadorizada  
(TC) que evidenciou hematoma hepático subcapsu-  
lar. Os outros exames complementares, realizados  
cerca de cinco horas após a primeira coleta, eviden-  
ciaram redução da hemoglobina para 5,9 mg/dL e  
plaquetas de 108.000/mm<sup>3</sup>. Foi realizada transfusão  
de 600 mL de concentrado de hemácias.

A paciente foi transferida para o Centro de Trata-  
mento Intensivo (CTI) do Hospital das Clínicas da UFMG  
no mesmo dia, onde recebeu mais 300 mL de concen-  
trado de hemácias. Apresentou episódios de PA sistólica  
entre 160-170 mmHg e diastólica entre 70-80 mmHg. No-  
vos exames laboratoriais revelaram: hemoglobina: 8,7  
g/dL, plaquetas: 58.000/mm<sup>3</sup>, bilirrubina total: 2,3 mg/  
dL, LDH: 16.631 UI/L, AST: 3.396 UI/L, ALT: 1902 UI/L.  
A TC de abdômen após oito dias mostrou hematoma  
hepático subagudo subdiafragmático à direita, estável  
em relação ao anterior, e líquido de volume moderado  
na região pélvica. A ultrassonografia abdominal após 13  
dias mostrou alterações hepáticas sugestivas de doença  
vascular, pequena ascite e coleção perihepática ao re-  
dor do lobo direito. A paciente progrediu com melhora  
da contagem de hemoglobina, redução das bilirrubinas,  
redução lenta e gradual das enzimas hepáticas. Evoluiu  
com estabilidade clínica e do hematoma, sem queixas.

Em oito dias estava na enfermaria e 12 dias depois rece-  
beu alta para acompanhamento ambulatorial.

## DISCUSSÃO

O hematoma hepático subcapsular espontâneo é  
achado raro, que ocorre principalmente em casos de  
tumor hepático e doença hipertensiva específica da  
gravidez.<sup>5</sup> Pode ser encontrado em menos de 2% das  
gestações complicadas com síndrome HELLP.<sup>6</sup> Entre-  
tanto, raramente ocorre em gestantes e puérperas na  
falta aparente de pré-eclâmpsia ou HELLP.<sup>4</sup>

O diagnóstico da síndrome HELLP baseia-se na  
presença de: 1) Hemólise microangiopática, com o  
achado das células esquizócitas em esfregaço. É tam-  
bém caracterizada pela elevação da bilirrubina indi-  
reta; 2) Plaquetas < 100.000/mm<sup>3</sup>; 3) LDH sérico > 600  
UI/L ou bilirrubina total > 1,2 mg/dL; 4) AST > 70 UI/L.

Não foi feita a pesquisa de esquizócitos no sangue  
dessa paciente e, a princípio, não houve queda de pla-  
quetas, o que suscitou a dúvida a respeito da etiologia do  
hematoma hepático. O obstáculo principal para a certe-  
za diagnóstica de ruptura hepática por síndrome HELLP  
foi à inexistência de propeidética adequada durante a  
sua admissão para o parto. Há casos de síndrome par-  
cial que podem progredir para a expressão completa  
da Síndrome HELLP.<sup>7</sup> Supõe-se que assim ocorreu neste  
caso, que em pouco tempo já expressava as alterações  
que caracterizam a síndrome HELLP: plaquetas: 74.000/  
mm<sup>3</sup>, Bilirrubina total: 2,3 mg/dL, LDH: 16.631 UI/L, AST:  
3.396 UI/L ALT: 1902 UI/L. Em 70% dos casos de síndro-  
me HELLP, a afecção ocorre durante a gestação e em  
30% no puerpério, usualmente nas primeiras 48 horas,  
mas pode ocorrer em até sete dias após o parto.<sup>7</sup>

Uma de suas complicações mais temidas é o he-  
matoma hepático, e as mulheres que assim evoluem  
apresentam dor abdominal, especialmente em qua-  
drante superior direito, náusea, vômitos, distensão  
abdominal e choque hipovolêmico – semelhante ao  
descrito em sua admissão. Entretanto, por constituí-  
rem sintomatologia inespecífica, não houve à princí-  
pio essa suspeita, uma vez que em nenhum momento  
em seu pré-natal apresentou sinais de doença hiper-  
tensiva ou pré-eclâmpsia. Apenas 20% das pacientes  
com síndrome HELLP no puerpério apresentam evi-  
dências de distúrbio na gestação.<sup>7</sup>

O diagnóstico pode ser feito por ultrassonografia  
abdominal e confirmado por TC. Os casos confirma-  
dos devem ser prontamente encaminhados para CTI

para que os parâmetros hemodinâmicos possam ser acompanhados sob vigilância contínua.

A abordagem conservadora pode ser a escolha desde que haja monitoração intensiva com infusão adequada de fluidos, hemácias e derivados de sangue, bem como a possibilidade de embolização percutânea das artérias hepáticas.<sup>6</sup> A paciente apresentou, inicialmente, instabilidade hemodinâmica, corrigida com cristalóide e concentrado de hemácias.

A paciente pode receber alta para controle ambulatorial, se o tamanho do hematoma permanecer estável e as anormalidades laboratoriais estiverem regredindo, uma vez que a reabsorção total do hematoma pode durar meses.<sup>8</sup>

A síndrome HELLP deve constituir elenco de diagnóstico diferencial das patologias da urgência obstétrica, especialmente, diante de situações críticas, sem diagnóstico estabelecido.

## CONCLUSÃO

Apesar das dúvidas quanto à etiologia do hematoma hepático aqui apresentado, as alterações laboratoriais e principalmente a epidemiologia corroboraram o diagnóstico presuntivo de sua associação com a síndrome HELLP. A real etiologia só poderia ser confirmada pela biópsia hepática, procedimento de risco e que não mudaria a conduta deste caso. Poderiam ser necessárias a realização de intervenção cirúrgica ou a associação de hemostasia, drenagem, ligadura da artéria hepática, ressecção de um lobo hepático ou transplante

hepático, caso houvesse sangramento persistente, aumento da dor ou expansão do hematoma com instabilidade hemodinâmica, ou difícil estabilização em CTI.<sup>6</sup>

## REFERÊNCIAS

1. Malangoni MA. Gastrointestinal surgery and pregnancy. *Gastroenterol Clin N Am.* 2003; 32:181-200.
2. Perarnau JM, Bacq Y. Hepatic vascular involvement related to pregnancy, oral contraceptives, and estrogen replacement therapy. *Semin Liver Dis.* 2008 Aug;28(3):315-27. Epub 2008 Sep 23.
3. Hepburn IS. Pregnancy-associated liver disorders. *Dig Dis Sci.* 2008, 53:2334-58.
4. Schwartz ML, Lien JM. Spontaneous liver hematoma in pregnancy not clearly associated with preeclampsia: a case presentation and literature review. *Am J Obstet Gynecol.* 1997; 176:1328-32; discussion 1332-3
5. Fahel E, Rocha PRS. Abdome agudo não-traumático. Rio de Janeiro: Medbook, 2008. xxii, 749p
6. Wicke C, Pereira PL, Neeser E, Flesch I, Rodegerdts EA, Becker HD. Subcapsular liver hematoma in HELLP syndrome: Evaluation of diagnostic and therapeutic options - A unicenter study. *Am J Obstet Gynecol.* 2004; 190 (1):106-12.
7. Sibai BM, Ramadan MK, Usta I, *et al.* Maternal morbidity and mortality in 442 pregnancies with hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelets (HELLP syndrome). *Am J Obstet Gynecol.* 1993; 169:1000.
8. Barton JR, Sibai BM. Hepatic imaging in HELLP syndrome (hemolysis, elevated liver enzymes, and low platelet count). *Am J Obstet Gynecol.* 1996; 174:1820.
9. Wilson RH, Marshall BM. Postpartum rupture of a subcapsular hematoma of the liver. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 1992; 71:394.