https://doi.org/10.22516/25007440.1203

Reporte de caso

Hematoma subcapsular posterior a la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), casos difíciles con necesidad de intervención abierta y endovascular: reportes de caso

Subcapsular Hematoma Following Endoscopic Retrograde Cholangiopancreatography (ERCP): Complex Cases Requiring Open and Endovascular Intervention – Case Reports

Javier Del Castillo-Orrego,[1] Héctor Conrado-Jiménez,[2] Martín Alonso Gómez-Zuleta,[3] Carlos Mauricio Martínez-Montalvo,[4] Andrés Felipe Torres-Méndez.[5*]

ACCESO ABIERTO

Citación:
Del Castillo-Orrego J, Conrado-Jiménez H, Gómez-Zuleta MA, Martínez-Montalvo CM, Torres-Méndez AF. Hematoma subcapsular posterior a la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), casos difíciles con necesidad de intervención abierta y endovascular: reportes de caso. Revista. colomb. Gastroenterol. 2025;40(1):99-103. https://doi.org/10.22516/25007440.1203

[1] Médico general, especialista en Cirugía Vascular y Angiología, servicio de Cirugía Vascular, Hospital Militar Central, Clínica de Marly Colsubsidio, Hospital Universitario de la Samaritana, Bogotá, Colombia.
[2] Especialista en Cirugía Vascular, Angiología y Epidemiología, servicio de Cirugía Vascular, Hospital Universitario Hernando Moncaleano Perdomo. Neiva, Colombia.
[3] Servicio de Gastroenterología y Endoscopia, Hospital Universitario Nacional, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
[4] Servicio de Gastroenterología y Endoscopia, *fellow* de Gastroenterología, Hospital Universitario Nacional, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
[5] Servicio de Medicina Interna, Clínica Universitaria Colombia, Fundación Universitaria Sanitas. Bogotá, Colombia.

***Correspondencia:** Andrés Felipe Torres-Méndez.
andres_90_19@hotmail.com

Fecha recibido: 08/04/2024
Fecha aceptado: 22/04/2024

Resumen
La colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es un procedimiento diagnóstico y terapéutico indispensable en el manejo de la enfermedad biliopancreática; sin embargo, tiene una tasa de complicaciones hasta del 6,85%. El hematoma subcapsular hepático es un evento muy infrecuente, el cual en la mayoría de los casos se beneficia del manejo médico conservador y expectante. En ocasiones muy particulares requiere de intervenciones invasivas correctivas, como la angiografía y la embolización vascular o la exploración abierta. Se presentan los casos de dos pacientes mujeres adultas jóvenes, sin comorbilidades de importancia previa, quienes después de la intervención con CPRE presentaron clínica de dolor abdominal, anemia e hipotensión, diagnosticadas con la presencia de un hematoma subcapsular hepático post CPRE. Recibieron intervención de forma integral, bajo una aproximación multidisciplinaria, y requirieron intervenciones diferentes, percutáneo endovascular y drenaje abierto, con resultados igual de favorables.

Palabras clave
Dolor abdominal, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica, hematoma, embolización terapéutica.

Abstract
Endoscopic retrograde cholangiopancreatography (ERCP) is an essential diagnostic and therapeutic procedure for managing biliopancreatic disease; however, it carries a complication rate of up to 6.85%. Subcapsular hepatic hematoma is a rare occurrence, which in most cases can be effectively managed with conservative and expectant medical care. In certain exceptional situations, invasive corrective interventions such as angiography with vascular embolization or open surgical exploration are required. This report presents two cases of young adult female patients with no significant pre-existing comorbidities who developed abdominal pain, anemia, and hypotension following ERCP. They were subsequently diagnosed with post-ERCP subcapsular hepatic hematoma. Both patients underwent comprehensive treatment through a multidisciplinary approach, requiring different interventions—one with percutaneous endovascular management and the other with open drainage—both yielding equally favorable outcomes.

Keywords
Abdominal pain, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, hematoma, therapeutic embolization.

© 2025 Asociación Colombiana de Gastroenterología

INTRODUCCIÓN

El uso de la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es fundamental en el tratamiento de la enfermedad biliopancreática. La realización de CPRE supone un potencial riesgo de aparición de complicaciones, las cuales pueden ir desde incidentes triviales hasta condiciones con un riesgo vital. La frecuencia agrupada de complicaciones (pancreatitis, sangrados, perforaciones e infecciones) se presenta aproximadamente en el 6,85% de los casos, con una fatalidad relacionada del 0,33%[1]. El hematoma subcapsular hepático pos-CPRE es un evento infrecuente, pero, como todo sangrado, tiene el potencial de llevar a un resultado fatal. Su tratamiento es usualmente conservador, mientras que las intervenciones invasivas como angiografía, abordaje endovascular o intervenciones quirúrgicas abiertas se reservan para pacientes con hemorragia refractaria. Se presentan dos casos correspondientes a pacientes jóvenes con cursos clínicos diferentes.

DESCRIPCIÓN DE CASOS

Caso 1

Se trata de una paciente femenina de 31 años, en puerperio tardío, que consultó por dolor abdominal en el epigastrio e hipocondrio derecho. El estudio de ecografía hepatobiliar tuvo un hallazgo de colelitiasis sin colecistitis, con dilatación biliar intrahepática y colédoco de 7,7 mm. La colangiorresonancia nuclear magnética (CRNM) presentó evidencia de vía biliar intrahepática de calibre normal, con contenido de material heterogéneo en el colédoco. Fue llevada a CPRE, en la que se encontró una papila tipo 1 con canulación biliar en un único intento, papilotomía medial amplia y extracción de barro biliar con balón extractor; el procedimiento terminó sin complicaciones, sin contraste del conducto pancreático. Luego de ocho horas de su procedimiento, presentó dolor punzante, de alta intensidad en el hemitórax derecho con extensión al hombro ipsilateral, asociado a náuseas y epigastralgia. Por lo anterior, se realizó una tomografía axial computarizada (TAC) de abdomen con contraste, en el que se identificó una extensa colección subcapsular en el lóbulo hepático con áreas hipodensas sin realce con el medio de contraste (**Figura 1**). Asociado a los hallazgos en imágenes, se documentó un descenso de 5 g/dL en la hemoglobina.

Se indicó el manejo médico exclusivo, sin considerar la necesidad de intervención quirúrgica inicialmente, con reanimación hídrica y cubrimiento antibiótico de forma empírica. Durante vigilancia se presentó un deterioro hemodinámico con necesidad de soporte transfusional con tres unidades de glóbulos rojos. Se llevó a un aortograma con arteriografía selectiva de arterias hepáticas, en el que hubo hallazgos intraoperatorios de *flush* a nivel del área en relación con los segmentos VII y VIII hepáticos, por lo que se realizó una embolización selectiva de la arteria hepática segmentaria VII y VIII, con *coils* hélix (**Figura 2**). El procedimiento se realizó sin complicaciones. La paciente presenta una evolución satisfactoria luego de su intervención.



Figura 1. Hematoma hepático (206 x 81 x 160 mm) que compromete el lóbulo hepático derecho en el corte axial de la tomografía. Se evidencia contraste de densidades relacionado con hematoma con signos de sangrado activo. Imagen propiedad de los autores.

Caso 2

Se trata de una paciente femenina de 35 años, intervenida por colecistitis con colecistectomía laparoscópica seis meses antes del ingreso, con un cuadro clínico de un día de evolución caracterizado por dolor en el epigastrio y en el hipocondrio derecho, asociado a náuseas, múltiples episodios eméticos y coluria. En la evaluación inicial no se encontraron signos de irritación peritoneal. Los estudios paraclínicos muestran leucocitosis (19.260 Leu/mm^3) y neutrofilia (86%), con una alteración en el perfil hepático (alanina-aminotransferasa [ALT], aspartato-aminotransferasa [AST] y fosfatasa alcalina elevada). Se sospecha un posible síndrome biliar obstructivo, sospecha intermedia de coledocolitiasis, por lo que se realizó una CRNM con dilatación de la vía biliar intrahepática y extrahepática (colédoco de 11 mm) secundaria a la presencia de múltiples cálculos menores de 10 mm en la porción intrapancreática del colédoco. Fue llevada a CPRE, en la que se le realizó una canulación selectiva de la vía biliar sin complicaciones, además de una colangiografía con identificación de colédoco de 14 mm, con defectos de llenado móvil de 12 mm en su interior y con desproporción distal del colédoco. Se amplió a una esfinterotomía, en la que se evidenció salida de barro biliar y abundante salida de pus. Se avanzó la canastilla

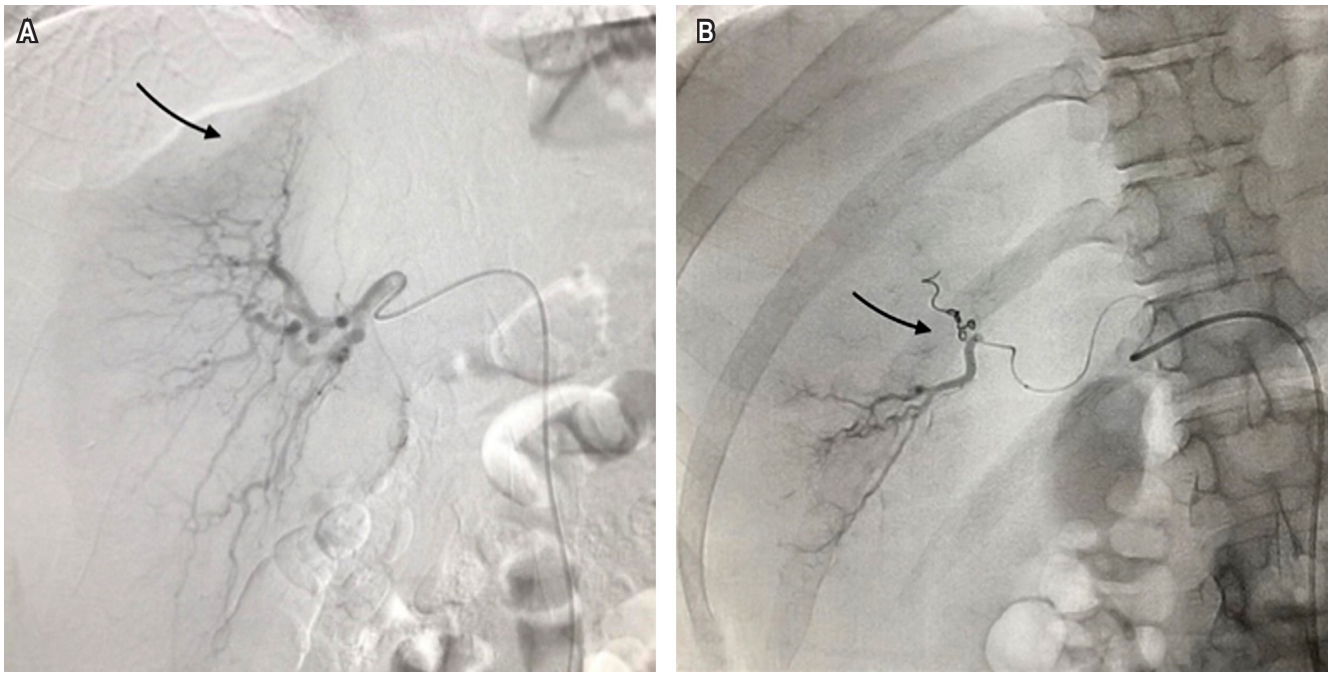


Figura 2. A. Arteriografía supraselectiva. Nótese la arteria hepática derecha. Mal lavado del medio de contraste a nivel del segmento hepático (flecha), sugestivo de sangrado hepático. **B.** Embolización selectiva de las ramas de la arteria hepática para los segmentos VII y VIII. Imágenes propiedad de los autores.

de extracción y se obtuvieron litos de pigmento amarillo. Luego se colocó un *stent* biliar plástico de 10 Fr x 9 cm con un adecuado drenaje.

Aproximadamente 3 a 4 horas después del procedimiento, la paciente presentó inicio de dolor abdominal en la región del hipocondrio derecho, súbito, asociado con una marcada hipotensión. Se registró una caída de la hemoglobina a 9 g/dL, con un valor previo de 12 g/dL. Se decidió realizar una TAC de abdomen con contraste, en la que se identificó una gran colección subcapsular hepática de volumen aproximado de 1055 mL con contenido hiperdenso, acorde a hematoma subcapsular hepático (**Figura 3**).

La paciente fue trasladada a la unidad de cuidados intensivos para monitorización hemodinámica, donde se inició el manejo conservador con reposición volumétrica, soporte transfusional y terapia antimicrobiana empírica con piperacilina-tazobactam. Dada la persistencia de caída en los valores de hemoglobina (hasta 7,9 g/dL a pesar de recibir soporte transfusional), además de una trombocitopenia progresiva (hasta 42.000 plat/µL), el servicio quirúrgico consideró la necesidad de exploración por laparotomía. En la exploración quirúrgica se identificaron hallazgos de hematoma subcapsular hepático roto y sangrado en capa en los segmentos IV y V, por lo que se le realizó un control del sangrado y drenaje del hemoperitoneo de 2500 mL con empaquetamiento de la cavidad. En el segundo tiempo quirúrgico se realizó un control hemostático total con Surgicel® y drenaje del hemoperitoneo residual de 800 mL con cierre de la cavidad. La paciente posteriormente presentó mejoría progresiva hasta su egreso.

DISCUSIÓN

La CPRE es un procedimiento médico de utilidad diagnóstica y terapéutica, útil para el manejo de la enfermedad biliopancreática en la actualidad. Sus orígenes se remontan al año 1968, e inicialmente se utilizó como una herramienta para la observación directa del árbol biliar. Posteriormente, la técnica se modificó con la esfinterotomía en 1974, con la consecuente expansión del procedimiento[2].

En comparación con otros procedimientos endoscópicos, la CPRE confiere un riesgo potencial de aparición de complicaciones desde triviales o menores hasta mayores o asociadas a fatalidad. El evento adverso relacionado con la CPRE más frecuente corresponde a la pancreatitis aguda (PA). La infección es una de las complicaciones más mórbidas de la CPRE, con una tasa de fatalidad relacionada del 7,85%. Por una parte, las complicaciones sépticas de la CPRE incluyen colangitis ascendente, absceso hepático, colecistitis aguda, pseudoquiste pancreático infectado e

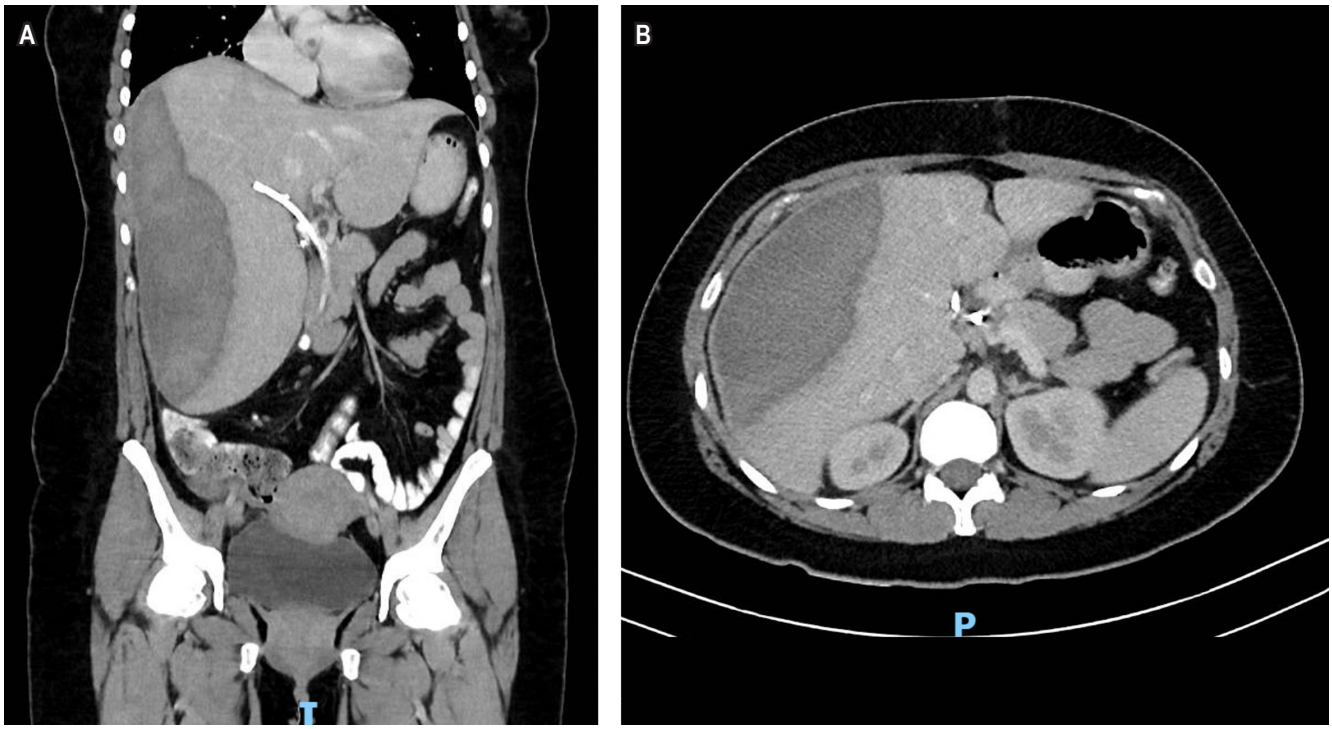


Figura 3. Hematoma subcapsular hepático de tamaño 246 x 127 x 65 mm en el lóbulo hepático derecho. **A.** Corte coronal. **B.** Visión en el corte axial. Imágenes propiedad de los autores.

infección luego de la perforación de una víscera. Por otra parte, se pueden encontrar complicaciones hemorrágicas, de las cuales la hemorragia posesfinterotomía es la más frecuente, presente en el 1,4% del total de los procedimientos, lo que indica un sangrado moderado no grave[1].

Dentro de las principales complicaciones pos-CPRE se contempla el sangrado gastrointestinal, el cual puede ser clínicamente significativo y corresponde al 0,1% al 2% de los casos de complicaciones; otros sangrados no clínicamente significativos son más frecuentes, y corresponden al 10% a 30% de los casos[3].

El hematoma subcapsular hepático pos-CPRE es una complicación de muy baja frecuencia, pero potencialmente grave. La incidencia real de los casos de hematomas subcapsulares probablemente es subestimada, y la bibliografía disponible actualmente en relación con esta condición corresponde en su gran mayoría a reportes de casos. Se considera que puede ser el resultado de la punción accidental de los vasos intrahepáticos por la guía en el momento de la exploración del árbol biliar; sin embargo, se han documentado casos de hematoma subcapsular hepático pos-CPRE sin previa utilización de guía, por lo que algunos autores han considerado que su origen también se relaciona con una contusión hepática en el momento de tracción-extracción con la canastilla[3,4].

La presentación clínica de esta complicación inicialmente puede ser inespecífica debido a que comparte los síntomas habituales posquirúrgicos, tales como dolor abdominal, náuseas y vómito; sin embargo, es importante tener en cuenta los síntomas de alarma que, según los casos reportados, se presentan dentro de las horas posteriores al procedimiento, los cuales pueden orientar al diagnóstico temprano. Los hallazgos más frecuentes corresponden a dolor abdominal (91,7%), anemia (43,8%%), hipotensión (29,1%) y fiebre (20.8%). Se puede concluir que la mayoría de los casos de hematoma subcapsular hepático pos-CPRE sucede de forma temprana, dentro de las primeras 72 horas posteriores al procedimiento, aunque casos inusuales pueden tener un diagnóstico tardío, hasta cinco días después del procedimiento[3-5].

En nuestros casos presentados, el inicio del dolor abdominal se presenta de forma temprana, antes de las 12 horas; en el caso 1, el inicio del dolor abdominal sucedió a las 8 horas posteriores a la realización de CPRE; mientras que, en el caso 2, inició el dolor abdominal antes de las 6 horas posteriores a la realización de CPRE. En ambos casos se identificó hipotensión, con síntomas sugestivos de bajo gasto, además de amenización clínicamente significativa, con caída de la hemoglobina >2 g/dL. Los hallazgos de laboratorio de forma adicional a la presentación clínica pue-

den reforzar la sospecha diagnóstica, dentro de lo esperado, como leucocitosis y colestasis. Los métodos diagnósticos de elección del hematoma subcapsular hepático pos-CPRE involucran la evaluación ecográfica por ultrasonografía, tomografía abdominal de contraste o resonancia magnética abdominal. La tomografía de abdomen de contraste tiene cierto grado de ventaja en relación con su capacidad al definir de forma específica el tamaño del hematoma, la localización o las presentaciones particulares de compromiso del parénquima. En una revisión se encontró que, en la mayoría de los casos, los hematomas se localizan en el lóbulo hepático derecho (95%), con un tamaño promedio aproximado de 116 x 93 mm. Rara vez se identificó el desarrollo de un hematoma subcapsular hepático pos-CPRE en el lóbulo hepático izquierdo[5].

El manejo del hematoma subcapsular hepático pos-CPRE siempre debe poseer un manejo multidisciplinario enfocado en las necesidades del paciente, lo que dependerá de forma particular e individualizada del estado hemodinámico del paciente y de su evolución clínica. El manejo integral habitual incluye intervenciones tempranas como reposo absoluto y manejo del dolor, monitorización de las variables hemodinámicas en unidades de cuidado intermedio, reanimación agresiva con líquidos intravenosos (preferiblemente cristaloides balanceados como elección), cubrimiento antibiótico empírico de amplio espectro (gérmenes anaerobios, gramnegativos y grampositivos) según los hallazgos de laboratorios, y soporte transfusional con componentes sanguíneos a necesidad[6].

En los casos descritos, se realizó un enfoque multidisciplinario amplio e integral basado en la reanimación guiada por metas y el cubrimiento antibiótico empírico; adicionalmente, debido a la disminución significativa de la hemoglobina en el escenario posquirúrgico agudo, se realizó la transfusión de componentes sanguíneos de forma temprana.

Se hace fundamental evaluar la respuesta al manejo instaurado, realizar un seguimiento estricto de los niveles de hemoglobina y mantener en vigilancia continua el estado hemodinámico en la unidad de cuidados intermedios/intensivos. Sin embargo, no es posible llegar a una conclusión definitiva en relación con las indicaciones estrictas del requerimiento de una intervención invasiva o de drenaje percutáneo debido a la gran heterogeneidad clínica en los limitados casos publicados. En todo caso, se puede conceptuar que, una vez aseguradas las intervenciones clínicas no invasivas, se requiere considerar un enfoque más invasivo (exploración abierta o intervención percutánea) en casos que documenten inestabilidad hemodinámica, signos de irritación peritoneal o nula mejoría con el manejo conservador. De todos modos, el manejo será individualizado en relación con las condiciones particulares de cada paciente, la disponibilidad de servicios y la experticia local[5].

CONCLUSIONES

El hematoma subcapsular hepático pos-CPRE es una condición potencialmente fatal, que debe ser considerada siempre en pacientes con deterioro clínico posterior al procedimiento. La sospecha clínica debe ser máxima en casos que presenten triada de dolor abdominal, anemia e hipotensión. El manejo de esta condición requiere de un abordaje integral y multidisciplinario, que debe incluir la vigilancia hemodinámica, monitorización de los parámetros de perfusión, soporte transfusional en caso de ser necesario y la colaboración óptima entre los servicios médicos y quirúrgicos.

REFERENCIAS

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(8):1781-8. https://doi.org/10.1111/j.1572-0241.2007.01279.x
2. Caroço TV, Louro JM, Coelho MI, Costa Almeida CE. Rare case of hepatic haematoma following endoscopic retrograde cholangiopancreatography. BMJ Case Rep. 2018;2018:bcr2017222638. https://doi.org/10.1136/bcr-2017-222638
3. Chaves R, Benítez CE, Gutiérrez Infante EF, Sabogal Olarte JC. Hematoma subcapsular hepático post - CPRE: reporte de caso y revisión de la literatura. Rev Colomb Gastroenterol. 2021;36(Supl 1):59-62. https://doi.org/10.22516/25007440.575
4. 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. 2020;72:219-228. https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2020.05.074
5. Imperatore N, Micheletto G, Manes G, Redaelli DG, Reitano E, de Nucci G. Systematic review: Features, diagnosis, management and prognosis of hepatic hematoma, a rare complication of ERCP. Dig Liver Dis. 2018;50(10):997-1003. https://doi.org/10.1016/j.dld.2018.07.010
6. Baudet JS, Arguiñarena X, Redondo I, Tadeo E, Navazo L, Mendiz J, et al. Hematoma hepático subcapsular. Una rara complicación de la CPRE. Gastroenterol Hepatol. 2011;34(2):79-82. https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2010.11.002