# Hemorragia hepática espontánea por adenomas hepáticos ocultos

Ricardo Stocco, Claudia Pimentel, Omar Molina , Andreína Fragenas , Mercedes De Sousa , Salvador Malavé , Mauro Carreta, Lucy Dagher

Autor de Correspondencia: Ricardo Stocco Correo Electrónico: stoccora@gmail.com

Afiliación

**Resumen**

La hemorragia hepática espontanea es una entidad rara, grave y poco sospechada que resulta de una lesión del parénquima hepático sin una causa externa aparente; es una emergencia quirúrgica aguda que da lugar a una hemorragia intrabdominal que evoluciona a shock hemorrágico y muerte. Se presenta el caso de una mujer de 42 años de edad, que debido a infección respiratoria viral (Sars-cov-2) al 3er día de iniciada la terapia anticoagulante presenta dolor súbito en hipocondrio derecho y descenso de hemoglobina sin inestabilidad hemodinámica. Se realiza tomografía donde se observa liquido libre en la cavidad de alta densidad y multiples imágenes hiperdensas en ambos lóbulos hepáticos, realizan punción abdominal positiva para hemoperitoneo. Fue trasfundida con 2 unidades de concentrado globular y trasladada a nuestro centro donde se realiza arteriografía hepática sin evidencia de sangrado activo. La paciente permanece hemodinamicamente estable y con cifras de hemoglobina sin descenso en el seguimiento. Evoluciona satisfactoriamente con tratamiento conservador hasta el egreso. Se realiza el seguimiento por control tomográfico de las lesiones hiperdensas interpretadas como hematomas hepáticos espontáneos y las 6to mes se solicita RMN con protocolo hepático documentando la reabsorción de los hematomas y caracterizando lesiones focales hepáticas compatibles con adenomas hepáticos. Se presenta un caso de manejo conservador con evolución satisfactoria, adecuada caracterización de la lesión focal hepática benigna en una paciente con factores de riesgo para desarrollo de adenomas y sangrado como es el uso de anticonceptivos orales.

**Palabras clave:** Adenoma hepático, hemorragia hepática espontanea.

## Spontaneous liver hemorrhage due to occult liver adenomas

**Abstract**

Spontaneous liver hemorrhage is a rare but potentially life-threatening condition that occurs in the absence of trauma. It constitutes a surgical emergency that, if not promptly addressed, may lead to intra-abdominal bleeding, hemorrhagic shock, or death. We report the case of a 42-year-old woman undergoing treatment for a respiratory viral infection (SARS-CoV-2), who was also receiving anticoagulant therapy. On the third day of treatment, she developed sudden right upper quadrant abdominal pain and a drop in hemoglobin levels, although she remained hemodynamically stable. A computed tomography (CT) scan revealed multiple hyperdense areas in both hepatic lobes and free fluid in the abdominal cavity, consistent with hemoperitoneum. She received two units of packed red blood cells and was transferred to our facility, where abdominal arteriography showed no evidence of active bleeding. During her hospital course, the patient remained stable, and hemoglobin levels remained steady. She was discharged in good condition. Follow-up imaging with CT confirmed the presence of a spontaneous hepatic hematoma. Six months later, a magnetic resonance imaging (MRI) scan with a liver-specific protocol revealed complete resorption of the hematoma and identified focal hepatic lesions consistent with hepatic adenomas. This case highlights our experience with the conservative management of spontaneous hepatic hematoma in a patient with benign focal liver lesions at high risk of hemorrhage, likely exacerbated by oral contraceptive use.

**Keywords:** Hepatic adenoma, Spontaneous liver hemorrhage.

## Introducción

El sangrado hepático espontáneo es una entidad infrecuente pero potencialmente letal. Esto ocurre en un hígado que tenga una enfermedad hepática previa o por la presencia de una lesión focal en ausencia de traumatismo directo. Se presenta regularmente como un abdomen agudo con distensión y dolor abdominal e inestabilidad hemodinámica.[1]

El diagnostico se basa en la determinación de la presencia de sangre sugeridas por ultrasonido abdominal percutáneo o la tomografía que tiene mejor rendimiento al determinar la causa, el origen y la actividad del sangrado. Las lesiones focales hepáticas pueden tener sitios de sangrado activo en su interior o en proximidad acompañado de hemoperitoneo. Sin embargo, si el sangrado es abundante, imposibilita visualizar la causa y se observa únicamente un hematoma subcapsular. La importancia en determinar esto radica en la necesidad de un tratamiento inmediato de haber sangrado activo.[1]

Por otro lado, los adenomas hepáticos son lesiones benignas infrecuentes que aparecen generalmente en

Cómo citar este artículo: Stocco R, Pimentel C, Molina O, Fragenas A, De Sousa M, Malavé S, Carreta M, Dagher L. Hemorragia hepática espontánea por adenomas hepáticos ocultos. Rev Gen. 2025;79(3):138-143. doi:10.61155/gen.v79i3.724

© Revista Gen. Caracas, Venezuela - ISSN 2477-975X

mujeres en tratamiento con anticonceptivos orales, consumidores de esteroides anabolizantes y en portadores de enfermedades de depósito de glucógeno tipo I. Tienden a ser lesiones únicas de gran tamaño con riesgo de malignización y de producir síntomas como ruptura, dolor y sangrado. Esto se debe a que son lesiones muy vascularizadas con vasos de paredes finas y poco tejido conectivo y al carecer de capsula fibrosa tiende a drenar sangre al peritoneo. El riesgo de sangrado es directamente proporcional al tamaño del adenoma y al tiempo de consumo de estrógenos exógenos. El diagnostico se puede realizar por tomografía donde se observa una lesión bien delimitada, isodensa, que la administración de contraste presenta realce vascular en fase arterial con homogenización en fase venosa y tardía. También en la resonancia magnética, son isointensos en T1 e hiperintensos en T2 y con la administración de contraste se demuestra la ausencia de captación del mismo.[1-2]

## Caso Clínico

Se trata de una paciente femenina de 42 años de edad, que inicia enfermedad actual en diciembre de 2023, al presentar tos con expectoración amarillenta y fiebre en 38.5 °C. Por persistir sintomatología, en Enero de 2024, acude a área de emergencia en centro privado de su localidad, donde realizan prueba para SARS Cov-2, la cual reporta positiva para IgG, y con estos hallazgos deciden la hospitalización de la paciente, con administración de antibioticoterapia y anticoagulantes (Enoxaparina 60mg SC cada 12 horas).[3] días después padece de dolor abdominal intenso en hipocondrio derecho, acompañado de inestabilidad hemodinámica, por lo cual realizan ultrasonido abdominal reportando imágenes hipoecogénicas heterogéneas intrahepáticas y liquido libre en cavidad. Fue extraído líquido, confirmando presencia de sangrado intraabdominal. fue realizada tomografía donde reportan imágenes hiperdensas intraparenquimatosas hepáticas y control de hemoglobina con descenso de 3g/dl, deciden trasfundir 2 unidades de concentrado globular y trasladar a la Unidad de Cuidados Intensivos en otro centro. A petición del familiar, es trasladada a la UCI de a nuestro centro.

Para la realización del presente Caso Clínico se elaboró un consentimiento informado revisado por el comité de bioética del Centro Médico Docente La Trinidad. El mismo fue adecuadamente leído, explicado, discutido y firmado con la paciente.

### Antecedentes Personales

Hipertensión Arterial tratada con Losartan potásico® 50mg/día. Preeclampsia con criterios de severidad y en embarazo subsiguiente eclampsia, permanece en tratamiento con ácido valproico 500mg/día y anticonceptivos orales desde entonces 15 años.

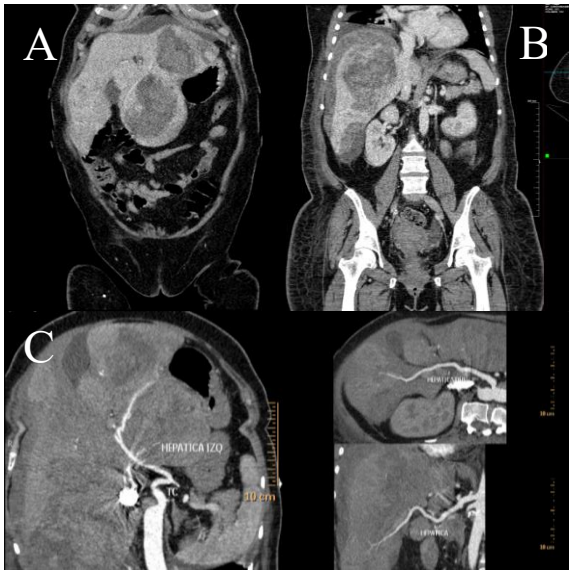
### Examen físico

Al llegar a nuestro centro la paciente se encuentra hemodinamicamente estable con TA: 151/80mmHg FC: 103lpm FR: 18 rpm SatO2: 93% a/a con palidez cutáneo-mucosa, llenado capilar < 3 seg. Solo contaba con pertinente positivo al examen físico con dolor a la palpación en los 4 cuadrantes a predominio de hipocondrio derecho y epigastrio, sin irritación peritoneal y hepatomegalia.

### Exámenes Complementarios

Leucocitos 26.21 10^3/uL, NEUT: 79.8% LINF: 14.1% PQT: 330. 10^3/uL ALT: 959 U/L. AST:416U/L . GGT: 231U/L Fosfatasa alcalina: 308U/L Bilirrubina total 2.29. mg/dL Tomografía de tórax y abdomen con efecto angiográfico (**Figura 1**).

**Figura 1.** Tomografía de abdomen y pelvis Febrero 2024. A. hepatomegalia, hematomas en lóbulo I, II y III. B. Derrame pleural, hepatomegalia, hematoma VI, VII y subcapsular. Escaso liquido en fondo de saco. C. Reconstrucción de sistema arterial en relación con los hematomas




Se decide realizar arteriografía en la cual no se evidencia sangrado activo. En vista de este hallazgo y estabilidad hemodinámica, se decide terapéutica expectante con la cual la paciente evoluciona satisfactoriamente. Se suspende anticonceptivos y se cambia anticonvulsivo. Es egresada a los 7 días posterior a tomografía de abdomen con protocolo hepático control (**Figura 2**).

Se realizaron resonancias magnéticas con protocolo hepático a los 3 y 6 meses del evento hemorrágico, observándose reabsorción del componente hemorrágico y significativa reducción del tamaño de las lesiones, asociadas a una pérdida de 10 kilos mediante dieta y cambios en el estilo de vida. La **Figura 3** muestra esta

regresión, y la **Figura 4** permite identificar un adenoma inflamatorio.

**Figura 2.** Tomografía con protocolo hepático. Se evidencia hematoma en LHD de 8.9cm x 10cm con densidades heterogéneas, hematoma hepático izquierdo de 12cm de diámetro, derrame pleural derecho y liquido sub hepático

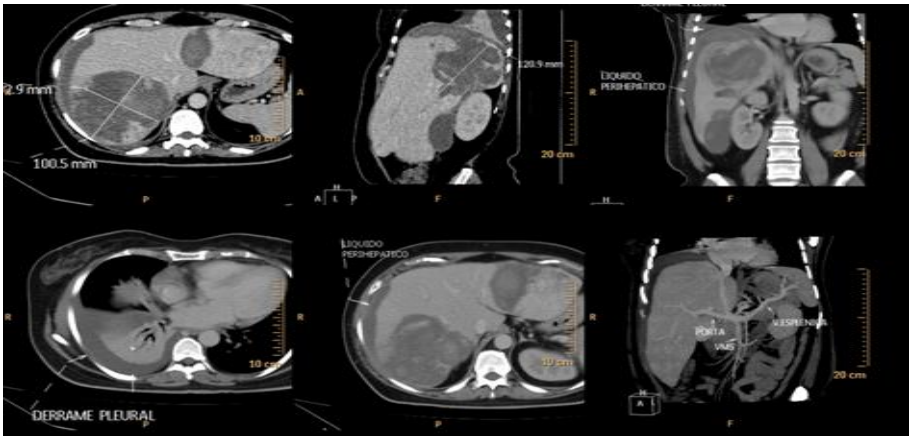



**Figura 3.** RMN con protocolo hepático con 6 meses de diferencia. En A se aprecia lesión con componente sólido y hemáticos de 8.66cm x 7.87cm y lesión de lóbulo izquierdo de las mismas características de 5.58cm. En B se observa control con reducción de la primera a 5.22cm x 3.33 cm y 3.01cm respectivamente

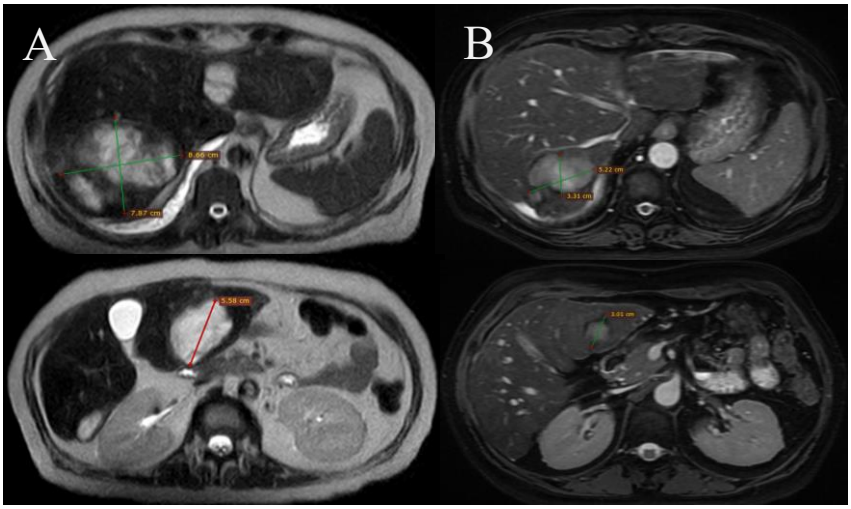
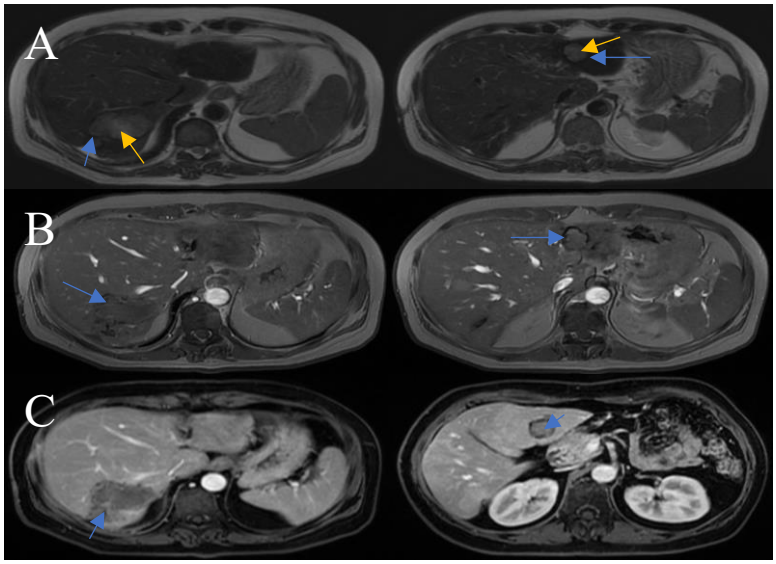


**Figura 3.** A :T2 Axial: Se contrastan las dos lesiones de mayor diámetro en LHD y LHI, se demuestran hiperintensidad de señal central (Flecha amarilla) con halo hipointenso (Flecha azul) compatible con restos hemáticos. B: AXIAL T2 FAT SAT: Se demuestra inversión de la señal de la grasa intracelular lesional (componente graso). C. AXIAL T1 FAT SAT con contraste: ausencia de captación del medio de contraste. (Flecha azul). Características compatibles con adenomas subtipo inflamatorio




## Discusión

Se presentó un caso de una paciente femenina de 42 años con adenomas ocultos comportándose como enfermedad silente. La presentación inicial de hemorragia espontanea es rara, generalmente hay una lesión subyacente que era ignorada, pero con el adecuado interrogatorio de los síntomas, antecedentes de traumatismo, comórbidos y medicación se puede orientar el origen. En el caso de nuestra paciente, se trataba de una femenina con obesidad, consumidora de anticonceptivos orales y de ácido valproico que condicionaron el crecimiento silente de adenomas. Ante una noxa fue tratada con anticoagulantes y ocurrió la ruptura espontanea de los adenomas, evolucionando rápidamente a una hemorragia severa. La presentación de hemorragia hepática espontanea es excepcional y la mayoría de los casos publicados terminan describiendo una lesión subyacente no conocida como en el caso de nuestra paciente. El plan diagnóstico incluye la realización de estudios paraclínicos para determinar si existe alteración del perfil hepático. seguidamente, los estudios de imagen con medios de contraste para la caracterización de la lesión una vez reabsorbida el edema o sangrado intraparenquimatoso. Sin embargo, se debe estandarizar los aspectos técnicos de la toma de imágenes al aplicar contraste para garantizar una sensibilidad del 97.8%, especificidad del 83.9% y valor predictivo positivo de 82.2%, para poder así garantizar el éxito técnico en la caracterización de las lesiones como fue realizado en nuestra paciente.[2-5]

El adenoma hepático son lesiones benignas y asintomáticas, pero que a diferencias de otras lesiones hepáticas tienen un riesgo de sangrado hasta el 15% y transformación a cáncer del 5%, pero también estos rangos pueden variar según el subtipo de adenoma, su tamaño y la tasa de crecimiento. El adenoma hepático tiene variaciones según su subtipo y cada uno de ellos conlleva a riesgos propios de producción de hemorragia o transformación maligna. En el caso de nuestra paciente, se determinó el subtipo inflamatorio que corresponde entre un 35% a 40% de los casos, son estimulado por estrógenos, obesidad, esteatosis hepática, alcohol y enfermedades por depósito de glucógeno, y se confirman por biopsia. Tienen baja tasa de hemorragia, pero moderada transformación maligna. Los otros subtipos corresponden a los adenomas con mutación de factor nuclear alfa 1 del hepatocito (35%), adenomas con mutación de beta catenina (10%) y adenomas desarrollados por la vía de Sonic el erizo (5%). Los síntomas de presentación suelen manifestarse como dolor abdominal, anemia o shock hemorrágico. Una vez más se recalca que nuestra paciente tuvo una enfermedad silente con un debut hemorrágico entrando en la estadística de presentación única. Es de aquí que nace la importancia de establecer el adecuado protocolo diagnóstico con métodos de imagen estandarizados.[4-9]

Para ellos los métodos de imagen se realiza con cortes de múltiples fases con uso de medios de contraste en tomografía, resonancia o ultrasonidos, variando sus características según la modalidad utilizada y según el

subtipo de adenoma. En la TC y RMI muestra un realce en la fase arterial, realce isodenso en portal con lavado de contraste en la fase tardías. Por otro lado, en la RMI muestra hiperintensidad en T2 e hipointensidad o isointensidad en T1, con hiperintensidad al medio de contraste en el tipo inflamatoria o de beta catenina. En nuestra paciente se demuestra en secuencias ponderadas en T2 con saturación grasa, la inversión de la señal de la grasa intracelular lesional (componente graso) y en secuencias ponderadas en T1 con saturación grasa y contraste la ausencia de captación del medio de contraste, confiriéndole las características de una lesión tipo adenoma con subtipo inflamatorio, acorde a la literatura.[10,11]

Sin embargo, el manejo de estas lesiones sigue siendo controversial, en vista de su tasa de benignidad y la regresión de tamaño que pueden tener con cambios en el estilo de vida del paciente y suspendiendo las medicaciones que agravan su tamaño, como la eliminación del estímulo hormonal, esteroide exógeno, antiepilépticos, entre otros. Siempre se busca hacer una intervención al paciente, pero como en este caso y contrastado en la literatura, cambios en la medicación que recibe la paciente es la terapia inicial y el manejo expectante con intervenciones mínimas en el estilo de vida de la paciente logro resolver el caso con una conclusión y desarrollo favorable para ella.[12-14]

Finalmente se hace recalcar conjunto a lo anteriormente mencionado donde no hay que apresurar un diagnóstico ante una hemorragia hepática en vista que las presentaciones espontaneas son excepcionales, se debe respetar los tiempos y así poder garantizar una adecuada caracterización de las lesiones, conjunto a un manejo apoyado en las guías de la práctica clínica e individualizado para cada paciente. Se espera que pueda servir este caso como punto de partida para el adecuado manejo en aras de caracterizar las lesiones hepáticas precozmente y de presentarse de esta manera, poder actuar y prevenir futuras complicaciones.

## Conclusiones

Los adenomas son una neoplasia benigna rara, que el uso de anticonceptivos y el síndrome metabólico aumenta el riesgo para el desarrollo de estas lesiones. Sin embargo, la formación de hematomas hepáticos y su consiguiente ruptura, es una complicación poco frecuente y potencialmente letal, por lo que es esencial un diagnóstico precoz. Las características radiológicas de las lesiones en la resonancia magnética posterior a la reabsorción de los hematomas nos permitieron caracterizar las lesiones como adenomas hepáticos. Estas son lesiones muy vascularizadas por lo que la biopsia hepática se reserva para casos dudosos en los cuales sea imprescindible para tomar una conducta.

## Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

## Fuente de financiamiento

Esta investigación no contó con apoyo financiero de ninguna entidad pública, comercial o sin fines de lucro.

Este es un artículo de acceso abierto.

Fecha de recepción: 23/12/2024
Fecha de revisión: 04/03/2025
Fecha de aprobación: 21/04/2025

Para complementar la lectura de este artículo, le recomendamos escuchar el episodio del *Podcast Gen* que lleva el mismo título, disponible en el sitio web de la *Revista Gen*. En este episodio, uno de los autores profundiza en los temas tratados y reflexiona sobre las implicaciones y aplicaciones de los hallazgos presentados.

## Referencias

1. Camuera E, Catalina J, Múgica L, et al. Abdomen agudo secundario a LOEs hepáticas hemorrágicas. Seram. 2018;33(1).

2. Frenette C, Mendiratta-Lala M, Salgia R, et al. ACG clinical guideline: focal liver lesions. Am J Gastroenterol. 2024;119(7):1235–71.

3. Smith-Bindman R, Kwan ML, Marlow EC, et al. Trends in use of medical imaging in US health care systems and in Ontario, Canada, 2000–2016. JAMA. 2019;322(9):843–56.

4. Zucman-Rossi J, Jeannot E, Nhieu JT, et al. Genotype-phenotype correlation in hepatocellular adenoma: new classification and relationship with HCC. Hepatology. 2006;43(3):515–24.

5. Farges O, Ferreira N, Dokmak S, et al. Changing trends in malignant transformation of hepatocellular adenoma. Gut. 2011;60(1):85–9.

6. Barbier L, Nault JC, Dujardin F, et al. Natural history of liver adenomatosis: a long-term observational study. J Hepatol. 2019;71(6):1184–92.

7. Bieze M, van den Esschert JW, Nio CY, et al. Diagnostic accuracy of MRI in differentiating hepatocellular adenoma from focal nodular hyperplasia: prospective study of the additional value of gadoxetate disodium. AJR Am J Roentgenol. 2012;199(1):26–34.

8. van Aalten SM, de Man RA, IJzermans JN, et al. Systematic review of haemorrhage and rupture of hepatocellular adenomas. Br J Surg. 2012;99(7):911–6.

9. Bieze M, Phoa SS, Verheij J, et al. Risk factors for bleeding in hepatocellular adenoma. Br J Surg. 2014;101(7):847–55.

10. Grazioli L, Federle MP, Brancatelli G, et al. Hepatic adenomas: imaging and pathologic findings. Radiographics. 2001;21(4):877–92.

11. Ba-Ssalamah A, Antunes C, Feier D, et al. Morphologic and molecular features of hepatocellular adenoma with gadoxetic acid-enhanced MR imaging. Radiology. 2015;277(1):104–13.

12. Dokmak S, Belghiti J. Will weight loss become a future treatment of hepatocellular adenoma in obese patients? Liver Int. 2015;35(10):2228–32.

13. Gevers TJG, Spanier BW, Veendrick PB, et al. Regression of hepatocellular adenoma after bariatric surgery in severely obese patients. Liver Int. 2018;38(12):2134–6.

14. Silva TS, Sung M, Nelson DW, et al. A multicenter, 10-year experience with hepatocellular adenoma: risk factors and disease course. Am Surg. 2022;88(9):2345–50.