

DOI: <https://doi.org/10.5554/22562087.e961>

Ruptura espontánea de carcinoma hepatocelular

Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma

Sandeep Khanna^a , Roshni Sreedharan^b , Carlos Trombetta^c

^a Departamento de Anestesiología Cardiorrácica, Departamento de Anestesiología General y Departamento de Investigación de Resultados, Instituto de Anestesiología, Cleveland Clinic Foundation. Ohio, EEUU.

^b Departamento de Anestesiología General y Departamento de Cuidado Intensivo y Reanimación, Instituto de Anestesiología, Cleveland Clinic Foundation. Ohio, EEUU.

^c Departamento de Anestesiología Cardiorrácica y Departamento de Anestesiología General, Instituto de Anestesiología, Cleveland Clinic Foundation. Ohio, EEUU.

Correspondencia: Department of Cardiothoracic Anesthesiology, Department of General Anesthesiology and Department of Outcomes Research, Anesthesiology Institute, Cleveland Clinic Foundation. 9500 Euclid Avenue, E3-108, Cleveland Clinic Foundation, Cleveland, Ohio 44122. **E-mail:** khannas@ccf.org

¿Como citar este artículo?: Khanna S, Sreedharan R, Trombetta C. Spontaneous rupture of hepatocellular carcinoma. Colombian Journal of Anesthesiology. 2022;50:e961.

En las imágenes adjuntas se observa un tumor de gran tamaño que se origina en el lóbulo derecho del hígado (**Imagen A**) el cual posteriormente tiene una ruptura espontánea, provocando un hemoperitoneo (**Imagen B**).

El carcinoma hepatocelular puede presentarse a menudo en el contexto de una enfermedad hepática crónica. La ruptura espontánea del tumor es un evento poco común pero potencialmente letal que puede ocurrir debido a su rápido crecimiento y necrosis. Puesto que el tumor recibe aporte sanguíneo de la arteria hepática, el paciente puede entrar rápidamente en choque hemorrágico. Además de la presencia súbita de distensión y dolor abdominal severo, los pacientes presentan características de hemorragia aguda, entre ellas taquicardia, taquipnea, hipotensión y disminución concurrente de los niveles séricos de hemoglobina⁽¹⁾.

En los casos en que la embolización de la arteria hepática está contraindicada, no está disponible o no logra controlar la hemorragia, por lo general es necesario realizar una hepatectomía de emergencia. Además de establecer monitorización arterial invasiva y un acceso intravenoso de grueso calibre, es prudente activar tempranamente un protocolo de transfusión sanguínea masiva. Antes de la inducción, el equipo quirúrgico debe preparar al paciente y cubrir con campos en preparación para

IMAGEN A. Tumor en el lóbulo derecho del hígado.



FUENTE: Autores.

IMAGEN B. Ruptura espontánea del tumor que provoca un hemoperitoneo.



FUENTE: Autores.

hacer la incisión. Entre los objetivos de la anestesia están mantener un pH normal, una temperatura central >35 grados centígrados, niveles de calcio ionizado de 1,1-1,35 mmol/L, hemoglobina de 7-9 g/dl y lactato < 4 mmol/L. No se recomienda un gran volumen de reanimación hídrica con solución salina normal al 0,9% o coloides a base de almidón puesto que la primera lleva a coagulopatía por dilución con acidosis hiperclorémica y la última precipita un síndrome de von Willebrand adquirido al interferir con la función del factor VIII. A menudo es necesario usar vasoconstrictores para mantener una perfusión sistémica adecuada. La tromboelastografía es útil para guiar la reposición de plaquetas, fibrinógeno y plasma. Conjuntamente con la valoración clínica, el análisis frecuente de los gases arteriales sirve para determinar la necesidad de la transfusión. Aunque parecería lógico pensar en la hiperventilación para compensar la acidosis metabólica, podría comprometer la perfusión cerebral e impedir el llenado del ventrículo derecho al incrementar la presión intratorácica(2). La optimización

del aporte de oxígeno, el restablecimiento de la perfusión tisular y el uso de amortiguadores tales como el bicarbonato de sodio o el tris-(hidroximetil)-aminometano (THAM) cuando el pH es < 7,1-7,2 ayudan a mejorar la acidosis metabólica(3).

RECONOCIMIENTO

Contribuciones de los autores

SK: Concepción del proyecto, planeación y redacción del manuscrito final.

RS y CT: Concepción del proyecto, aprobación del manuscrito.

Asistencia para el estudio

Ninguna declarada.

Financiación y patrocinio

Ninguno declarado.

Conflicto de interés

Ninguno declarado.

Presentación

Ninguna declarada.

REFERENCIAS

1. Lai ECH, Lau WY. Spontaneous Rupture of Hepatocellular Carcinoma: A Systematic Review. *Arch Surg.* 2006;141(2):191–198. doi: <https://doi.org/10.1001/archsurg.141.2.191>
2. Rossaint R, Bouillon B, Cerny V, et al. The European guideline on management of major bleeding and coagulopathy following trauma: fourth edition. *Critical Care.* 2016; 20:100-55. doi: <https://doi.org/10.1186/s13054-016-1265-x>
3. Kraut J, Madias N. Treatment of acute metabolic acidosis: a pathophysiologic approach. *Nat Rev Nephrol* 2012; 8: 589–601. doi: <https://doi.org/10.1038/nrneph.2012.186>