



Contenido destacado del mes de Abril 2022

Caso clínico: HEPATITIS AGUDA

Dras. María Teresa Arias Loste y Coral Rivas Rivas

Varón 40 años:

- Natural de Rumanía, residente en España desde el 2000.
- No fumador. Consumo de alcohol de fin de semana (60 gr OH/semana)
- No factores de riesgo cardiovascular ni otros antecedentes médicos
- No intervenciones quirúrgicas previas.
- No tratamiento habitual.

Siguiente

Acude a Urgencias de un hospital comarcal por un cuadro de unas **6 horas** de evolución con **malestar general, diarrea sanguinolenta y vómitos** tras la **ingesta de unas setas** que recogió esa misma mañana en el campo (las describe como verdes y planas). Niega fiebre. No episodios similares previos.

Exploración física:

- **Constantes:** T^a 37.1 TA: 136/80 FC: 69 SaO₂: 99%
- **General:** Consciente, orientado, no bradipsiquia. No flapping.
- **CyC:** No IY. No adenopatías.
- **AC.** Rítmico, sin soplos. **AP:** MVC
- **Abdomen:** RHA+. blando y depresible, molestias palpación hipocondrio derecho. no semiología ascítica

Siguiente

- ANALÍTICA INICIAL

- **Creatinina 1,6** (previa normal) **K 6,1**
- **PCR 5**
- ALT 40, AST 36, GGT 70, Bilirrubina 0,8
- **11.000 leucocitos**, resto de hemograma normal
- TP 45%
- Gasometría venosa: **acidosis metabólica** (pH 7,23, bicarbonato 18)

Permanece en observación con **fluidoterapia, vitamina K ev y controles clínicos y analíticos**

- ANALÍTICA A LAS 48 HORAS:

- Creatinina 0,8, K 4,9
- **ALT 6746, AST 1684, GGT 70, FA 49, Bi 2.8.**
- **PCR 5,1**, Amilasa normal.
- Hemograma normal
- **TP 46%. INR 1,68**
- GSV: pH (v) 7.39, BE -3.400
- Coprocultivo negativo

Siguiente

PREGUNTA 1: ¿Cuál es la principal sospecha diagnóstica y manejo inicial ?

- a) Hepatopatía crónica OH, estudio en consultas.
- b) Hepatitis aguda NO grave a estudio, requiere valoración en consultas de Digestivo para filiar el cuadro.
- c) Hepatitis aguda con datos de gravedad/alarma a estudio, requiere ingreso para vigilancia y filiación del cuadro.
- d) Insuficiencia hepática aguda a estudio, requiere ingreso para vigilancia y filiación del cuadro

¡Respuesta correcta!

- a) Hepatopatía crónica OH, estudio en consultas.
- b) Hepatitis aguda NO grave a estudio, requiere valoración en consultas de Digestivo para filiar el cuadro.
- c) Hepatitis aguda con datos de gravedad/alarma a estudio, requiere ingreso para vigilancia y filiación del cuadro.**
- d) Insuficiencia hepática aguda a estudio, requiere ingreso para vigilancia y filiación del cuadro

Siguiente

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

PREGUNTA 1: Explicación

- La **hepatitis aguda** consiste en una reacción inflamatoria aguda en el parénquima hepático de origen múltiple (infeccioso, por alcohol, fármacos, tóxicos, metabólico y autoinmune)
- En la mayoría de los casos el cuadro no implican un peligro para la vida del paciente y pueden manejarse de forma ambulatoria, si bien es importante reconocer los > 1,5) **casos potencialmente graves** y que por tanto requieren ingreso hospitalario. Los **criterios de gravedad** son los siguientes:
 - **Coagulopatía** (Actividad de protrombina <50% o INR >1.5)
 - **Encefalopatía hepática**
 - Sospecha de origen **tóxico o autoinmune, embarazo o cirrosis** subyacente.

En el caso de nuestro paciente, presenta **coagulopatía** (TP) y sospecha de **origen tóxico** (ingesta de setas silvestres) por lo que requiere ingreso para monitorización y vigilancia.

Siguiente

PREGUNTA 1: Explicación

- **La insuficiencia hepática aguda grave (IHAG)** es un síndrome poco frecuente pero muy grave, definido por la presencia de una **hepatopatía aguda** sobre un hígado previamente sano, asociando **encefalopatía hepática y coagulopatía (TP <40%)** → Nuestro paciente **NO** presenta encefalopatía hepática
 - Se desconoce el motivo por el que un paciente con hepatitis aguda grave puede evolucionar a IHAG, aunque si sabemos que ocurre con mayor frecuencia en determinados **casos de alto riesgo**, que por tanto deben ingresar y derivarse a un hospital con unidad de trasplante hepático.
 - Niños <15 años/adultos >40 años con etiología de riesgo
 - Embarazo, postoperatorio inmediato
 - Comorbilidades asociadas (VIH, cancer previo, insuficiencia renal aguda grave, acidosis metabólica, Bilirrubina > 14 mg/dl)
 - Fiebre > 38°
- Nuestro paciente fue **trasladado** a un centro hospitalario con unidad de cuidados intensivos y trasplante hepático para estudio y monitorización estrecha.

Siguiente

PREGUNTA 2: . ¿Qué harías a continuación para una primera aproximación diagnóstica?

- a) Estudio analítico de hepatitis aguda, ecografía abdominal y amatoxinas en orina (dada la ingesta de setas sugestivas de tratarse de amanita phalloides)
- b) Estudio analítico de hepatitis aguda y ecografía abdominal
- c) Estudio analítico de hepatitis aguda y RMN hepática
- d) Estudio analítico de hepatitis aguda, biopsia hepática y amatoxinas en orina.

¡Respuesta correcta!

- a) **Estudio analítico de hepatitis aguda, ecografía abdominal y amatoxinas en orina (dada la ingesta de setas sugestivas de tratarse de amanita phalloides)**
- b) Estudio analítico de hepatitis aguda y ecografía abdominal
- c) Estudio analítico de hepatitis aguda y RMN hepática
- d) Estudio analítico de hepatitis aguda, biopsia hepática y amatoxinas en orina.

Siguiente

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

PREGUNTA 2: Explicación

- Ante la **sospecha clínica y/o epidemiológica** de hepatitis aguda, la confirmación del diagnóstico se fundamentará en la detección de los trastornos analíticos propios (alteración del perfil hepático +/- coagulopatía +/- otras alteraciones)
- La **biopsia** se indicará de forma individualizada en los casos en que el diagnóstico no se haya podido establecer por los métodos analíticos-radiológicos habituales (serologías virales, metabolismo del cobre y hierro, autoinmunidad, origen vascular/biliar) , la sospecha de origen tóxico sea elevada y/o el paciente presente una evolución desfavorable con posible desarrollo de fallo hepático fulminante.

Siguiente

PREGUNTA 2: Resultados

- Pruebas complementarias:
- Evolución analítica (24-48h)



- Estudio analítico de hepatitis
- Serologías virales: Negativas
- Autoinmunidad-inmunoglobulinas, estudio metabólico (cobre, A1AT, CP): negativos
- Perfil hierro: ferritina 400, IST 30%
- Amanitinas (Amatoxinas) orina EIA: **Positivo** (20 ng/ml)
- Ecografía abdominal: **Hepatomegalia**. Vesícula distendida sin cálculos, VB normal. **Porta permeable con flujo discretamente enlentecido** (16 cm/s). No ascitis. **Colitis inespecífica**
- Coprocultivo: negativo

Siguiente

PREGUNTA 3: En cuanto a las medidas generales a adoptar en este paciente, Indique la respuesta INCORRECTA:

- a) Control de glucemias y diuresis, monitorización clínico-analítica estrecha, con especial vigilancia del estado neurológico, función hepática y coagulación (incluyendo factor V), contactando con la UCI en caso de empeoramiento.
- b) En caso de empeoramiento del estado neurológico, trasladaría al paciente a UCI y descartaría contraindicaciones para un potencial TOH en caso de que el tratamiento médico no resultara eficaz.
- c) Los scores de King's College y de Clichy son útiles para determinar la necesidad de trasplante hepático urgente en caso de IHAG
- d) Dada la progresión del perfil hepático, plantearía trasplante hepático de inmediato.

¡Respuesta correcta!

- a) Control de glucemias y diuresis, monitorización clínico-analítica estrecha, con especial vigilancia del estado neurológico, función hepática y coagulación (incluyendo factor V), contactando con la UCI en caso de empeoramiento.
- b) En caso de empeoramiento del estado neurológico, trasladaría al paciente a UCI y descartaría contraindicaciones para un potencial TOH en caso de que el tratamiento médico no resultara eficaz.
- c) Los scores de King's College y de Clichy son útiles para determinar la necesidad de trasplante hepático urgente en caso de IHAG
- d) **Dada la progresión del perfil hepático, plantearía trasplante hepático de inmediato.**

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

PREGUNTA 3: explicación

- Como ya hemos mencionado previamente, pacientes con hepatitis aguda y coagulopatía asociada debemos vigilar estrechamente el desarrollo de encefalopatía hepática, ya que resulta crucial identificar rápidamente los casos que evolucionan a IHAG.
- En el caso de **IHAG/fallo hepático fulminante**, estos pacientes deben trasladarse a una unidad de cuidados intensivos, donde se recomienda:
 - Monitorización de constantes, glucemia y diuresis
 - Vigilancia neurológica estrecha
 - Controles analíticos seriados (bioquímica completa, coagulación con factor V, gasometría venosa)
 - Manejo general con fluidoterapia cuidadosa, nutrición, NAC precoz, medidas antiEH y rastreo y cobertura de complicaciones infecciosas
 - Tratamiento específico según la causa
 - Valorar potencial TOH en determinados casos tras descartar contraindicaciones del mismo.
- Los scores de Clichy y King's Colleges son útiles para determinar la necesidad de trasplante hepático urgente en casos de IHAG tanto por paracetamol como por otras causas.

Siguiente

PREGUNTA 3: explicación

CRITERIOS KING'S COLLEGE HOSPITAL

IHAG POR PARACETAMOL

pH < 7,3 (independientemente del grado de encefalopatía)

O bien los 3 criterios siguientes conjuntamente:

- Encefalopatía III-IV
- Creatinina sérica > 3,4 mg/dl (300 µmol/l)
- INR > 6.5
- Lactato > 3

IHAG POR OTRAS CAUSAS

Tiempo de protrombina > 100 s

O bien la coexistencia de 3 de los criterios siguientes:

- Edad menor de 10 años o mayor de 40 años
- Etiología indeterminada, toxica o E. Wilson
- Intervalo entre ictericia y EH > 7 días
- INR > 3.5
- Bilirrubina sérica > 17,5 mg/dl (300 µmol/l)

CRITERIOS DE CLICHY-VILLEJUIF

Encefalopatía hepática (cualquier grado) + Niveles de Factor V: <20% en pacientes <30 años
<30% en pacientes >30 años

Siguiente

PREGUNTA 4: En cuanto al manejo específico de la intoxicación por amanita phalloides, señale la respuesta INCORRECTA:

- a) Ante la sospecha clínica de ingestión de amanita phalloides, mediante lavados gástricos o carbón activado de forma precoz podemos evitar la absorción de sus toxinas.
- b) Podemos emplear antídotos que bloquean la entrada de toxinas en el hepatocito (NAC, silibilina)
- c) Podemos emplear sustancias antagonistas de las toxinas (NAC, silibilina)
- d) El tratamiento convencional soluciona el 90% de las intoxicaciones por amatoxina, aunque en algunos casos se requiere un potencial TOH

¡Respuesta correcta!

- a) Ante la sospecha clínica de ingestión de amanita phalloides, mediante lavados gástricos o carbón activado de forma precoz podemos evitar la absorción de sus toxinas.
- b) Podemos emplear antídotos que bloquean la entrada de toxinas en el hepatocito (NAC, silibilina)
- c) Podemos emplear sustancias antagonistas de las toxinas (NAC, silibilina)**
- d) El tratamiento convencional soluciona el 90% de las intoxicaciones por amatoxina, aunque en algunos casos se requiere un potencial TOH

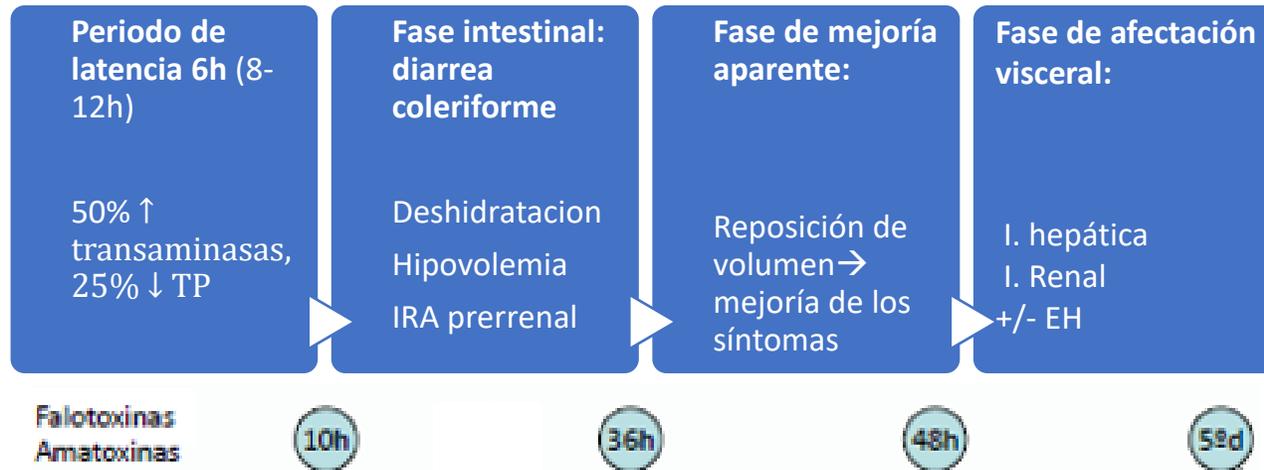
Siguiente

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

PREGUNTA 4: Explicación

- La intoxicación grave por setas es infrecuente pero potencialmente mortal. **Amanita phalloides** es responsable del 90% de casos letales.
- Su ingestión da lugar a un **síndrome hepatotóxico** que es importante identificar:



Amanita phalloides (Foto: Jorge Jiménez)

- La sospecha clínica se confirma determinando **amatoxinas en orina**
 - Amanituria > 3 ng/ml : ingesta
 - Amanituria > 10-15 ng/ml: ingesta grave)

Siguiente

PREGUNTA 4: Explicación

- La intoxicación por A. Phalloides requiere una vigilancia estrecha para asegurar la **estabilidad hemodinámica**, con monitorización clínico-analítica y reposición hidroelectrolítica.
- En caso de **empeoramiento clínico-analítico o amanituria > 15** se recomienda traslado a un hospital que disponga de **UCI y unidad de trasplante hepático**.
- El **90% de casos se resuelve con tratamiento convencional** mediante reposición hidroelectrolítica, evitando la absorción de toxinas (lavados gástricos o carbón activado precoces) y empleando antídotos que bloquean la entrada de toxinas en el hepatocito (NAC, silibilina)
- **N-ACETILCISTEINA** (NAC: 150 mg/kg 15 min → 50 mg/kg 4h → 100 mg/kg las siguientes 16 horas.)
- Efecto protector sobre la acción de la alfa-amanitina (apoptosis hepática)
- **Aumenta la supervivencia.**
- **SILIBILINA** (20-50 mg/kg/día durante 48-96h; en 4 dosis ev; 2 horas duración)
- Protector sobre acción alfa-amanitina+ Inhibe inflamación y oxidación hepática + regeneración + reduce concentración toxinas en hepatocitos.
- **Aumenta supervivencia.**
- **Otros:**
- **Benzilpenicilina** (1M unidades/kg ev de penicilina G). Efecto protector sobre la entrada de alfa-amanita . Muy usado pero controversia (alergias, resultados contradictorios)
- **Polimixina-B**
- **S-adenosil-L metionina**
- En los casos que no se resuelve el cuadro pueden ser necesarias técnicas de **depuración extrarrenal** o incluso el **trasplante hepático**.

MANEJO DE NUESTRO PACIENTE:

- **Medidas generales:**
- Traslado a un **centro con UCI-Unidad de trasplante**
- **Vigilancia** clínico-analítica, **Reposición hidroelectrolítica, vitamina K**
- **Despistaje de infecciones** (hemocultivo, coprocultivo negativos)
- **Medidas específicas:**
- **NO** carbón activado
- **Perfusión NAC**
- **Silibilina**

EVOLUCIÓN

Tras esto **buena evolución clínica** (no EH, desaparición diarrea) y **analítica** progresivas, cursando alta a su domicilio a los 7 días:

<i>Evolución analítica</i>	<i>48h</i>	<i>Alteración máxima</i>	<i>Alta hospitalaria</i>
<i>ALT (U/L)</i>	6746	7439	403
<i>AST (U/L)</i>	1684	4436	37
<i>BILIRRUBINA TOTAL (mg/dl)</i>	2,8	3,7.	1
<i>GGT (U/L)</i>	70	130	117
<i>FA (U/L)</i>	49	71	65
<i>INR</i>	1,68	1,82	1,01
<i>TP (%)</i>	48	44	99

Siguiente

BIBLIOGRAFÍA

- Escorsell À et al. Management of acute liver failure. Clinical guideline from the Catalan Society of Digestology. Gastroenterol Hepatol. 2019 Jan;42(1):51-64. doi: 10.1016/j.gastrohep.2018.07.013
- Ye Y, Liu Z. Management of Amanita phalloides poisoning: A literature review and update. J Crit Care. 2018 Aug;46:17-22. doi: 10.1016/j.jcrc.2018.03.028
- Garcia J et al. Amanita phalloides poisoning: Mechanisms of toxicity and treatment. Food Chem Toxicol. 2015 Dec;86:41-55. doi: 10.1016/j.fct.2015.09.008
- Wendon J et al. EASL Practical Guidelines on the management of acute (fulminant) liver failure. JHepatol; 2017. p. 1047-1081
- McPhail MJ et al. Ability of King's College Criteria and Model for End-Stage Liver Disease Scores to predict mortality of patients with acute liver failure: A meta-analysis. Clin Gastroenterol Hepatol. 2016;14:516-25

Siguiente



Ha finalizado el caso clínico

Caso clínico: HEPATITIS AGUDA

Dras. María Teresa Arias Loste y Coral Rivas Rivas