



Contenido destacado del mes Junio 2019

Hepatología

Dra. Teresa Valdés Delgado y Dr. Francisco Bellido Muñoz

Servicio Aparato Digestivo- Hepatología

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla

VARÓN DE 49 AÑOS

ANTECEDENTES PERSONALES

Sin alergias medicamentosas.

Hábitos tóxicos: Bebedor excesivo (60g alcohol/día). No fumador.

Sin patologías previas.

Sin intervenciones quirúrgicas. No realiza tratamiento habitual.

ENFERMEDAD ACTUAL

Acude a urgencias por disnea progresiva con empeoramiento brusco en 24h asociado a edemas en miembros inferiores de 1 semana de evolución.

Niega heces melénicas ni hematemesis.

Ictericia mucocutánea de 3 días de evolución.

No fiebre ni signos de encefalopatía hepática.

Niega aumento del consumo de alcohol los últimos días.

EXPLORACIÓN FÍSICA

Mal estado general, consciente, orientado y colaborador.

TA 90/60 FC 105 lpm. T 38°C.

Ictericia mucocutanea franca. Estigmas de hepatopatía crónica. Anasarca.

SatO2 60% hasta 98% con Ventimask 30%.

ACP: Tonos rítmicos taquicárdicos con soplo sistólico panfocal. Crepitantes bibasales hasta tercio medio.

Abdomen: Muy globuloso, no clara semiología de ascitis, edema subcutáneo de pared evidente, hepatomegalia 5-6 traveses de dedo y esplenomegalia. No doloroso.

Edemas con fovea hasta raíz de miembros.

Tacto rectal: restos de heces normales

PRUEBAS COMPLEMENTARIAS DE URGENCIAS

Analítica de urgencias:

Hemograma: Hb 5.6, VCM 104. Plaquetopenia 116.000

Coagulación: INR 2.2 TPA 32%

Bioquímica: Glu 86, U 16, Cr 0.6, Na 138, K 3.4, BT 11.9 (Indirecta 7.5 y Directa 4.4), LDH 311, GOT/GPT 55/32, FA/GGT 106/18, pro-BNP 616 (normal), PCR<4, procalcitonina 0.17.

Rx tórax urgente: ICT normal. Aumento de ambos hilios. Infiltrados pulmonares bilaterales. Derrame pleural bilateral.

Ante esta situación...

¿Qué actitud tomaría en primera estancia?

- a) Solicitaría en primer lugar una ECO abdominal pues probablemente tenga de base una hepatopatía crónica.
- b) Solicitaría un TAC toraco-abdominal de forma urgente para filiar tanto la sospecha de patología pulmonar objetivada en Rx tórax como para obtener información del parénquima hepático.
- c) Solicitaría gastroscopia urgente ante la alta sospecha de HDA.
- d) En primer lugar: estabilización hemodinámica del paciente, asegurando buena ventilación, reposición con volumen y transfusión de 3-4 CH.

¡Respuesta correcta!

d) En primer lugar: estabilización hemodinámica del paciente, asegurando buena ventilación, reposición con volumen y transfusión de 3-4 CH.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

Comentario

Ante cualquier caso de inestabilidad hemodinámica lo primero que hay que hacer es estabilizar al paciente.

- Asegurando la vía aérea y la adecuada ventilación pulmonar, siendo necesaria en numerosas ocasiones la asistencia en la UCI con intubación orotraqueal.
- Asegurando 2 vías venosas periféricas de buen calibre para reponer y expandir con volumen, o si es necesario una vía central.
- Transfusión de hemoderivados si es preciso.

Una vez estabilizado al paciente podremos solicitar el resto de pruebas complementarias necesarias para orientarnos en el diagnóstico.

1. El paciente fue trasladado a la UCI por fracaso respiratorio que no logró remontar con VMNI, requiriendo intubación oro-traqueal.
2. Tras estabilización hemodinámica y buena evolución tras la extubación (72h en UCI), se traslada de nuevo a Planta de Digestivo y se solicitaron las siguientes PPCC con los siguientes resultados.

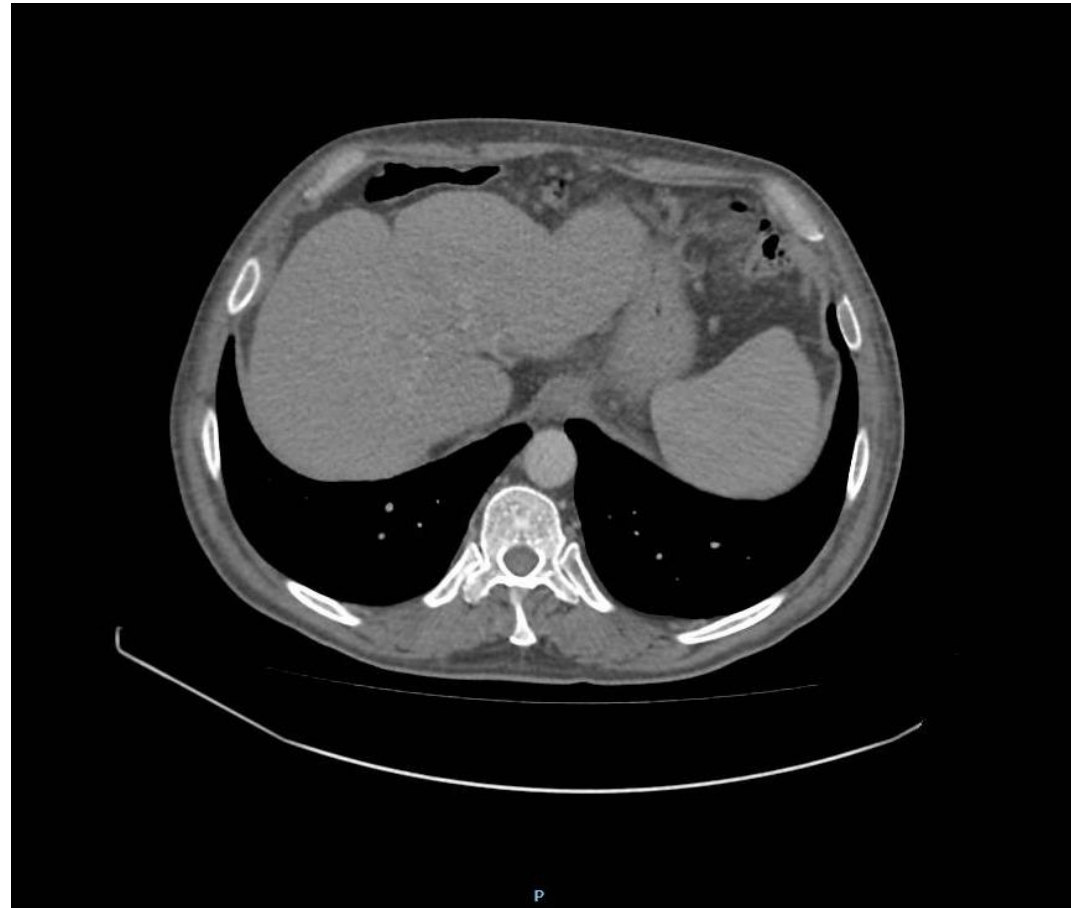
PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **TAC Toraco-Abdominal c/c iv urgente:**
 - **PULMÓN:**
 - Derrame pleural bilateral
 - Infiltrado parcheado bilateral
 - Signos de Hipertensión pulmonar.
 - **HÍGADO:**
 - Hígado contornos lobulados y ecogenicidad heterogénea.
 - Intensa circulación colateral. No ascitis
 - Esplenomegalia.
- **Gastrocopia urgente:** Úlcera gástrica Forrest III. Úlcera duodenal Forrest IIa (terapéutica con adrenalina y hemoclip).

TAC TORAX



TAC ABDOMEN



Ante los hallazgos clínicos/analíticos y pruebas de imágenes urgentes que tenemos hasta ahora la sospecha clínica más acertada sería...

- a) Sepsis de origen respiratorio.
- b) Hepatitis aguda alcohólica.
- c) Fallo hepático agudo sobre hígado enfermo.
- d) Descompensación de cirrosis hepática.

¡Respuesta correcta!

c) Fallo hepático agudo sobre hígado enfermo.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

Comentario

El Acute-on-chronic liver failure (ACLF)

- Aunque hay un debate en curso con respecto a la definición de ACLF, existe un acuerdo en que ACLF no es solo una descompensación de la cirrosis hepática, sino que se define por un fallo multiorgánico y tiene una mayor mortalidad a corto plazo que una "descompensación simple" de la cirrosis.
- ACLF se desarrolla en el fondo de la descompensación aguda (DA) de la cirrosis, pero un número notable de pacientes (40%) ingresados en el hospital desarrollaron ACLF en el primer episodio de DA de su enfermedad hepática (como en nuestro caso, que fue la primera descompensación y se trataba de una cirrosis de base no conocida previamente). Por lo tanto, la presencia de DA es una característica clínica importante para el diagnóstico de ACLF.
- En conclusión, el diagnóstico de ACLF se debe hacer en un paciente con cirrosis y una DA (definida como el desarrollo agudo o empeoramiento de la ascitis, encefalopatía manifiesta, hemorragia GI, ictericia no obstructiva y/o infecciones bacterianas), cuando se presenta insuficiencia(s) de órgano(s) y esto implica una alta mortalidad a corto plazo.
- El diagnóstico y la clasificación de ACLF se deben basar en la evaluación de la función del órgano según lo definido por la puntuación de insuficiencia orgánica CLIF-C.

Se obtuvieron más resultados de las PPCC:

- **Serologías:** VHA, VHC, VHB, VHE negativas. VIH, CMV y VEB negativos
- **Autoinmunidad:** negativa.
- **Hemocultivos:** S. Epidermidis y S. Hominis
- PCR virus influenza, legionella, neumococo: negativos.
- **AngioTAC abdominal y ECO-Doppler:** Vasos permeables y hallazgos descritos en TAC previo.
- **ProBNP normal y ECOcardio:** Sin patología estructural. Signos de hipertensión pulmonar.

RESUMEN...

- Paciente con vía central. Estable hemodinamicamente.
- En tratamiento ATB con: Piperacilina/tazobactan + vancomicina + cotrimoxazol.
- Infiltrados pulmonares bilaterales + derrame pleural.
- Datos analíticos de fallo hepático agudo.
 - Analítica actual:
 - Hemograma: Hb 8, serie blanca normal. Plaquetopenia de 72000.
 - Coagulación: TPA 31%, INR 2.3
 - Bioquímica: Función renal e iones normales. BT 13 (Directa 4.4 e indirecta 8.7). GOT/GPT 54/19, GGT/FA 16/68. PCR 10

Ante la no mejoría clínica y con los datos hasta ahora...

- a) Iniciaría tratamiento con Prednisolona 40 mg/24h ya que probablemente el desencadenante sea una hepatitis aguda alcohólica y la situación es crítica.
- b) Solicitaría una biopsia hepática transyugular para asegurarme de la etiología del factor precipitante antes de iniciar corticoterapia.
- c) La mejor opción terapéutica sería el trasplante hepático en este paciente.
- d) Antes de iniciar cualquier tratamiento corticoideo hay que hacer un screening exhaustivo de patologías infecciosas, y en en este paciente alta sospecha de origen respiratorio.

¡Respuesta correcta!

- d) Antes de iniciar cualquier tratamiento corticoideo hay que hacer un screening exhaustivo de patologías infecciosas, y en en este paciente alta sospecha de origen respiratorio.**

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

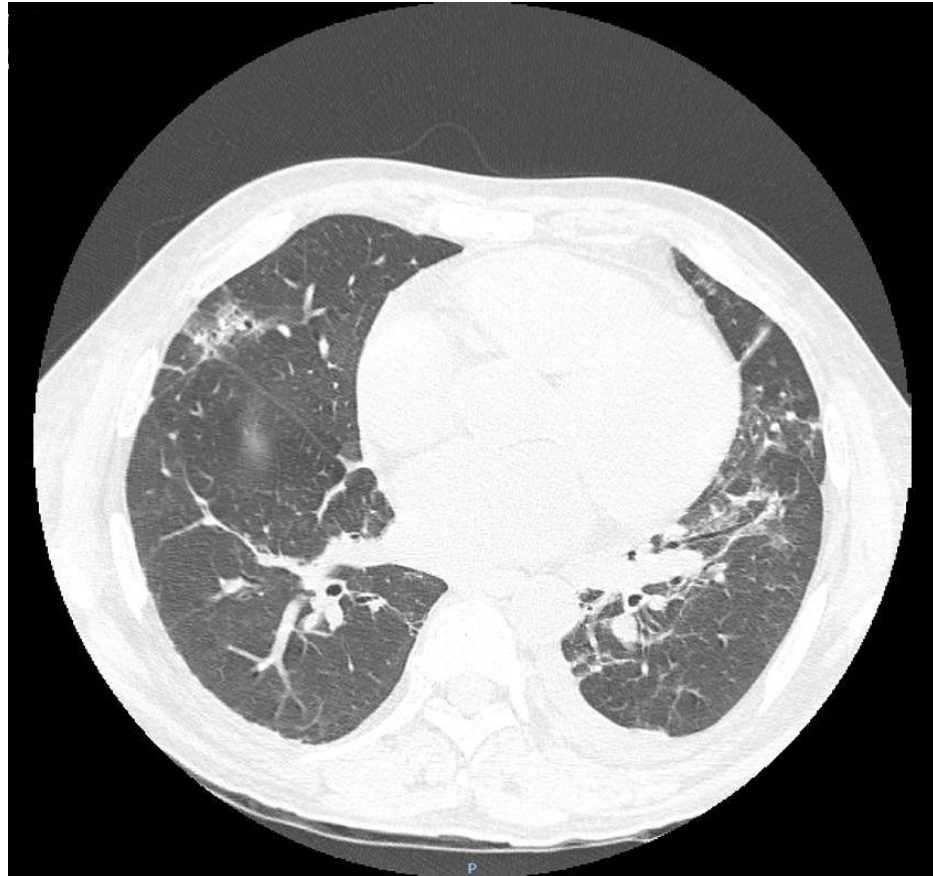
Comentario

- Desafortunadamente, no existe un tratamiento efectivo específico para ACLF. Por lo tanto, el tratamiento actualmente se basa en el apoyo de órganos y el manejo de las complicaciones asociadas. Los pacientes con ACLF, idealmente, deben ser admitidos en UCI, sin embargo, esta decisión debe individualizarse en función de ciertos factores, en particular la edad del paciente y comorbilidades asociadas.
- Además, los pacientes candidatos a trasplante hepático (TH) deben ser referidos de forma inmediata a un centro de trasplante en el curso de ACLF. La derivación tardía puede hacer imposible el trasplante debido a la rápida evolución de la ACLF en la mayoría de los pacientes.
- Se deben investigar los factores precipitantes del desarrollo del ACLF, que podrían diferenciarse en tres categorías principales: **lesión hepatotóxica** (consumo activo de alcohol o borrachera, DILI), **lesiones inmunológicas** (hepatitis víricas o autoinmune, infecciones bacterianas, fúngicas y víricas, resfriado común, infecciones subclínicas etc.) y **trastornos hemodinámicos después de los procedimientos** (hemorragia, cirugía, LVP).
- No obstante, hay que destacar que la identificación de las causas precipitantes puede no prevenir la progresión de ACLF en todos los pacientes, y en aproximadamente la mitad de los pacientes no se identifica el factor precipitante del ACLF.
- Por otro lado, en cuanto a terapias específicas para el tratamiento del ACLF, solamente se ha demostrado una mejor evolución y un aumento de la supervivencia en pacientes con ACLF secundario a una infección por VHB cuando se instauran los análogos de nucleótidos de manera precoz.

Se completó **estudio infeccioso** con todo negativo:

- Aspirado broquial x2: negativo.
- Galactomanano: negativo
- Parvovirus B19 y Coxiella: negativos
- PCR aspergillus, Pneumocistis y Leishmaniasis negativo.

TACAR de control mejoría



Paciente experimenta mejoría clínica con tratamiento de soporte:

- Disminución de edemas.
- No disnea ni ortopnea.
- Tolerando dieta y deambulando.
- Pero persiste BT 14, TPA 30%, INR 2.3

Se decide biopsia hepática transyugular que confirma: **Hepatitis aguda enólica sobre hígado cirrótico.**

Paciente se fue de alta con Child-Pugh B9 y MELD 14. De cara a los datos de HTPulmonar en la ECO-cardio

- a) La Eco-cardio transtorácica es la prueba Gold estándar para detección de HTpulmonar y por lo tanto la primera a realizar.
- b) El cateterismo derecho es la prueba Gold estándar para la detección de HTpulmonar y por lo tanto definitiva y necesaria para su confirmación.
- c) Es importante la detección de Hipertensión Portopulmonar (HPoP) de cara al Trasplante ya que estos pacientes se priorizan en la lista de espera por la gravedad de su situación.
- d) Es importante la detección de Hipertensión Portopulmonar (HPoP) de cara al trasplante ya que es un factor limitante para la inclusión en lista de Trasplante en los pacientes que la desarrollan.
- e) b. y d. son correctas
- f) d. y c. son correctas

¡Respuesta correcta!

b. y d. son correctas

El cateterismo derecho es la prueba Gold estándar para la detección de HT pulmonar y por la tanto definitiva y necesaria para su confirmación.

Es importante la detección de Hipertensión Portopulmonar (HPoP) de cara al trasplante ya que es un factor limitante para la inclusión en lista de Trasplante en los pacientes que la desarrollan.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

Comentario

- La Hipertensión portopulmonar (HPoP) se define como la suma de hipertensión portal más hipertensión pulmonar.
- La prevalencia en pacientes candidatos a TH es 6% (aunque está infradiagnosticada).
- Ante la sospecha de dicha enfermedad la primera prueba diagnóstica a realizar es la eco-cardio transtorácica pero el gold estandar y la prueba confirmatoria de HPoP es el cateterismo derecho.
- De cara al TH es un factor limitante pudiendo contraindicar el TH en caso de HPoP grave con presiones (presión arterial media pulmonar) > 50 mmHg

De cara al Trasplante Hepático en este paciente...

- a) Todos los paciente requieren siempre y estrictamente una abstinencia de al menos 6 meses.
- b) En casos seleccionados la abstinencia puede ser menor entre 3-6 meses.
- c) Si en lugar de una hipertensión Portopulmonar se tratara de un Síndrome hepatopulmonar (SHP) se daría prioridad en la lista de espera.
- d) En caso de fallo hepático grave/fulminante entraría como código 0 para trasplante hepático.
- e) b. y c. son correctas.
- f) a. y c. son correctas.

¡Respuesta correcta!

b) y c) Son correctas.

En casos seleccionados la abstinencia puede ser menor entre 3-6 meses.

Si en lugar de una hipertensión Portopulmonar se tratara de un Síndrome hepatopulmonar (SHP) se daría prioridad en la lista de espera.

Respuesta incorrecta

Inténtelo de nuevo

Comentario

- Según las guías de las EASL en pacientes seleccionados, el trasplante precoz con abstinencia de alcohol de periodos inferiores a 6 meses, se obtienen resultados favorables: la tasa de recaída del alcohol es similar en los pacientes sometidos a una TH temprano a los pacientes trasplantados después de un período de abstinencia. El injerto post-trasplante y la supervivencia del paciente son similares entre los pacientes con un diagnóstico de cirrosis alcohólica y aquellos con un diagnóstico de lista de hepatitis aguda alcohólica.
- **Perfil de paciente seleccionado** (cirrosis enólica con abstinencia < 6 meses):
 - El fracaso de la terapia médica
 - Consenso absoluto del personal médico
 - Sin comorbilidades
 - Integración social y familiares de apoyo. (Valoración psicólogo).
- En cuanto al SHP, y al contrario que ocurre en la HPoP, estos pacientes se priorizan de cara al TH por su buena respuesta al trasplante y situación crítica.
- En el caso de un fallo hepático agudo/fulminante a la hora de considerarlo como código 0, es requisito imprescindible que se trate de un hígado basal SANO, por ello en numerosas ocasiones es necesaria la realización de la biopsia hepática para asegurarnos que no estamos ante un hígado cirrótico, en tal caso no podría entrar como código 0.

Para saber más...

- EASL Clinical Practice Guidelines for the management of patients with decompensated cirrhosis. Angeli P, Bernardi M, Villanueva C, Francoz C, Mookerjee R et al. Journal of Hepatology 2018 vol: 69 (2) pp: 406-460.
- Acute-on-chronic liver failure: definition, diagnosis, and clinical characteristics. Arroyo V, Jalan R. Semin Liver Dis 2016; 36:109-116.
- The CLIF Consortium Acute Decompensation score (CLIF-C ADs) for prognosis of hospitalised cirrhotic patients without acute-on –chronic liver failure. Jalan R, Pavesi M, Saliba F, Amoros A, Fernandez J, Holland-Fischer P, et al. J Hepatol 2015; 62:831-840.
- Pulmonary complications in chronic liver disease. Machicao VI, Balakrishnan M, Fallon MB. Hepatology 2014; 59:1627-1637.



Ha finalizado el caso clínico

Hepatología

Dra. Teresa Valdés Delgado y Dr. Francisco Bellido Muñoz

Servicio Aparato Digestivo- Hepatología

Hospital Universitario Virgen Macarena. Sevilla