



INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA GRAVE

**MARIA PEREIRA ALVAREZ
MIR 3º. APARATO DIGESTIVO
HOSPITAL UNIVERSITARIO BADAJOZ**

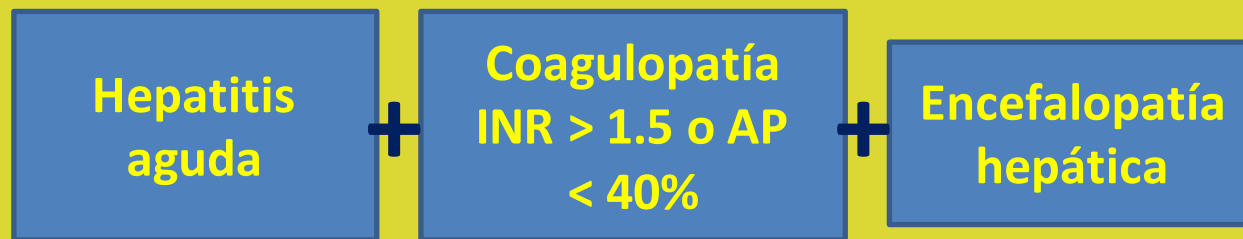
INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA GRAVE (IHAG)

- **Definición:** Insuficiencia hepatocelular grave en un paciente con hígado previamente sano.
- Enfermedad grave e infrecuente.
- Mortalidad hasta 80% sin tratamiento óptimo.
- El manejo inicial es CLAVE → TRASLADO INMEDIATO A CENTRO UTH* + INGRESO UCI

IHAG

Definición: Insuficiencia hepatocelular grave en un paciente con hígado previamente sano.

1. Diagnóstico Sindrómico:



HÍGADO PREVIAMENTE SANO

IHAG

Definición: Insuficiencia hepatocelular grave en un paciente con hígado previamente sano.

1. Diagnóstico Sindrómico:

Aun en ausencia de EH, el paciente debe ser trasladado a UCI.

Hepatitis
aguda

+

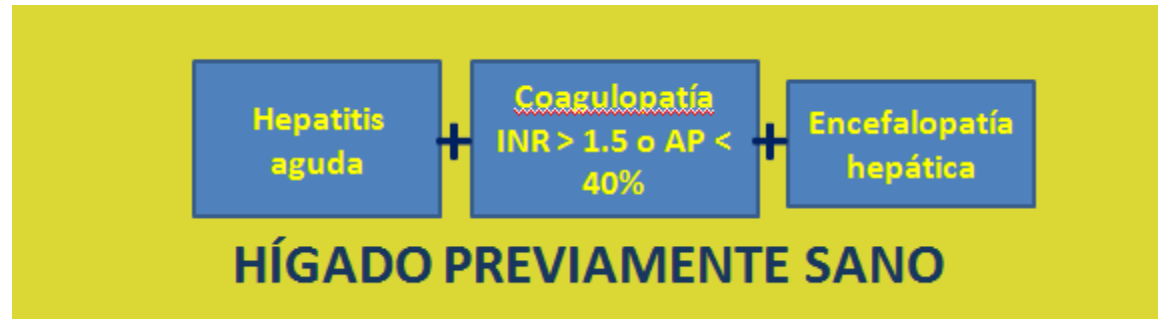
Coagulopatía
INR > 1.5 o AP
< 40%

+

Encefalopatía
hepática

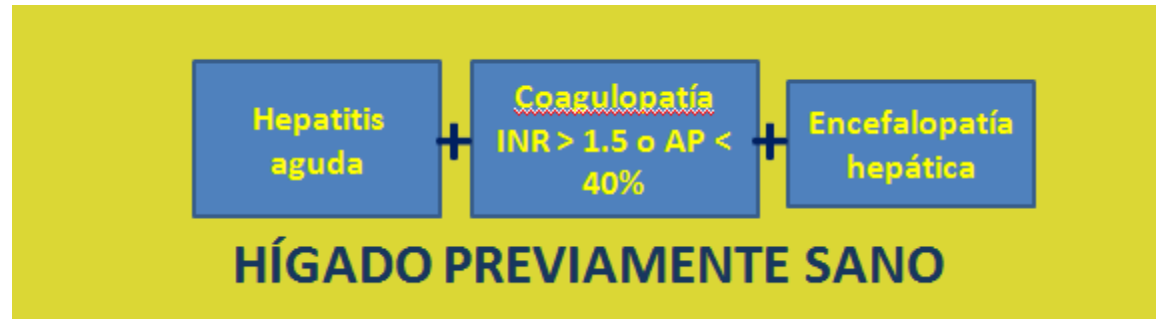
HÍGADO PREVIAMENTE SANO

IHAG



- Hepatitis aguda: hipertransaminasemia x2-3 ↑
- Alteración función síntesis: hiperbilirrubinemia ↑ + coagulopatía
- Encefalopatía hepática: amonio ↑

IHAG

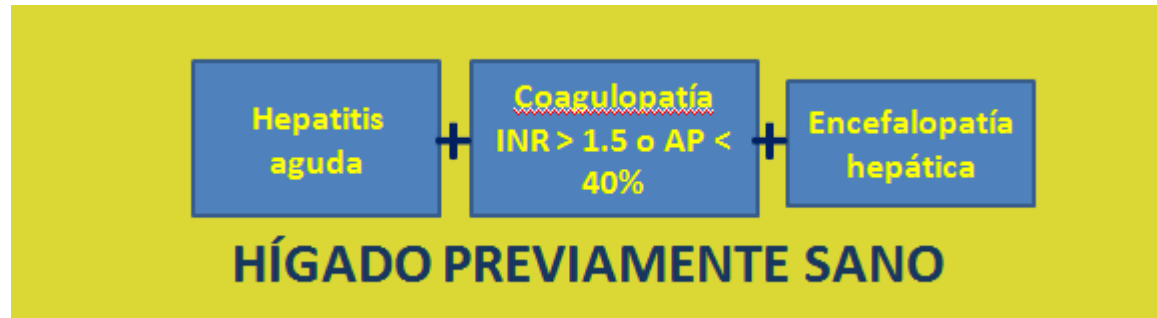


2. D/D

- Descartar hepatopatía crónica
- Descartar causas de coagulopatía: ACO, déficit vit K, CID
- Descartar causas deterioro neurológico: drogas, fármacos



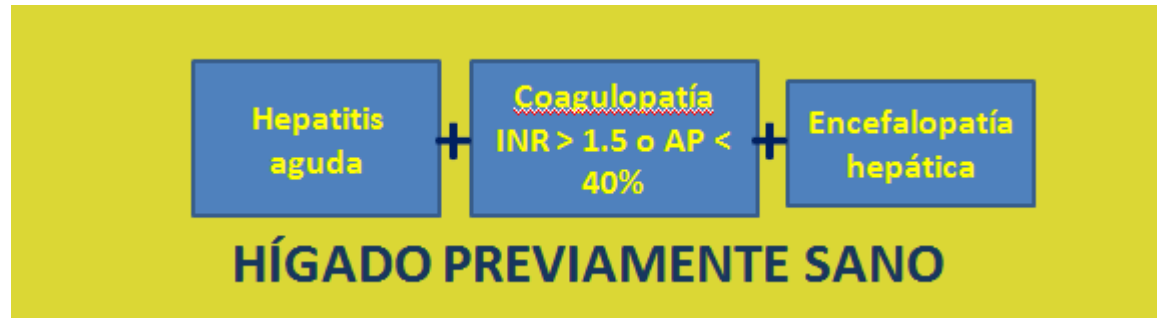
IHAG



3. Diagnóstico etiológico:

- Virus: VHB, VHB+VHD, VHE
- Tóxicos: drogas, fármacos, setas
- Autoinmune
- Isquémica
- Metabólica: Wilson
- Vascular: Budd-Chiari, trombosis esplenoportal
- Golpe de calor

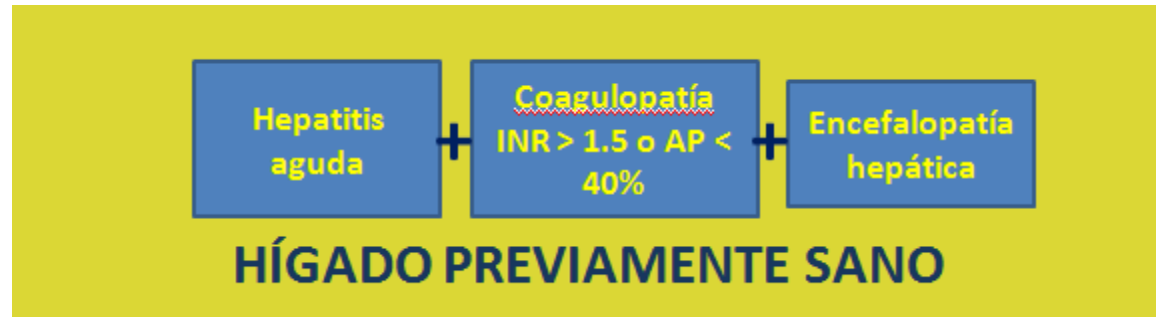
IHAG



3. Diagnóstico etiológico:

- **ANAMNESIS**
- **EXPLORACIÓN FÍSICA**
- **PRUEBAS COMPLEMENTARIAS**
 - Analítica, GAB, Orina
 - ECG
 - Rx tórax
 - Ecografía abdomen

IHAG



3. Diagnóstico etiológico:

- **ANAMNESIS**

- ANTECEDENTES FAMILIARES

- ANTECEDENTES PERSONALES: enf autoinmunes, ideación autolítica

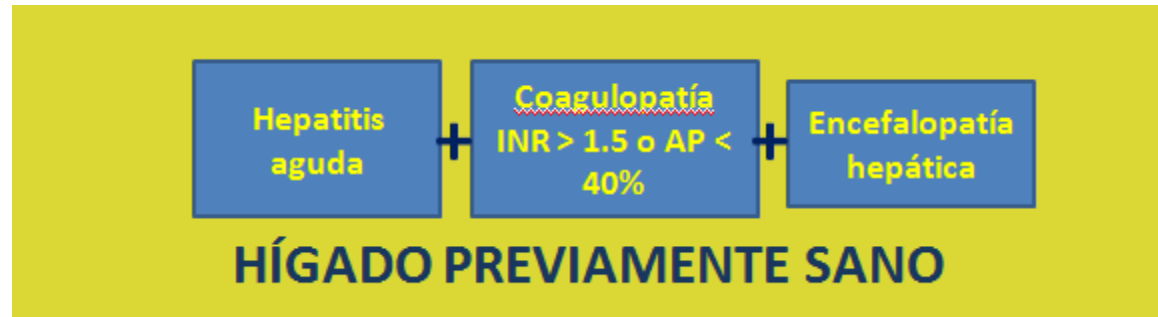
- CONSUMO **EN < 6 MESES**: fármacos, drogas, setas, productos herboristería, anabolizantes (gym), anticonceptivos hormonales (Budd-Chiari).

- VIAJES recientes: VHA, VHE, VHB .

- Síndrome prodrómico: GEA (VHE, VHA, setas).

- Tratamientos previos: inmunosupresor, QT

IHAG

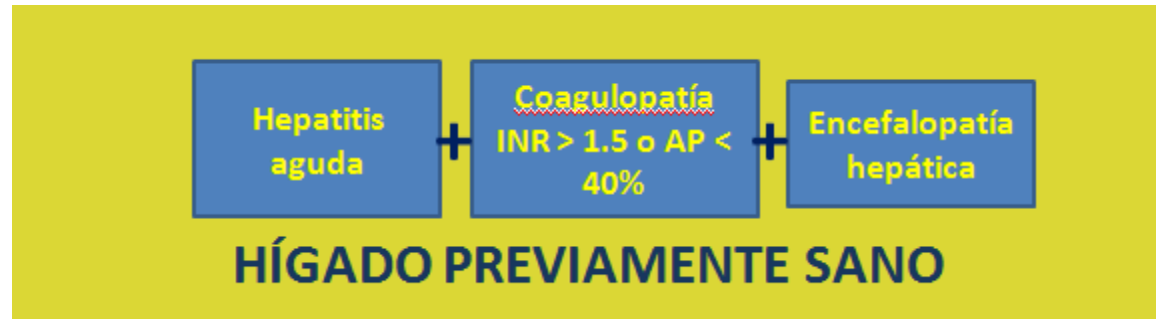


3. Diagnóstico etiológico:

• EXPLORACIÓN FÍSICA

- Exploración neurológica: VOC, funciones superiores, flapping.
- Ictericia
- Hepatomegalia dolorosa + ascitis importante (Budd-Chiari)
- Rash cutáneo (toxicidad por fármacos)

IHAG



3. Diagnóstico etiológico:

• PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica

Transas x2-3
AP < 40% o INR < 1.5
Bilirrubina x2-3

Glucemias
LDH
Na, K
Función renal

ESTUDIO HEPATOPATÍA

Serología virus

hepatotropos: VHA, VHB,
VHD, VHC, VHE, VEB, CMV.

Cobre, ceruloplasmina

Perfil ferrocínético

ANA, ENA, AMA, LKM1

Proteinograma e Ig

GAB

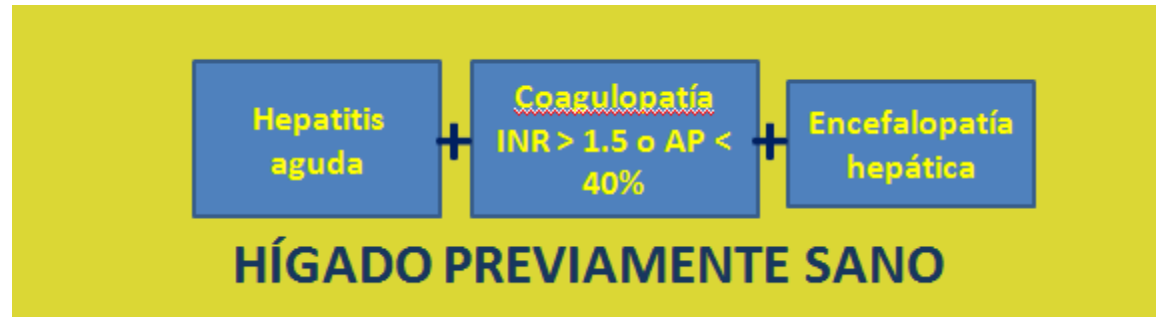
Orina

ECG

Rx tórax

Ecografía abdomen

IHAG



3. Diagnóstico etiológico:

- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica

GAB → **pH** fundamental Crterios King's College

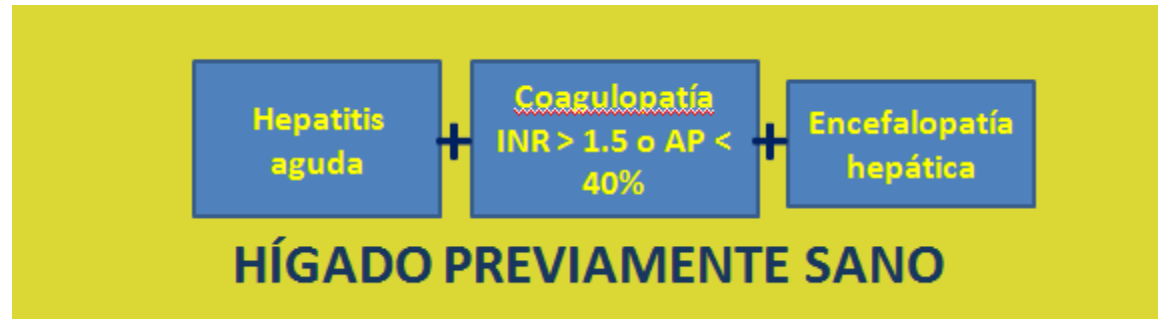
Orina

ECG

Rx tórax

Ecografía abdomen

IHAG



3. Diagnóstico etiológico:

- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica

GAB

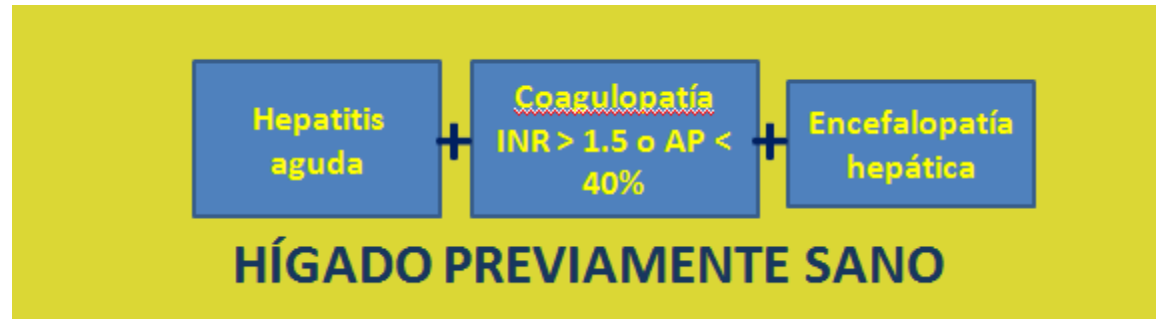
Orina : tóxicos, paracetamol, amanitas.

ECG

Rx tórax

Ecografía abdomen

IHAG



3. Diagnóstico etiológico:

- PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Analítica

GAB

Orina

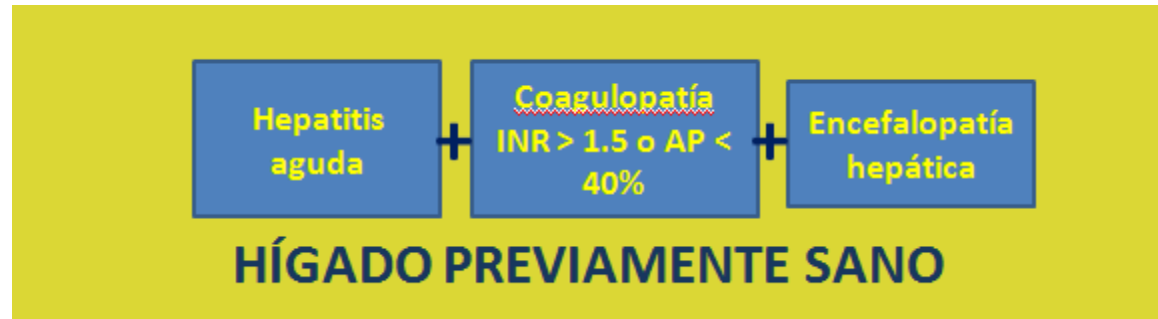
ECG

Rx tórax

Ecografía abdomen → D/D hiperbilirrubinemia

→ Doppler

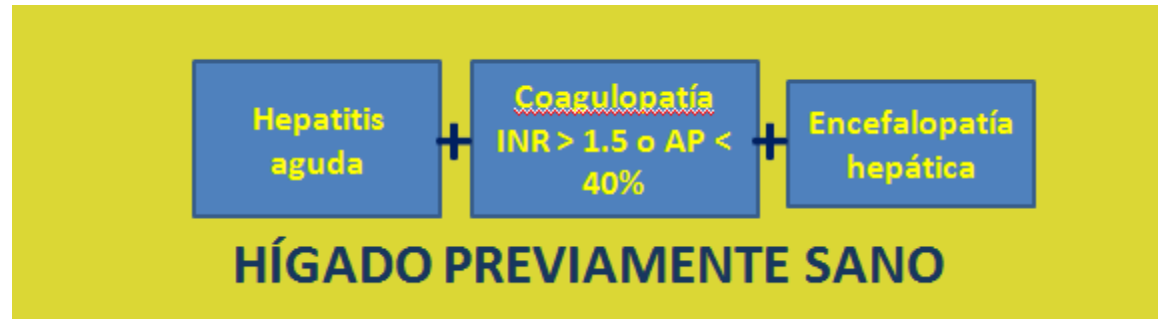
IHAG



TRATAMIENTO

1. Medidas generales
2. Medidas específicas
3. Prevención y tratamiento de complicaciones extrahepáticas

IHAG

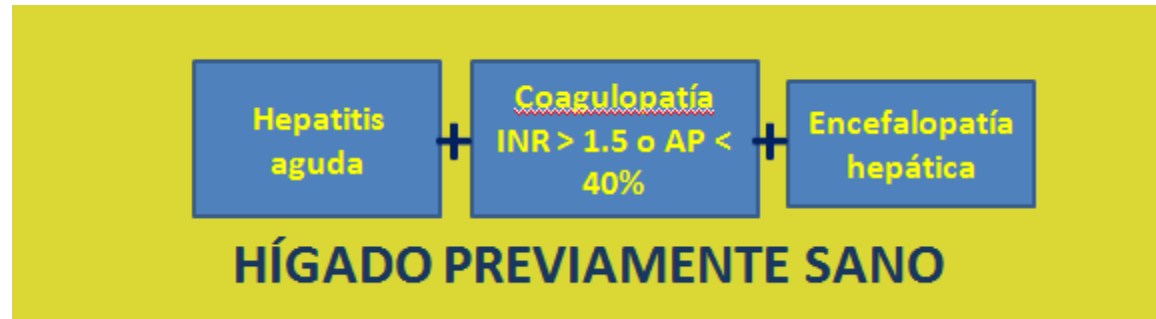


TRATAMIENTO

**TRASLADO A CENTRO
CON UTH + INGRESO EN
UCI**

3. Prevención de complicaciones extrahepáticas

IHAG



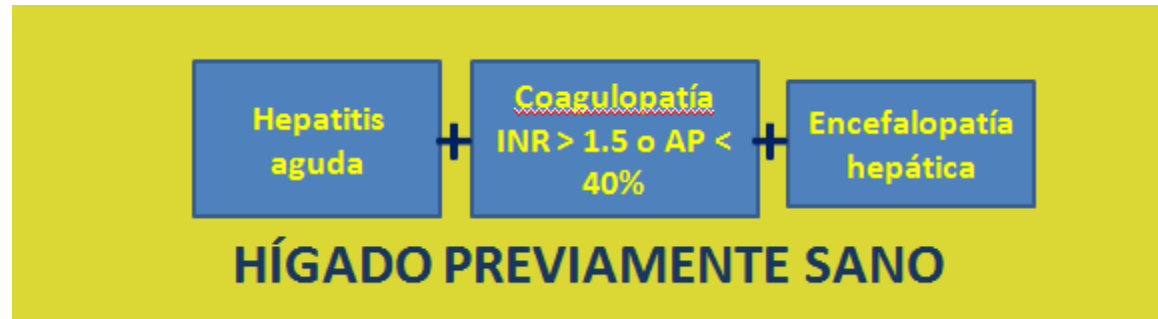
TRATAMIENTO

1. Medidas generales

- ✓ Monitorización constantes, diuresis, estado neurológico
- ✓ Dieta oral solo si EH grado I. Sino NE SNG o NP
- ✓ Sueroterapia: **objetivos**

[Glu 150-200 mg/dl
	Na 140-145 mEq/L
- ✓ IBPs
- ✓ Perfusión N-Acetilcisteína si EH I-II de cualquier etiología
- ✓ Tto EH: lactitol v.o. o SNG. **ENEMAS ?**
- ✓ **NO CORREGIR COAGULOPATÍA (SI VIT K) SALVO MANIOBRAS INVASIVAS**
- ✓ **SUSPENDER TODOS FÁRMACOS SALVO THS**

IHAG



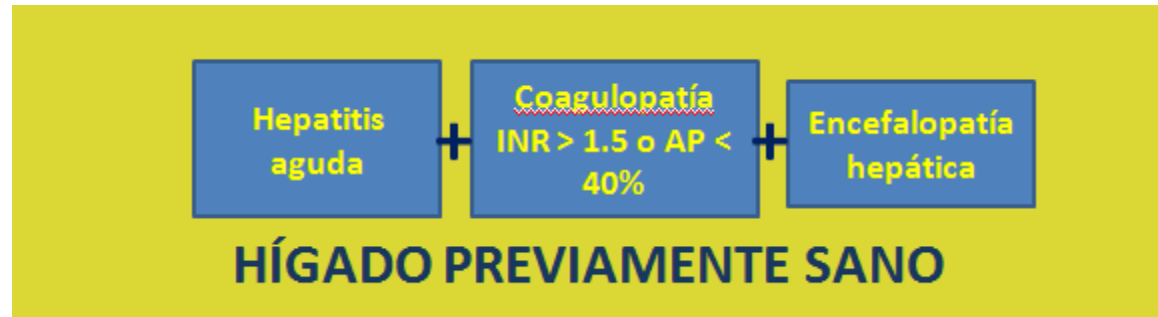
TRATAMIENTO

1. Medidas generales

- ✓ Monitorización
- ✓ Dieta oral
- ✓ Suero
- ✓ IBPs
- ✓ Perfusión
- ✓ Tto EH: lactitol v.o. e
- ✓ **NO CORREGIR COAGULOPATÍA (SI VIT K) SALVO MANIOBRAS INVASIVAS**
- ✓ **SUSPENDER TODOS FÁRMACOS SALVO THS**

¡¡NO OLVIDARSE DEL PACIENTE!!

IHAG

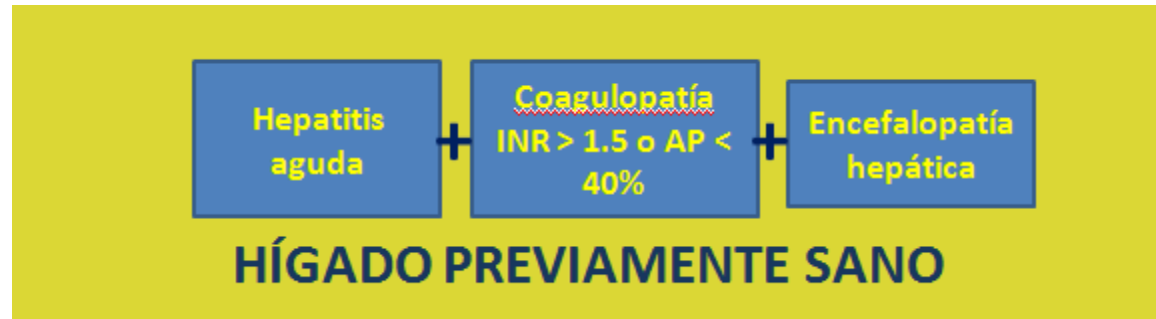


TRATAMIENTO

2. Medidas específicas según etiología

- Intoxicación paracetamol: N-acetil-cisteína
- Intoxicación setas (amanitas phalloides): penicilina G y silbinina
- VHB: entecavir/tenofovir
- VHE: ribavirina
- Hepatitis autoinmune: corticoides IV
- Sdr. HELLP: inducir parto
- Budd-Chiari: TIPs
- Isquémica: reposición volemia

IHAG



TRATAMIENTO

3. Tratamiento de complicaciones extrahepáticas

Edema cerebral:

- ✓ Evitar Valsalva y estímulos nociceptivos
- ✓ Cabecero elevado 30º
- ✓ UCI

Infecciones:

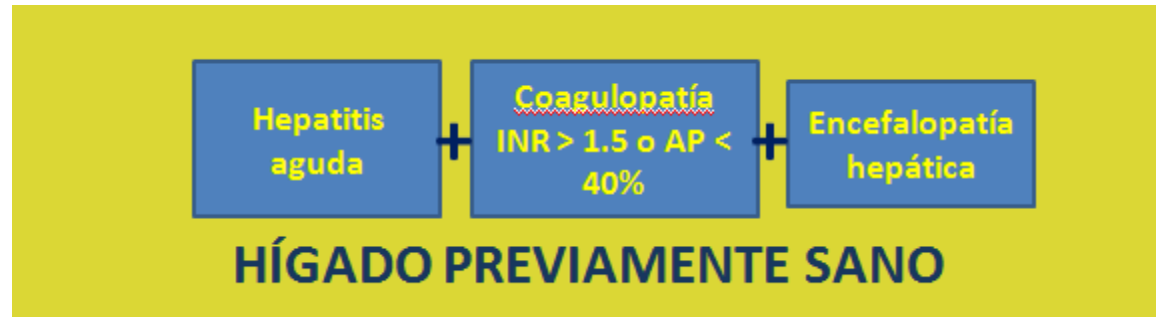
profilaxis
bacteriana y
fúngica
(Norfloxacino y
Nistatina
oral/SNG)

Insuficiencia

renal:

Estabilidad
hemodinámica

IHAG



¿ CUANDO VALORAR TRASPLANTE HEPÁTICO?

Criterios King's College

FHA no asociada a acetaminofeno*

Criterio mayor:

Tiempo de protrombina >100 s(INR >6.5) independiente del grado de encefalopatía

Criterios menores

Edad <10 o >40

Etiología hepatitis no-A, noB o reacción a drogas

Duración de la ictericia antes del inicio de la encefalopatía >7 días

Tiempo de protrombina >50 s(INR >3.5)

Bilirrubina sérica > 17.5mg/dl

FHA asociada a acetaminofeno

Criterio mayor:

pH >7.3 (independiente del grado de encefalopatía)

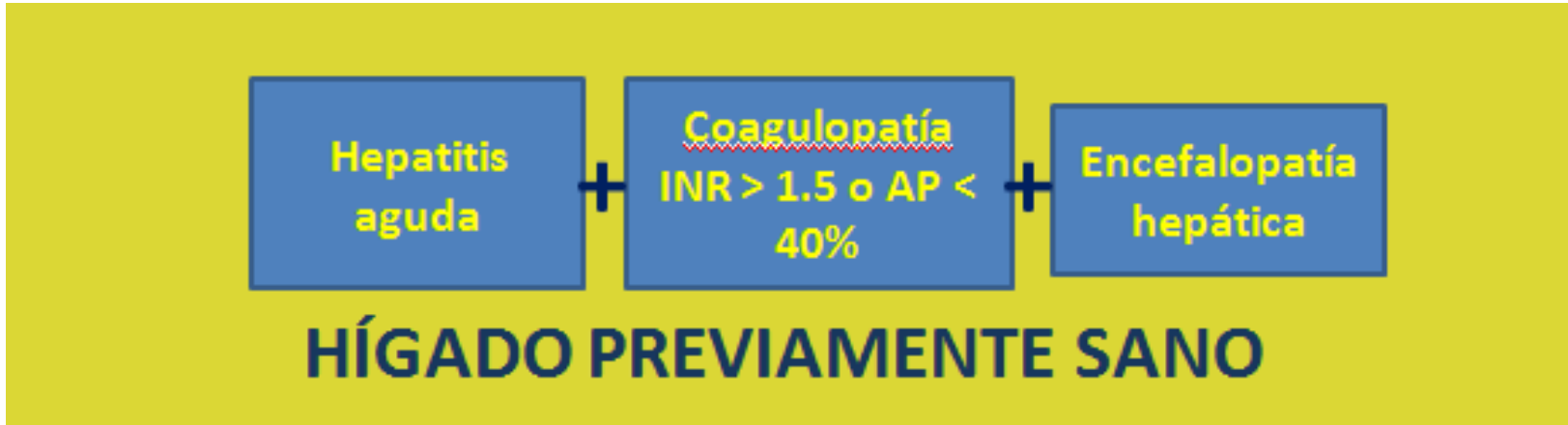
Criterios menores**

Tiempo de protrombina >100s (INR>6.5) y Creatinina sérica >3.4mg/dl en pacientes con encefalopatía grado III o IV

*la presencia del criterio mayor o de tres criterios menores predice 100% mortalidad

** la presencia del criterio mayor o de los dos criterios menores predice 100% mortalidad

CONCLUSIONES



1. Hacer diagnóstico diferencial excluyendo principalmente hepatopatía crónica.
2. Insistir en la anamnesis en el consumo de fármacos hasta seis meses previos.
3. El manejo inicial es CLAVE → TRASLADO INMEDIATO A CENTRO UTH +/- INGRESO UCI.



INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA GRAVE

**MARIA PEREIRA ALVAREZ
MIR 3º. APARATO DIGESTIVO
HOSPITAL UNIVERSITARIO BADAJOZ**