



**Libros
Virtuales
IntraMed**



FALLA HEPÁTICA AGUDA

Definición

Paciente que desarrolla: ictericia, marcado aumento de transaminasas y bilirrubina, protrombina < 50%, cualquier grado de encefalopatía.

Este cuadro clínico se desarrolla en un periodo menor a 26 semanas.

Puede ocurrir en 3 situaciones diferentes:

- ❖ En un hígado previamente sano
- ❖ Hepatopatía crónica que sufre una reactivación: hepatitis B, hepatitis autoinmune, enfermedad de Wilson
- ❖ Hepatopatía crónica más hepatopatía aguda sobreagregada: hepatitis B crónica + sobreinfección por virus delta, cirrosis + hepatitis aguda viral.

Falla hepática fulminante (FHF): intervalo ictericia-encefalopatía: 0-14 días.

Falla hepática subfulminante (FHSF): intervalo ictericia-encefalopatía 15-90 días.

Etiología: en orden de frecuencia en Argentina: indeterminada (29%), autoinmune (19%), hepatitis B (14%), hepatotoxicidad por drogas (12%), hepatitis A (11%), embarazo (3.4%), tóxica (2.4%), Wilson (2.4), otros (5.4%): VHS, linfoma, MTS hepática masiva, Síndrome. Budd-Chiari.

Enfoque diagnóstico

- ❖ Diagnóstico de falla hepática aguda (FHA): corroborar con criterios diagnósticos,
- ❖ Determinar si la FHA ocurre sobre un hígado sano o previamente enfermo.
- ❖ Investigar la etiología.
- ❖ Evaluar complicaciones.
- ❖ En todo paciente con FHA comunicarse inmediatamente con un CENTRO DE TRASPLANTE, para evaluar necesidad de traslado antes de que el paciente desarrolle encefalopatía.

Métodos complementarios: laboratorio completo, proteinograma electroforético, nomoionograma, RX de tórax, ECG, ecografía abdominal, hemostasia que incluya protrombina, KPTT, dosaje de factor V y VII, dosaje de factor VIII si se sospecha CID, hemocultivos y urocultivo.

Diagnóstico etiológico: serología viral para VHA, VHB,

VHS, VEB, CMB, HIV, inmunológico: FAN, ASMA, LKM 1, AMA, en menores de 40 años dosar ceruloplasmina, cupruria en orina de 24 hs. Dosaje plasmático de paracetamol, anfetaminas, cocaína, etc. Biopsia hepática preferentemente por vía transyugular, indicada cuando se sospecha hepatitis autoinmune, metástasis, linfoma, hepatitis por herpes virus, etiología indeterminada.

Tratamiento: Medidas generales:

EH grados I y II: lactulosa 30 ml cada 8 hs, en caso de excitación psicomotriz administrar propofol.

EH grados III y IV todos los pacientes deben tener: cabecera de la cama a 30°, ARM, monitorización continua de PIC mediante sensor extradural, registro EEG continuo, vía central o catéter de Swans Ganz, sensor en golfo de vena yugular que mida saturación de oxígeno, VN 50 a 75 %.

Objetivos del tratamiento: PIC < 20, TAM > 60, PPC > 50.

PIC > 20: medidas de primer nivel: manitol al 20 % 300 a 400 ml a pasar en 15 minutos, está contraindicado si Nap > 155 meq/l u osmp > 320. La necesidad de utilizar manitol más de tres veces al día para controlar la PIC debe considerar la necesidad de utilizar medidas de segundo nivel.

Hiperventilar cuando hay signos incipientes de enclavamiento, llevar PCO₂ a valores entre 25 y 30 mmhg.

Medidas de segundo nivel: Propofol dosis de carga 1.5 mg/kg seguido de una dosis de mantenimiento 6 a 12 mg/kg/hs o Tiopental dosis de carga 3 a 5 mg/kg y dosis de mantenimiento 1 a 5 mg/kg/h.

Infecciones: El 80% de los pacientes con FHA se infectan, sólo un 25% de los hemocultivos son (+), y un 30% desarrolla infección fúngica.

Conducta: vigilancia periódica con evaluación clínica; recuento de glóbulos Blancos; radiografía de tórax; ante la mínima sospecha de infección, pancultivar e iniciar tratamiento empírico con antibióticos (Cefotaxima + Vancomicina o Tazonam + Vancomicina). Si en 48 hs no responde agregar un antifúngico.

Antibioticoprofilaxis: indicaciones:

- ❖ Deterioro progresivo del sensorio o encefalopatía grado III - IV
- ❖ SIRS
- ❖ Signos clínicos o de laboratorio de infección.

TAC de Encéfalo: indicada en todo paciente que desarro-

lla signos de foco, deterioro del sensorio para descartar hematoma o hemorragia intraparenquimatosas secundaria a la coagulopatía.

Coagulopatía: Corregir sólo cuando hay sangrado activo o antes de un procedimiento invasivo: PFC: 15 a 20 ml/k a pasar en una hora, controlar a los 10 min, la protombina debe ser $\geq 60\%$. Transfundir plaquetas cuando hay sangrado activo y recuento de plaquetas $< 50000/\text{mm}^3$ o procedimiento invasivo + recuento de plaquetas $< 60.000/\text{mm}^3$. La dosis es una unidad cada 10 kg de peso corporal.

Profilaxis de hemorragia digestiva por stress: IBP o Ranitidina.

Fallo renal: buscar la causa (hipovolemia, baja RVP, NTA, SHR). Manejo: medir PVC o PCP, si está baja expandir con SF, si no responde y está hipotenso administrar dopamina o norepinefrina. Si PVC o PCP está elevada administrar furosemida, si no responde indicar hemofiltración continua.

Nutrición: iniciar nutrición enteral en forma precoz, si está contraindicada usar alimentación parenteral. Administrar 60 g día de proteínas, controlar glucemia cada 4 hs, indicar PHP con D 5% o D 10% más 1 ampolla de CINA al 20 %.

Tratamiento específico

- ❖ Intoxicación con paracetamol: dentro de las primeras 4 hs carbón activado 1 g/kg. NAC por VO, dosis de carga 140 mg/kg, dosis de mantenimiento 70 mg/kg cada 4 hs hasta completar 17 dosis.
- ❖ Intoxicación con Amanita Phalloides: lavado gástrico mas carbón activado. Penicilina G 300.000 U a 1.000.000 U por día mas Silimarina 30 a 40 mg/kg/día por 4 días.
- ❖ FHA por virus de la Flia herpes virus: tratar con aciclovir.
- ❖ Enfermedad de Wilson: remover el cobre con hemofiltración continua o plamaféresis. Colocar inmediatamente en lista de espera.
- ❖ Hepatitis autoinmune: prednisona 60 mg/día.
- ❖ Hígado graso del embarazo: interrupción inmediata del embarazo.
- ❖ Síndrome de Budd Chiari: iniciar Tto anticoagulante, estudiar trombofilias, descartar una neoplasia antes de indicar TH.

Indicaciones de Transplante

- ❖ • EH grado III / IV.
- ❖ • Empeoramiento de la falla hepática luego de una mejoría inicial.
- ❖ • Ausencia de mejoría después de 72 hs de Tto conservador en FHSF con EH grado I / II.

Bibliografía

1. R. Todd Stravitz, MD; Andreas H. Kramer, MD. Intensive Care of Patients With Acute Liver Failure: Recommendations of the U.S. Acute Liver Failure Study Group. Crit. Care Med. 2007; 35(11):2498-2508
2. Julie Poison and Willians M Lee. AASLD: Management of acute liver failure. Hepatology, vol 41 may 2005.
3. Rajiv Jalan. Acte liver failure: current management and future propects. Journal of hepatology 42 2005.
4. Marcelo O Silva. Insuficiencia hepática aguda. Cáp. VII Pág. 674-681. Terapia Intensiva 3 a edición. Editorial Médica Panamericana.