

CAPÍTULO IX

Hepatitis en urgencias

*Víctor Idrovo, MD
Sección de Hepatología
Clínica Marly
Bogotá*

En los servicios de urgencias es frecuente la consulta por ictericia o síntomas que son compatibles con hepatitis.

Hepatitis es el proceso necroinflamatorio del hígado debido a diversas etiologías; se caracteriza por síntomas variables constitucionales, malestar general y elevación de las aminotransferasas (AST, ALT) y las bilirrubinas. En ocasiones se asocia con colestasis importante, la cual se manifiesta por prurito, coluria y elevación de la fosfatasa alcalina (FA) y la gama glutamil transpeptidasa (GGTP).

En la mayoría de los casos, las hepatitis son procesos que se autolimitan sin dejar secuelas, pero pueden pasar a enfermedad crónica con riesgo de cirrosis y hepatocarcinoma; también pueden presentarse con insuficiencia hepática severa o falla hepática fulminante, con alta mortalidad si no se llevan a trasplante hepático.

Según su causa, las hepatitis se pueden dividir en:

1. Virales: son agudas las hepatitis A, E y la mayoría por virus B; y crónicas las C y algunas B con o sin sobreinfección por D. En raras ocasiones están presentes otros virus como citomegalovirus, herpes, varicela zoster, Epstein-Barr, fiebre amarilla, dengue, sarampión, rubéola y adenovirus.
2. Tóxicas: por medicamentos, productos naturales y biológicos, medicamentos “alternativos” y por alcohol.

3. Inmunológicas: hepatitis autoinmunes.
4. Metabólicas: enfermedad de Wilson, deficiencia de alfa 1 antitripsina, hemocromatosis y las esteatohepatitis no alcohólicas.
5. Vasculares: hepatitis isquémicas asociadas a estados de shock e hipotensión prologada, o hepatitis congestivas asociadas a obstrucción del flujo hepático de salida a la circulación sistémica (p.ej. Budd Chiari y enfermedad veno-oclusiva hepática).

EVALUACIÓN Y MANEJO DE LAS HEPATITIS EN URGENCIAS

Cuando un paciente consulta al servicio de urgencias por hepatitis, se recomienda la evaluación en urgencias por el hepatólogo para decidir si se requiere hospitalización o se puede establecer tratamiento ambulatorio.

En general, mientras un cuadro de hepatitis aguda no curse con insuficiencia hepática, se puede tratar en forma ambulatoria y se controla en la consulta externa.

En el servicio de urgencias se deben solicitar los siguientes exámenes: hemograma con recuento de plaquetas, bilirrubinas, AST, ALT, FA, PT, PTT, glicemia, creatinina sérica, uroanálisis y ecografía abdominal.

Son indicadores paraclínicos de hospitalización por insuficiencia hepática severa los siguientes hallazgos:

- PT prolongado más de 18 segundos, o más de 6 segundos sobre el control, o con un INR por encima de 1,7.
- Bilirrubina total, más de 18 mg/dL.
- Hipoglicemia.
- Presencia de ascitis en la ecografía.

Clínicamente, está indicada la hospitalización cuando la hiporexia, las náuseas y el vómito son severos e impiden la hidratación o la alimentación adecuada.

En el contexto de una hepatitis aguda con insuficiencia hepática, la aparición de encefalopatía hepática es criterio diagnóstico de falla hepática fulminante. En esta situación, el paciente debe ser trasladado a la unidad de cuidados intensivos para soporte, y debe ser inmediatamente valorado por el hepatólogo y el cirujano de trasplante hepático porque puede necesitar este procedimiento.

Al tiempo con la atención del caso, en el servicio de urgencias se hace un interrogatorio exhaustivo sobre los antecedentes del paciente y se decide qué exámenes realizar con el fin de establecer la etiología de la hepatitis. Primero, se averigua sobre el consumo de medicamentos farmacéuticos o alternativos, uso de drogas ilícitas o consumo de alcohol, para evaluar la posibilidad de hepatitis de tipo tóxico. Luego se solicitan marcadores virales para detectar la presencia de hepatitis viral aguda; se piden anticuerpos contra hepatitis A IgM, antígeno de superficie para hepatitis B y anticuerpos contra el core IgM de hepatitis B. La hepatitis C en forma aguda es extremadamente rara. Estos exámenes se pueden realizar en el hospital si el paciente se va a hospitalizar, pero se le solicitan en forma ambulatoria si se le da salida en urgencias.

Si el paciente es enviado a su domicilio, se le indica consumir dieta normal, no consumir alcohol y en lo posible no consumir analgésicos,

antipiréticos, ni anti-inflamatorios. El reposo total no está indicado y se le permite realizar actividades normales en la medida que su estado general se lo permita. Se recomienda asistir a la consulta externa para revisar los resultados de las serologías virales con el fin de confirmar un diagnóstico, o para continuar un estudio más profundo si se descarta hepatitis viral y se piensa en otra etiología.

Situaciones especiales en urgencias:

1. Falla hepática fulminante: Ante ella, se debe:

- Trasladar a la unidad de cuidados intensivos.
- Avisar inmediatamente al hepatólogo y al cirujano de trasplantes.
- Iniciar infusión IV de dextrosa si hay hipoglicemia.
- Iniciar lactulosa por vía oral o por enemas si hay encefalopatía
- Iniciar n-acetilcisteína IV en dosis de 100 a 150 mg/kg/día para todas las fallas hepáticas fulminantes, especialmente para las causadas por toxicidad por acetaminofén.
- Iniciar vitamina K 10 mg SC al día para controlar la coagulopatía, transfundir plasma sólo si hay fenómeno hemorrágico asociado.

2. Ascitis:

- Realizar paracentesis diagnóstica en urgencias: examen citoquímico y bacteriológico del líquido obtenido, para descartar peritonitis espontánea.
- Iniciar descontaminación profiláctica con norfloxacin 400 mg al día, si la ascitis es portal hipertensiva (gradiente de albúmina mayor de 1,1 dado por la cifra de albúmina sérica menos la albúmina de la ascitis) y no hay presencia de peritonitis.
- Iniciar cefotaxime 2 g cada 8 horas IV si hay diagnóstico de peritonitis espontánea.

nea (citoquímico con >250 PMN por mm^3 o cultivo positivo). Cambiar el antibiótico si la sensibilidad del antibiograma así lo indica.

3. Náuseas y vómito persistentes:
 - Hidratación parenteral con cristaloides.
 - Dieta líquida clara según tolerancia, luego avanzar a dieta blanda.
 - Antieméticos como metoclopramida 10 mg IV o alizapride 50 mg IV según necesidad.
 - Control de electrolitos y nitrogenados.
4. Insuficiencia hepática sin encefalopatía:
 - Tratamiento igual que la falla hepática fulminante pero en habitación hospitalaria o en cuidados intermedios.
 - No requiere lactulosa.
 - Indispensable, tratamiento dirigido por el hepatólogo.
 - Valoración por cirujano de trasplante según evolución.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Aithal PG, Day CP. The natural history of histologically proved drug induced liver disease. *Gut* 1999; 44:731-735.
2. Botero RC. Hepatitis viral. En: Gastroenterología. Editado por A Hani, O Gutiérrez, J Alvarado. Primera edición. Mc Graw Hill. Bogotá, 2001.
3. Dargan PI, Jones AL. Acetaminophen poisoning: an update for the intensivist. *Crit Care* 2002; 6:108-110.
4. Idrovo V. Insuficiencia hepática aguda. En: Gastroenterología. Editado por: A Hani, O Gutiérrez, J Alvarado. Primera edición. Mc Graw Hill, Bogotá, 2001.
5. Idrovo Victor. Hepatitis Autoinmune. *Revista colombiana de Gastroenterol* 2000; 15 www.encolombia.com/medicina/gastroenterologia
6. JG O'grady, JR Lake, PD Howdle. *Comprehensive Clinical Hepatology*. 1st edition. Mosby. St Louis, 2000.
7. Kelly DA. Managing liver failure. *Postgrad Med J* 2002; 78:660-667.
8. Koff RS. Acute viral hepatitis. En: *Liver*. Editado por WC Maddrey, M Feldman. Current Medicine. 2nd edition, Appleton Lange. Narwalk, 1999.
9. Murphy N, Wendon J. Fulminant hepatic failure. En *Evidence Based Gastroenterology and Hepatology*. Editado por JM McDonald, AK Burroughs, BG Feagan. 1st edition. BMJ Books. London, 1999.
10. Seeto RK, Fenn B, Rockey DC. Ischemic hepatitis: clinical presentation and pathogenesis. *Am J Med*. 2000; 109:109-113.