

INSUFICIENCIA HEPÁTICA

SYMPOSIUM — Dres. Bernardo Sepúlveda, Eduardo Barroso y Manuel Quijano, del Hospital de Enfermedades de la Nutrición, de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de México.

Por el Dr. RODOLFO DÍAZ PÉREZ,
Jefe de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina
de la Universidad Nacional.

Definición. Es un complejo sindromático y no una entidad nosológica. Es la manifestación inespecífica de un gran número de alteraciones orgánicas y psíquicas.

Diagnóstico. El diagnóstico de insuficiencia hepática no es más que la parte fisiopatológica de un diagnóstico integral.

Importancia del conocimiento de la semiología hepática. Porque mediante este conocimiento básico se podrá llegar, en la mayoría de los casos, al establecimiento de un diagnóstico correcto, y a la institución de un tratamiento adecuado.

Clasificación de la insuficiencia hepática.

- a) Aguda benigna;
- b) Aguda grave, y
- c) Crónica.

Histofisiopatología. Toda alteración funcional muestra cambios histológicos, hepatocelulares, que serán más o menos intensos según la gravedad de la lesión fisiológica.

Correlación. No existe correspondencia entre insuficiencia (criterio funcional) y lesión anatómica (criterio morfológico).

Algunas de las manifestaciones histopatológicas que se pueden encontrar:

1º Coagulación citoplasmática:

A) Hialinización.

B) Cuerpos acidófilos:

- a) Cuerpos de Mallory, en la desnutrición asociada al alcoholismo.
- b) Cuerpos de Councilman.
- c) Finalmente en la mononucleosis y en la enfermedad citomegálica también se encuentran cuerpos eosinófilos.

2º Degeneración hidrópica:

En hepatitis, colostasis y sustancias tóxicas y anoxia.

3º Tumefacción turbia y esteatosis:

Caracterizada, esta última, por una alteración de la regulación del contenido de grasa en la célula. Antes mal llamada *degeneración grasa*. Ejemplo: esteatosis aguda centro-lobulillar del embrazo.

4º Necrosis celular:

Etapa final de la degeneración. Es la muerte celular irreversible; las células aparecen sin núcleo.

Mecanismo etiopatogénico.

La insuficiencia hepática dependerá siempre de la falta de células.

Así, pues, en la necrosis habrá destrucción de ellas, y por lo tanto insuficiencia; en la atrofia faltará tejido hepático que explique la insuficiencia, y otro tanto ocurrirá en el hígado tumoral, en que se producen cambios marcados, tisulares, necrosis y, en esencia, *falta de tejido hepático normal*.

“Es decir, la insuficiencia es un síntoma de muy variadas enfermedades y con manifestaciones histopatológicas variables también”.

Tratamiento de la insuficiencia hepática.

Se tendrá en cuenta la clasificación clínica ya mencionada.

Las medidas terapéuticas serán:

- I. Útiles.
- II. Poco útiles.
- III. No útiles.

Útiles básicas:

- a) Suspensión de sustancias hepatotóxicas.
- b) Reposo.
- c) Dieta.

El reposo no será ilimitado; la movilización será progresiva. La dieta: Tomará en consideración tanto la intolerancia como los gustos del enfermo. No se suspenderán las grasas. Proteínas en normal cantidad o menos, y si no hay retención de líquidos no se restringirá la sal. Los hidratos de carbono en cantidad normal.

Medidas poco útiles: ACTH y corticoesteroides. Su indicación sería: casos rebeldes, y en la forma colangítica de la hepatitis.

Inconvenientes: En el 25% de los casos se producen recaídas de hepatitis, debido probablemente a que se interfieren en los procesos naturales inmunológicos, y a veces a que la curación no se ha completado. Se producen mejorías y estados de euforia artificiales que engañan a médico y enfermo.

Si hay mucha adinamia, se administrarán a dosis suficientes, no exageradas, y manteniéndolas por el tiempo necesario.

Vitaminas. La dieta bien instituída las contiene en cantidad suficiente; lo mismo en el caso de aminoácidos y glucosa parenterales.

La insulina y soluciones dextrosadas, tal vez como psicoterapia. Los lipotrópicos completamente inútiles, y a veces contraindicados, como en el caso de la metionina que interfiere la transformación normal del amoníaco y su detoxicación.

Insuficiencia aguda grave.

Caracterizada ésta por estado de coma y síntomas neuropsiquiátricos.

Su tratamiento: Reposo, dicta; si es posible la alimentación oral, se administrarán *pocas proteínas*.

Tratar la causa; por ejemplo, en caso de hemorragia gastrointestinal: lavado gástrico, transfusiones, mantenimiento del equilibrio hidroelectrolítico y, fundamentalmente, *esterilización del medio intestinal* para evitar el aumento del amonio sanguíneo. Neomicina, un gramo cada 6 horas. Se puede asociar a la tetraciclina.

Medidas poco útiles:

- 1º Con el fin de reducir el amonio sanguíneo:
 - a) Acido glutámico;
 - b) Arginina, y
 - c) Glutamato de arginina.
- 2º Oxígeno a permanencia.

Proscribir:

- a) Dieta alta en proteínas.
- b) Cloruro de amonio, urea.
- c) Diuréticos, por ejemplo, la clorotiazida, que bloquea la transformación del amonio.
- d) Resinas de intercambio catiónico, que liberan amonio.

Conclusiones.

- 1º La insuficiencia hepática constituye la base fisiopatológica de un diagnóstico integral.
- 2º Toda insuficiencia hepática muestra cambios histopatológicos más o menos característicos, y en mayor o menor intensidad.
- 3º No hay correspondencia entre la insuficiencia y la lesión anatomopatológica.
- 4º Los datos de laboratorio, cuadro clínico y alteraciones morfológicas no siguen un curso paralelo.
- 5º El grado de insuficiencia no depende del tipo de necrosis o daño cualquiera, sino de la *extensión*.