



## P-058 - HEPATITIS ISQUÉMICA POR DESHIDRATACIÓN

R. Velasco López, R. Martínez Díaz, M. Gonzalo Martín, M. Rodríguez López, S. Mambrilla Herrero, P. Merino, L.M. Díez González, B. Pérez Saborido, J.I. Blanco Álvarez y E. Asensio Díaz

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

### Resumen

**Introducción:** La hepatitis isquémica es una entidad clínica inusual, con una incidencia en torno al 0,16-0,5% de los pacientes ingresados, siendo más frecuente en edades avanzadas y cuando existen patologías cardíacas de base, que en muchos, condicionan una congestión pasiva venosa hepática. La presencia de hipotensión o hipovolemia significativas, suelen ser las responsables de la reducción del flujo hepático, con la aparición de un daño hipóxico y necrosis centrolobulillar, en ausencia de infiltrado inflamatorio. Analíticamente se caracteriza por una elevación, aguda y reversible, de las transaminasas, más de 20 veces su valor normal, en ausencia de hepatopatía tóxica o viral. Una vez controlado el factor causal y la enfermedad de base, el cuadro se soluciona en 7-10 días. Sin embargo, hasta un 50% de los pacientes pueden fallecer en las semanas próximas por la gravedad de su patología crónica.

**Caso clínico:** Mujer, 73 años, con antecedentes personales de HTA, ulcus duodenal sangrante, cardiopatía isquémica, insuficiencia aórtica moderada-grave y ACV isquémico. Ingresa en Medicina Interna por un cuadro sincopal secundario a vómitos biliosos de 24h de duración. Asocia dolor abdominal intermitente de 3 semanas de evolución, que se ha intensificado. A las pocas horas, comienza con inestabilidad hemodinámica, TA 84/59, saturación de  $O_2$  60%, acidosis metabólica y fracaso renal agudo, que no se logran remontar con aporte de fluidos, precisando ingreso en la unidad de Cuidados Intensivos. Se realiza un TC abdominal con contraste intravenoso, donde se objetiva áreas hipodensas, periféricas, en ambos lóbulos hepáticos, y en riñón izquierdo, compatibles con lesiones isquémicas o traumáticas, además de importante arteriosclerosis aorto-iliaca, con estenosis-trombosis de arteria hepática propia y arteria renal izquierda, con signos de hemorragia submucosa a nivel de las asas de delgado localizadas en el hipocondrio derecho. Tras su ingreso en UCI, con ventilación mecánica y fármacos vasoactivos en altas dosis, se desestimó tratamiento quirúrgico dada la afectación vascular difusa y la patología de base. A las 48 horas, la paciente desarrolló shock refractario con fallo multiorgánico y exitus.

**Discusión:** La hepatitis isquémica se asocia a factores cardíacos (arritmias, embolias, taponamiento...), pulmonares (EPOC, SAOS...) o hipovolémicos (hemorragias, poliuria, vómitos...). A pesar de que la mayoría de las ocasiones supone un cuadro subclínico, autolimitado, con una gran alteración analítica, otras, puede producir alteraciones del estado mental con fracaso multiorgánico y desenlace fatal, más aún si existe hepatopatía crónica o insuficiencia cardíaca congestiva. No existe un tratamiento específico, solo el soporte hemodinámico y la estabilización de la patología de base contribuyen al control del cuadro.