

El tratamiento de la insuficiencia hepática

LUIS LANDA

EN EL TRATAMIENTO de la insuficiencia hepática deben considerarse las mismas divisiones clínicas a que se ha hecho mención en los trabajos presentados previamente, o sea la insuficiencia aguda benigna, aguda grave y la crónica.

En la insuficiencia aguda benigna, cuyo ejemplo más común es la hepatitis infecciosa por virus, el reposo es un recurso terapéutico importante. Mientras el enfermo tenga ictericia y astenia, y mientras las pruebas de funcionamiento del hígado muestren más de dos miligramos de bilirubina directa y más de 10 por ciento de retención de la bromosulfaleína, el paciente estará en cama. Cuando dichas pruebas mejoren, junto con el cuadro clínico, se le permitirá deambular en su habitación y recuperar gradualmente su actividad normal, aunque con cierta limitación de esfuerzo físico. Las reacciones de floculación frecuentemente quedan positivas varias semanas y no son indicio de actividad del proceso morboso que afecta al hígado, por lo cual no deben tomarse como un índice para empezar a movilizar al enfermo.

El segundo punto de importancia en el tratamiento de la insuficiencia hepática aguda benigna, es la dieta. En el período prodrómico y en los estadios iniciales del período icterico el paciente se queja de anorexia, náusea y astenia acentuada. Es frecuente que el médico trate de forzar una dieta alta en calorías en esta fase de la enfermedad consiguiendo solamente aumentar las náuseas y la disminución del apetito. El criterio general es de que se debe respetar este tipo de síntomas sin forzar al enfermo a ingerir determinada cantidad de alimentos, sino más bien esperar a que recupere el apetito, tolere la dieta considerada como ideal que es rica en calorías, proteínas e hidratos de carbono y normal en grasas. Otro error frecuente consiste en reducir la cantidad de grasas de la dieta, pensando que no es posible que sean digeridas por un paciente

que presenta insuficiencia hepática. Se ha demostrado que estos enfermos toleran una dieta normal en grasas, lo que facilita la ingestión de los alimentos ya que la reducción considerable de las grasas hace que estos sean insípidos y menos tolerados por el paciente. En el período de astenia, anorexia y náuseas puede ayudarse al enfermo con tratamiento sintomático, dentro del cual los antihistamínicos tienen un efecto favorable en la disminución del reflejo nauseoso y pueden ser usados sin peligro de daño hepático. Se ha usado como tratamiento sintomático de la anorexia a los esteroides suprarrenales, ya que favorecen la reaparición del apetito y quitan la astenia, este procedimiento no deben usarse en la insuficiencia hepática aguda benigna, porque tiene el riesgo, según algunos autores de interferir con los procesos inmunológicos y si se trata de alguna infección por virus, disminuye la capacidad del organismo para producir anticuerpos contra estos microorganismos, provocando cierta tendencia a las recaídas. Las hormonas anabólicas derivadas de la testosterona y con escasa acción androgénica son muy útiles, ya que favorecen la recuperación del apetito y disminuyen notablemente la astenia, sin que tengan efectos secundarios indeseables. En lo que se refiere a los complementos en la alimentación, la glucosa es uno de ellos y puede ser usado además de la dieta, en forma de polvo por vía oral. Es frecuente administrar la glucosa por vía endovenosa en cantidades pequeñas, lo que no representa ningún beneficio para el paciente y sí la inconveniencia de las inyecciones diarias; el paciente que puede tolerar la glucosa por vía oral, puede recibir mayores cantidades y con menores molestias. Los concentrados de proteínas solamente se usarán cuando el paciente no ingiera suficiente cantidad de las mismas en forma de alimentos. Se puede administrar complementos de vitaminas sobre todo del tipo complejo B. Los lipotrópicos no tienen ninguna aplicación en el tratamiento de la insuficiencia hepática, ya que se ha demostrado que solamente en forma experimental tienen cierta acción en ratas con alimentación deficiente, para prevenir la formación de esteatosis hepática, pero en el humano no tienen ninguna utilidad, ya que la dieta lleva cantidad suficiente de lipotrópicos y un exceso no favorece ni acelera la recuperación.

En lo que se refiere a la insuficiencia hepática crónica, el reposo sigue siendo uno de los medios terapéuticos importantes y deberá ser usado siempre que exista cierto grado de insuficiencia; si la insuficiencia es más acentuada, es claro que el reposo deberá ser absoluto y a medida que el paciente mejora, hasta llegar a quedar con insuficiencia ligera, este reposo absoluto se hace menos drástico y el paciente puede deambular

y reanudar una actividad en donde el esfuerzo físico sea moderado. La dieta ideal del paciente con insuficiencia hepática crónica, es alta en calorías —alrededor de 3,000—, alta en proteínas también alrededor de 100 gr. de proteínas diariamente, alta en hidratos de carbono y normal en grasas. Igual que en el capítulo anterior se pueden usar la glucosa o los concentrados de proteínas o las vitaminas como complementos de la alimentación, pero teniendo en cuenta que una dieta bien balanceada no necesita complementos. Estos dos puntos el reposo y la dieta, constituyen la parte más importante en el tratamiento de la insuficiencia hepática, ya que no se cuenta con un medio terapéutico que vaya a influir directamente en el funcionamiento de la celdilla hepática. El resto de las medidas terapéuticas se dirigen especialmente a corregir las manifestaciones sintomáticas de la insuficiencia hepática. Así cuando el paciente presenta ascitis y edemas, la dieta deberá ser pobre en sodio a la cual se agregarán diuréticos, los cuales pueden ser de varios tipos: el diurético mercurial es el más usado y el que presenta menos riesgos; la clorotiazida es también un diurético de buen efecto, pero tiene la desventaja de provocar diuresis de potasio con lo que a la larga puede llegar a provocar depleción de este electrolito y necesitar agregar potasio en la dieta o inclusive por vía parenteral. La combinación de los dos, la clorotiazida y el mercurial, parece potenciar el efecto de ambos y llega a dar diuresis más satisfactorias; los inhibidores de la amino-oxidasa del tipo Diamox tienen una acción menos buena desde el punto de vista diurético y tienden a estar relegados a un segundo plano. La albúmina humana concentrada pobre en sodio tiene un efecto diurético importante, pero tiene los inconvenientes de su alto precio y el provocar aumento del volumen sanguíneo lo cual puede llegar a ocasionar hemorragias por ruptura de várices esofágicas. Las paracentesis abdominales deberán estar reservadas para los casos para los cuales la distensión abdominal es tan importante que dificulta la función respiratoria y también la ingestión de alimentos; en estos casos deberá hacerse punción parcial de la ascitis, cuidando que el paciente no ingiera gran cantidad de agua después de la punción, puesto que ésto provoca dilución del sodio circulante y hace aparecer síntomas graves de hiponatremia. Prácticamente en ningún caso se considera necesario hacer paracentesis abdominal con extracción total de líquido, ya que representa una pérdida importante de sodio y de albúmina.

Respecto a las otras manifestaciones sintomáticas de la insuficiencia hepática, la tendencia hemorrágica no es susceptible de ser corregida por la administración parenteral de vitamina K, a menos que haya obstrucción

biliar que dificulte su absorción a partir de intestino por ausencia de bilis en el mismo, disminución de la emulsificación de las grasas y por consiguiente también disminución de la absorción de las vitaminas liposolubles. En los casos en los cuales la tendencia hemorrágica está aumentada por insuficiencia hepática, el único medio terapéutico para disminuir el alargamiento del tiempo de protrombina, es la administración de sangre fresca que contenga factores que intervienen en la generación de la tromboplastina y que están producidos en forma insuficiente por el hígado enfermo.

En la insuficiencia hepática crónica hay que tener en cuenta los factores etiológicos conocidos como son el alcoholismo y la desnutrición, la obstrucción biliar, la congestión pasiva crónica y los trastornos del metabolismo como en los casos de hemocromatosis o enfermedad de Wilson. Es claro que si estos factores tienen facultad de provocar lesión hepática, se tratará de corregirlos en un paciente que ya la presenta y así deberá proscribirse el alcohol, si existe obstrucción biliar deberá ser tratada por medios quirúrgicos, si existe congestión pasiva crónica deberá dirigirse la terapéutica también a la esfera cardíaca. Las infecciones intercurrentes, sobre todo en las vías respiratorias tienen un efecto altamente nocivo en la insuficiencia hepática por lo cual deberán ser combatidas con prontitud.

De los otros recursos terapéuticos usados, los lipotrópicos no tienen ninguna acción importante cuando el paciente ingiere una dieta adecuada. El extracto de hígado por vía parenteral no tiene tampoco ninguna razón de ser administrado, puesto que no contribuye a regeneración alguna en el hígado y hay otros medios para obtener el efecto sintomático que se dice tiene el extracto de hígado, o sea mejorar la anorexia. Los hidrolizados proteícos no deberán administrarse, puesto que son más caros que una dieta que contenga proteínas y en los pacientes que no puedan ingerir alimentos por presentar insuficiencia grave, son perjudiciales por elevar el amonio en la sangre. Las hormonas de la corteza suprarrenal y la hormona adrenocorticotrófica tienen como único efecto provocar cierta euforia en el paciente y mejorar la anorexia. Fuera de estos efectos sintomáticos, no tienen acción alguna en la regeneración de la celdilla hepática y si pueden presentar efectos indeseables como son en algunos casos la retención de sodio y por consiguiente de líquido, la producción de úlcera péptica o de psicosis. La metiltesterona por vía sublingual deberá reservarse para aquellos casos de cirrosis biliar con

prurito acentuado, en los cuales mejora el prurito sin que se tenga una explicación adecuada para este efecto terapéutico.

Cuando un caso de insuficiencia aguda benigna o de insuficiencia crónica se agrava, constituyendo la insuficiencia hepática aguda grave, el tratamiento deberá ser modificado. En estos casos indudablemente el reposo absoluto está condicionado no solamente por la necesidad terapéutica sino por la imposibilidad del paciente para deambular. En estos casos los síntomas neurológicos son muy importantes, como se mencionó en las pláticas anteriores, y tienen relación estrecha con la elevación de sustancias nitrogenadas en la sangre, representadas por el aumento del amonio. Como se había visto el origen del amonio sanguíneo tiene relación estrecha con la cantidad de proteínas ingeridas en la dieta o en algún paciente que tenga hemorragia gastrointestinal, con la presencia de sangre en tubo digestivo, la cual es metabolizada por las bacterias intestinales provocando un aumento del amonio en la porta, el cual pasa a través del hígado insuficiente, o por las colaterales a la circulación general provocando los síntomas neurológicos. Es claro entonces que cuando aparezcan los trastornos neurológicos de la insuficiencia hepática grave lo primero que deberá hacerse es reducir o suprimir la cantidad de proteínas de la dieta, de acuerdo con la intensidad de los síntomas y administrar alimentación a base de hidratos de carbono por vía oral o en forma de suero glucosado por vía endovenosa. Además hay que eliminar lo que tenga de proteínas, la luz intestinal por medio de laxantes y enemas y aún más, disminuir la actividad de las bacterias por medio de antibióticos por vía oral, que pueden ser desde las sulfas de acción intestinal, o los antibióticos de amplio espectro como la neomicina, la Kanamicina, o las tetraciclinas. Con ésto se disminuye la producción de amonio a partir de intestino. El exceso de amonio circulante puede ser reducido con la administración de glutamato de sodio o de arginina, los cuales intervienen en el metabolismo del amonio en el ciclo de Krebs y de la úrea. La administración de estas sustancias provoca disminución de la cantidad del amonio circulante, pero solamente mientras están siendo administradas, pues en cuanto se suspende su administración, la cifra de amonio vuelve a elevarse si el proceso morbo del hígado continúa presentando insuficiencia grave. La administración de cortisona o de ACTH en la insuficiencia hepática aguda grave ha sido informada por algunos autores como de gran utilidad, pero estudios posteriores han mostrado resultados discordantes, ya que en la mayoría de los casos no se observa ningún beneficio.

Si se presentan hemorragias en el curso de esta exacerbación aguda grave de la insuficiencia hepática, puede pensarse que sea por ruptura de várices en cuyo caso está indicado el tratamiento de esta complicación con báñon esofágico y transfusiones, teniendo en cuenta que siempre hay cierto aumento de la tendencia hemorrágica por lo cual se ha de preferir como se mencionó antes, la administración de sangre fresca.

Cuando un paciente en insuficiencia grave del hígado presenta ascitis y edema está contraindicada la administración de dieta pobre en sodio, diuréticos o paracentesis, ya que se ha visto en muchos casos que la administración de diuréticos es capaz de hacer entrar en coma al paciente, igual que la punción abdominal, los cuales provocan rápidamente aumento de la hiponatremia ya existente.

En esta somera revisión del tratamiento de la insuficiencia hepática, nos damos cuenta que no existe un medio terapéutico único que pueda mejorar el funcionamiento de la célula hepática deficiente, como podría pensarse que actuaría la digital en la insuficiencia cardíaca o la atropina en los espasmos gastrointestinales. Por eso todos los medios terapéuticos mencionados son indirectos, destinados a poner en reposo a la celdilla hepática y favorecer la tendencia natural hacia la mejoría. Así pues el reposo y la dieta constituyen los medios más eficaces en el tratamiento y los demás solamente representan un esfuerzo para corregir las manifestaciones sintomáticas de la insuficiencia hepática.