

# Caso clínico de autodiscusión

Dr. Carlos García Calderas\*

## Instrucciones

Esta es una Unidad de Autodiscusión diseñada para que aprenda a reconocer situaciones específicas, tales como se presentan en la vida real. Constituye un tipo de material didáctico que, además de permitirle la valoración de su capacidad de detección y manejo de problemas, le instruye para que lo haga de manera adecuada, si es que la desconoce. La unidad consta de tres partes que son:

1. La presentación del problema.
2. La exposición de las posibilidades de manejo del problema.
3. El análisis de las decisiones para el manejo del problema.

La primera parte lo coloca a usted delante de un problema real, y le proporciona todos los datos necesarios para que pueda empezar a tomar decisiones.

En la segunda parte, existe una serie de secciones colocadas en orden alfabético que presentan diferentes posibilidades de actuación; de entre ellas, usted deberá escoger la más conveniente para la solución del problema planteado. A menos que reciba indicaciones específicas, sólo podrá escoger una posición de entre las cinco presentadas en cada sección. Una vez seleccionada la posibilidad que consideró adecuada, deberá pasar a la tercera parte de la unidad y revisar el párrafo que corresponda al número que se encuentra entre paréntesis al final de la opción escogida.

La tercera parte le proporcionará amplia información acerca de la repercusión que sus decisiones van teniendo sobre el problema que está manejando. Toda la información contenida en esta parte se encuentra separada en párrafos identificados con números que

corresponden con los que se encuentran al final de cada una de las opciones de las diferentes secciones de la segunda parte. Para evitar que usted se distraiga con información que no ha solicitado, los párrafos están colocados en desorden, y cada uno de ellos contiene, además, todas las instrucciones necesarias para que pueda seguir adelante con el manejo del problema. Ponga mucha atención en el contenido de esta tercera parte, ya que no podrá pasar de una decisión a otra mientras no haya recibido indicaciones precisas.

EMPIECE AHORA CON LA PRIMERA PARTE

## Primera parte

### Caso clínico

Hombre de 37 años que presenta un cuadro clínico de 5 meses de evolución, que se inició con astenia, anorexia, pérdida leve de peso y posteriormente distensión abdominal, ictericia, coluria, edema de piernas y oliguria.

Tiene antecedente de un hermano muerto por hepatopatía no precisada. Dos años antes de su padecimiento lo operaron de hernioplastia inguinal, intervención en la que le administraron diversas soluciones parenterales. Es alérgico a un antibiótico, pero no precisa cuál. Padece con frecuencia de cuadros de faringoamigdalitis para los que se automedica con eritromicina. Ingiere bebidas alcohólicas desde su juventud, principalmente los fines de semana; fuma desde los dieciocho años media cajetilla de cigarrillos.

En la exploración física se le encuentra con sobrepeso de 18 por ciento, existe ictericia apreciable en conjuntivas, la faringe está enrojecida, tiene tres ganglios submaxilares palpables de 1.5 cm de diámetro. Los ruidos

\* Profesor de Introducción a la Clínica. Facultad de Medicina, UNAM.

cardiacos son rítmicos con acentuación del segundo ruido pulmonar; en el abdomen se encuentra red venosa visible en su mitad superior, hígado con aumento de consistencia, superficie irregular, no doloroso y con discreto aumento de volumen; no se palpa el bazo; la palpación de la fosa iliaca derecha produce dolor. Es dudosa la existencia de ascitis; los testículos son pequeños y se encuentran hemorroides mixtas, hay edema discreto en tobillos.

La T.A. es de 125/85 mmHg, temp. 36.8°C. El resto de la exploración sin datos patológicos.

PASE AHORA A LA SECCION "A" DE LA SEGUNDA PARTE.

### Segunda parte

SECCION A. Con la información proporcionada se puede hacer el diagnóstico de:

- a) Hepatitis alcohólica (19)
- b) Colestasis por fármacos (09)
- c) Cirrosis hepática (23)
- d) Hepatitis viral "B" (04)
- e) Hepatitis crónica activa (17)

SECCION B. Una manifestación clínica que se encuentra con frecuencia en esta enfermedad es:

- a) Erupción cutánea (14)
- b) Prurito intenso (01)
- c) Nevo aráneo (21)
- d) Colitis (06)
- e) Fiebre (12)

SECCION C. La causa más probable de este padecimiento es:

- a) Ingestión breve e intensa de alcohol (15)
- b) Una respuesta de hipersensibilidad (02)

- c) La partícula "Dane" de 42 nM (11)
- d) Un factor inmunológico (25)
- e) Ingestión crónica de alcohol (07)

SECCION D. Una complicación que se puede presentar en estos casos es:

- a) Evolución a la forma fulminante (05)
- b) Evolución a cirrosis (22)
- c) Evolución a la forma crónica activa (13)
- d) Formación de cálculos biliares (20)
- e) Hemorragia por ruptura de várices (03)

SECCION E. El tratamiento se hace fundamentalmente con:

- a) Medicamentos "hepatoprotectores y hepatorregeneradores" (24)
- b) Suspensión del medicamento agresor sospechoso (10)
- c) Esteroides y azathioprina (18)
- d) Supresión del hábito alcohólico, reposo y dieta adecuada (08)
- e) Reposo y dieta adecuada (16)

### Tercera parte

#### Información

01. Este síntoma debido al depósito de sales biliares en la piel, llega a ser en algunos enfermos que sufren éstasis biliar, una manifestación muy molesta que limita el disfrute del sueño y produce tal escozor que los enfermos se rascan con tal intensidad que se provocan efracción de la piel. Es muy intenso en cuadros de colestasis cualquiera que sea su origen; se puede presentar en hepatopatías difusas de tipo inflamatorio y necrótico, sin embargo, en estas últimas, la expresión puede no ser intensa. Los enfermos cirróticos cursan con prurito sólo cuando se asocia éstasis biliar notable, que ocurre cuando el pro-

ceso inflamatorio se encuentra en auge; fuera de esta situación no es una manifestación prominente ni frecuente. Sí en cambio lo es en algunas hepatitis agudas y crónicas y en la cirrosis biliar, primaria o secundaria, que son formas de cirrosis poco frecuentes en comparación con la cirrosis alcohólica.

La cirrosis alcohólica no suele compararse de xantelasma ni xantomias y tampoco requiere tratamiento sintomático en la mayoría de los casos.

Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

02. El hígado puede dañarse por la acción de diversas sustancias, unas, utilizadas como medicamentos, otras de uso industrial o de otro tipo. El daño se puede presentar por acción directa, tóxica, proporcional a la dosis y el tiempo de exposición como lo es el alcohol, tetracloruro de carbono, tricloroetileno, fósforo amarillo, algunos hongos venenosos. En otras ocasiones, la alteración hepática se produce por una respuesta de hipersensibilidad, en la cual dosis pequeñas pueden despertar alteraciones del parénquima y de los canalículos biliares con inflamación y edema, o bien lesiones más amplias. Algunos medicamentos y algunas otras sustancias pueden provocar este daño por hipersensibilidad, tal es el caso de la isoniacida, eritromicina, halotano, esteroides anabólicos, anticonceptivos bucales, cloropropamida y metimazol entre otros. La respuesta de hipersensibilidad puede presentarse con las primeras dosis, la respuesta puede ser inmediata o tardía; el proceso patológico puede ser pasajero o persistente. Incluso, se ha considerado a algunas de estas sustancias como disparadoras de hepatitis crónica activa.

Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

03. Son diversas las complicaciones que se presentan con las hepatopatías agudas o crónicas y en relación con las diversas formas de daño hepático por alcohol, las

complicaciones dependen en mucho de la cantidad de alcohol ingerido. Una complicación muy grave de la cirrosis y también de los cuadros que producen hipertensión portal, es la hemorragia por ruptura de várices esofágicas; la ruptura se presenta por erosión debida a reflujo gastroesofágico, por acción directa de alimentos duros, o bien se rompen por el aumento brusco de la presión como ocurre en esfuerzos muy intensos como tos o vómito. La hemorragia suele ser profusa y producir con frecuencia estado de choque hipovolémico. Constituye junto con el coma hepático, las dos causas principales de mortalidad en el cirrótico.

Seleccione una opción de la sección E para seguir adelante.

04. Esta enfermedad se contrae las más de las veces por la aplicación de sangre entera o sus derivados contaminados o por inyecciones con material en las mismas condiciones; si bien no se excluye por completo la transmisión fecal-oral. Se presenta por lo general en adultos a diferencia de la de tipo A que es más frecuente en niños y jóvenes. La evolución es de varias semanas luego de un periodo de incubación variable de seis semanas a cuatro meses en promedio; las manifestaciones son las de síndrome icterico e insuficiencia hepática, con síntomas generales en especial anorexia y postración. La evolución en la mayoría de los casos es hacia la recuperación anatómica y funcional, aunque en algunos casos puede presentarse otro tipo de evolución incluso a la muerte. Se cuenta para el diagnóstico con las pruebas habituales de la función hepática, y en particular con la determinación de antígenos de superficie y centrales (*core*) e incluso también de anticuerpos. Estos datos, junto con la biopsia hepática permiten establecer el diagnóstico. Se encuentra en discusión la posibilidad de que la enfermedad sea preludeo en algunas ocasiones de hepatocarcinoma.

Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

05. La evolución a la forma fulminante se presenta cuando existe necrosis externa del parénquima hepático de una manera rápida, tal como ocurre en algunas hepatitis que pueden tener evolución muy corta o fulminante; puede ser en las tóxicas, cuando la agresión es muy amplia y en las virales por virus "B". Las manifestaciones son las de insuficiencia hepática grave con alteraciones clínicas y de laboratorio, problemas de coagulación, ascitis, edema y finalmente la muerte, la cual se puede deber a hemorragia digestiva, como hepático, septicemia, insuficiencia respiratoria o insuficiencia renal. La tasa de mortalidad es del 80 por ciento. No forma parte de la historia natural de la cirrosis, aunque esta puede tener asociada un cuadro de hepatitis tóxica alcohólica como se observa en enfermos cirróticos que siguen ingiriendo grandes cantidades de alcohol en forma episódica.

Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

06. Se puede presentar este cuadro inespecífico en cualquier enfermedad hepática, aunque sin relación etiopatogénica con enfermedades del hígado, excepto en algunos casos como la asociación de la colitis crónica inespecífica con hepatitis tipo "B". En general, en las enfermedades hepáticas se presentan trastornos intestinales diversos, algunos de los cuales pueden semejar colitis por la existencia de dolor abdominal, diarrea y otras manifestaciones; sin embargo, no hay una asociación franca entre hepatopatías y colitis cualquiera que sea su tipo. Se recomienda, por otra parte, el uso de enemas y antibióticos no absorbibles para limitar la absorción de amonio en casos de hemorragia de tubo digestivo en un enfermo con insuficiencia hepática, que eventualmente lo podría llevar al estado de coma.

Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

07. El hábito alcohólico produce daño hepático en relación directa con la cantidad de

etanol consumida y también según la susceptibilidad individual y la existencia de otros factores agresivos como puede ser la desnutrición y otros procesos patológicos. Sin embargo, en ausencia de cualquiera otra causa, el etanol produce daño hepático que puede ser leve o muy grave. La ingestión crónica por diez años o más provoca en quienes lo ingieren las alteraciones propias de la cirrosis, la cual se instala muchas veces luego de fases previas de daño como esteatosis hepática y hepatitis alcohólica. La cirrosis no se presenta en todos los bebedores que ingieren grandes cantidades de alcohol de manera cotidiana (p. ej. un litro de una bebida destilada diariamente), sino sólo en aproximadamente uno o dos de cada diez. En algunos casos, la ingestión tiene que ser más prolongada, es decir quince o veinte años, aunque en otros, pueden requerirse menos años de ingestión cotidiana de alcohol para que se produzca la cirrosis, esto se aplica particularmente a las mujeres que son más sensibles a la hepatopatía alcohólica. El tipo de bebida consumida no tiene importancia, puede ser de baja graduación como cerveza o de alta como ron; lo que importa es la cantidad diaria de etanol ingerida.

Seleccione una opción de la sección D para seguir adelante.

08. Dada la carencia de elementos terapéuticos farmacológicos específicos para el tratamiento de las enfermedades hepáticas enlistadas en este caso problema, se emplean medidas higiénicas, dietéticas y medicamentosas inespecíficas encaminadas al mejoramiento y restitución hasta donde sea posible de la función hepática. Se indica por tanto reposo físico, reposo "metabólico" del hígado al suprimir hasta donde sea posible el metabolismo de compuestos que demanden un trabajo metabólico amplio del hígado; se acompaña esto de nutrición adecuada, con aporte conveniente de proteínas, carbohidratos, lípidos, vitaminas y minerales. Se eliminan los factores tóxicos que da-

ñen el hígado, particularmente el alcohol. Con el reposo, alimentación adecuada y supresión del alcohol se puede lograr mejoría o estabilización en muchos casos de cirrosis alcohólica, además de que es el único tratamiento racional disponible. Su respuesta es correcta, fin del problema.

09. En este cuadro se produce retención de pigmentos y de sales biliares por dificultad de su tránsito al nivel de las vías biliares intrahepáticas al nivel de conductillos, producida por edema e inflamación consecutivas a una respuesta peculiar de estas vías a la acción de algunos fármacos como la eritromicina y otros, que sin importar la dosis, producen en sólo algunos individuos, un estado de éstasis biliar pasajero que no se acompaña de alteraciones en la función hepática y en la que tampoco participan factores mecánicos de obstrucción de las vías biliares.

Las manifestaciones clínicas son la de síndrome icterico sin repercusión sobre las funciones orgánicas; una vez que cesa la acción farmacológica, el cuadro mejora y desaparece, excepto en los casos en los que la acción del fármaco sea de tipo "tóxico" como en caso de tetraciclina y acetaminofén que sí producen daño hepático.

Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

10. Existen medicamentos y otras sustancias que pueden dañar al hígado en su parénquima o en el árbol biliar. Esta afección puede ser por acción tóxica directa dependiente de la dosis y tiempo de exposición, o bien provenir de un fenómeno de hipersensibilidad idiosincrásico, no dependiente de dosis ni tiempo de exposición. Entre las sustancias tóxicas directas, con inclusión de los medicamentos, se encuentra el cloroformo, los metales pesados, el tetracloruro de carbono, el acetaminofén, la mercaptopurina y la tetraciclina. Entre los que producen daños por hipersensibilidad se encuentran la

clorotiacida, promacina, sulfadiacina, eritromicina, cloropropamida. Según el tipo de daño, puede ser reversible o no; en general, la suspensión del fármaco o sustancia que produzca daño por idiosincrasia, hace desaparecer el proceso patológico en la mayoría de los casos. La eliminación del alcohol en la cirrosis alcohólica no hace revertir las alteraciones hepáticas.

Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

11. Los virus son uno de los factores más importantes y frecuentes para la producción de daño hepático; son diversos los virus que pueden lesionar al hígado, si bien los más comunes son el virus de la hepatitis "A", el virus de la hepatitis "B" y uno o varios virus que se les ha llamado "no A, ni B". Se ha logrado la identificación directa o indirecta de estos (no de todos) por medio de la determinación de sus antígenos de la superficie o de su centro (*core*) y recientemente también anticuerpos. Se considera que la partícula de 42 nanómetros o Dane es el virus completo "B" que produce la hepatitis "sérica", la cual se puede presentar en cualquier miembro de la población, en especial adulto, aunque se infectan más fácilmente las personas que trabajan en laboratorios donde se maneje sangre; en unidades de diálisis; por lo que los médicos y también los dentistas forman la población de alto riesgo. El descubrimiento de los antígenos y anticuerpos de estos virus ha permitido hasta cierto punto tener un control más adecuado de los donadores de sangre y evitar la transmisión de la enfermedad por esta vía.

Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

12. Esta es una de las manifestaciones generales de enfermedad y se presenta por tanto en numerosos procesos patológicos, que incluyen a muchas enfermedades hepáticas, como las hepatitis, agudas o crónicas, también cuando el hígado participa de los procesos de hipersensibilidad.

En ocasiones se encuentra fiebre en la cirrosis, pero esto no es una manifestación común propia de la hepatopatía, pero sí puede presentarse por algún proceso infeccioso concomitante como tuberculosis o pielonefritis. La fiebre tiene características particulares, como el presentarse en la fase preictérica en las hepatitis o existir sólo febrícula en parte del curso de algunas hepatopatías crónicas. Las causas de la fiebre pueden ser las propias de un proceso infeccioso, o bien ser consecuencia de los procesos de necrosis y regeneración que se presentan en estas enfermedades y por lo general no es una manifestación prominente de la cirrosis.

Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

13. La transformación o evolución a la forma crónica activa se presenta en algunos casos de hepatitis por virus "B", aunque también puede presentarse, pero raramente, luego de infección por virus "no A, ni B" e incluso posterior a hepatitis "A". También se ha descrito esta evolución luego de la ingestión de algunos fármacos como ofinesisatina, alfa metildopa, e isoniacida. No se ha podido precisar la razón de la evolución a la forma crónica activa en algunos de estos enfermos. Parece ser que se perpetúa el agente agresor (virus B) o bien es un mecanismo autopersistente, que una vez iniciado continúa su evolución, aunque haya desaparecido el agente agresor inicial. Se trataría de un factor inmunológico alterado, tal vez autoinmune. A veces la forma crónica activa acompaña a la cirrosis o es seguida por ésta, pero no es una complicación de la misma.

Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

14. Esta manifestación de presentación fundamental en el tronco, no es frecuente ni persistente y se le ha considerado como expresión de una respuesta de hipersensibilidad o inmunológica; ya que se encuentra asociada con frecuencia a artritis,

gias, artritis, eritema nudoso, pericarditis, síndrome seco y también a otras manifestaciones extrahepáticas como amenorrea, acné; pleuresia, anemia y azoemia. Es más frecuente en las mujeres y en ocasiones forma parte del cuadro de hepatitis crónica. La erupción cutánea no tiene manifestaciones características en su forma de presentación ni en su distribución topográfica. A las manifestaciones cutáneas y generales se les consideró en algún tiempo como de lupus eritematoso, aunque esto ya no se acepta en la actualidad.

Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

15. El alcohol produce daño hepático y a otros órganos dependiendo de la cantidad ingerida y la duración de la ingestión. Estas alteraciones se producen independientemente del tipo de bebida, sea fermentada o destilada, ya que es el etanol contenido en estas bebidas el factor tóxico. La toxicidad del alcohol se produce cuando además de la cantidad ingerida, existe susceptibilidad de la persona. Por ejemplo, las mujeres son más sensibles que los hombres a la acción del alcohol. El daño hepático por alcohol puede ser desde hígado graso, hasta cirrosis alcohólica, pasando por fases de fibrosis hepática o hepatitis alcohólica; estos trastornos pueden o no ser secuenciales y en algunos enfermos coexiste más de una entidad de las señaladas. La ingestión breve y en gran cantidad de alcohol produce daño independientemente de la alimentación; se puede producir hepatitis tóxica, llamada así porque se considera tóxico al alcohol en relación directa, es decir, no es daño por hipersensibilidad sino de acuerdo con la dosis ingerida. Esta ingestión breve puede ser de horas o de pocos días y no produce daños que conduzcan directamente a la cirrosis y sí en cambio se puede presentar gastritis erosiva, pancreatitis y otros trastornos.

Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

16. Hasta ahora no se dispone de medicamentos específicos para el tratamiento de muchas hepatopatías difusas (cirrosis y hepatitis), por lo que el tratamiento se encamina al mejoramiento de la función hepática y a limitación del daño, con el propósito de que la propia capacidad funcional del hígado le permita su recuperación. De esta forma, la dieta adecuada es uno de los elementos fundamentales del manejo del enfermo hepático, esta dieta debe contener nutrientes de buena calidad y en proporción adecuada a las necesidades del enfermo y la capacidad metabólica hepática. El reposo físico es otro de los elementos fundamentales ya que permite una demanda menor al hígado y permite también que éste “repose”; la duración de este reposo varía según las manifestaciones clínicas y de laboratorio y se indica por lo general durante varias semanas. La nutrición adecuada y el reposo físico son muy valiosos, pero son insuficientes para el manejo de la cirrosis alcohólica.

Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

17. Esta enfermedad, como su nombre lo indica es de curso crónico, que se manifiesta por alteraciones clínicas o solamente por modificaciones en algunas de las pruebas de la función hepática; si bien, en muchos casos se presentan ambos tipos de alteraciones. Existen otras formas de hepatitis crónica, como la persistente, que tiene una evolución más tenue en cuanto a severidad. Esta forma “activa” se presenta por lo general junto con enfermedad por complejos inmunes como el lupus eritematoso o bien luego de algunas hepatitis por virus. Se desconoce con precisión su etiología, aunque parecen existir factores de autoinmunidad que perpetúan la enfermedad.

Se manifiesta con datos de insuficiencia hepática de curso oscilante, es decir periodos asintomáticos que se suceden con otros de manifestaciones clínicas que pueden persistir varias semanas o meses.

Hasta que finalmente se produce una lesión irreversible con necrosis y fibrosis y regeneración en nódulos o bien la enfermedad puede “apagarse” y no tener más manifestaciones que alteraciones leves de algunas pruebas de funcionamiento hepático.

Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

18. Se han empleado diversos medicamentos para el tratamiento de las enfermedades difusas del hígado, dentro de estos se encuentran los glucocorticoides y los inmunodepresores, empleados para deprimir o “modular” la respuesta inmune en los padecimientos en los que se ha considerado que participa un proceso de esta naturaleza. Su utilización sigue sujeta a controversia y en algunos tipos de hepatopatías se ha desechado su empleo. Sin embargo se siguen utilizando glucocorticoides en casos de hepatitis crónica activa y también en las formas “fulminantes” de hepatitis tóxica o de hepatitis por virus “B”. A veces, se utilizan en algunos casos de cirrosis biliar primaria. No tienen valor en otros tipos de hepatopatías de las enlistadas en este caso problema. Tampoco son de utilidad cuando se han establecido ya lesiones que no revierten a la acción de estos fármacos, como en el caso de cirrosis alcohólica.

Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

19. La hepatitis alcohólica se produce como consecuencia de la acción dañina del alcohol sobre el hígado; se presenta por lo general luego de ingestión amplia de bebidas alcohólicas por un corto periodo de tiempo. Es una de las formas de hepatitis “tóxica” y por tanto tiene semejanza con las debidas a solventes orgánicos, algunos hongos y otras sustancias nocivas para el hígado. Puede presentarse de manera aislada o en conjunción con cirrosis y por supuesto con otras enfermedades. El tipo de bebida no importa, pero sí su cantidad; es común que los enfermos in-

gieran 500 gramos diariamente de etanol por varios días para que se produzca esta afección.

Las manifestaciones clínicas y de laboratorio son las de hepatitis grave de evolución rápida que puede progresar a la muerte por hemorragia o insuficiencia hepática, o bien a una fase de recuperación cuando se suprime la ingestión alcohólica.

Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

20. La formación de cálculos biliares depende de diversos factores que actúan como predisponentes o como factores productores. Se puede citar entre ellos a la obesidad, pertenecer al sexo femenino, la multiparidad, el uso de anticonceptivos, la diabetes mellitus, las enfermedades hemolíticas crónicas, y por otra parte, las infecciones o anormalidades en vías biliares y en la producción y constitución química de la bilis. Estos factores, actúan por lo general de manera conjunta, y se produce la matriz del cálculo a base de colesterol o bilirrubinato de calcio principalmente, hasta que se llega a formar un cálculo grande o diversos pequeños. En las enfermedades enlistadas en el caso problema, aunque se producen alteraciones hepáticas y biliares diversas e incluso colestasis importantes, no se llega a alcanzar un daño tal de alteración biliar que produzca la formación de litiasis biliar.

Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

21. El nevo araneo o telangiectasia es una neoformación vascular, superficial, pequeña pero visible que se encuentra en la cara especialmente al nivel de la frente y los pómulos; en la mitad superior del tórax por su cara anterior. Consta de una parte central que tiene prolongaciones que semejan una "araña" de ahí el nombre; al hacer presión en el centro desaparece. No se ha aclarado con precisión su etiopatogenia y aunque se puede encontrar en sujetos que no sufren hepatopatía,

su presencia en enfermos cirróticos permite, en conjunción con los demás signos y síntomas reforzar la impresión diagnóstica. Ocasionalmente se puede presentar temporalmente en el curso de la evolución de hepatitis B, o de formas crónicas. En la cirrosis, el nevo aráneo no desaparece aun cuando mejore la enfermedad y tampoco es indicación del grado de afección, pero por lo general es un signo tardío.

Seleccione una respuesta de la sección C para seguir adelante.

22. En la historia natural de algunas hepatopatías se encuentra la evolución a la cirrosis, la cual por sí sola ha cursado en ocasiones con fases previas de esteatosis, fibrosis, o hepatitis alcohólica. La evolución a la cirrosis puede presentarse también en hepatitis virales que pasan a la forma crónica (activa) y luego a ser cirrosis. La propia hepatitis crónica, que se desencadena por muy diferentes causas, puede evolucionar hacia la cirrosis, sin que hasta la fecha se puedan determinar las razones precisas para ello. Esta evolución o transformación hacia cirrosis no se presenta luego de hepatitis por virus "A" ni tampoco luego de colestasis por fármacos, aunque la obstrucción crónica de vías biliares sí puede producir cirrosis biliar secundaria. En ocasiones, la evolución de algunas hepatopatías no es sólo hacia cirrosis sino también a hepatocarcinoma y se encuentra en investigación el papel que pudiera tener en ello el virus "B" de la hepatitis.

Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

23. En esta enfermedad de evolución crónica se producen alteraciones en diversos aparatos y sistemas como consecuencia de la insuficiencia hepática progresiva. Tiene diversas causas, aunque las principales son las relativas al daño hepático por diversas sustancias tóxicas, también puede ser conscutiva al daño hepático previo por virus u otros agentes. Tiene frecuencia alta en todos los países y en México

ocupa un lugar dentro de las 10 primeras causas de mortalidad general. La expresión clínica es variada y puede ser desde los casos prácticamente asintomáticos, hasta aquellos floridos con diversos síndromes como el síndrome de insuficiencia hepática, el icterico, el de hipertensión porta, el hemorragíparo y el de retención hidrosalina, entre otros. El curso es progresivo, en particular, si persiste el agente agresor; la muerte se presenta por lo general por coma hepático o por un episodio hemorrágico y no son raras las enfermedades intercurrentes como la desnutrición y la tuberculosis. La alteración hepática se manifiesta claramente en la alteraciones de diversas pruebas de función hepática. La biopsia, por punción percutánea o por algún otro método es el procedimiento preciso para hacer el diagnóstico.

Seleccione una respuesta de la sección B para seguir adelante.

24. Se han empleado muchos medicamentos con la intención de mejorar el hígado enfermo, ya que no es posible en las hepatopatías enlistadas en el problema, indicar tratamiento etiológico específico. Así, se han creado medicamentos que pretenden tener acciones "hepatoprotectoras y hepatoregeneradoras", constituidos por aminoácidos, extractos de tejidos, vitaminas y otras sustancias, con la intención de mejorar la función hepática. Sin embargo, no se ha demostrado su utilidad y solamente, en algunas ocasiones, se ha podido probar que tienen cierta acción protectora *antes* de que aparezca la lesión, pero no cuando ya se ha establecido. El manejo terapéutico en los cuadros enlistados es a base de medidas de sostén, reposo, buena alimentación y el evitar la administración de sustancias que dañen al hígado o le impongan una carga metabólica.

Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.

25. Se han implicado factores inmunológicos en muchas hepatopatías, y en algunas se han demostrado características autoinmunes. Se citan como ejemplo a la hepatitis crónica activa, la cual se desencadena por diversas causas, pero se puede perpetuar por un factor autoinmune; la cirrosis biliar primaria se considera también una enfermedad en la que participan de manera definitiva estos tipos de alteraciones. Es posible incluso que en otras formas de cirrosis, los aspectos inmunológicos participen aunque no sean los factores únicos o los principales. Para sustentar los factores autoinmunes en las enfermedades citadas, se han señalado diversos aspectos como el hecho de coexistencia con enfermedades autoinmunes como anemia hemolítica o porque existen anticuerpos contra mitocondrias, tiroides y músculo liso y también porque en ocasiones mejoran, como otras enfermedades por complejos inmunes, con el empleo de esteroides. En la cirrosis alcohólica, el factor tóxico es el etanol y el daño está en relación directa con la cantidad ingerida, aunque sólo de un 10 a un 20 por ciento de los bebedores "fuertes" desarrollarán esta enfermedad, lo cual indicaría susceptibilidad individual más que un factor inmunológico, que no se elimina, pero no constituye el factor principal.

Seleccione otra opción de esta misma sección antes de seguir adelante.



**Lecturas recomendadas:**

1. Isselbacher, Adams, Braunwald, Petersdorf, Wilson Harrison's Principles of Internal Medicine, 9a. edición, 1980 Mc Graw Hill.
2. Krupp M., Chatton M. Diagnóstico clínico y tratamiento, 17a. edición, 1982 El Manual Moderno.
3. Uribe M., Wolpert E. Diagnóstico y tratamiento de las enfermedades del hígado y de las vías biliares, 1982 Francisco Méndez Oteo, editor y distribuidor.

