



Viernes 15 de febrero de 2019

Seminario:

**El ABC de las hepatopatías
en la infancia**

Moderador:

Juan B. Machado Mellana

Pediatra. CS Miguel de Cervantes.

Alcalá de Henares. Madrid. Vocal de la AMPap.

Ponente/monitor:

■ **Iván Carabaño Aguado**

Médico adjunto. Sección de

Gastroenterología, Hepatología

y Nutrición Pediátrica. Hospital

Universitario 12 de Octubre. Madrid.

Textos disponibles en

www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Carabaño Aguado I. El ABC de las hepatopatías en la infancia. En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2019. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2019. p. 255-257.



Comisión de Formación Continua
de los Profesiones Sanitarios de
la Comunidad de Madrid

El ABC de las hepatopatías en la infancia

Iván Carabaño Aguado

*Médico adjunto. Sección de Gastroenterología, Hepatología y
Nutrición Pediátrica. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid.*

ivan.carabano@salud.madrid.org

El hígado es un órgano cuyo estudio asusta a los no iniciados. En el presente taller pretendemos conocer su estructura macro y microscópica, comprender los aspectos más básicos de su funcionamiento, saber leer los parámetros analíticos básicos relacionados con el hígado y ahondar en algunas de las enfermedades hepáticas más prevalentes.

RECORDATORIO ANATÓMICO Y FUNCIONAL

El hígado consta de dos grandes lóbulos, uno izquierdo y otro derecho, separados por una banda fibrosa: el ligamento falciforme. A su vez, tiene dos caras: una anterosuperior y una posteroinferior. Esta última, a su vez, se divide en dos lóbulos: el lóbulo cuadrado, por delante; y el lóbulo caudado, por detrás. Ambos están separados por un surco transversal llamado *porta hepatis*.

Desde un punto de vista microscópico, el hígado se dispone en acinos o lobulillos. Un lobulillo es el grupo de hepatocitos que circundan los llamados "espacios porta". Cada espacio porta contienen un pequeño terminal biliar, ramificaciones de la arteria hepática y de la vena porta, y pequeños vasos linfáticos. Entre las placas adyacentes de los hepatocitos hay espacios vasculares llamados "sinusoides hepáticos". Por último, en los extremos de cada lobulillo hay un radical venoso llamado "vena centrolobulillar".

Una de las particularidades del hígado es que recibe aferencias de sangre por dos vías, una arterial y una venosa, que confluyen: la arteria hepática y la vena porta. El drenaje hepático se canaliza a través de las venas suprahepáticas, que a su vez abocan a la vena cava inferior en condiciones normales.

La vía biliar está integrada por el conducto hepático (que canaliza el drenaje biliar del hígado) y el conducto cístico (que canaliza el drenaje biliar de la vesícula). Ambos se funden en el conducto colédoco, que desemboca en la segunda porción del duodeno, en la ampolla de Váter.

La compleja estructura del hígado le facilita desempeñar cuatro funciones de suma importancia: almacenamiento y filtración vascular; metabolismo de carbohidratos, lípidos y proteínas; coagulación, y excreción de biliar.

APLICACIÓN DE PARÁMETROS ANALÍTICOS BÁSICOS

¿Cómo saber que el hígado está inflamado?

La inflamación hepática, con destrucción secundaria de hepatocitos, genera una elevación de las transaminasas: aspartato aminotransferasa o transaminasa glutámico-oxalacética (AST o GOT) y alanina aminotransferasa o transaminasa glutámico-pirúvica (ALT o GPT). Aunque hay un paralelismo entre el grado de destrucción de células y la magnitud de dicha elevación, no necesariamente un cuadro clínico que curse con una gran elevación de transaminasas deriva en un mal funcionamiento del hígado. Un ejemplo de esto es la hepatitis A. Aunque hay hepatitis A fulminantes, lo habitual es que esta enfermedad sea un cuadro agudo de resolución espontánea.

¿Cómo saber que el hígado está funcionando mal?

Para saber si está comprometida la función hepática, hemos de consultar tres parámetros: la glucosa, la albúmina y el porcentaje de actividad de protrombina (como marcador de la coagulación). Los tres parámetros estarán bajos si el hígado funciona indebidamente.

¿Cómo saber si hay colestasis?

En primer lugar, estará elevada la bilirrubina total. En segundo lugar, la bilirrubina directa estará elevada (su valor será de al menos un 20% de la bilirrubina total). Por último, se elevará la fosfatasa alcalina y suele estar elevada la gamma glutamil transpeptidasa (GGT), aunque no siempre.

La combinación de estas tres alteraciones nos va a aportar el paso previo al diagnóstico del proceso que tenemos en manos.

ALTERACIONES HEPÁTICAS MÁS FRECUENTES EN LA INFANCIA

La alteración hepática que más frecuentemente nos vamos a encontrar en las consultas de Atención Primaria son las hepatitis inespecíficas que aparecen en un contexto de otra enfermedad infecciosa, como un simple catarro de vías altas, una gastroenteritis por rotavirus o una mononucleosis infecciosa. Por otro lado, dentro de las hepatitis específicas, la hepatitis A sigue siendo la más frecuente. En este sentido, hay que tener en cuenta la conducta epidemiológica a seguir.

La segunda alteración hepática que nos vamos a encontrar con más frecuencia es la hipertransaminasemia asintomática. Esto es: hacemos un análisis al paciente por el motivo que sea, y nos encontramos con una elevación de las transaminasas, sin que haya ningún otro síntoma guía. Este tipo de circunstancias puede facilitar el diagnóstico de otros procesos ocultos, tan diversos como una enfermedad celíaca, un déficit de alfa-1-antitripsina, un hipotiroidismo, una enfermedad de Wilson o una hepatitis autoinmune. Conviene tener en cuenta una sistemática para abordar correctamente y por etapas, de una manera razonable y eficiente este tipo de procesos. En este sentido, hay un protocolo muy práctico del grupo Gastrosur¹.

Dentro de los cuadros crónicos, la enfermedad hepática por hígado graso no alcohólica, actualmente conocida como hígado graso pediátrico, es la más prevalente en nuestro medio. El manejo de este problema ha cambia-

do en varias ocasiones en los últimos años. De pasar a ser una entidad temible, con una deriva preocupante (esteatosis-hepatitis-cirrosis-hepatocarcinoma), en la actualidad se estima que es una entidad de menor alcance que conviene controlar, especialmente si nuestro paciente mantiene unas cifras de GPT superiores a 70 UI/l². Este tipo de pacientes de riesgo sí que ha de seguir controles estrechos. En cualquier caso, todo niño con hígado graso rige que sobre él se aplique una revisión de sus hábitos de vida. En especial, en dos frentes. Por un lado, el dietético (se preconiza una reducción del consumo de azúcares libres y de la grasa saturada). Por otro lado, han de practicar ejercicio físico de manera regular. En el momento actual, no hay ninguna medida farmacológica que haya demostrado utilidad a la hora de resolver este proceso, ni de detener su evolución, ni siquiera en casos documentados de resistencia a la insulina.

BIBLIOGRAFÍA

1. Albañil R, Carabaño I, Galiano MJ, Guerra ME, Manzanares J, Medina E, *et al.* Hipertransaminasemia. Protocolos del Grupo Gastrosur. [Fecha de acceso 6 oct 2018]. Disponible en http://www.ampap.es/wp-content/uploads/2014/05/Hipertransaminasemia_2008.pdf
2. Vos MB, Abrams SH, Barlow SE, Caprio S, Daniels SR, Kohli R, *et al.* NASPGHAN Clinical Practice Guideline for the Diagnosis and Treatment of Non alcoholic Fatty Liver Disease in Children: Recommendations from the Expert Committee on NAFLD (ECON) and the North American Society of Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (NASPGHAN). *JPGN.* 2017;64:319-34.

