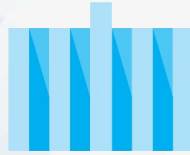




**Clínica  
Médica  
B**

Hospital de Clínicas  
Facultad de Medicina  
UDELAR  
Unidad Académica



HOSPITAL DE CLINICAS  
Dr. Manuel Quintela



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

# MANEJO DE COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS HEPÁTICA

ATENEO CLÍNICA MÉDICA B - Prof. Dra. Laura Llambí

---

Prof. Adj. Dra. Bernardi, Asist. Dres. Noboa, Quinteros. Res. Dres. Castillo,  
Morales. Pg. Dra. Vargas.

# HOJA DE RUTA

1- Presentación del caso clínico.

2- Revisión de la literatura:

- Anticoagulación en el paciente cirrótico.
- Trombosis venosa profunda y cirrosis hepática.
- Trombopprofilaxis en el paciente cirrótico.
- Manejo de ascitis refractaria: diagnóstico, tratamiento y rol del aporte de albúmina iv.

3- Mensajes finales.

SF, 66 años. Ciudad de la Costa. Autovalida.

Antecedentes personales:

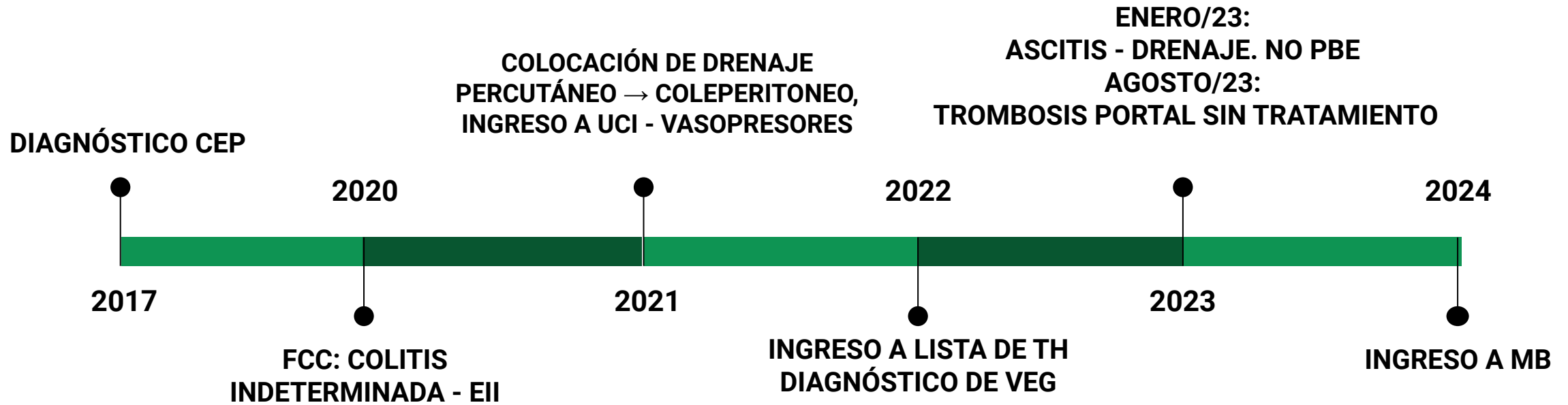
- DMIR en tratamiento con insulina NPH y ajustes con insulina cristalina. Mal control metabólico.
- Artritis reumatoidea diagnosticada hace más de 30 años, en etapa deformante. Recibe prednisona 2,5 mg/día, calcio y Vit D.
- Fractura de cadera derecha y hombro izquierdo (2022), sin resolución quirúrgica. Deambula sin apoyo.

## Antecedentes personales:

- Hepatopatía crónica en etapa de cirrosis, Child-Pugh B9, Meld 14, secundaria a colangitis esclerosante primaria (2017). Lista de espera para TH.
- 10/21 biopsia vía biliar negativa para malignidad. Posterior seguimiento imagenológico.

Tratamiento: espironolactona 25 mg/día, furosemide 20 mg/día, Ac. Ursodesoxicólico 500 mg/día.

# CRONOLOGÍA DE EVENTOS



# CASO CLÍNICO

Motivo de consulta: declinación funcional

Enfermedad actual:

Alteraciones  
conductuales y  
episodios  
confusionales



Síndrome  
pigmentario:  
ictericia y  
coluria



Distensión  
abdominal y  
deposiciones  
líquidas



Fiebre de hasta  
38° axilar

# CASO CLÍNICO

**Examen físico en emergencia:** Mal estado general, desorientada en tiempo y espacio. PA 110/70 mmHg.

PyM: ictericia universal. Sin lesiones equimóticas en piel.

CV y PP: sp

ABD: Distendido, no circulación colateral. Tumoración a nivel umbilical. Dolor a la palpación de HI. Signo de onda líquida. Matidez de flanco desplazable.

PNM: fuerza y sensibilidad globalmente conservada. No flapping. Signo de rueda dentada.

# PLANTEOS CLÍNICOS

**CIRROSIS DESCOMPENSADA**  
¿Acute on Chronic Liver Failure?

DIARREA

FIEBRE

DOLOR  
ABDOMINAL

ENCEFALOPATÍA  
HEPÁTICA

ASCITIS

¿DIARREA AGUDA?  
¿PBE?  
¿BACTERIEMIA PRIMARIA?



# PARACLÍNICA AL INGRESO

- Hb 12.7 g/dL - **GB 19320/ul (Neu 17450 /ul). PCR 92,2 mg/dL**
- LP: plaquetas aisladas y dispersas, macroplaquetas, 50.000-60.000/mm<sup>3</sup>
  
- Azo 57 mg/dL - Crea 0,85 mg/dL
- **Na 128 mEq/L - K 5,0 mEq/L - Cl 97 mEq/L**
  
- **BT 7.04 mg/dL - BD 5,89 mg/dL - BI 1.15 mg/dL, TGO 126 U/L, TGP 54 U/L, GGT 112 U/L, FA 209 U/L, Albúmina 2.20 g/dL**
- Crasis: TP 82% - INR 1,11
  
- Citoquímico Liq ascitis: Leucocitos 125/mm<sup>3</sup>, PMN 37, Cultivos (-).

# PARACLÍNICA AL INGRESO



**Ecografía de abdomen con doppler:**  
Hígado remodelado a expensas de hipertrofia del caudado, del segmento lateral del lóbulo izquierdo, atrofia del segmento 4. Ecoestructura de aspecto micronodular.

No se observan lesiones focales. Ascitis de moderada entidad.

Venas suprahepáticas permeables.

Vena porta de calibre habitual, con flujo hepatópeto y velocidad conservada.

**CIRROSIS DESCOMPENSADA**  
¿Acute on Chronic Liver Failure?

ENCEFALOPATÍA  
HEPÁTICA

ASCITIS

TRATAMIENTO

FUROSEMIDE  
ESPIRONOLACTONA

DIARREA

FIEBRE

DOLOR  
ABDOMINAL

¿DIARREA AGUDA?

¿PBE?

¿BACTERIEMIA PRIMARIA?

TRATAMIENTO EMPÍRICO  
CEFTRIAXONA  
LUEGO MEROPENEM

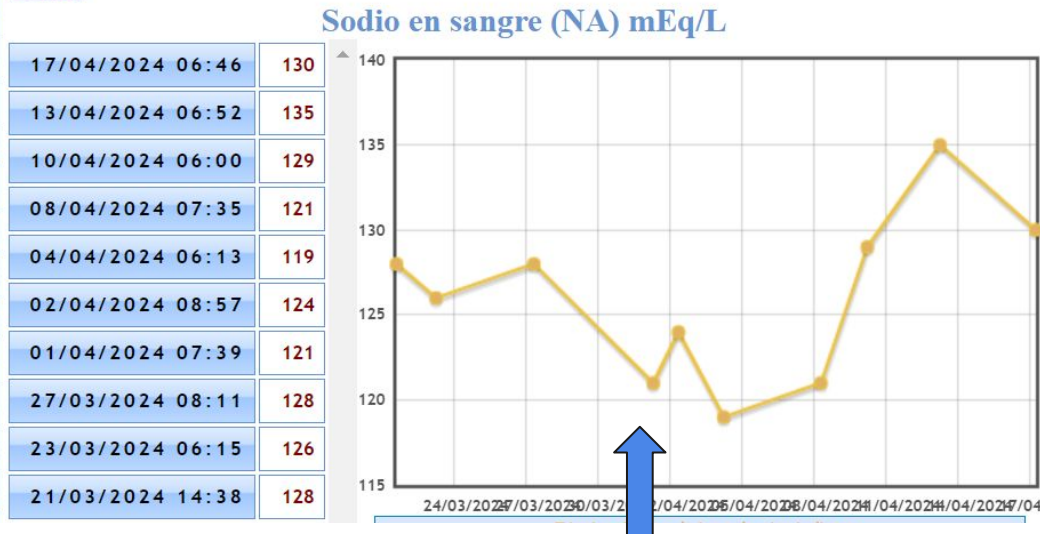
HC desarrolla *K. pneumoniae* BLEE

# COMPLICACIONES: ASCITIS

Tratamiento ascitis con furosemide 80 mg/día y espironolactona 200 mg/día.

Instala hiponatremia severa y peoría de la ascitis.

[Cerrar](#)



Suspensión  
diuréticos

ASCITIS  
INTRATABLE POR  
DIURÉTICOS

PARACENTESIS  
TERAPÉUTICA

REPOSICIÓN CON  
ALBÚMINA

# COMPLICACIONES: TROMBOSIS

Plaquetas al ingreso de 43.000 /uL.  
Instala edema asimétrico de MID.

Eco Doppler de MMII:

- MID: Obstrucción parcial en toda la extensión de la vena femoral común.
- MII: Obstrucción parcial en toda la extensión de la vena femoral común + Obstrucción completa de vena poplítea.

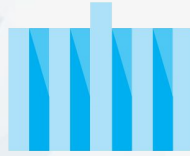
# EN SUMA

- SF 66 años, autovalida. DMIR, AR.
- Cirrosis secundaria a CEP, descompensada a forma de encefalopatía hepática y ascitis.
- Bacteriemia primaria a *Klebsiella* BLEE.
- Complicaciones: Ascitis intratable por diuréticos en contexto de hiponatremia severa + trombosis venosa profunda de MMII.



**Clínica  
Médica  
B**

Hospital de Clínicas  
Facultad de Medicina  
UDELAR  
Unidad Académica



HOSPITAL DE CLINICAS  
Dr. Manuel Quintela



UNIVERSIDAD  
DE LA REPÚBLICA  
URUGUAY

# MANEJO DE COMPLICACIONES DE LA CIRROSIS HEPÁTICA

ATENEO CLÍNICA MÉDICA B - Prof. Dra. Laura Llambí

---

Prof. Adj. Dra. Bernardi, Asist. Dres. Noboa, Quinteros. Res. Dres. Castillo,  
Morales. Pg. Dra. Vargas.

# ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTE CIRRÓTICO

- Existe controversia con respecto al riesgo trombótico vs el riesgo hemorrágico aumentado en los pacientes cirróticos.
- La cirrosis suele asociar vórices esofagogástricas, plaquetopenia y discrasias, todos elementos que pueden aumentar el riesgo de sangrados.
- La cirrosis suele asociar alteraciones del INR, complejizando así el uso de la warfarina.
- Múltiples estudios han demostrado una subindicación de tromboprofilaxis en pacientes cirróticos ingresados.



# TROMBOSIS VENOSA PROFUNDA Y CIRROSIS HEPÁTICA

## Risk of Venous Thromboembolism in Patients With Liver Disease: A Nationwide Population-Based Case–Control Study

Kirstine Kobberøe Søgaard, MD<sup>1,2</sup>, Erzsébet Horváth-Puhó, MSc<sup>1</sup>, Henning Grønbaek, MD, PhD<sup>3</sup>, Peter Jepsen, MD<sup>1</sup>, Hendrik Vilstrup, MD, PhD, DMSc<sup>3</sup> and Henrik Toft Sørensen, MD, PhD, DMSc<sup>1,2</sup>

Clinical Practice Guidelines



**JOURNAL  
OF HEPATOLOGY**

# **EASL Clinical Practice Guidelines on prevention and management of bleeding and thrombosis in patients with cirrhosis<sup>☆</sup>**

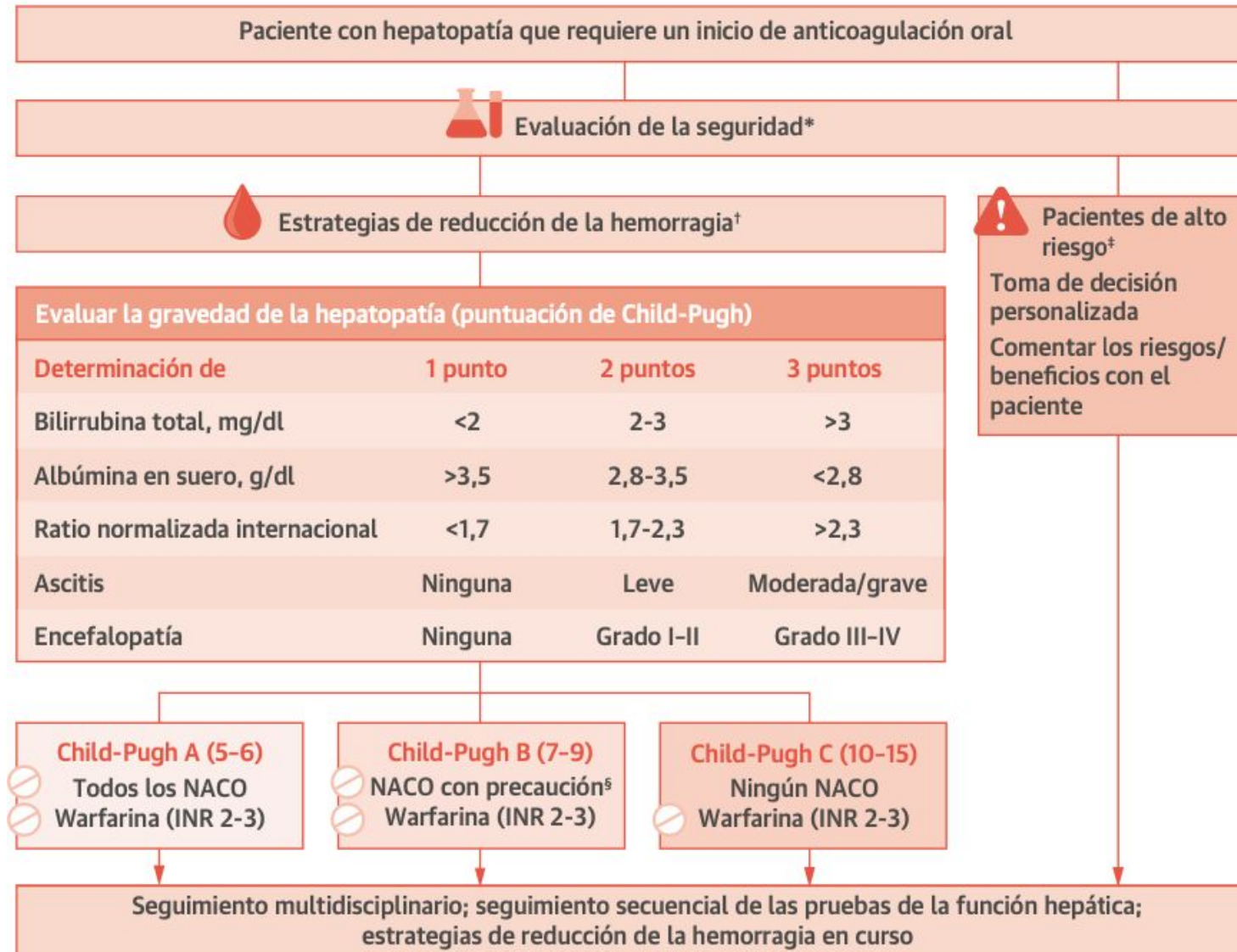
European Association for the Study of the Liver<sup>\*</sup>

---

# TROMBOPROFILAXIS EN PACIENTE CIRROTICO

- Fármaco de elección: Enoxaparina o DOACs (Child A o B).
- Contraindicaciones: plaquetopenia severa, sangrado activo, cirrosis child C (relativa).
- Se recomienda el uso de los Scores de Padua e Improve para valorar riesgo de ETEV en pacientes cirróticos.
- Gran parte de los estudios no evidenciaron un aumento de sangrado en aquellos pacientes que recibieron tromboprofilaxis.

# ANTICOAGULACIÓN EN PACIENTE CIRRÓTICO



# ASCITIS REFRACTARIA

Aquella que no puede ser movilizada, o cuya recurrencia temprana (posparacentesis terapéutica) no puede ser prevenida mediante tratamiento médico.

Dos subtipos:

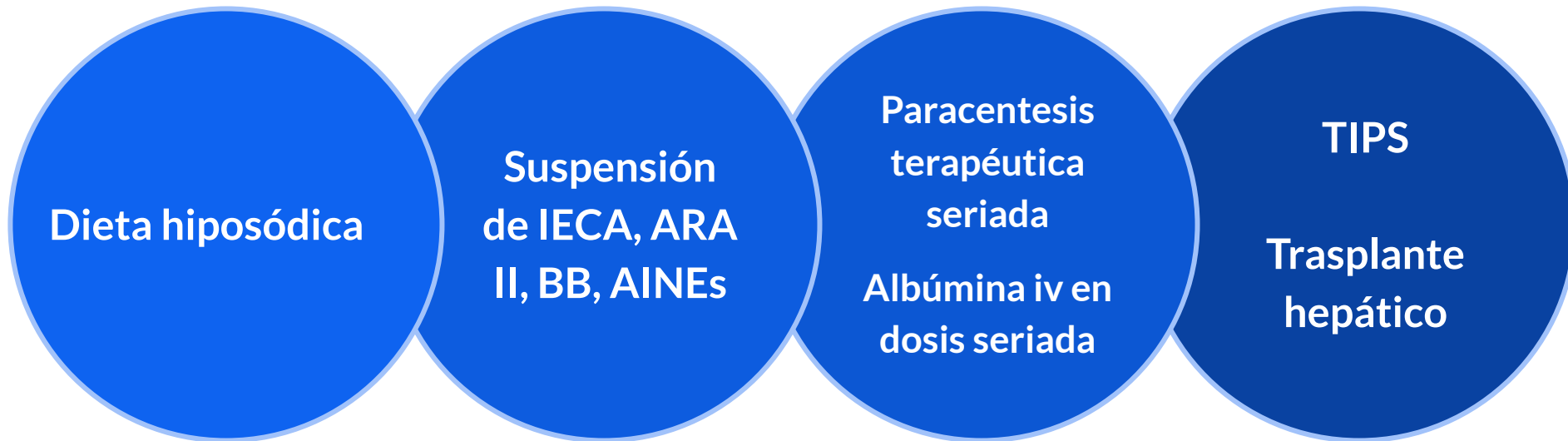
- **Ascitis resistente a diuréticos:** aquella que no puede ser movilizada a dosis máxima de espironolactona y furosemide.
- **Ascitis intratable por diuréticos:** aparición de complicaciones atribuibles al uso de diuréticos (encefalopatía, injuria renal, hiponatremia, hipopotasemia o hiperpotasemia).

# DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

- Carcinomatosis peritoneal
- Síndrome de Budd-Chiari
- Ascitis quilosa

Entidades que pueden contribuir a la ascitis refractaria: hepatocarcinoma y trombosis de vena porta.

# TRATAMIENTO



# ALBÚMINA SERIADA IV

## Long-term albumin administration in decompensated cirrhosis (ANSWER): an open-label randomised trial

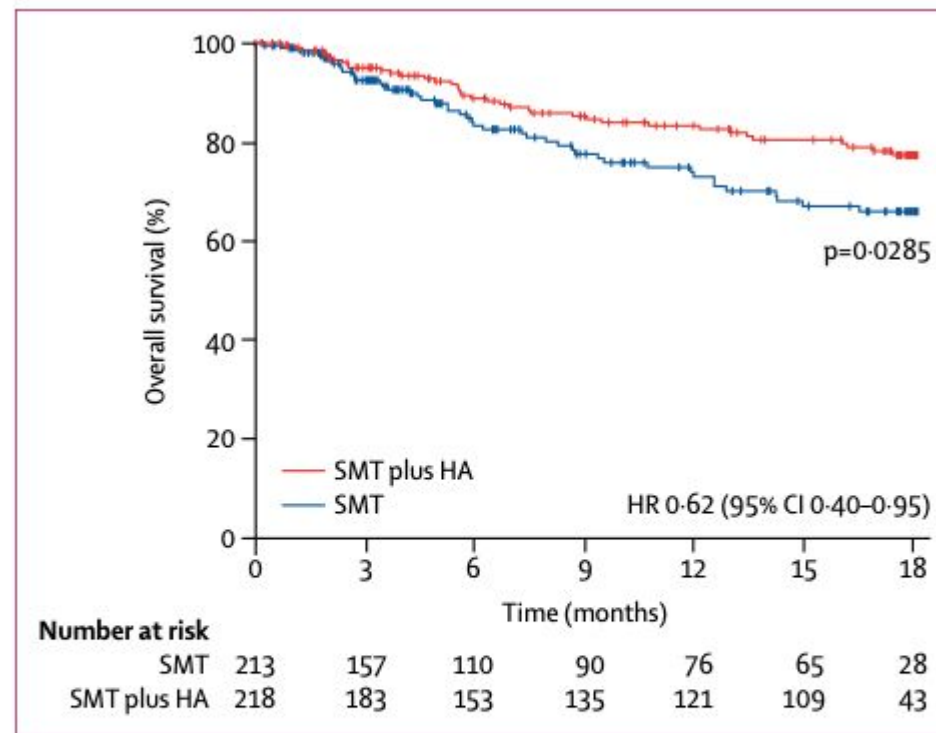
*Paolo Caraceni, Oliviero Riggio, Paolo Angeli, Carlo Alessandria, Sergio Neri, Francesco G Foschi, Fabio Levantesi, Aldo Airolidi, Sergio Boccia, Gianluca Svegliati-Baroni, Stefano Fagiuoli, Roberto G Romanelli, Raffaele Cozzolongo, Vito Di Marco, Vincenzo Sangiovanni, Filomena Morisco, Pierluigi Toniutto, Annalisa Tortora, Rosanna De Marco, Mario Angelico, Irene Cacciola, Gianfranco Elia, Alessandro Federico, Sara Massironi, Riccardo Guarisco, Alessandra Galioto, Giorgio Ballardini, Maria Rendina, Silvia Nardelli, Salvatore Piano, Chiara Elia, Loredana Prestianni, Federica Mirici Cappa, Lucia Cesarini, Loredana Simone, Chiara Pasquale, Marta Cavallin, Alida Andrealli, Federica Fidone, Matteo Ruggeri, Andrea Roncadori, Maurizio Baldassarre, Manuel Tufoni, Giacomo Zaccherini, Mauro Bernardi, for the ANSWER Study Investigators\**

THE LANCET



# ALBÚMINA SERIADA IV

- Mejora la sobrevida si se alcanza 4g/dL.
- Disminuye requerimiento de paracentesis seriadas.
- Reducciones significativas en la incidencia de ascitis refractaria y efectos adversos relacionados a los diuréticos.
- Reducción en cantidad de hospitalizaciones y días de internación.
- Disminuye aparición de otras descompensaciones por cirrosis.



**Figure 3: Overall survival**

Kaplan-Meier estimates for the probability of overall survival in the modified intention-to-treat population of SMT and SMT plus HA groups. The p value was calculated by the log-rank test. HA=human albumin. SMT=standard medical treatment.

# MENSAJES FINALES

- Pacientes cirróticos tienen riesgo aumentado de trombosis venosa profunda. Estimar riesgos por scores clínicos.
- La tromboprofilaxis NO aumenta el riesgo de sangrado de várices esofagogástricas.
- Contraindicaciones formales de la tromboprofilaxis son la plaquetopenia < 30.000 y el sangrado activo.
- La elección del tratamiento anticoagulante dependerá del INR y del estadio Child Pugh.
- En pacientes con ascitis la reposición seriada de albúmina mejora la sobrevida.