

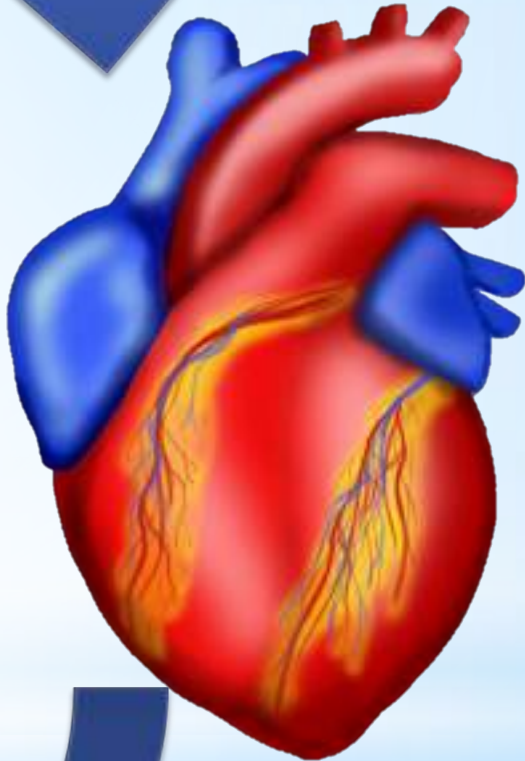
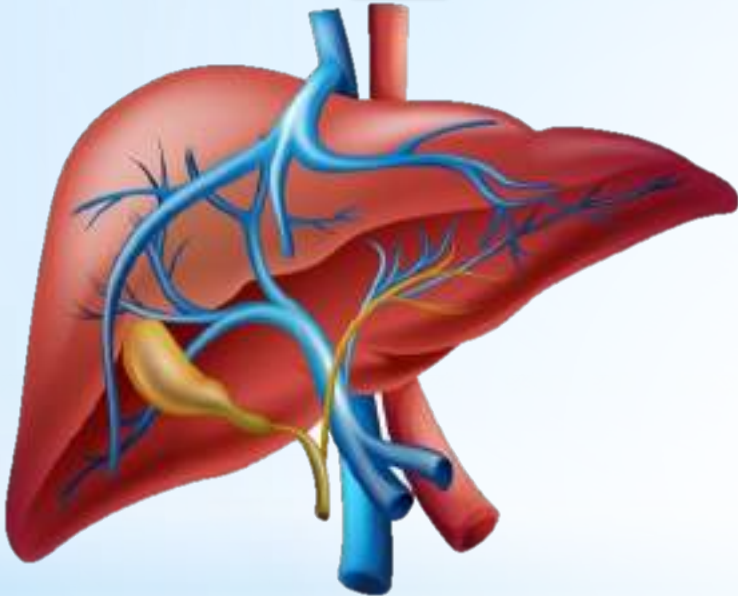


SÍNDROME HEPATO-CARDIACO

¿UNA ENTIDAD DIFERENCIADA?

Luis Pérez Casares (R1 Cardiología)
Tutor: Julián Fernández Martín
(Médico adjunto Medicina Interna)

???



Hepatitis hipóxica
Hepatopatía congestiva

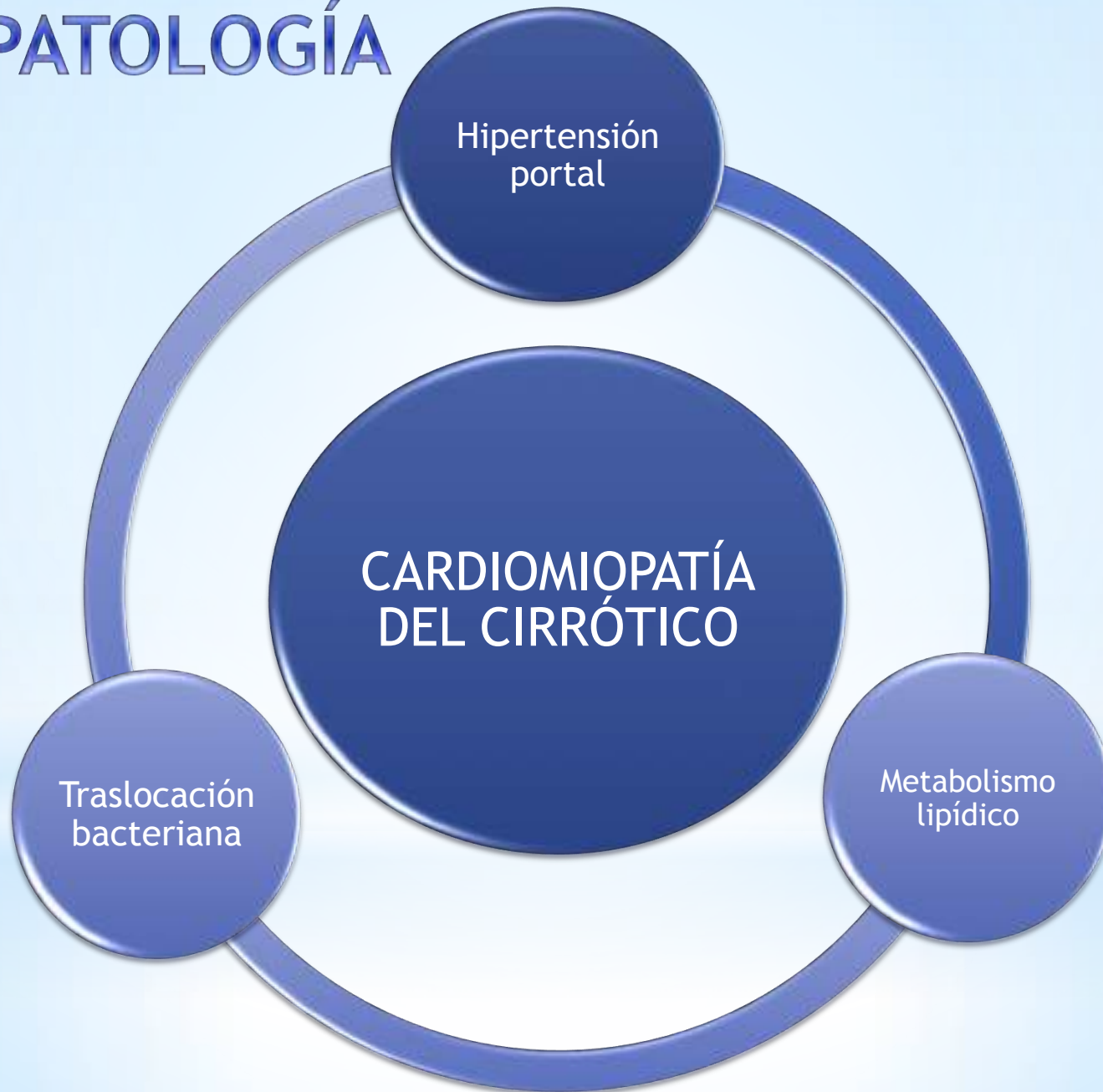
CARDIOMIOPATÍA DEL CIRRÓTICO

1. Pacientes cirróticos (independientemente de la causa)
2. Disminución de la respuesta contráctil cardiaca ante una situación estresante
3. Alteración de la función diastólica
4. Alteraciones electrofisiológicas
5. Ausencia de enfermedad cardiaca previa conocida

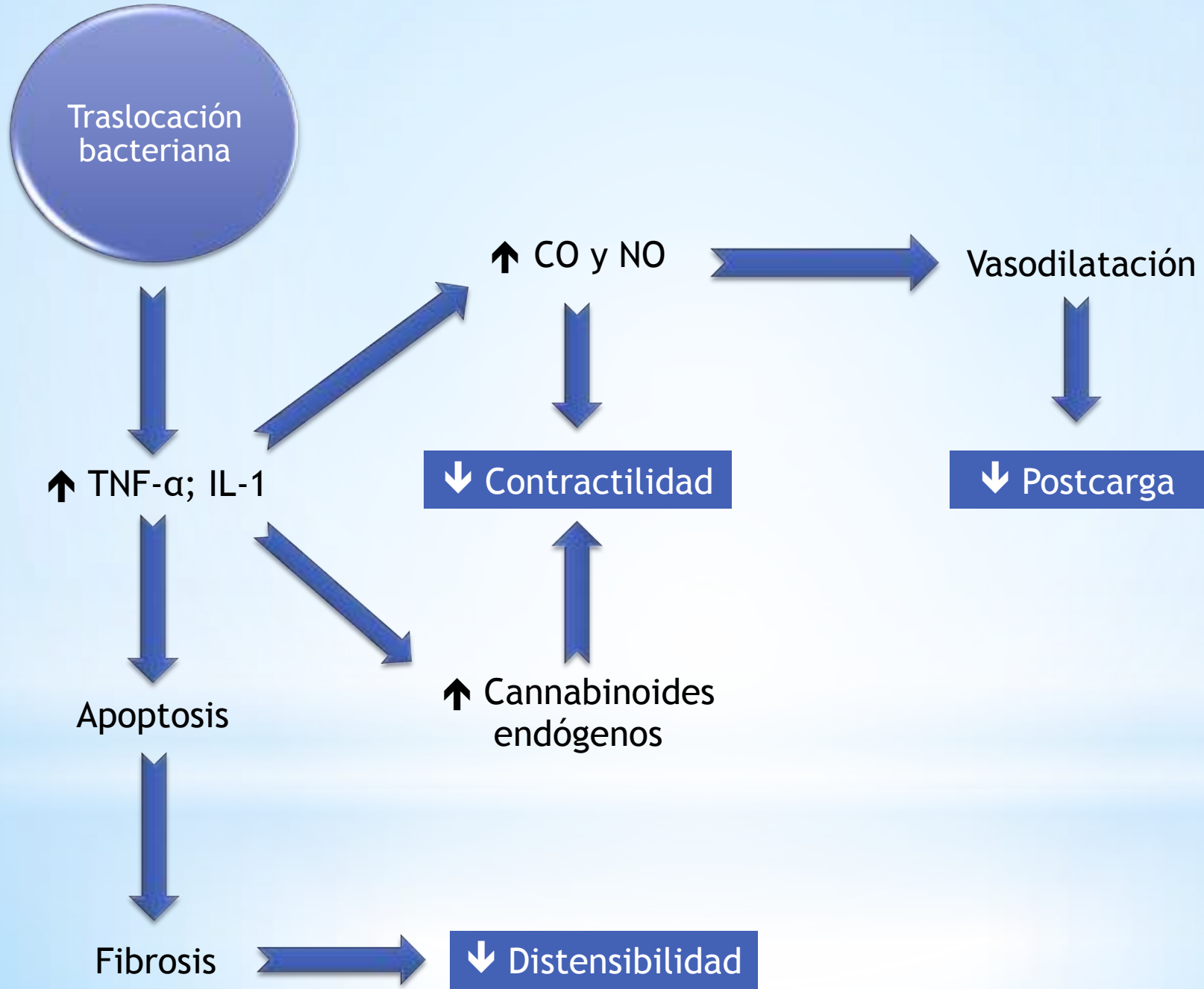
~~MIOCARDIOPATÍA
ENOLICA~~

~~MIOCARDIOPATÍA
DE LA
HEMOCROMATOSIS~~

FISIOPATOLOGÍA







Traslocación bacteriana

↑ CO y NO

Vasodilatación

↑ TNF-α; IL-1

↓ Contractilidad

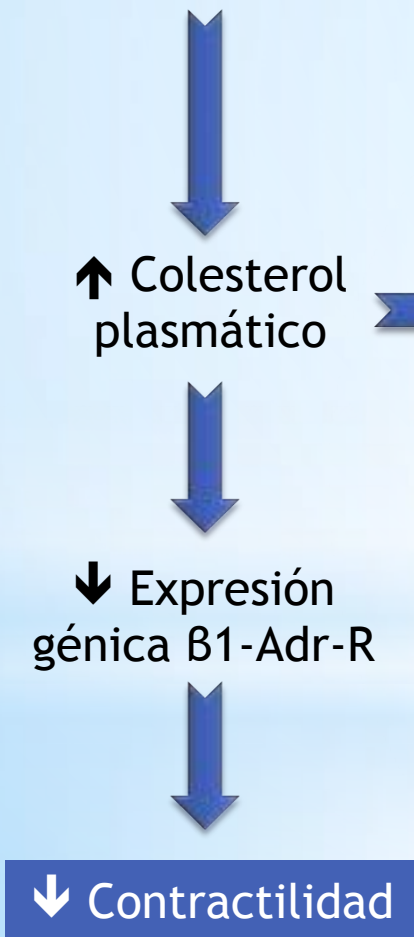
↓ Postcarga

Apoptosis

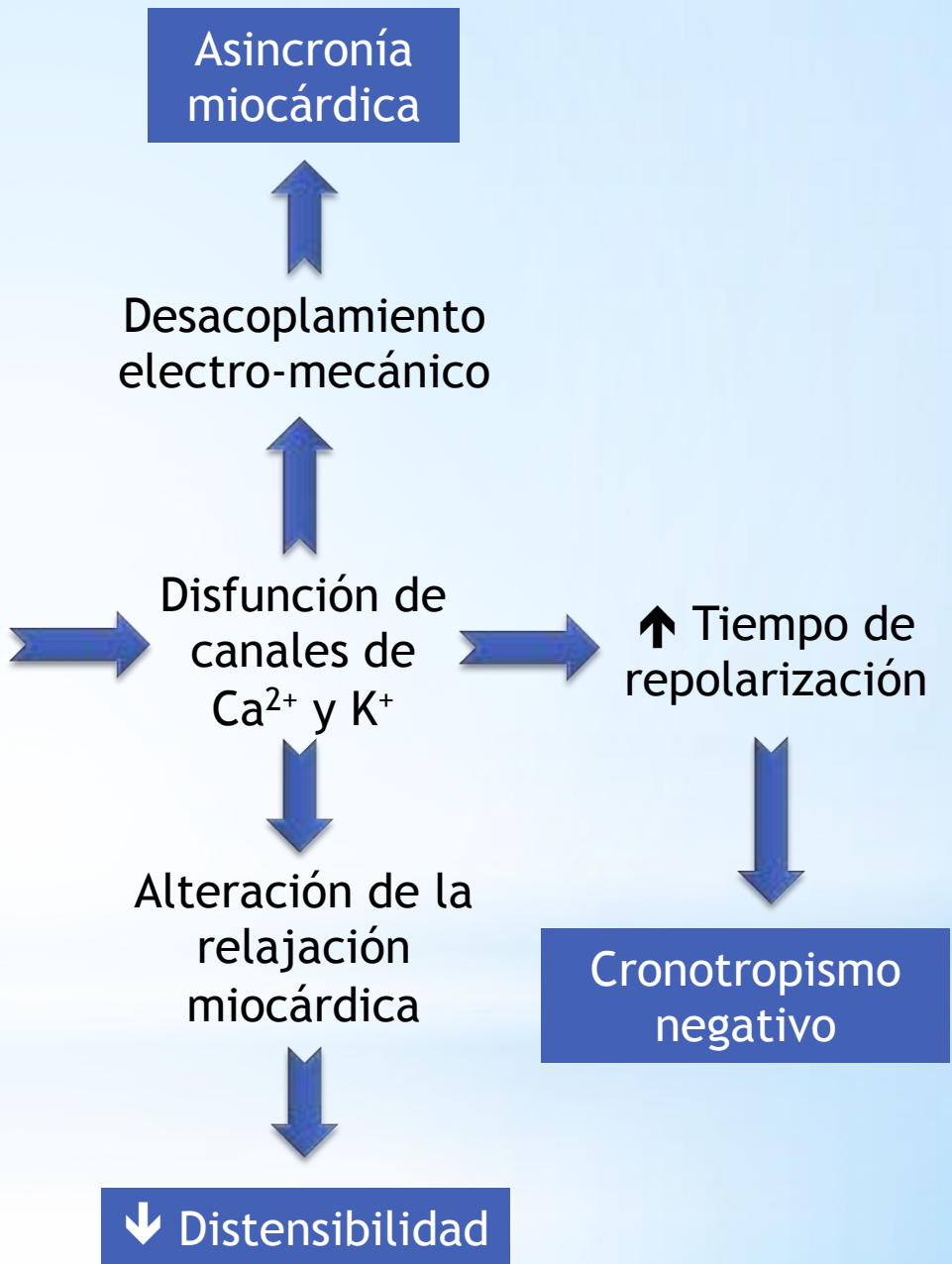
↑ Cannabinoides endógenos

Fibrosis

↓ Distensibilidad



↓ Fluidez de la membrana plasmática



CARDIOMIOPATÍA DEL CIRRÓTICO

1. Pacientes cirróticos (independientemente de la causa)
2. Disminución de la respuesta contráctil cardiaca ante una situación estresante
3. Alteración de la función diastólica
4. Alteraciones electrofisiológicas
5. Ausencia de enfermedad cardiaca previa conocida

DISFUNCIÓN SISTÓLICA

EN REPOSO

No se manifiesta (latente)

Disminución de contractilidad compensada por disminución de la postcarga por lo que el gasto cardiaco se mantiene

CON ESFUERZO

Incremento subóptimo del gasto cardiaco (por inhibición de la contractilidad)

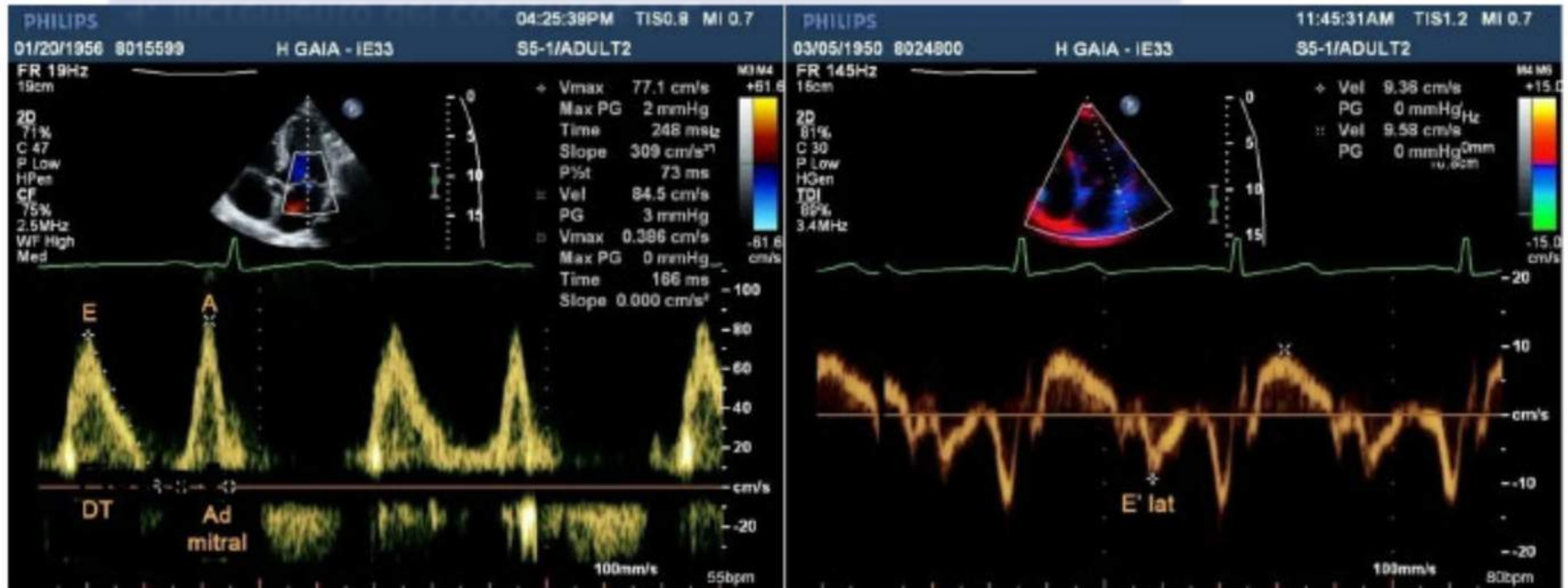
Incremento de presiones de llenado y del volumen telesistólico del ventrículo izquierdo



ECOCARDIOGRAMA DE STRESS

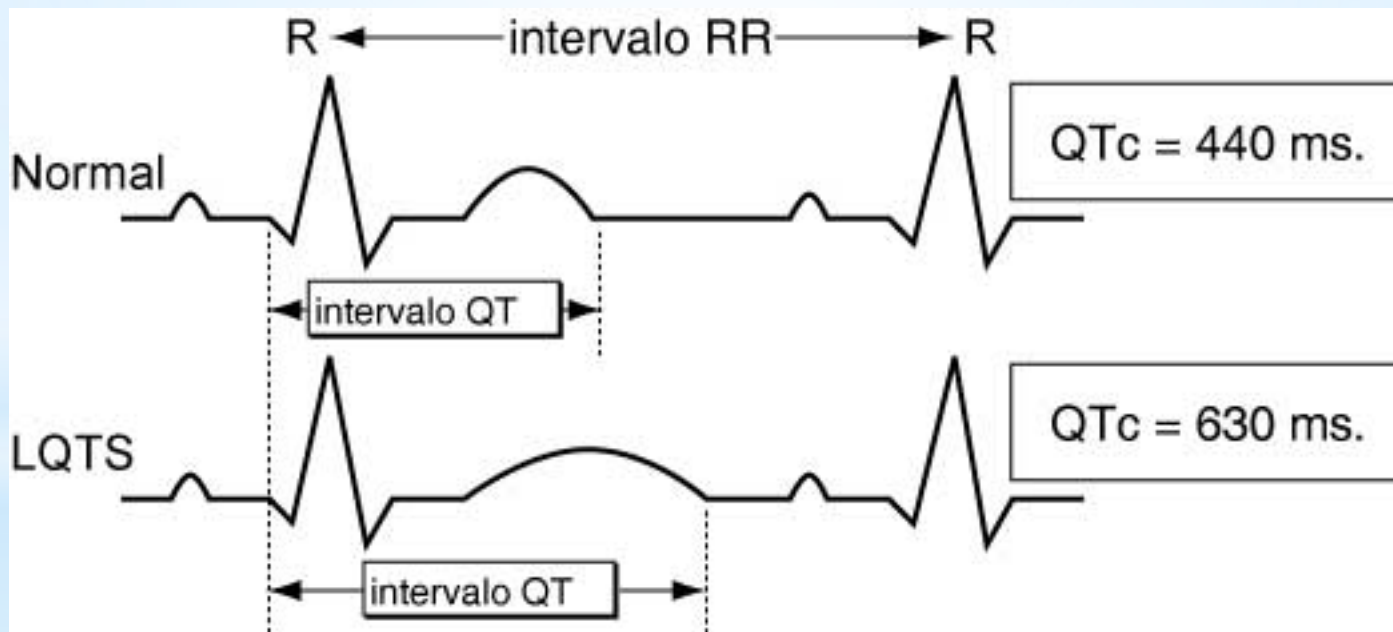
DISFUNCIÓN DIASTÓLICA

1. Disminución del cociente E / A
2. Incremento del tiempo de deceleración ventricular
3. Incremento del tiempo de relajación isovolumétrica
4. Incremento del cociente E / E'



ALTERACIONES ELECTROFISIOLÓGICAS

1. Incremento del QTc.
2. Desacoplamiento electro-mecánico de la sístole.



OTROS RECURSOS DIAGNÓSTICOS

NT-proBNP:

Refleja incremento de presiones ventriculares.
Difícil interpretación

Rx Tórax:

Poca sensibilidad y especificidad.
Puede ser normal en esta entidad.

Troponina I:

Marcador de daño miocárdico.
Se asocia a disminución de la FEVI

Cardio-RM:

Gold standard
Cara y poco accesible

CRITERIOS DIAGNÓSTICOS (2005)

Diagnostic criteria

Systolic dysfunction

- Blunted increase in cardiac output with exercise, volume challenge or pharmacological stimuli
- Resting EF <55%

Diastolic dysfunction

- E/A ratio <1.0 (age-corrected)
- Prolonged deceleration time (>200 msec)
- Prolonged isovolumetric relaxation time (>80 msec)

Supportive criteria

- Electrophysiological abnormalities
- Abnormal chronotropic response
- Electromechanical uncoupling/dyssynchrony
- Prolonged QTc interval
- Enlarged left atrium
- Increased myocardial mass
- Increased BNP and pro-BNP
- Increased troponin I

¿SCREENING?

Entidad infraestimada en la población cirrótica por cursar de forma latente.

Riesgo de descompensación brusca ante situaciones de stress.



TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

Calcioantagonistas

Betabloqueantes

IECAs / ARA-II

Diuréticos de asa y
tiazídicos

Antagonistas de la
aldosterona

Inotrópicos

¿CORTICOTERAPIA
Y/O BIOLÓGICOS?

FALTA DE
EVIDENCIA

TRASPLANTE HEPÁTICO

ÚNICO TRATAMIENTO CURATIVO

NO EXENTO DE
COMPLICACIONES

Arritmias

Infarto agudo
de miocardio

Síndrome
post-perfusión

Fallo cardiaco

PUNTOS CLAVE

1. La cirrosis es un estado de degeneración hepática producido por múltiples causas, frecuente en nuestro medio.
2. La cardiomiopatía cirrótica es una complicación de la cirrosis, que ha sido cuestionada durante mucho tiempo.
3. Esta entidad presenta una fisiopatología compleja, entre la que destaca la hipertensión portal, la traslocación bacteriana y la alteración del metabolismo lipídico.
4. Su concepto incluye disfunción sistólica ante situaciones estresantes y disfunción diastólica en reposo.
5. El ecocardiograma de stress juega un papel importante de cara al diagnóstico de esta entidad.

PUNTOS CLAVE

6. Entre las alteraciones electrofisiológicas es frecuente encontrar un tiempo de repolarización prolongado (aumento del QTc).
7. No está clara la indicación de screening en pacientes cirróticos que van a ser sometidos a situaciones con riesgo de descompensación (cirugías).
8. No existe tratamiento específico para esta entidad. El tratamiento es el propio del fallo cardiaco por cualquier otra causa, aunque con limitaciones.
9. El trasplante hepático es el único tratamiento curativo de la cardiomiopatía del cirrótico.

¿ES UNA
ENTIDAD
DIFERENCIADA?

**MUCHAS GRACIAS
POR SU ATENCIÓN**

