



**Escuela Osteopatía
de Madrid** *Internacional*

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL HÍGADO 3:



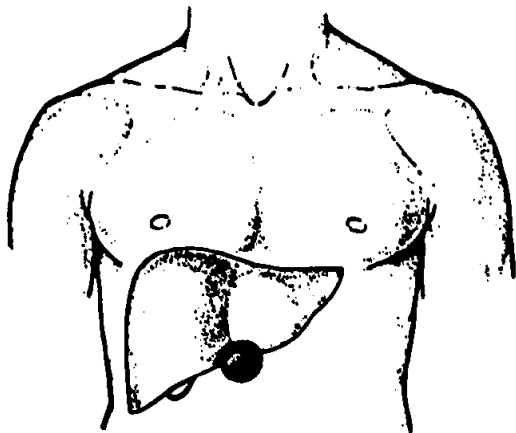
DOLOR HEPATOBILIAR

Por distensión de los conductos biliares o contracción de la vesícula biliar, o migración de un cálculo del colédoco hacia el duodeno a través del esfínter de Oddi

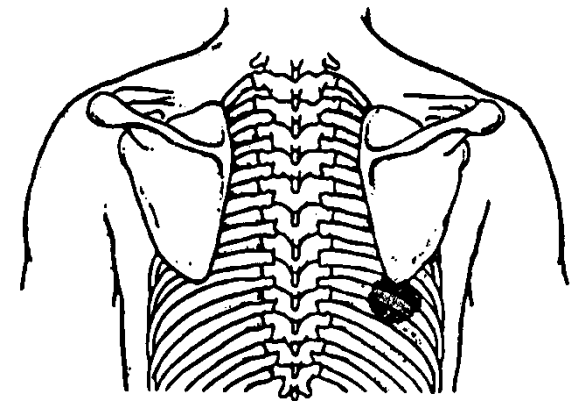
en la zona epigástrica que en el hipocondrio derecho

- Puede referirse hacia la escápula, el hombro derecho y la zona lumbar

Signo de Murphy: dolor causado por la palpación del hipocondrio derecho con inhibición respiratoria.



La vesícula está cubierta por el peritoneo visceral, el dolor inicial de distensión o de inflamación está transmitido por el sistema nervioso autónomo. Se puede localizar al epigástro y a todo el hipocondrio derecho.



El dolor puede irradiar en la espalda debajo de la escápula derecha.

CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR HEPATOBILIAR:

- TIPO: no calambriforme
- CONSTANTE: dolor severo bajo forma de “presión” o de “punto” que puede referirse a distancia
- DURACIÓN: varias horas
- FACTORES DESENCADANTES: ninguno
- FACTORES QUE CALMAN: no hay posición antálgica, antiespasmódicos
- FACTORES AGRAVANTES: inspiración (inhibición respiratoria), tos
- HORARIO: ninguno (diurno o nocturno).
- PERIODICIDAD: ausencia

Dura por término medio de 1 a 4 horas, para luego desaparecer rápidamente o progresivamente.

Órgano	Tipo de dolor	Localización
Esófago	Quemazón, constricción-opresión	Retroesternal, referida a cuello/miembros superiores
Estómago	Hambre dolorosa, malestar corroyente	Epigastrio, hipocondrio
Duodeno		Epigastrio
Intestino delgado	Profunda, intermitente, calambriforme, hinchazón	Difuso, periumbilical Ileón terminal: fosa ilíaca
Colon		Sigmoides: cuarto inferior izquierdo. Recto = línea mediana bajo umbilical, sacro
Páncreas	Penetrante, constante	Hemi-abdomen superior irradiado en la espalda
Vesícula biliar	Cólico, intenso	Cuarto superior derecho, referido en la escápula/hombro derecho o en interescapular
Hígado	Profundo, constante	Subcostal

CONGESTIÓN HEPÁTICA O HEPATOMEGALIA

La congestión es un aumento de la cantidad de sangre contenida en los vasos que se dilatan, puede ser activa o pasiva.

1) CONGESTIÓN ACTIVA:

La congestión activa es debida al aumento del aporte de sangre arterial (hiperemia), por vasodilatación activa de la microcirculación. Por mecanismo nervioso reflejo, en la fase inicial, se observa una inflamación con activación de neurotransmisores.

2) CONGESTIÓN PASIVA:

- La congestión pasiva es la consecuencia de un éstasis venoso. Se acompaña de una dilatación pasiva de las venas y capilares, y de una disminución del flujo sanguíneo.
- Hay hipoxia tisular: las células endoteliales se alteran, lo que asociado con un aumento local de la presión hidrostática, produce un edema.
- Los órganos aumentan de peso.

PERSPECTIVA OSTEOPÁTICA DE LA CONGESTIÓN HEPÁTICA O HEPATOMEGALIA

El bombeo del hígado lucha contra la congestión pasiva

- La congestión pasiva puede ser:
-
- Localizada, de origen venoso, vinculada a un éstasis venoso, una obliteración (trombosis), o una compresión venosa, durante una cirrosis (hipertensión portal) o por un tumor.
- Generalizada, debida a una insuficiencia cardíaca, que asocia un defecto de eyección sistólica y una disminución del flujo cardíaco (IVD).

- Una anomalía circulatoria del hígado, con aumento de la resistencia al riego venoso hepático provoca:
- Una hepatomegalia congestiva,
- Una dilatación de las venillas hepáticas y de los sinusoides,
- Una hipoxia que afecta a los hepatocitos con posibilidad de fibrosis y cirrosis (cirrosis cardíaca).

PERSPECTIVA OSTEOPÁTICA DE LA HIPERTENSIÓN PORTAL

1º Activar la circulación portal por bombeo del hígado y el trabajo de las venas porta, mesentérica y esplénica para luchar contra el éstasis venoso hepatoportal y disminuir la presión en el sistema porta.

2º Trabajo del corazón derecho en caso necesario (hígado cardíaco) para disminuir la congestión hepática.

Puede ser también debida a:

- Una insuficiencia cardíaca, que provoca un ralentecimiento del flujo sanguíneo a partir del hígado (causa más frecuente).
- Una obstrucción de la vena cava inferior y de las venas hepática (síndrome de Budd-Chiari) .
- Una oclusión de las pequeñas venas hepáticas (enfermedad veno-oclusiva).

PERSPECTIVA OSTEOPÁTICA:

1º Activar la circulación portal por bombeo del hígado y el trabajo de la vena porta, mesentérica y esplénica para luchar contra el éstasis venoso hepatoportal y disminuir la presión en el sistema porta.

2º Trabajo del corazón derecho en caso necesario (hígado cardíaco) para disminuir la congestión hepática.

ETIOLOGÍAS DE LA CONGESTIÓN HEPÁTICA

Causas de hepatomegalia	Condiciones
Inflamación	Hepatitis viral Síndrome de Torch Hepatitis neonatal Absceso hepático Colestasis intrahepática Colestasis extrahepáticas Drogas (Isoniazida, metildopa, sulfamidas, propiltiouracile, etc)
Congestión	Insuficiencia cardíaca congestiva Taponamiento pericárdico Síndrome de Budd-Chiari Obstrucción de la vena cava Enfermedad veno-oclusiva
Enfermedades de depósitos	Glicogenosis (Bomba, Von Gierke, etc.) Lipoidosis (Gaucher, Neimann-Pick, etc) Mucopolisaridosis Gangliosidosis Amiloidosis Deficiencia de alpha-1-antitripsina Enfermedad de Wilson Depósito de hierro Hígado graso secundaria a desnutrición, obesidad, fibrosis quística, diabetes mellitus, galactosemia, síndrome de Reye, drogas (etanol, esteroides, tetraciclina, ácido valproico, antineoplásicos, etc)

ETIOLOGÍAS DE LA CONGESTIÓN HEPÁTICA

Causas de hepatomegalia	Condiciones
Infiltración celular	Leucemias Linfomas Histiocitosis Metástasis Eritroblastosis fetal
Hiperplasia del sistema reticulo-endotelial	Infección extrínseca del hígado Septicemia Hepatitis granulomatosas (sarcoidosis, tuberculosis, etc) Tumores extrínsecos Hipervitaminosis A
Tumores intrínsecos del hígado	Hemangioblastoma Hamartomas Hepatoblastoma
Fibrosis	Cirrosis (infecciosa, drogas, idiopática) Enfermedad hepática poliquística Fibrosis hepática congénita

FISIOPATLOGÍA DE LA CONGESTIÓN HEPÁTICA:

La regulación del flujo arterial hepático está asegurado por:

- Una autorregulación arterial miógena, caracterizada por una vasoconstricción de la arteria hepática cuando la presión arterial aumenta y por una vasodilatación cuando disminuye;
- Una regulación recíproca, caracterizada por una vasodilatación de la arteria hepática cuando el flujo sanguíneo portal disminuye y por una vasoconstricción cuando el flujo sanguíneo portal aumenta.

PERSPECTIVA OSTEOPÁTICA :

Liberar los niveles vertebrales metaméricos correspondientes a la vascularización del hígado (arteria hepática): T7 à T10

Los trastornos cardiocirculatorios pueden causar lesiones hepatocitarias en dos circunstancias distintas:

- Puede tratarse o de una congestión, o de un defecto de aporte de oxígeno.
- Un defecto de aporte de oxígeno al hígado puede resultar de una disminución del flujo sanguíneo hepático, de una desaturación de la sangre destinada al hígado, o de los dos al mismo tiempo.

PERSPECTIVA OSTEOPÁTICA :

Liberar la inervación vasomotriz metamérica (T7 à T10) y realizar un bombeo del hígado para aumentar el aporte sanguínea hepático.

- La experiencia clínica sugiere que la necrosis masiva de los hepatocitos, a veces responsable de una insuficiencia hepática aguda, ocurre preferentemente cuando existe al mismo tiempo una congestión y una disminución del aporte de oxígeno al hígado.

PERSPECTIVA OSTEOPÁTICA :

Hace falta actuar a la vez sobre la congestión pasiva venosa, sobre el sistema arterial y sus niveles simpáticos.

RESUMEN DE LAS DEDUCCIONES OSTEOPÁTICAS EN LA CONGESTIÓN HEPÁTICA

1. El bombeo del hígado lucha contra la congestión pasiva.
2. Trabajo del corazón derecho en caso necesario (hígado cardíaco) para disminuir la congestión hepática.
3. Es necesario activar la circulación portal por bombeo del hígado y trabajo de la vena porta, mesentérica y esplénica con el fin de disminuir la presión en el sistema porta.
4. Trabajo de bombeo del hígado para luchar contra la oclusión de las pequeñas venas hepáticas (en caso de enfermedad veno-oclusiva).

5º Liberar los niveles vertebrales metaméricos correspondientes a la vascularización del hígado (arteria hepática): T7 a T10 y realizar un bombeo del hígado para aumentar el aporte sanguíneo hepático.

6º Hace falta actuar a la vez sobre la congestión pasiva venosa y sobre el sistema arterial y sus niveles simpáticos.

SIGNOS CUTÁNEOS DE INSUFICIENCIA HEPATOCELULAR



Eritrosis palmar
(palma de las manos roja)

- El hígado metaboliza los estrógenos. Las alteraciones hepáticas hacen que los estrógenos no metabolizados se acumulen y actúen sobre los vasos, causando la formación de angiomas y eritrosis palmar.



Angioma estelar

- Arteriola subcutánea dilatada, irradiando del centro hacia la periferia.
- Afecta cara, hombros y a la cara anterior del tórax

UNAS BLANCAS Y QUEBRADIZAS



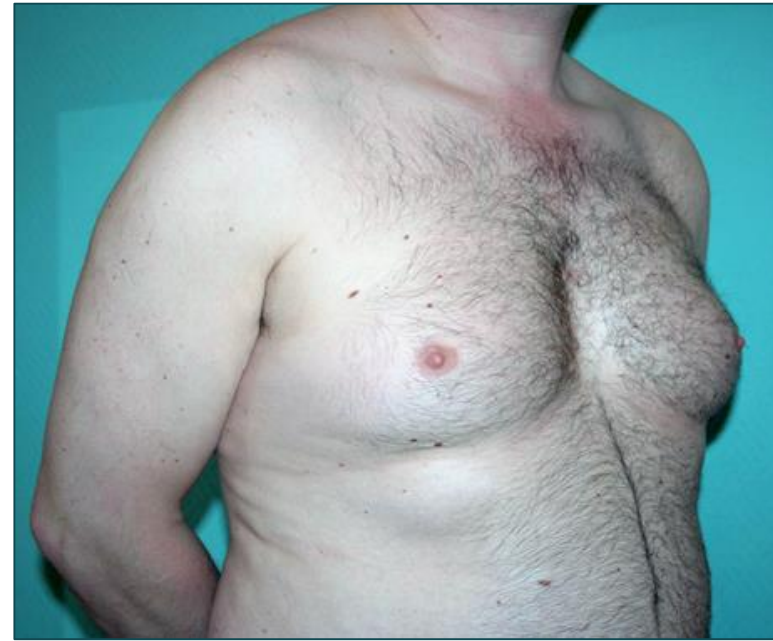
HIPOCRATISMO DIGITAL



Este proceso, conocido también como signo de “dedos en palillo de tambor”, está relacionado con patología cardíaca y, sobre todo, respiratoria

GINECOMASTIA

Signos hormonales hepáticos: hiperestrogenismo.



Ginecomastia

HIPERTENSIÓN PORTAL

- La hipertensión portal es la consecuencia de una obstrucción del sistema venoso portal: subhepático, intrahepático (pre/post sinusales) o suprahepático (vena supra-hepática o VCI).
- Se caracteriza por un gradiente de presión portal superior a 15 mm de Hg o a un gradiente de presión entre el territorio portal y el territorio cava superior a 5 mm Hg.
- La inervación de la zona hepatportal depende de los niveles T7 a T10.

LA RED PORTA

Rama Dcha Rama Izda

Vena porta

- V. colédoca.
- V. pancreático-duodenal
- V. pilórica
- Tronco gastro-cólico

V. Cólica inferior derecha

V. Mesentérica superior

V. sigmoideas

V. rectal superior

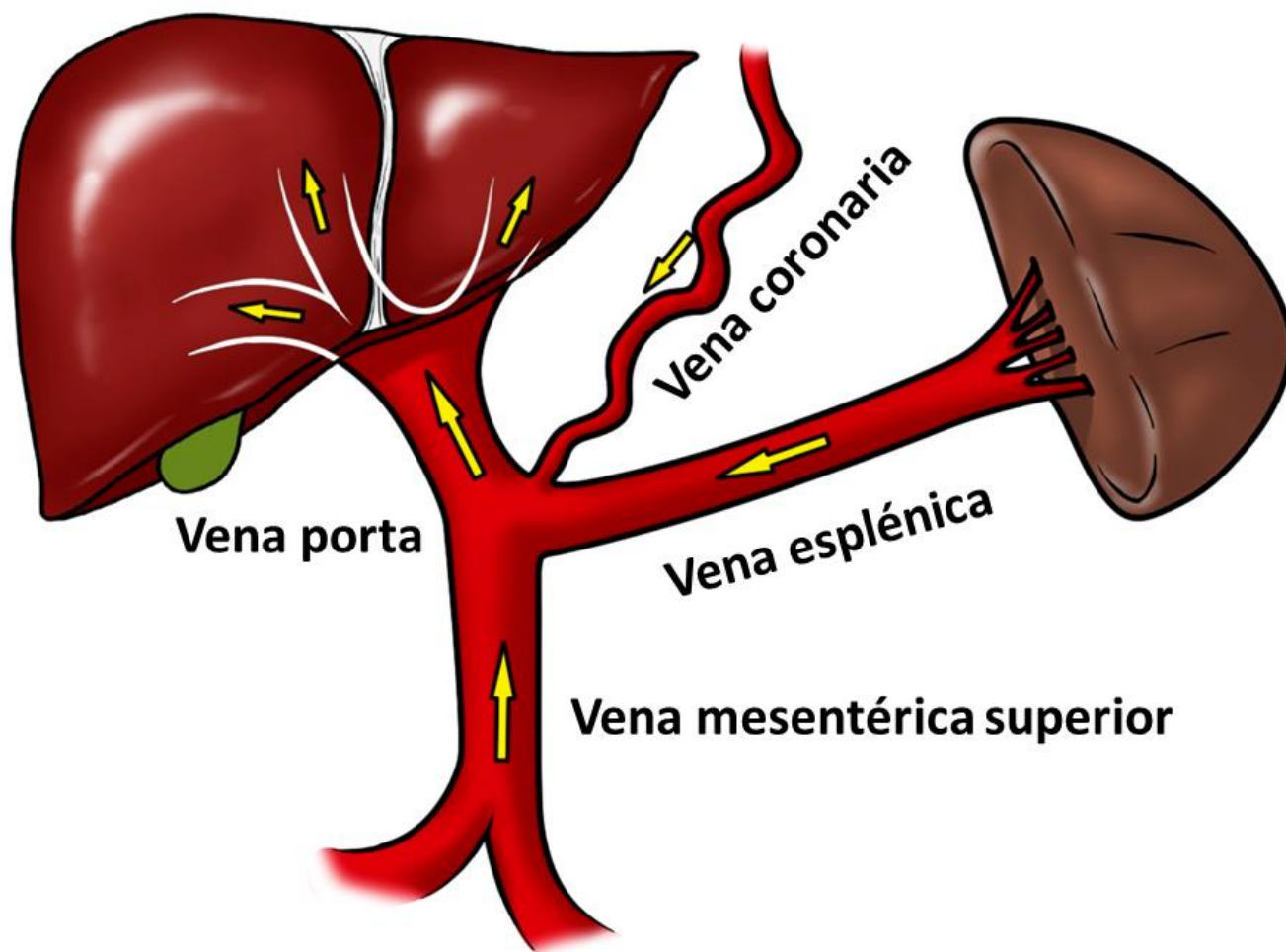
V. Cólico-estomáquica
V. esplénica

V. gastro-epigástrica izquierda

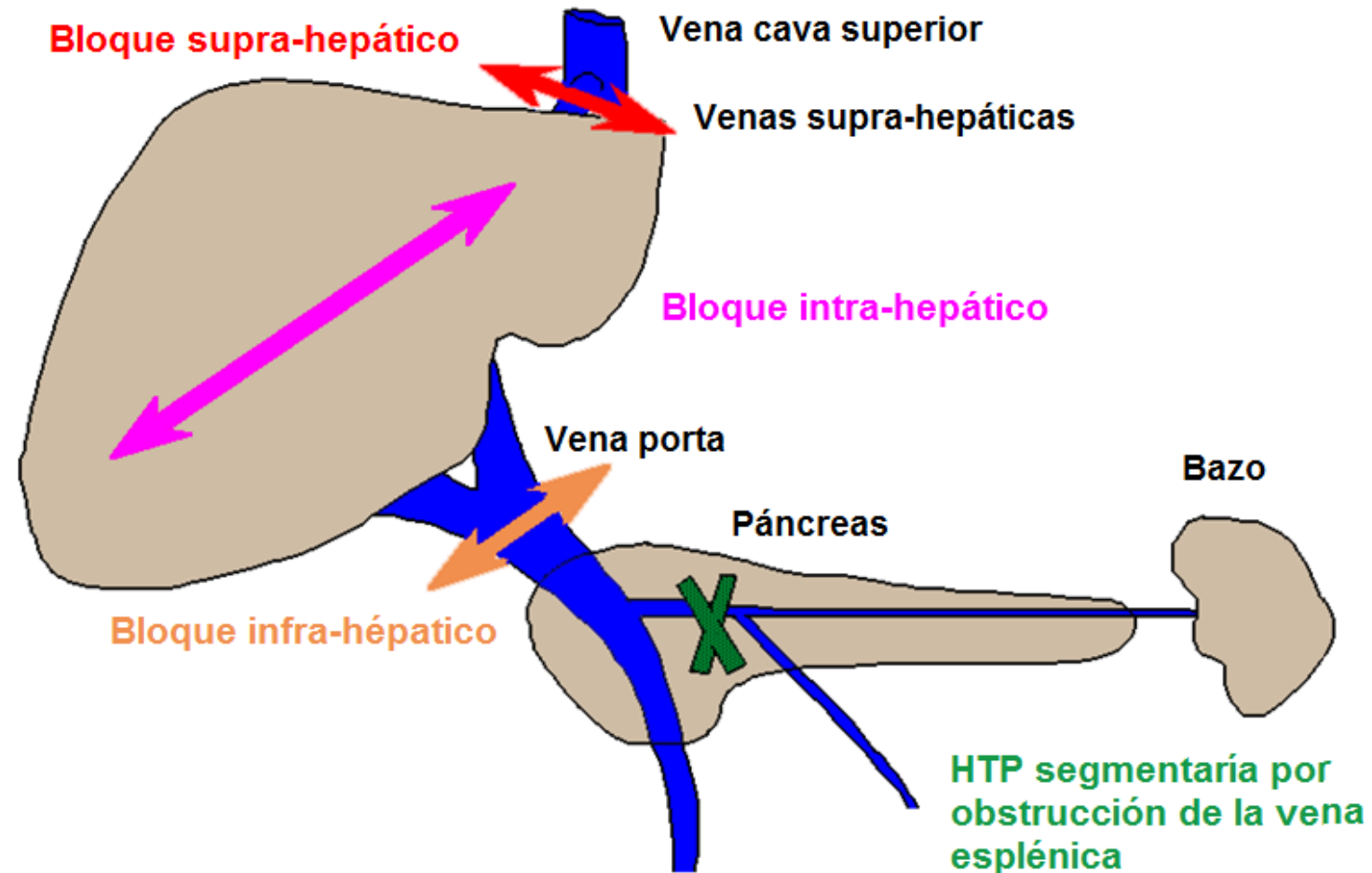
V. Mesentérica inferior

V. Cólica superior izquierda

FLUJO NORMAL



CAUSAS DE HTP



PERSPECTIVA OSTEOPÁTICA A NIVEL VASCULAR VENOSO HEPÁTICO

- Bombeo del hígado (vena hepática, vena porta)
- Liberar la vena esplénica
- Liberar las venas mesentéricas inferiores (delgado y colon)
- Liberar la vena cava inferior.

PERSPECTIVA OSTEOPÁTICA A NIVEL HIPERTENSIÓN PORTAL

1º Activar la circulación portal por bombeo del hígado y el trabajo de la vena porta, mesentérica y esplénica para luchar contra el éstasis venoso hepatoportal y disminuir la presión en el sistema porta.

2º Trabajo del corazón derecho en caso necesario (hígado cardíaco) para disminuir la congestión hepática.

SIGNOS CLÍNICOS:

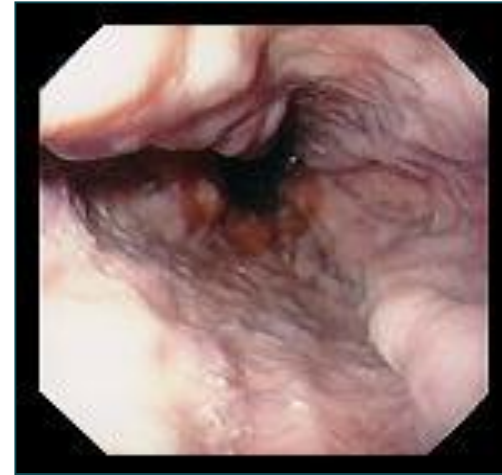
- Una hepatomegalia dolorosa, blanda, con reflujo hepato-yugular
- Posibles signos periféricos de insuficiencia cardíaca derecha: turgencia yugular, edema de los miembros inferiores, oliguria
- Anastomosis porto-cavas: resultan del aumento del flujo esplácnico que provoca la formación de vías de derivación entre el sistema porta a alta presión y los sistemas cava superior e inferior = circulación colateral y várices esofágicas

- Manifestaciones clínicas de las anastomosis porto-cavas:
 - Circulación venosa colateral abdominal.



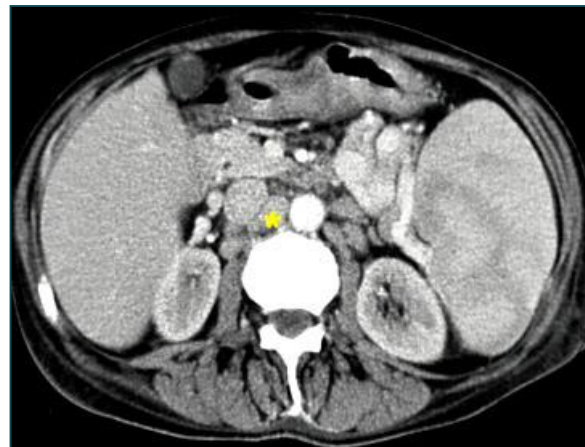
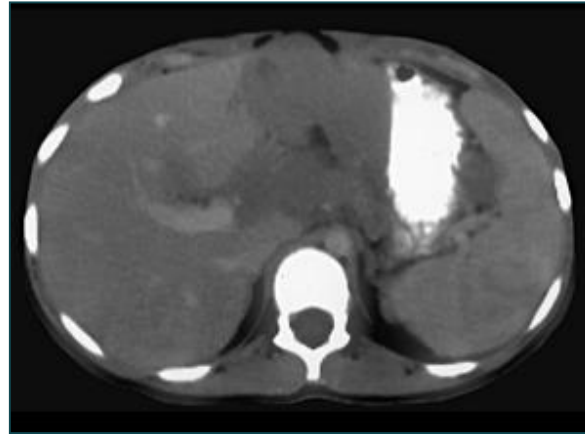
Circulación venosa colateral abdominal en cabeza de medusa

Varices esofágicas y cardio-tuberositarias :
hemorragias digestivas (hematemesis, melena).



- Grado 1: pequeñas VO (-5mm) que desaparecen a la insuflación.
- Grado 2: gruesas VO (+5mm) no confluentes, no desapareciendo a la insuflación.
- Grado 3: gruesas varices confluentes permanentes.

- **Esplenomegalia:**
Congestiva con o sin hiperesplenismo.



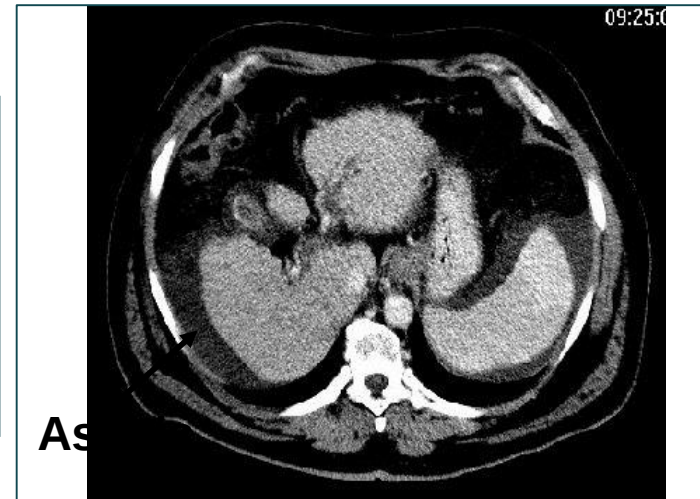
PERSPECTIVA OSTEOPÁTICA EN LA CONGESTIÓN ESPLÉNICA (ESPLENOMEGALIA)

1º El bombeo del bazo mejora la congestión pasiva de esplenomegalia.

2º Es necesario activar la circulación portal con el bombeo del hígado y el trabajo de la vena porta, mesentérica y esplénica con el fin de disminuir la presión en el sistema porta.

Ascitis:

- Derrame peritoneal de líquido no hemático



Edema de los miembros inferiores con signo de la fóvea



PERSPECTIVA OSTEOPÁTICA EN EL SISTEMA LINFÁTICO HEPATOVESICULAR

1º Está recomendado bombear el hígado para mejorar el sistema linfático, así como el sistema portal.

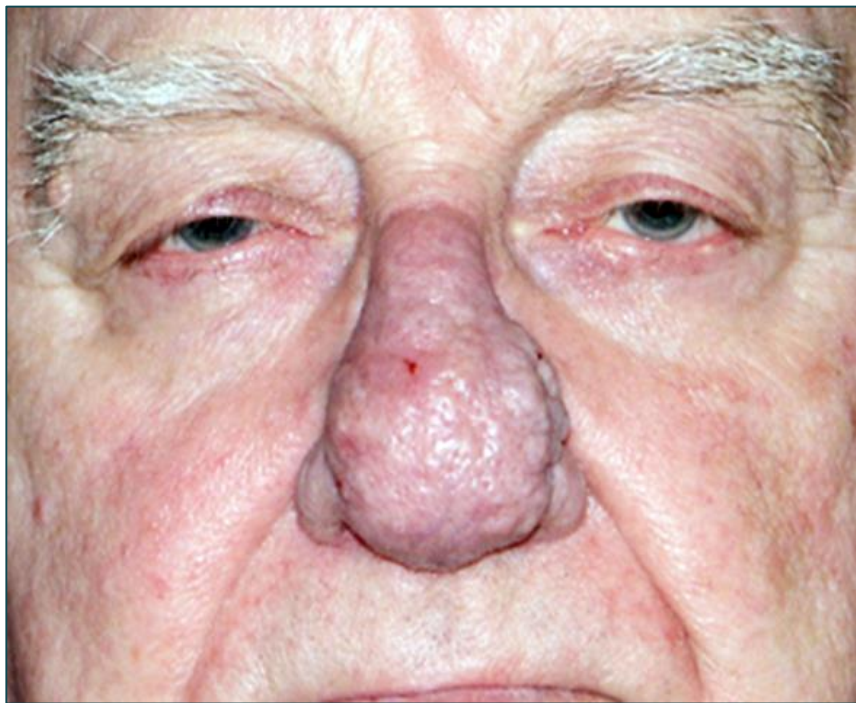
2º El tratamiento linfático mejora el edema de los miembros inferiores y la colección líquida intraabdominal.

DIAGNÓSTICO CLÍNICO DE HTP:

- Hepatomegalia.
- Esplenomegalia.
- Circulación colateral y várices esofágicas.
- Ascitis.
- Edema de los miembros inferiores.

SIGNOS CLÍNICOS DE ETILISMO

- Varicosidades de las mejillas, rinoma.
- Hipertrofia de las parótidas.
- Temblores (flapping tremor).
- Coma etílico.
- Aliento fétido.
- Enfermedad de Dupuytren.
- Polineuritis de los miembros inferiores, síndrome cerebeloso, encefalitis hepática.
- HTA.
- Delirium tremens.



Rinoma



Enfermedad de Dupuytren





Acné
rosácea





**Escuela Osteopatía
de Madrid** *Internacional*

europeanjournalosteopathy.com