



Indicaciones y contraindicaciones del trasplante hepático

R. Martín-Mateos*, M.A. Rodríguez-Gandía, M. Aicart-Ramos y J. Martínez

Servicio de Gastroenterología y Hepatología. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España. Universidad de Alcalá, IRYCIS, CIBEREHD. Madrid. España.

Palabras Clave:

- Trasplante hepático
- Cirrosis
- MELD

Keywords:

- Liver transplantation
- Cirrhosis
- MELD score

Resumen

Introducción. El trasplante constituye hoy en día la única posibilidad de supervivencia para muchos pacientes con enfermedad hepática grave.

Indicaciones. Las principales indicaciones son la cirrosis descompensada, el fallo hepático agudo, el hepatocarcinoma, y otras situaciones específicas menos frecuentes relacionadas con alteraciones genéticas, trastornos vasculares o complicaciones post trasplante. El sistema de puntuación MELD, es la principal herramienta para seleccionar y priorizar a los pacientes en lista.

Contraindicaciones. Las más frecuentes están relacionadas con situaciones que pueden comprometer el éxito técnico del procedimiento (patología cardio-pulmonar grave, alteraciones anatómicas, sépsis, etc) o la supervivencia del paciente a medio plazo (procesos oncológicos principalmente).

Abstract

Indications and contraindications for liver transplantation

Introduction. Liver transplantation represents the only chance for survival for many patients with severe liver disease.

Indications. Main indications are decompensated cirrhosis, acute liver failure, hepatocellular carcinoma and other less common situations related to genetic disorders, vascular diseases or post transplant complications. The MELD score, is the main tool to select and prioritize patients waiting for transplantation.

Contraindications. Situations that compromise the technical success of the procedure (severe cardio-pulmonary disease, anatomical abnormalities, sepsis, etc) or patient survival (mainly malignancies).

Indicaciones del trasplante hepático

En líneas generales, todos los pacientes con una enfermedad hepática crónica o aguda de cualquier etiología, en los que hayan fracasado otras alternativas terapéuticas, no presenten contraindicaciones y cuya esperanza de vida sea inferior a la

que se prevea tras el procedimiento, deben ser valorados como posibles candidatos a trasplante¹ (tabla 1). Sin embargo, el número de candidatos es muy superior al de donantes, por lo que es necesario establecer unas indicaciones precisas y un sistema de selección y priorización que garanticen un acceso justo y equitativo a la lista de espera (fig. 1).

Indicaciones de trasplante en enfermedades hepáticas crónicas

El diagnóstico de cirrosis, independientemente de la etiología, conlleva una disminución de la supervivencia con res-

*Correspondencia

Correo electrónico: rosam.martinma@salud.madrid.org

pecto a la población general², sin embargo, en sí mismo no implica la necesidad de trasplante. Por este motivo, es necesario establecer en qué momento los pacientes con una enfermedad hepática crónica avanzada deben ser incluidos en la lista.

Indicación basada en la puntuación MELD

El modelo predictivo de supervivencia conocido como MELD (*Model for Endstage Liver Disease*) constituye en la actualidad la principal herramienta para seleccionar y priorizar a los pacientes candidatos a trasplante en función de su gravedad³. Este sistema de puntuación incluye los valores de creatinina sérica, INR y bilirrubina. El resultado es una escala numérica de 6 a 40 puntos cuyos extremos se corresponden con unas probabilidades de supervivencia a los 3 meses de entre el 90 y el 7%, respectivamente. La generalización de este sistema ha establecido que el riesgo que supondría un trasplante hepático con una puntuación MELD inferior a 15 supera los potenciales beneficios⁴ y, por tanto, salvo situaciones especiales, solo se considera indicación de trasplante un MELD igual o superior a 15.

Excepciones al MELD

Existen diversas situaciones clínicas cuya gravedad no es adecuadamente ponderada por este modelo. Son las denominadas excepciones al MELD (tabla 1) y suponen un tercio de las indicaciones de trasplante⁵. Hay que señalar que existen importantes diferencias a la hora de incluir y asignar prioridad en estos casos entre los diferentes grupos de trasplante, por lo que en 2014 se publicó un documento de consenso con la intención de disminuir la variabilidad regional existente en este sentido. El documento propone la asignación directa de una puntuación MELD equivalente a una mortalidad del 10% a los 3 meses en cada lista particular (generalmente entre 15 y 19 puntos) y añadir posteriormente puntos adicionales en función del tiempo transcurrido⁶.

Los pacientes con complicaciones secundarias a la hipertensión portal como ascitis o hidrotórax refractario, encefalopatía persistente, síndrome hepatorenal o hemorragia digestiva refractaria o recurrente suelen estar adecuadamente priorizados por la puntuación MELD, dado el grado de insuficiencia hepática asociada a estas situaciones. No obstante, algunos casos pueden presentar una puntuación baja que no refleja realmente su pronóstico. Estos pacientes pueden ser considerados para su inclusión en lista de espera tras una valoración individualizada en el Comité de Trasplante correspondiente.

Las complicaciones cardiopulmonares de la cirrosis merecen consideración aparte. El síndrome hepatopulmonar, secundario a la presencia de dilataciones vasculares intrapulmonares, se considera una causa justificada de inclusión y priorización en lista cuando la PaO₂ basal es inferior a 60 mm Hg. Por otro lado, los pacientes con hipertensión portopulmonar (presión media de la arteria pulmonar igual o superior a 25 mm Hg junto con hipertensión portal), serán incluidos y priorizados cuando la presión de la arteria pulmonar sea superior a 35 mm Hg. Por debajo de este valor no se considera justificado adjudicar puntos adicionales, y por

TABLA 1

Indicaciones de trasplante hepático

	MELD ≥ 15
1. Cirrosis	Complicaciones secundarias a la hipertensión portal Ascitis o hidrotórax refractarios* Encefalopatía persistente* Hemorragia variceal refractaria* Síndrome hepatorenal Síndrome hepatopulmonar* Hipertensión portopulmonar* Otras: anemia crónica secundaria a gastro/entero/colopatía de la hipertensión portal*
2. Fallo hepático agudo	Hepatitis víricas agudas Hepatitis tóxicas Hepatitis autoinmune De causa indeterminada
3. Tumores	Hepatocarcinoma* Hemangioendoteloma epiteliode* Carcinoma fibrolamelar* Metástasis de tumores neuroendocrinos* Colangiocarcinoma hiliar*
4. Complicaciones postrasplante	Disfunción primaria del injerto* Trombosis de la arteria hepática* Rechazo crónico* Recurrencia de la enfermedad de base* Patología biliar y otras complicaciones técnicas*
5. Indicaciones específicas	Prurito intratable o episodios recurrentes de colangitis en las enfermedades colestásicas crónicas* Alteraciones genéticas Fibrosis quística* Polineuropatía amiloidótica familiar* Hiperoxaluria primaria* Alteraciones vasculares: Síndrome de Budd-Chiari* Síndrome de Rendu-Ossler* Poliquistosis hepática*

*Excepciones al MELD.
Adaptada de Ladó L, et al⁶ y Martín P, et al¹⁰.

encima de 45 mm Hg el pronóstico es tan infausto que el trasplante está contraindicado.

Indicaciones de trasplante en el fallo hepático agudo

El fallo hepático agudo se define como el rápido desarrollo de encefalopatía y coagulopatía en un paciente sin enfermedad hepática conocida previa. Aunque la decisión de trasplantar a estos pacientes debe realizarse de forma individualizada, además del MELD, existen otros modelos pronósticos que ayudan a la toma de decisiones en la práctica clínica. Los principales son los criterios del *Kings College*, que incluyen la presencia de encefalopatía, alteración de la coagulación o la función renal y/o acidosis metabólica en los casos de insuficiencia hepática secundaria a ingesta de paracetamol y la edad, la etiología, la duración de la ictericia, el tiempo de protrombina y la bilirrubina en las demás causas de fallo hepático⁷. Los criterios de Clichy, por su parte, estiman las probabilidades de supervivencia en base al grado de coagulopatía (porcentaje de factor V), la encefalopatía y la edad del paciente.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3806249>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3806249>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)