



CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia



Revisión de conjunto

Trasplante hepático debido a fallo hepático agudo



Amelia J. Hessheimer, Lucas Nacif, Eduardo Flores Villalba y Constantino Fondevila*

Liver Transplant Unit, Department of Surgery, Hospital Clínic, CIBERehd, University of Barcelona, Barcelona, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de noviembre de 2016

Aceptado el 19 de enero de 2017

On-line el 19 de abril de 2017

Palabras clave:

Fallo hepático agudo
Hepatitis fulminante
Trasplante hepático auxiliar
Trasplante hepático incompatible-ABO
Trasplante hepático con donante vivo
Síndrome de hígado tóxico

Keywords:

Acute liver failure
Fulminant hepatitis
Auxiliary liver transplantation
ABO-incompatible liver transplantation
Living donor liver transplantation
Toxic liver syndrome

RESUMEN

Antes de que el trasplante hepático fuera una opción terapéutica ampliamente disponible, la tasa de mortalidad del fallo hepático agudo alcanzaba el 85%. En la actualidad, el fallo hepático agudo es una indicación de trasplante relativamente frecuente, pero sus resultados en este contexto son peores cuando se comparan con los de las enfermedades hepáticas crónicas. En este trabajo, tratamos las indicaciones y contraindicaciones para el trasplante hepático urgente. También examinamos el papel del trasplante hepático auxiliar, del incompatible-ABO y del trasplante hepático urgente con donante vivo, así como la utilidad de la realización de una hepatectomía total y un *shunt* portocava cuando existe síndrome de hígado tóxico en el paciente en alerta cero.

© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Liver transplantation for acute liver failure

ABSTRACT

Before liver transplantation became widely applicable as a treatment option, the mortality rate for acute liver failure was as high as 85%. Today, acute liver failure is a relatively common transplant indication in some settings, but the results of liver transplantation in this context appear to be worse than those for chronic forms of liver disease. In this review, we discuss the indications and contraindications for urgent liver transplantation. In particular, we consider the roles of auxiliary, ABO-incompatible, and urgent living donor liver transplantation and address the management of a «status 1» patient with total hepatectomy and portocaval shunt for toxic liver syndrome.

© 2017 AEC. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cfonde@clinic.ub.es (C. Fondevila).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ciresp.2017.01.008>

0009-739X/© 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Introducción

El fallo hepático agudo (FHA) es una de las situaciones más dramáticas que se observan en medicina. Un factor o suceso inductivo origina una necrosis hepática masiva y una plétora de signos y síntomas clínicos secundarios, que incluyen ictericia notable y deterioro neurológico severo, en un periodo de días o semanas. Históricamente, el pronóstico del FHA era demoledor, aunque los avances en materia de cuidados al paciente y el advenimiento y subsiguiente aplicación del trasplante hepático han supuesto mejoras considerables en cuanto a supervivencia. Aunque no existen estudios controlados y aleatorizados que demuestren con evidencia irrefutable la eficacia del trasplante hepático para tratar el FHA, dichos estudios no son justificables desde un punto de vista ético. En la actualidad, la mayor dificultad del manejo del FHA sigue siendo el conocimiento de cuándo pueden bastar los cuidados de soporte, o cuándo se hace improbable la recuperación sin trasplante. En este artículo de revisión, tratamos el modo de enfocar el dilema, así como el papel que pueden desempeñar las formas no tradicionales de trasplante hepático en este contexto.

Fallo hepático agudo

El fallo hepático agudo es un trastorno multisistémico en el que se produce una deficiencia repentina y severa de la función hepática, con o sin encefalopatía, en un paciente sin historia de enfermedad hepática crónica¹. En el mundo desarrollado, existen de 1 a 6 casos de FHA por millón de personas al año²⁻⁴. Basándonos en su presentación, el FHA puede clasificarse como hiperagudo, agudo, o subagudo, según el tiempo transcurrido entre el desarrollo de ictericia y el inicio del fallo hepático. Sin embargo, la importancia de esta clasificación reside menos en la evolución temporal y más en su asociación con la causa subyacente de la enfermedad^{5,6}.

Etiología

En general, la lesión inducida por fármacos es la causa predominante del FHA en los Estados Unidos y en la mayoría de Europa occidental, mientras que las causas virales predominan en el entorno de países en desarrollo⁷. El grupo español de estudio del FHA ha demostrado que en España no prevalece ninguna etiología particular, con los siguientes porcentajes: hepatitis vírica 37%, causa desconocida 32%, reacciones farmacológicas o tóxicas 20%, correspondiendo el resto a etiologías variadas⁴.

Aunque representa únicamente una pequeña proporción de casos en España (6%), la intoxicación por acetaminofeno/paracetamol (APAP) es la causa más común del FHA en EE. UU. y el Reino Unido, y su aparición es característicamente hiperaguda⁸. La lesión hepática es normalmente proporcional a la dosis de APAP consumida. Aunque en la actualidad la mayoría de los casos de FHA inducido por APAP se asocian a muy buenas tasas de recuperación espontánea, otros que cumplen ciertos criterios clínicos, tales como pH

arterial < 7,25-7,30 a pesar de la reanimación con líquidos, suponen un elevado riesgo de rápido deterioro y muerte^{9,10}.

Las reacciones idiosincrásicas, que se producen con fármacos diferentes a APAP, no guardan una gran relación con la cantidad consumida. Muchos casos se producen en los primeros 6 meses posteriores al inicio del consumo del fármaco. A pesar de que menos del 10% de los pacientes afectados evolucionarán a FHA, hasta el 80% de aquellos que lo hacen fallecerán, o precisarán un trasplante hepático urgente. Por lo general, el FHA inducido por fármacos se produce en pacientes mayores y cursa de forma subaguda. La ictericia profunda, la elevada tasa de aminotransferasas y la edad avanzada se asocian a unas tasas de mortalidad particularmente altas¹¹⁻¹⁴.

La hepatitis vírica se ha convertido en una causa infrecuente de FHA en EE. UU., donde aproximadamente el 8 y el 4% de los casos se deben a infecciones agudas por virus de hepatitis B (VHB) y de hepatitis A (VHA), respectivamente⁸. Sin embargo, el VHB representa el 30% del FHA en ciertas partes de Europa y es la causa principal en Asia, África subsahariana y la cuenca Amazónica^{4,15-18}. Aunque menos del 4% de los casos de infección aguda por VHB evolucionan a FHA, la tasa de mortalidad asociada al FHA inducido por VHB es superior a la asociada a la hepatitis por VHA y VHE. El VHB tiene un periodo superior de incubación y pródromo que otras causas de hepatitis vírica y se asocia en los pacientes mayores a un peor pronóstico.

De los cerca de 1,5 millones de casos de VHA agudo por año, < 1% derivan a fallo hepático. El FHA inducido por VHA es más severo en adultos, quienes desarrollan más comúnmente la enfermedad subaguda¹⁹. El VHE es la causa más común de FHA en India, Pakistán, China y el Sudeste asiático²⁰. Es más común en mujeres embarazadas, particularmente durante el tercer trimestre, y puede transmitirse verticalmente y originar FHA en el neonato. Otras causas víricas del FHA son infrecuentes e incluyen herpes simplex 1 y 2, herpesvirus humano 6, varicela zóster, Epstein Barr, citomegalovirus y parvovirus B19.

Otras causas menos comunes del FHA incluyen: envenenamiento por *Amanita phalloides*^{21,22}, enfermedad de Wilson fulminante^{23,24}, hepatitis autoinmune²⁵⁻²⁷, hígado graso agudo, hemólisis del embarazo con elevación de las enzimas hepáticas y disminución de las plaquetas (síndrome HELLP), hepatitis isquémica, trombosis aguda de la vena hepática (síndrome de Budd-Chiari)²⁸ e infiltración por neoplasia maligna. Dependiendo de la localización geográfica, cerca del 18-35% de los casos puede no tener una causa identificable^{4,8,19}. Los casos criptogénicos del FHA se asocian a una baja supervivencia solo con terapia médica, normalmente se presentan en forma subaguda y precisan con frecuencia un trasplante hepático urgente^{29,30}. En la [tabla 1](#) se relacionan las diferentes causas del FHA y el enfoque terapéutico inicial recomendado para cada una de ellas.

Pronóstico

Quizá el mayor dilema asociado al trasplante hepático por FHA es su indicación, ya que si esta se realiza de forma temprana existe el riesgo de practicar un trasplante a un paciente con una disfunción hepática potencialmente

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/5728578>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/5728578>

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