



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-148 - TRASPLANTE HEPÁTICO EN RECEPTOR CON INCOMPATIBILIDAD ABO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Vivas López, Alfredo; Justo Alonso, Iago; Marcacuzco Quinto, Alberto; Manrique Municio, Alejandro; Caso Maestro, Óscar; Narvaez Chávez, Cristina; Calvo Pulido, Jorge; Loinaz Segurola, Carmelo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: Tradicionalmente el trasplante hepático con incompatibilidad ABO (TH ABOi) utilizando inmunosupresión convencional se ha considerado una contraindicación relativa para trasplante hepático debido al alto riesgo de complicaciones humorales que pueden devenir en la pérdida del injerto. Sin embargo, la escasez de órganos ha llevado a desarrollar protocolos inmunosupresores reductores de anticuerpos anti-A/B, permitiendo buenos resultados después del donante vivo con TH ABOi, pero con muy escasa experiencia en el caso de donantes con muerte encefálica y menos en fallos hepáticos fulminantes.

Objetivos: Presentamos el caso de un varón, con fallo hepático agudo de etiología indeterminada, trasladado a nuestra UVI, incluido en urgencia 0, y ante la ausencia de donantes compatibles ABO, decidiéndose la realización de un TH ABOi.

Métodos: Paciente de 41 años, grupo sanguíneo A, con diagnóstico de fallo hepático fulminante de etiología no precisada, ingresado en UVI, con coagulopatía grave (INR 6), hiperamonemia (250 ?mol/l) y encefalopatía grado IV/IV (4 criterios Kings, y cumpliendo ambos criterios de Clichy), con GCS de 8/15 a pesar de terapia TDE-MARS, diálisis y soporte ventilatorio con IOT (por encefalopatía), siendo incluido en urgencia “0”, y decidiéndose ante la ausencia de donante compatible la realización de TH ABOi de donante grupo O.

Resultados: Se realiza trasplante hepático ortotópico, según técnica habitual de Piggy-back sin complicaciones. Trasfusión de 5 concentrados de plasma, sin precisar trasfusión de sangre. Se decide inducción con Rituximab y triple terapia inmunosupresora (corticoides + tacrolimus + micofenolato), así como bolos de basiliximab en 1 y 4 día post-trasplante. Se realizan titulaciones de anticuerpos antiA de forma seriada, así como sesiones periódicas de plasmaféresis en función del estancamiento o empeoramiento de enzimas y anticuerpos antiA, llegando a requerir perfusión de inmunoglobulinas los días alternos a la plasmaféresis. A pesar de ello el paciente presentó datos de rechazo humorral con elevación de enzimas hepáticas por lo que se realiza biopsia hepática que resulta inespecífica por lo que se decide emplear tres bolos de corticoides de 1 gramo. Se logra una mejoría progresiva del perfil hepático y coagulación, así como recuperación completa del estado neurológico, por lo que es dado de alta planta de hospitalización.

Conclusiones: El TH ABOi de donantes en muerte encefálica puede ser una opción válida en pacientes con situación clínica crítica por desarrollo de insuficiencia hepática fulminante, pero son necesarios más estudios que muestren su viabilidad a mediano y largo plazo.