



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

O-280 - RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EMPLEANDO INJERTOS PROCEDENTES DE DONANTE A CORAZÓN PARADO MAASTRICHT TIPO II

Justo Alonso, Iago; García Conde, María; Nutu, Anisa; Caso Maestro, Oscar; Manrique Municio, Alejandro; Marcacuzco Quinto, Alejandro; Calvo Pulido, Jorge; Jiménez Romero, Carlos

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Objetivos: Los buenos resultados obtenidos a lo largo de los años con el trasplante hepático, han llevado a un incremento del número de candidatos en lista de espera, mientras que el número de injertos hepáticos disponibles nunca ha llegado a ser suficiente para todos los pacientes en lista de espera. Por ello una gran cantidad de equipos de trasplante han propuesto la ampliación del número de injertos disponibles, empleando donantes marginales, entre ellos los donantes en parada circulatoria (DCD). El objetivo del siguiente estudio es analizar el empleo de dichos injertos procedentes de DCD tipo 2, comparando las complicaciones intra y postoperatorias, con un grupo de receptores de donante hepático óptimo, durante un seguimiento de diez años. Esta serie representa la experiencia mundial más grande empleando este tipo de donante

Métodos: Entre enero de 2006 y diciembre de 2016 se han realizado en nuestro centro 783 trasplantes hepáticos en receptores adultos. De ellos 75 fueron realizados empleando donantes a corazón parado Maastricht tipo II. Hemos realizado un estudio comparativo entre los 75 DCD con 265 receptores de trasplante hepático de donante óptimo.

Resultados: Presentamos un grupo de 75 pacientes receptores de trasplante hepático con injerto procedente de DCD con una edad media de $58,8 \pm 8$ vs $54,7 \pm 10$ donantes óptimos; $p = 0,000$, no hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al sexo, índice de masa corporal, índice de Child, índice de MELD, ni en cuanto a la indicación del trasplante hepático. No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuantos a los valores de laboratorio. La edad del donante ha sido en el grupo de DCD de $41,7 \pm 10$ años vs $47,8 \pm 15$ en donantes óptimos; $p = 0,001$; con una mayor incidencia de uso de aminos vasoactivas en el grupo de DCD 100% vs 48,3% ($p = 0,001$), y una mayor elevación de enzimas hepáticas durante el proceso de donación GOT DCD 99 ± 74 vs DBD 71 ± 83 ; $p = 0,012$; GPT DCD 72 ± 67 vs DBD 59 ± 73 ; $p = 0,185$. No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto esteatosis, ni daño de preservación, o tiempo de isquemia fría. El tiempo de isquemia caliente fue menor en receptores de DCD $62 \text{ min} \pm 14$ vs 70 ± 36 ($p = 0,010$). La transfusión de hemoderivados ha sido mayor en DCD en cuanto a transfusión de sangre, plasma, plaquetas y fibrinógeno. in RBC. El fallo primario del injerto ha sido mayor en DCD 8,1% vs 2,1% ($p = 0,031$), de hecho la tasa de retrasplante ha sido de 12% vs 4,6% (0,028) y a colangiopatía isquémica ha sido mayor en DCD 31,1% vs 5,6% ($p = 0,000$). La supervivencia del paciente a 1, 3 y 5 años ha sido en DCD: 81,3%, 70,2% y 68,6% vs DBD 89%, 83,7% y 78,8% $p = 0,070$. La supervivencia del injerto ha sido a 1, 3 y 5 años en DCD 72%, 62,2% y 60,7% vs DBD 87,1%, 81,9% y 76,5%, $p = 0,003$.

Conclusiones: A pesar de una mayor tasa de fallo primario y colangiopatía isquémica, el DCD tipo II es una fuente segura de donantes para trasplante hepático.