ELSEVIER DOYMA

CIRUGÍA ESPAÑOLA

www.elsevier.es/cirugia

MESA REDONDA INAUGURAL

Mortalidad tardía tras trasplante hepático

Valentín Cuervas-Mons

Universidad Autónoma de Madrid, Unidad de Trasplante Hepático, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid, España

La supervivencia del paciente al primer año del trasplante hepático ha aumentado progresivamente durante las últimas décadas, a pesar del incremento constante en la edad de receptores y donantes, siendo actualmente superior al 85% al año en la mayoría de los centros. El primer año después del trasplante es el período más importante en la evolución del paciente, ya que en él se originan el 50% de los fallecimientos y el 69% de las pérdidas de injerto. Las principales causas de muerte o pérdida de injerto durante el primer año son los problemas técnicos, complicaciones infecciosas y causas generales extrahepáticas. Por el contrario, la supervivencia después del primer año no se ha modificado significativamente durante las últimas décadas, existiendo a partir del primer año una mortalidad tardía del 2-3% por año. Las principales causas de muerte después del primer año del trasplante son, según datos del Registro Español de Trasplante Hepático, la recidiva de la enfermedad que indicó el trasplante (39,2%), los tumores malignos (21,4%), la patología cardiovascular y cerebrovascular (13,7%), la infección (10,2%) y el rechazo del injerto (4,4%). Dentro de la recidiva de la enfermedad primaria destaca la hepatitis C, por el elevado número de pacientes trasplantados por enfermedades hepáticas causadas por el virus de la hepatitis C (mayoritariamente cirrosis y hepatocarcinoma) y debido a la, prácticamente, universal reinfección del injerto, con rápida progresión a cirrosis, en una notable proporción de casos. Como consecuencia de ello, la supervivencia a largo plazo del paciente y del injerto en los pacientes trasplantados por enfermedades causadas por el virus C es significativamente inferior que la de los pacientes trasplantados por otras enfermedades. La mortalidad tardía por la recidiva de otras enfermedades de base (hepatocarcinoma, infección por el virus de la hepatitis B, hepatitis autoinmune, colangitis esclerosante primaria, cirrosis biliar primaria o enfermedad hepática alcohólica) es mucho menos frecuente en la actualidad.

Después del primer año, los pacientes con trasplante hepático tienen mayor riesgo de fallecer por neoplasia maligna y patología cardiovascular y cerebrovascular que la población general de similar edad y sexo. La causa de este mayor riesgo es multifactorial, incluyendo factores de riesgo preexistentes y las consecuencias del tratamiento inmunosupresor prolongado. El riesgo de desarrollar tumor maligno se incrementa con el tiempo trascurrido desde el trasplante, siendo la probabilidad acumulada a los 5 años del 6%; a los 10 años del 20%, y a los 15 años del 55%. Está muy aumentada la incidencia de cáncer no melanótico de piel, procesos linfoproliferativos y sarcoma de Kaposi, mientras que la incidencia de cánceres prevalentes en la población general está poco aumentada.

La morbilidad cardiovascular y cerebrovascular también aumenta con el tiempo trascurrido desde el trasplante, cifrándose en el 9,5% a los 5 años y el 25% a los 10 años, y el riesgo de muerte por enfermedad cardíaca isquémica, comparado con la población general, oscila entre 2,5-3,07 (IC del 95%, 1,98-4,53). Los principales factores de riesgo relacionados con la aparición de complicaciones cardiovasculares son la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia y la diabetes, los cuales están fuertemente relacionados con la inmunosupresión empleada.

La intervención precoz sobre los factores de riesgo cardiovascular y tumoral mediante la modificación de la inmunosupresión podría ayudar a disminuir la mortalidad por estos procesos en los pacientes trasplantados (no comprobado).

0009-739X/$ - see front matter © 2010 AEC. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.