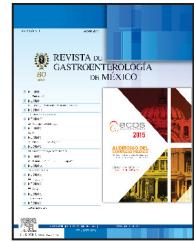


REVISTA DE
GASTROENTEROLOGÍA
DE MÉXICO

www.elsevier.es/rgmx



HEPATOLOGÍA II

Trasplante hepático: aspectos médicos

E. R. Marín-López^a y N. Marín-Rentería^b

^aHospital Ángeles Puebla y ^bHospital para el Niño Poblano

Recibido el 1 de junio de 2015; aceptado el 10 de junio de 2015

Introducción

El trasplante hepático ha tenido una evolución rápida en sus aspectos médicos debida tanto a una mejor selección como al manejo de la inmunosupresión y las complicaciones. Se han logrado identificar factores predictores de mal pronóstico en cirrosis hepática de cualquier etiología, pero en algunas de ellas el trasplante ha modificado el curso natural de la enfermedad. La aprobación y eficacia de nuevo medicamentos para enfermedades con alta recurrencia han cambiado el manejo pre y postrasplante. Los costos siguen siendo altos para Latinoamérica, tanto de los medicamentos en general como del procedimiento *per se*. En el siguiente manuscrito se discuten, a nuestro juicio, los resúmenes más interesantes del tema presentados en las reuniones de la American Association for the Study of Liver Disease (AASLD), la European Association for the Study of the Liver (EASL) y la American Gastroenterological Association (AGA).

Antivirales de acción directa en pre y postrasplante hepático en hepatitis C

El tratamiento antiviral sin interferón con o sin ribavirina está indicado en pacientes que esperan trasplante porque previene la infección del injerto y debe iniciarse lo antes posible de forma completa antes del trasplante. En un estudio multicéntrico, Reddy y cols.¹ estudiaron la seguridad y eficacia de ledipasvir/sofosbuvir (LDV/SOF) con ribavirina

en 223 pacientes nunca y previamente tratados (G1 y G4) que habían sido trasplantados. Se incluyeron sujetos en estadios de fibrosis F0-F3 y clases A, B y C de Child tratados por 12 semanas. La mediana de tiempo postrasplante fue de 4.4 años. La mediana basal de RNA-HCV fue de 6.4 Log10 UI/mL. Observaron pocos efectos adversos relacionados con el tratamiento. La respuesta virológica (RVS), sin diferencias entre las semanas 4 y 12, fue de 96 y 94%. El estudio demuestra alta eficacia y seguridad. Utilizando otro esquema en pacientes con G1 se reportó la RVS, la seguridad y la tolerancia con SOF/simeprevir (SMV) con o sin RBV en los tres centros de trasplante de la Clínica Mayo.² Este estudio muestra 70% de RVS a la semana 12 en sólo 19 /91 pacientes que terminaron el tratamiento y a la 12 semanas todos eran negativos. Este grupo de pacientes cirróticos es un grupo complejo de tratar; no obstante, no hubo descompensación durante el tratamiento. En contraste, Mantry y cols.³ estudiaron a un grupo de pacientes sin cirrosis pero con recurrencia de HCV G1 con un combo de drogas antivirales: ABT-450/r/ con ombitasvir, desabuvir y RBV. La alta respuesta virológica en este grupo a 24 semanas fue de: 97%, 97% y 3% a las 4, 12 y 24 semanas, con pocos efectos colaterales siempre tratables. El costo-efectividad del tratamiento libre de interferón es discutido por el programa de trasplante hepático del norte de Italia.⁴ El uso de SOF y RBV antes del trasplante claramente muestra ahorro vs. el tratamiento en la era del INF/RBV; el otro aspecto es calidad de vida y mejor sobrevida del injerto.

Autor de correspondencia: Kepler 2143-955, Unidad Territorial Atlixcayotl. C.P. 72197. Puebla, Pue. Teléfono fijo (222) 3038394, teléfono celular 222124337.

Correo electrónico: e_marin@prodigy.net.mx (E. R. Marín-López)

Imágenes para evaluar el estado pre y postrasplante hepático

La evaluación de los cambios hemodinámicos cerebrales pre y postrasplante fue estudiada por el grupo del INCMSZ. Aldo Torre⁵ presentó un estudio de cohorte-prospectivo que evaluó ultrasonografía Doppler transcraneal obteniendo un índice pulsátil como marcador de la reactividad cerebrovascular. El estudio muestra mejoría en la hemodinamia cerebral a largo plazo después de trasplante hepático indicando menor vasoconstricción cerebral. Se observó mejoría clínica en todos los pacientes con encefalopatía. Hipotéticamente, la disminución de las lesiones de la sustancia blanca es producto de la mejoría en la circulación cerebral. Ésta puede ser una herramienta útil en la circulación cerebral pre y postrasplante. La imagen tipo ARFI consiste en US y elastografía. Attia y cols.,⁶ en Hannover, evaluaron la exactitud en el diagnóstico de la fibrosis del hígado postrasplante hepático. Estudiaron a 108 receptores de trasplante. Los hallazgos esperados en los extremos de corte de ARFI F3-F4 pueden diagnosticar fibrosis avanzada y cirrosis

Enfermedad hepática por alcohol

Una alternativa de manejo pretrasplante en hepatitis alcohólica es el uso de diálisis con albúmina. Hassanein y cols.⁷ muestran un alta mortalidad en pacientes sometidos a diálisis con albumina. La mortalidad en este grupo de pacientes sigue siendo alta en todo el mundo.

La posibilidad de volver a beber alcohol en pacientes con historia de etilismo y sin un programa de abstinencia mínima de 6 meses pretrasplante es alta postrasplante;⁸ no obstante, los grupos de Francia y algunos de Estados Unidos han pensado que la hepatitis alcohólica puede ser una indicación para trasplante de hígado.

En resumen:

- Los nuevos tratamientos antivirales directos han modificado la historia natural de la hepatitis C y especialmente han mejorado la evolución de los pacientes pre y postrasplante; su indicación oportuna conduce a una muy baja recurrencia de la enfermedad. Sin duda en nuestro país, como en muchos otros lugares de Latinoamérica y el mundo, el costo es muy alto y su obtención hasta el momento de escribir estas líneas resulta compleja pues existe un solo antiviral de acción directa en México.
- Las herramientas para evaluar a los pacientes pre y postrasplante han mejorado notablemente, son accesibles y de bajo costo en México, deben ser

utilizadas para optimizar los recursos y costo beneficio a los enfermos en diagnóstico oportuno y tratamiento en tiempo.

- La enfermedad hepática por alcohol y la hepatitis alcohólica grave aún son causa de alta morbimortalidad y existen pocos recursos para su tratamiento.

Financiamiento

No se recibió financiamiento para elaboración de este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Reddy KR, Everson GT, Flam SL, et al. Ledipasvir/sofosbuvir with ribavirin for the treatment of HCV in patients with post transplantation recurrence: Preliminary results of a prospective multicenter study [abstract]. *Hepatology* 2014; 60(4 Suppl. 1):200A.
2. Aqel B, Pungpapong S, Werner KT, et al. The use of simorevir and sofosbuvir in the liver transplant setting: The experience in 3 US centers [abstract]. *Hepatology* 2014; 60(4 Suppl. 1):206A.
3. Mantry PS, Kwo PY, Coakley E, et al. High sustained virological response rates in liver transplant recipients with recurrence HCV genotype 1 infection receiving ABT/r/ombitasvir + desabuvir plus ribavirin [abstract]. *Hepatology* 2014; 60(4 Suppl. 1):298A.
4. Vitale A, Spolverato G, Burra P, et al. Cost- effectiveness of pre transplant sofosbuvir to prevent recurrence of HCV infection after liver transplantation [abstract]. *J Hepatol* 2015; 62(2 Suppl.):S310.
5. Macías-Rodríguez RU, García Flores O, Ruiz- Margain A, et al. Changes in cerebral hemodynamics in cirrhotic patients after liver transplantation [abstract]. *J Hepatol* 2015; 62 (2 Suppl.):S375.
6. Attia D, Meyer-Heeithus, Jaeckel E, et al. Evaluation force impulse imaging (ARFI) elastography for non-invasive liver fibrosis assessment in patients after liver transplantation [abstract]. *J Hepatol* 2015; 62(2 Suppl.):S310.
7. Hassanein TI, Mann-Deibert G, Hermes JM, et al. Survival rates in patients with severe alcoholic hepatitis: The effects of extracorporeal albumin (ECAD) [abstract]. *Gastronterology* 2015; 148(4 Suppl 1):S1020.
8. Christian KE, Barth RN, Hanish SI, et al. Predicting recidivism in patients undergoing early liver transplantation for alcoholic liver disease: A retrospective cohort study [abstract]. *Gastronterology* 2015; 148(4 Suppl 1):S1034.