

HEMOTERAPIA EN LA CIRUGÍA DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

B. González Mena¹, G. Sánchez-Antolín², B. Albarrán Severo¹, E. Fernández Fernández¹, A.B. Dueñas Pérez¹, I. de la Fuente Graciani¹, R. del Villar Carrey¹, A. Cantalapiedra Díez¹, F. García Pajares², C. Almohalla², M.T. Herranz Bachtiller², L.J. García Frade¹

¹Servicio de Hematología y Hemoterapia; ²Unidad de Hepatología; Servicio de Aparato Digestivo.

Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid

Introducción: El trasplante hepático (TOH) requiere transfusión importante de hemoderivados. La mejora de la técnica quirúrgica y anestésica ha disminuido progresivamente las transfusiones intraoperatorias.

Objetivos: Analizar los factores asociados a mayores necesidades transfusionales durante la cirugía del trasplante y establecer una posible relación entre las transfusiones y la mortalidad asociada al trasplante.

Material y métodos: Estudiamos retrospectivamente los TOH realizados de manera consecutiva en los últimos 4 años. Se realizaron 131 TOH en 123 pacientes: 30 TOH en 2007, 36 en 2008, 27 en 2009 y 38 en 2010. Se analizaron: edad, sexo, re-trasplante, indicación TOH, necesidades transfusionales (CH, plasma, Plaquetas), IMC, Cirugía Previa al trasplante, DM, HTA, patología cardíaca pre-TOH, grupo sanguíneo, incompatibilidad de grupo (órgano/paciente) y éxitus. Se clasificó a los pacientes según las transfusiones periquirúrgicas (24 h desde el inicio de la intervención) en 2 grupos: a) ≤ 20 concentrados de Hematíes (CH) y b) > 20 CH.

Resultados: Se estudiaron 131 TOH, con edad media al trasplante de 54,5 (24-69) años. 78,6% de los pacientes eran varones. 119 casos eran primer trasplante y 12, re-trasplantes. Las indicaciones de TOH fueron: cirrosis enólica en 43 pacientes (32,8%), Carcinoma hepatocelular en 51(38,9%), Hepatopatía vírica VHC en 14(10,7%), Fallo Hepático Fulminante en 3 (2,3%), CBP en 7(5,3%), Trombosis de la arteria hepática en 3 (2,3%), Hepatopatía criptogenética en 4 (3,1%) y otras causas en 6 pacientes (4,3%). En 35 casos (27,1%) había antecedentes de cirugía previa abdominal. Cirrosis enólica y hepatitis por VHC se asociaron con mayores requerimientos transfusionales, con una media de unidades transfundidas de 13,02 CH; 11,88 unidades de PFC y 1,23 pools de plaquetas y de 24,5 CH; 17,93 unidades de PFC y 2,64 pools de plaquetas, respectivamente, presentando diferencias significativas con respecto a las necesidades por otras indicaciones ($p=0,01$). En cuanto a la distribución según soporte transfusional, 115 pacientes recibieron ≤ 20 CH y 15, > 20 CH, lo que también se asociaba a un mayor consumo del resto de hemoderivados de forma significativa ($p<0,0001$). La supervivencia asociada al grupo >20 CH, fue significativamente menor con una mediana estimada de 72 días frente a la del grupo de ≤ 20 con una mediana aún no alcanzada. ($p<0,001$) La mortalidad a día +100, fue de 15,27% (9,57% en el grupo a y 56,3% en el b con una diferencia significativa ($p < 0,0001$). La media de transfusión tanto de CH como de plaquetas y plasma descendió significativamente en el año 2010 respecto a los previos.

Conclusiones: El tratamiento de soporte con hemoderivados es fundamental en el TOH. En nuestra serie la indicación por cirrosis enólica y hepatitis viral se relacionó con un aumento de las necesidades de transfusión de hemoderivados durante el TOH. La transfusión de más de 20 concentrados de hematíes se asoció de forma significativa ($p<0,0001$) a una menor supervivencia. Un adecuado manejo quirúrgico-anestésico, consigue un descenso de la necesidad de soporte transfusional en estos pacientes.