



O-176 - NUEVO SISTEMA DE CLASIFICACIÓN DEL RIESGO DE DISFUNCIÓN PRIMARIA DE INJERTO Y MORTALIDAD POSTOPERATORIA EN PACIENTE SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO. CAMBIO DE CONCEPTO DE NO-FUNCIÓN PRIMARIA Y PAPEL ACTUAL DE LOS NIVELES DE TRANSAMINASAS EN EL POSTOPERATORIO PRECOZ

Díaz Nieto, Rafael; Lykoudis, Panagis; Orti Rodríguez, Rafael; Imber, Charles; Sharma, Dinesh; Malago, Massimo; Davidson, Brian

Royal Free Hospital, Londres, Reino Unido.

Resumen

Introducción: Los niveles de transaminasas han sido utilizados para las definiciones de no-función primaria en el trasplante hepático así como diagnóstico retrospectivo de la lesión de isquemia-reperusión. Sin embargo su significado como marcadores pronóstico y herramientas de diagnóstico precoz no han sido investigados de manera adecuada. Paralelamente, la creciente utilización de órganos subóptimos así como el desarrollo de dispositivos que intentan disminuir las lesiones de isquemia-reperusión han modificado completamente los conceptos anteriores de disfunción primaria. **Métodos:** Análisis uni/multivariante de los principales factores de riesgo para el fracaso del injerto y mortalidad postoperatoria en los primeros 30 días tras el trasplante hepático. Los valores diarios de transaminasas durante la primera semana fueron incluidos en el análisis y se calcularon como variables independientes las variaciones en los niveles de transaminasas durante dicho periodo. Se calculó el punto de corte para el valor con mejor relación sensibilidad/especificidad para aquellos resultados estadísticamente significativos. Finalmente se elaboró un sistema de puntuación y clasificación del riesgo de fracaso de injerto y mortalidad postoperatoria.

Resultados: Se analizó una serie consecutiva de 1.299 pacientes sometidos a trasplante de hígado entre 1988 y 2012. Los niveles de aspartato aminotransferasa (AST) en el primer día postoperatorio así como la tasa de reducción de los niveles de AST en el tercer día postoperatorio y la disminución de alanina aminotransferasa (ALT) mostraron una correlación significativa con el fracaso precoz del injerto y la mortalidad postoperatoria temprana. El punto de corte calculado para los niveles de AST fue 723 U/dL para el fracaso precoz del injerto (riesgo relativo 1,592 (IC95%: 1,095-2,309) y de 750U/dL para la mortalidad postoperatoria (riesgo relativo 1,555 (IC95%: 1,090-2,217). Con respecto a la reducción de los niveles de AST, una reducción del 50% de su valor en las primeras 48 horas, se correlaciona con una reducción significativa del riesgo del fracaso del injerto y de la mortalidad postoperatoria (RR: 2,563 (IC95%: 1,772-3,708) y 1,429 (IC95%: 1,004-2,037) respectivamente). El cálculo de los puntos de corte para estas variables permitió la creación de un sistema de puntuación para clasificar a los pacientes en tres grupos de riesgo para el fracaso del injerto precoz y la mortalidad postoperatoria. Este nuevo sistema de puntuación y clasificación

predice un riesgo mortalidad del 15,9% y un riesgo de fracaso del injerto del 20,6% en aquellos pacientes asignados al grupo de alto riesgo.

Conclusiones: este nuevo sistema de clasificación permite la identificación precoz de los pacientes en riesgo de sufrir fracaso de injerto y muerte precoz tras el trasplante hepático. Los niveles de transaminasas en el postoperatorio inmediato pueden representar por tanto verdaderos marcadores pronósticos y su análisis dinámico puede modificar los anteriores conceptos de no-función primaria.