

series numerosas de pacientes. El tratamiento con más frecuencia descrito en caso de obstrucción duodenal es la gastroyeyunostomía<sup>2</sup>. La paciente que presentamos ha recibido tratamiento con analgésicos y omeprazol. También ha sido valorada por el servicio de cirugía y aunque no se descarta la necesidad de intervención quirúrgica en un futuro, tras un año desde el diagnóstico no se considera que la paciente requiera una cirugía de tipo derivativo.

## Bibliografía

1. Tadokoro H, Takase M, Nobukawa B. Development and congenital anomalies of the pancreas. *Anat Res Int*. 2011;35:1217, 2011.
2. Sandrasegaran K, Patel A, Fogel EL, Zyromski NJ, Pitt HA. Annular pancreas in adults. *AJR Am J Roentgenol*. 2009;193:455–60.
3. Ravitch MM, Woods Jr AC. Annular pancreas. *Ann Surg*. 1950;132:1116–27.

4. Papachristou GI, Topazian MD, Gleeson FC, Levy MJ. EUS features of annular pancreas (with video). *Gastrointest Endosc*. 2007;65:340–4.

Edel Berroa<sup>a,\*</sup>, Noelia Alcaide<sup>a</sup>, Margarita Rodríguez<sup>b</sup>, Benito Velayos<sup>a</sup> y Luis Fernández-Salazar<sup>a</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

<sup>b</sup> Servicio de Radiodiagnóstico, Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Valladolid, España

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [dra.edelberroa@hotmail.com](mailto:dra.edelberroa@hotmail.com) (E. Berroa).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.02.005>

## Hepatitis alcohólica grave, ¿es siempre una contraindicación al trasplante hepático?



### Severe alcoholic hepatitis: Is it always a contraindication to liver transplantation?

Sr. Director:

La hepatitis aguda alcohólica (HA) es considerada como una contraindicación al trasplante hepático (TH) por requerirse en la mayoría de centros un período de abstinencia etílica de al menos 6 meses<sup>1</sup>. Sin embargo en los últimos años han aparecido publicaciones que muestran resultados favorables del TH en cuanto a supervivencia y recaída en el hábito etílico en pacientes seleccionados. En el estudio franco-belga, Mathurin et al. exponen que los TH realizados a los pacientes con HA grave sin respuesta a tratamiento médico suponen menos del 2% del total de pacientes con HA grave y menos del 3% del total de trasplantes realizados lo que viene a diluir el problema «ético-moral» del TH en estos pacientes<sup>1</sup>. En un editorial publicado en 2012 en *Gastroenterología y Hepatología*, Altamirano et al. ponen de manifiesto la literatura disponible hasta el momento sobre las excelentes tasas de supervivencia (70-80% a los 24 meses) y escasa recaída en el hábito etílico de los pacientes trasplantados en este contexto<sup>2</sup>.

Es cierto que la demanda de donaciones es cada vez mayor a pesar de que España es uno de los países del mundo con mayor tasa de donación de órganos<sup>3</sup>.

Asimismo el riesgo que supone que el paciente recidiva en el hábito etílico así como el riesgo de complicaciones postrasplante hacen que el trasplante en ellos sea muy controvertido pues hay pacientes con igual o mayor gravedad clínica y etiologías diferentes al alcohol.

Se trata por lo general de pacientes de mediana edad que tienen a priori muchos años de vida activa por delante y con potencial recuperabilidad para la vida laboral. Sin embargo muchos de estos pacientes tienen una historia de hepatopatía crónica que les hace más susceptibles a la toxicidad del

alcohol y al desarrollo de cuadros graves con escasas/nulas opciones de supervivencia sin TH. Además en muchos casos los pacientes tienen buen apoyo familiar que puede evitar la recaída alcohólica y favorecer la adhesión al tratamiento y el seguimiento postrasplante<sup>1</sup>.

Por otro lado hay cierto paralelismo con la hepatitis crónica C (HCC) que sigue siendo la causa más frecuente de TH en España cuando sabemos que la recurrencia en el injerto es la regla y que aún no disponemos de tratamientos antivirales ideales para estos pacientes<sup>4</sup>. Es cierto que la adquisición de la infección por el virus de la hepatitis C es involuntaria en la mayoría de los casos (a diferencia del consumo de alcohol) pero aun así hay un alto porcentaje de pacientes en los que esta ha sido debida al uso de drogas por vía parenteral o a relaciones sexuales sin protección<sup>5</sup>. Conviene recordar que el alcohol no deja de ser una droga adictiva, que el etilismo es una enfermedad en sí misma que habitualmente se escapa al control voluntario y que tiene una notable base genética<sup>6</sup>. Además existen conexiones entre ambas enfermedades pues los pacientes con HCC tienden a beber alcohol con mayor frecuencia que la población general y viceversa, los pacientes alcohólicos con hepatocarcinoma tienen mayoritariamente HCC. Es por ello por lo que en España hay entre 45.000-180.000 personas que reúnen ambas condiciones (HCC y etilismo de riesgo) y que pueden optar a tratamientos definitivos como el TH si llegan a un estado avanzado de la enfermedad. A grandes rasgos podríamos decir que el alcohol empeora el daño hepático por la HCC<sup>7</sup>.

Al hilo de estos argumentos se inició en enero de 2013 un ensayo clínico (NCT01768715) promovido por la Sociedad Española de Trasplante Hepático para evaluar la supervivencia postrasplante de los pacientes con HA grave sin respuesta a tratamiento médico en comparación con la de los pacientes con HA grave que no se consideran aptos para el TH. La fecha final de recogida de datos para el objetivo principal está prevista para diciembre de 2014.

Por todo ello los pacientes con HA deben ser evaluados en un centro con posibilidad de TH. Es de sobra conocido el mal pronóstico de los pacientes con HA grave sin respuesta al tratamiento médico así como la elevada tasa de

complicaciones a corto plazo (infecciones, síndrome hepatorenal...) que proporcionan una supervivencia nefasta sin trasplante. La mortalidad precoz (<3 meses) de los pacientes hospitalizados por HA varía del 15-55% para los casos de HA leve o grave, respectivamente. La supervivencia a largo plazo de los pacientes con hepatopatía alcohólica varía del 58% en los casos de hepatitis alcohólica aislada al 33% en pacientes con HA sobre cirrosis etílica<sup>8</sup>, siendo la supervivencia sin tratamiento entre 50-65% si la función discriminante de Maddrey es mayor a 32 (53% en no respondedores a corticoides)<sup>9,10</sup>. Por todo ello deberíamos replantearnos la opción del acceso precoz al TH en casos seleccionados de pacientes con HA grave sin respuesta a tratamiento, con adecuado apoyo familiar y evaluación psicológica favorable. Más allá de conflictos morales o éticos, que están fuera de contexto, el ejercicio de la medicina tiene como fin último la curación de los pacientes independientemente de sus actos por los que no deberían ser prejuzgados.

## Bibliografía

1. Mathurin P, Moreno C, Samuel D, Dumortier J, Salleron J, Durand F, et al. Early liver transplantation for alcoholic hepatitis. *N Engl J Med*. 2011;365:1790-800.
2. Altamirano J, Michelena J, Prado V, Caballería J, Bataller R. Early liver transplantation in alcoholic hepatitis: An option in the treatment of steroid-unresponsive patients. *Gastroenterol Hepatol*. 2012;35:457-9.
3. Halldorsen J, Roberts JP. Decadal analysis of deceased organ donation in Spain and the United States linking an increased donation rate and the utilization of older donors. *Liver Transpl*. 2013;19:981-6.
4. Berenguer M, Charco R, Manuel Pascasio J, Ignacio Herrero J. Spanish society of liver transplantation (SETH) consensus recommendations on hepatitis C virus and liver transplantation. *Liver Int*. 2012;32:712-31.
5. Pérez-Álvarez R, García-Samaniego J, Solá R, Pérez-López R, Bárcena R, Planas R, et al. Acute hepatitis C in Spain: A retrospective study of 131 cases. *Rev Esp Enferm Dig*. 2012;104:21-8.
6. Stickel F, Hampe J. Genetic determinants of alcoholic liver disease. *Gut*. 2011;67:150-9.
7. Fuster D, Tor J, Rey-Joly C, Muga R. Interacciones patogénicas entre alcohol y hepatitis C. *Med Clin (Barc)*. 2012;138:627-32.
8. Chedid A, Mendenhall CL, Gartside P, French SW, Chen T, Rabin L, VA Cooperative Study Group. Prognostic factors in alcoholic liver disease. *Am J Gastroenterol*. 1991;86:210-6.
9. Mathurin P, Lucey MR. Management of alcoholic hepatitis. *J Hepatol*. 2012;56 Suppl 1:S39-45.
10. Bargalló García A, Serra Matamala I, Marin Fernández I, Masnou Ridaura H, Leal Valdivieso C, Marcos Neira P, et al. Factores pronósticos asociados a la mortalidad de los pacientes con hepatitis alcohólica grave. *Rev Esp Enferm Dig*. 2013;105:513-20.

Luis Vida Pérez<sup>a,b</sup>

<sup>a</sup> *Servicio de Aparato Digestivo-Medicina Interna, Hospital Infanta Margarita. Cabra (Córdoba), España*

<sup>b</sup> *Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC). Universidad de Córdoba, España*  
 Correo electrónico: [lvp80@hotmail.com](mailto:lvp80@hotmail.com)

<http://dx.doi.org/10.1016/j.gastrohep.2014.05.007>