



CARTA AL DIRECTOR

Trasplante hepático urgente por hepatitis autoinmune en el epicentro de la pandemia COVID-19 en España



Successful urgent liver transplant due to fulminant autoimmune hepatitis during the height of the COVID-19 pandemic in Spain

Sr. Director:

El nuevo coronavirus SARS-CoV-2, la COVID-19, se ha propagado por todo el mundo desde que se describió en Wuhan, China, colapsando los sistemas de salud en muchos países¹.

España ha sido uno de los más afectados por la pandemia, especialmente la región de Madrid, obligando a la cancelación de todos los procedimientos programados y a retrasar la mayoría de los no urgentes.

El trasplante de hígado es el tratamiento fundamental de la enfermedad hepática en fase terminal y del cáncer de hígado. España es uno de los países líderes en trasplante hepático, con aproximadamente 1.000 al año. La muerte o la salida de la lista de espera han disminuido en los últimos años debido al tratamiento del virus de la hepatitis C (VHC), la mejora en el tratamiento de la cirrosis hepática y el desarrollo de nuevos tratamientos para el carcinoma hepatocelular (CHC).

Sin embargo, algunos pacientes no tienen tratamientos curativos alternativos, principalmente la hepatitis fulminante, el fallo hepático agudo sobre crónico y el CHC en el límite de los criterios de trasplante (criterios de Milán).

Existe falta de evidencia sobre el potencial riesgo de transmisión del virus en los tejidos donantes, por lo que la Organización Nacional de Trasplantes (ONT) recomendó durante la pandemia²:

- La actividad de trasplante debe limitarse a pacientes urgentes y graves o receptores difíciles de tratar.
- Los donantes de muerte cerebral deben tener prioridad sobre los donantes de asistolia.
- Retrasar los trasplantes hematopoyéticos.

Pero en la práctica, en el mes de marzo de 2020, con los sistemas de salud y las unidades de cuidados intensivos saturados, el trasplante de hígado prácticamente se detuvo en nuestra región.

Una mujer de 49 años ingresó en nuestro centro en marzo de 2020 con diagnóstico de hepatitis aguda, con bilirrubina total 23 mg/dl, AST 1.686 U/l, ALT 2.441 U/l, GGT 120 U/l,

LDH 1.299 U/l, FA 273 U/l. Actividad de protrombina 30% INR 2,27.

No tenía alteraciones significativas en el recuento de plaquetas o leucocitos. Todas las serologías virales (VHC, VHB, VHE, CMV, VEB, VIH) fueron negativas.

El estudio etiológico inicial no permitió alcanzar ningún diagnóstico, las inmunoglobulinas fueron normales, excepto por la presencia de anticuerpos antinucleares (ANA) a títulos de 1/160.

Como único antecedente personal relevante destacaba el diagnóstico de hipotiroidismo en tratamiento sustitutivo. Los síntomas se iniciaron dos semanas antes del ingreso. El cuadro no se relacionó con el consumo de medicamentos, drogas o productos de herbolario.

La paciente no tenía síntomas de COVID-19, y la PCR de SARS-CoV2 fue negativa.

La ecografía abdominal y la TC no mostraron alteraciones.

Se realizó una biopsia hepática transyugular, informada como «necrosis confluyente en puentes y abundantes células plasmáticas, compatible con hepatitis autoinmune». Se inició tratamiento con metilprednisolona a una dosis de 40 mg diarios y la paciente fue dada de alta.

No se observó respuesta bioquímica, y seis días después la paciente desarrolló encefalopatía hepática. Se decidió la inclusión de la paciente en lista de espera con «Urgencia 0». Veinticuatro horas después se realizó un trasplante de donante de hígado en asistolia. La paciente salió de la UCI 24 h después, precisando reintervención por sangrado arterial a las 48 h. Posteriormente evolucionó sin complicaciones y con función del injerto normal, siendo dada de alta a los 10 días.

En el momento del trasplante de hígado, casi 60.000 casos de COVID-19 se habían diagnosticados en nuestro país, con 3.500 muertes confirmadas, teniendo Madrid alrededor del 30% de los casos^{3,4}.

La hepatitis fulminante con necesidad de trasplante hepático urgente es una situación potencialmente mortal que requiere un gran esfuerzo de coordinación en un breve periodo de tiempo.

El sistema de salud español, y en concreto la actividad trasplantadora, se ha visto golpeada duramente desde marzo de 2020, estando al borde del colapso en ocasiones. No obstante, la excelencia de nuestro sistema, la dedicación y el sacrificio de los profesionales y las estructuras trasplantadoras, tremendamente arraigadas en nuestro país, han permitido superar esta crisis con la realización de trasplantes incluso en los peores momentos, demostrando el liderazgo de España en el trasplante de órgano sólido.

Financiación

Este artículo no ha recibido financiación alguna.

Autoría

Todos los autores han contribuido de la misma manera en la redacción de este artículo.

Conflicto de intereses

Sin conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Li LQ, Huang T, Wang YQ, Wang ZP, Liang Y, Huang TB, et al. 2019 novel coronavirus patients' clinical characteristics, discharge rate, and fatality rate of meta-analysis. *J Med Virol.* 2020. <http://dx.doi.org/10.1002/jmv.25757>.
2. Johns Hopkins University Coronavirus Resource Center. <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>.
3. Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España. <https://www.msccbs.gob.es/>.

4. National Transplant Organization Recommendations on Coronavirus Infection. http://www.ont.es/infesp/CriterioDeDistribucion/BV-ES-20200122_7_Coronavirus.pdf.

Miguel A. Rodríguez-Gandía^{a,b,*}, Pedro López-Hervás^c, Luis Téllez^{a,b,d}, Luis Gajate^e
y en nombre de la Unidad de Trasplante Hepático

^a Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^b IRYCIS

^c Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

^d CIBERehd

^e Servicio de Anestesia y Reanimación, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, España

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: mrgandia@salud.madrid.org

(M.A. Rodríguez-Gandía).

<https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2020.06.002>

0210-5705/ © 2020 Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Nódulo de la hermana María José: un signo histórico que no debemos olvidar



Sister Mary Joseph nodule: A historic sign we should not forget

Sr. Director:

Recientemente, un paciente con un nódulo de la hermana María José (NHMJ), referido ya en 1949, nos estimuló a realizar una breve revisión clínico-epidemiológica. El paciente, varón de 62 años, presentó dolor abdominal, síndrome constitucional y una lesión umbilical nodular que, meses antes, se catalogó como hernia umbilical (fig. 1). La endoscopia apreció una neoplasia gástrica irresecable. La muestra del nódulo identificó células de un adenocarcinoma gástrico metastásico.

El NHMJ es un signo clínico en forma de masa umbilical irregular y dura de menos de 5 cm, violácea/rojiza, rara vez dolorosa (salvo cuando está fisurada/ulcerada, donde puede presentar secreción serosa, purulenta o sanguinolenta). Su aparición debe alertar sobre un oculto tumor primario del área abdominopélvica y metástasis peritoneales¹, aunque solo aparece en el 1-3% de estos tumores. La forma de diseminación metastásica se desconoce, planteándose la extensión por contigüidad, hematológica o linfática (a través de estructuras embrionarias remanentes)².

En esta revisión de 68 casos con NHMJ, el 56% eran mujeres y la edad media fue de 63 años. El tipo histológico principal fue adenocarcinoma (81%): estómago (17,7%), páncreas (17,7%), ovario (16,2%), colon (10,2%) y endometrio

(8,8%), seguido de origen hematológico (7,4%) y, en menor porcentaje, otras estirpes (sarcomas, mesoteliomas, etc.) y localizaciones (vejiga, pulmón, etc.). En el 27% de los casos no se llegó a localizar el tumor primario. La detección de un NHMJ ensombrece el pronóstico, como demuestra que el 52,5% de los pacientes fallecieron. La tasa media de supervivencia calculada en 40/68 casos fue de 7 meses.

Nuestro paciente presentó un NHMJ durante meses y fue erróneamente diagnosticado como hernia umbilical. De ahí el interés en comunicar este caso y resaltar la importancia clínica de este signo, muy fácilmente reconocible en



Figura 1 Nódulo de la hermana María José en paciente con adenocarcinoma gástrico.