



Acta de la sesión de la ANM del 27 de mayo del 2015

Presentación del trabajo de ingreso:

Centro de trasplante hepático en México con bajo volumen y excelentes resultados

* Dr. Mario Vilatobá Chapa.

En las últimas 2 décadas ha habido reportes en el sentido de que hay una correlación entre ser un centro de alto volumen de trasplantes hepáticos y la calidad en el servicio. Estos estudios dicen que se necesita tener un alto volumen para ser un centro de excelencia en trasplantes.

El Dr. Vilatobá comentó que se considera que un centro es de bajo volumen si realiza al año de 1 a 49 trasplantes de hígado y de muy bajo volumen si lleva a cabo de 1 a 20; los de alto volumen realizan más de 100 trasplantes al año y los centros de volumen medio, son aquellos que realizan entre 50 y 100 trasplantes.

Comentó además, que somos uno de los países con menor número de trasplantes de hígado en el mundo; se llevan a cabo alrededor de 1 trasplante por millón de habitantes. Así pues en el 2013 hubo 149 trasplantes de hígado en todo el país.

El centro de trasplantes del Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán (INCMNSZ) es un centro de bajo volumen y el trabajo de ingreso a la ANM que presentó, tienen como objetivo trata de ver los resultados de este centro de bajo volumen comparándolos con la literatura internacional.

El centro de trasplantes del INCMNSZ llevó a cabo 22 trasplantes de 1985 a 1989; de 1990 a 2007, 37 trasplantes y del 2008 al 2012 56 casos. Se presentaron casos a los que se les había dado seguimiento de por lo menos un año.

Viendo la evolución por año el Dr. Vilatobá comentó que en 1985 se hicieron en ese centro 4 trasplantes y desde el 2010 se hacen por lo menos 10 trasplantes al año. En cuanto a los donadores de hígado, del año 2008 al 2012, se tiene registrado que todos son donadores jóvenes, hemodinamicamente estables, que sufrieron traumatismo craneo encefálico.

Las principales causas por las que se practicó el trasplantes en los últimos años son: por infección con el virus hepatitis C (VH-C), cirrosis biliar primaria, o cirrosis por hígado graso. Recientemente se empezaron a trasplantar más pacientes y en condiciones más graves y se modificaron las técnicas del trasplante, siguiendo los procedimientos aceptados a nivel internacional. Estos cambios técnicos tuvieron como consecuencia que disminuyó la mortalidad en los distintos periodos analizados.



En cuanto a las complicaciones grado 1 y grado 2 no se pueden eliminar, el Dr. Vilatobá comentó que las complicaciones grado 3 y grado 4 se tuvieron en menor medida. La complicación grado 5, que es la mortalidad bajó a 3.5% (valor muy bajo comparado con otros centros de trasplante). También comentó que en este centro se tienen mejores resultados de sobrevida a 1, 3 y 5 años, que inclusive es mejor que la que se reporta a nivel internacional.

La conclusión de este trabajo es que no se tiene que ser un centro de trasplantes de mediano o gran volumen para tener muy buenos resultados. Adicionalmente comentó que, aunque el objetivo era realizar alrededor de 10 trasplantes al año, los casos han aumentado y en el último año llegaron hasta 42 trasplantes.

Para finalizar presentó al grupo de trabajo que participa en el centro de trasplantes.

Comentario Dra. María Josefina Alberú Gómez.

La Dra. Alberú mencionó que en contados casos en la vida se pueden ver los resultados de un colega muy joven que se incorporó recientemente en el INCMNSZ, tras dos especialidades (la última en Alabama en el centro de trasplantes). También resaltó que el Dr. Vilatobá es el director del centro de trasplantes de este instituto, y coordina el equipo de trabajo que labora en él.

Comentó que en su presentación el recién ingresado a la ANM, había dado cuenta el incremento en el número y resultado de trasplante hepático en el INCMNSZ.

Estos resultados son muy alentadores, y los cientos de pacientes en espera de ser trasplantados, así como los que ya recibieron el trasplante, lo ven con beneplácito. El reto que enfrenta este centro es muy grande ya que triplica el número de pacientes en espera de un trasplante, a los que ya han sido trasplantados.

Sesión de la ANM del 27 de mayo del 2015

Complicaciones de la cirrosis hepática”

Introducción Dr. Enrique Wolpert.

Para iniciar su introducción, el Dr. Wolpert comentó que para la Fundación Mexicana para la Salud Hepática, era muy honroso culminar el día de la salud hepática en la sesión de la ANM, que se está volviendo ya una tradición.

Comentó además que se presentarían las complicaciones del individuo con cirrosis, de su familia y del impacto económico que esta enfermedad genera.

Impacto nutricional de la cirrosis*. Dr. Aldo Torre



El Dr. Torre inició su intervención comentando que es muy importante el diagnóstico temprano de esta enfermedad que puede llegar a ser incapacitante. La prevalencia de la cirrosis entre los 35 y los 55 años es de 0.15%. En el 2020 habrá millón y medio de cirrosis; actualmente esta enfermedad causa 27 mil muertes anuales.

La malnutrición es una complicación común entre los enfermos cirróticos, y los casos con mayor desnutrición presentan sarcopenia, que puede afectar al 40% de los pacientes cirróticos. Sin embargo dijo que la complicación más importante de la cirrosis, es el hepato-carcinoma y desafortunadamente, no hay forma de tener la posibilidad de lograr un trasplante para todos los pacientes.

Comentó que la malnutrición se genera porque el paciente con daño hepático está generalmente inmóvil, presenta una inflamación crónica, una mala absorción y una pobre ingesta. Estos males llevan a la desregulación de todo el sistema. Entre los trastornos metabólicos más frecuentes que suman a la desnutrición están:

- Un recambio proteico incrementado.
- Los amino ácidos de cadena ramificada están disminuidos
- La síntesis de proteínas está disminuida.
- Existe una autofagia muscular incrementada.
- Hay una infiltración grasa en músculo, que lo deja sin fuerza condicionada.
- Se presenta anememia

Así pues los pacientes pueden presentar una pérdida de la masa muscular (o sarcopenia), caquexia y pre-caquexia.

Hay diferentes estadios de la mal nutrición y esta condición genera un impacto directo en la calidad de vida, ya que los pacientes malnutridos tienen más propensión a infecciones y caídas, encefalopatía y una mala recuperación de los trasplantes, en su caso.

Presentó un estudio en el que se compara a los severamente mal nutridos contra los bien nutridos y moderadamente desnutridos y mostró que inclusive tiene diferente mortalidad. La mortalidad llega a ser de 80% de los pacientes que tienen sarcopenia y están esperando el trasplante.

Por otra parte comentó que es muy difícil diagnosticar la malnutrición en los pacientes cirróticos, y se está en búsqueda de un método estandarizado. Una forma efectiva es por tomografía computarizada, en donde se puede ver el músculo, pero este procedimiento es muy caro. En estos pacientes no es factible usar el índice de masa corporal.

Como alternativa presentó el análisis vectorial de impedancia bio-eléctrica (BIVA) que se puede usar y se puede medir en distintos tiempos la evolución del paciente. Mostró que este método puede predecir incluso la mortalidad de los distintos estadios.



Comentó que se puede detectar la desnutrición desde el estadio ChildA usando el BIVA y de ser pertinente, modificar la dieta.

Es importante dar a los pacientes cirróticos dietas hiper proteicas, así como que los pacientes controlados realicen ejercicio.

Peritonitis bacteriana espontánea*. Dra. Margarita Dehesa Violante.

La Dra. Dehesa felicitó al Dr. Mario Vilatobá por su ingreso a la ANM.

Comentó que los casos de peritonitis bacteriana espontánea (PBE) en pacientes con cirrosis, se ven con relativa frecuencia en los centros de salud, pero este cuadro no se diagnosticada como tal.

Adicionalmente dijo que todo paciente que llega a urgencias con ascitis debe ser puncionado para medir la presencia de leucocitos (más de 250/ml) y hacer un cultivo, ya que puede tener PBE. Es importante considerar que aumenta la sobrevida de estos pacientes si se detecta a tiempo. Comentó que 50% de los casos de PBE se detectan en la admisión hospitalaria, y que algunos de ellos son asintomáticos. De las punciones que se realicen 80% van a ser estériles, y una proporción menor tendrá PBE.

Es muy importante hacer el diagnóstico diferencial entre PBE y una infección secundaria, cuando se tiene un paciente con cirrosis y ascitis, ya que en el caso de la PBE hay que tratarlo con un antibiótico específico o de amplio espectro, mientras que en las infecciones secundarias hay que meter al paciente a cirugía.

Un paciente con PBE puede tener fiebre, ictericia, dolor abdominal, confusión, e irritación peritoneal, pero puede ser asintomático. Las bacterias que con más frecuencia producen la PBE son: *Escherichia coli* (que causa la mitad de los casos), *Klebsiella*, y *Staphilococcus* La posibilidad de cultivar estas bacterias en placa es muy baja, mientras que aumenta si se hace en frasco de hemocultivo.

Una vez que un enfermo cirrótico presenta un cuadro de PBE, la sobrevida baja y se presenta una mala calidad vida, por lo que se debe referir a trasplante ante el primer episodio.

Se recomienda bajar la ascitis mediante el uso de diuréticos y recalcó que no hay que esperar para dar un tratamiento a tener un cultivo positivo si se tiene altos los leucocitos. La profilaxis de PBE también se debe dar en hemorragia gastrointestinal alta.

Como mensajes de su intervención la Dra. Dehesa mencionó los siguientes:

- Recordar que la PBE es frecuente en el cirrótico y un signo de mal pronóstico
- Se registran pocos casos porque se diagnostican mal.
- Es importante realizar una punción para establecer el diagnóstico de PBE



- En el caso de ruptura de várices se debe de dar antibióticos.

Ascitis y falla renal aguda en enfermos con cirrosis*. Dra. Aurora Loaeza.

La Dra. Loaeza comentó que la aparición de ascitis en pacientes cirróticos es un mal pronóstico. La mortalidad de los enfermos cirróticos que la presentan es de 23% a 1 año y 49% a 5 años. Además comentó que está asociada a una falla renal aguda. Así pues, la presentación de una elevación de creatinina en sangre es un riesgo mayor de mortalidad y complicaciones pos trasplantes.

Mencionó cuál era la fisiopatología del síndrome hepato-renal, que puede iniciarse por una hipertensión portal causada por fibrosis y la disminución de la elasticidad sinusoidal. Esta condición lleva a que se produzcan diversos trastornos metabólicos, como la elevación del óxido nítrico, y la producción de citosinas; que determinan una vasodilatación esplácnica, que es central en la falla multiorgánica. Asimismo está asociada una disminución del flujo sanguíneo cerebral que interviene en el desarrollo de la encefalopatía y también en el síndrome hepatopulmonar. Se presenta asimismo la cardiopatía del cirrótico, y el riñón responde mediante la retención de sodio, y causa la acumulación de líquido, edema y la ascitis.

El tratamiento de la ascitis está enfocado a la disminución del consumo de sal y el uso de diuréticos. Para la insuficiencia renal se recomienda el uso de espironolactona y se puede agregar furosemida en algunos casos. En el caso de un paciente con ascitis se hace paracentesis de más de 5 litros y se sustituye con albúmina 8 g/l de ascitis que se saca. Sin uso de diuréticos la ascitis recurre en 93% de los casos.

Existe un 10% de enfermos que a pesar de recibir diuréticos no se les quita la ascitis y se considera ascitis refractaria que tiene muy mal pronóstico. La sobrevivencia de estos pacientes es de 50% a 6 meses. Mencionó asimismo que es necesario quitar el diurético a los pacientes que tuvieron una complicación.

Los posibles tratamientos de pacientes con ascitis refractaria son:

- Paracentesis de alto volumen
- Bomba peritoneo-vesical (no se aplica si hay disfunción renal)
- Derivación peritoneo-venosa (está en desuso)
- Trasplante hepático

Todos ellos son tratamientos costosos.

Comentó la Dra. Loaeza en cuanto a la falla renal aguda de pacientes con cirrosis, que el Club Internacional de la Ascitis reportó los criterios que definen este padecimiento; entre ellos está la detección de un aumento en la creatinina en 48 hrs. o 7 días, por lo que el diagnóstico de daño renal se hace con base en cambios en creatinina sérica. Sin embargo comentó que estos niveles aumentan cuando ya hay daño renal importante e



irreversible. Adicionalmente la condición del paciente cirrótico con daño renal se ve afectada por la disminución de la masa muscular y otros aspectos.

El tratamiento del daño renal, según el grado (leve 1 y grave 2-3) es distinto y es muy importante antes de aplicarlo descartar que se trate del síndrome hepato-renal. El pronóstico de los pacientes con daño renal es malo a pesar de la aplicación del tratamiento, pero es darlo es la mejor opción, ante la imposibilidad de practicar el trasplante hepático.

Como conclusión mencioné que la falla renal aguda y la ascitis son frecuentes en los pacientes cirróticos avanzados y son de mal pronóstico.

Carcinoma primario de hígado en cirrosis*. Dr. Enrique Wolpert.

Para iniciar su ponencia el Dr. Wolpert comentó que el factor de riesgo más importante para tener carcinoma primario de hígado es la cirrosis, independientemente de la causa de cirrosis.

Entre las estadísticas que mencionó sobre este padecimiento están:

- El riesgo de tener cáncer hepático es 15 a 20% mayor en pacientes de hepatitis B con antígeno positivo en la superficie,
- El virus de la hepatitis B (VH-B) se considera carcinogénico, por la actividad directa de las proteínas del virus y de manera indirecta por la inflamación crónica y la cirrosis.
- Los enfermos con hepatitis C con una evolución de 15 a 20 años, tienen de 15 a 35% más probabilidad de tener cáncer hepático.
- El cáncer primario de hígado es el quinto en hombres y séptimo en mujeres.
- En el sureste de Asia hay una gran incidencia de cáncer hepático (debido a la alta prevalencia de hepatitis B), y tiene una afectación de 4 a 1 entre hombres y mujeres.
- En México la frecuencia de este carcinoma es de 5 por 100,000 habitantes y afecta por igual a hombres y mujeres.
- El consumo de alcohol y la VH-C son factores de riesgo para cáncer hepático que se potencian, de modo que esta combinación es la más peligrosa.
- En el síndrome metabólico el cáncer hepático también es la complicación más grave. Hay una estrecha correlación entre el desarrollo de hígado graso no alcohólico y al carcinoma hepático. También se ha descrito una relación entre la cirrosis criptogénica y el cáncer, que ahora se sabe se debe al síndrome metabólico.



Adicionalmente el Dr. Wolpert comentó que un punto importante que hay que considerar, es que se puede desarrollar cáncer de hígado sin cirrosis. Asimismo dijo que debido a la epidemia de obesidad y el aumento de la incidencia del síndrome metabólico, aumentará la incidencia de carcinoma hepático y que posiblemente los problemas derivados del síndrome metabólico serán la primera causa de trasplante en las próximas décadas. En este contexto habrá que revisar cuáles son las recomendaciones del tratamiento tanto curativo, como paliativo, considerando la clasificación del estadio de la cirrosis. Hay muchos factores que van a tener un gran impacto en la prevención y el tratamiento.

Para terminar enfatizó que es muy importante crear conciencia del incremento del riesgo de tener cirrosis y cáncer hepático, en los pacientes infectados por el VH-B y C; que se debe reforzar la campaña para reducir el consumo de alcohol, de aumentar la actividad física, y combatir la epidemia de síndrome metabólico y obesidad.

Impacto económico y social de la cirrosis hepática*. Dr., David Kershenobich

El Dr. Kershenobich felicitó al Dr. Mario Vilatobá por su ingreso a la ANM.

Comentó que la cirrosis hepática es la cuarta causa de muerte en el país y la segunda entre los individuos entre los 35 y 55 años de edad.

Comentó que hay diversos indicadores para medir el impacto a la salud de este padecimiento, como puede ser la pérdida de años saludables, pero que lo importante es preguntarse cómo se siente el paciente, de modo de determinar la ganancia de años de salud con los tratamientos. Dijo que en el año 1990, se registraron 777,800 pacientes con cirrosis; mientras que 20 años después en el 2010 se reportaron 1,030,800.

La cirrosis es la etapa terminal de casi todos los factores que dañan el hígado, por lo que es importante definir cuál es el impacto de las distintas causas de este padecimiento. Entre todas las causas, se registró un aumento de la infección del VH-B (que es la mayor causa en países Asiáticos), así como de la hepatitis C combinada con el consumo de alcohol.

Aunque las muertes por consumo de alcohol han disminuido un poco, llegando a ser de 12 por 100,000 ha disminuido un poco desde 1998, hay datos que muestran que el consumo de alcohol riesgoso diario o intenso semanalmente predispone a la cirrosis. Comentó que se puede ver una tendencia de aumento de la carga de la hepatitis C en México, pero que con los nuevos medicamentos antivirales esta carga va a disminuir, sin desaparecer. Así pues, se espera un descenso de 30% en los casos de hepatitis C, pero no en las complicaciones que se presentarán durante los próximos 15 a 20 años, debido a la evolución del padecimiento en los que ya están infectados actualmente por el VH-C; dentro de estas complicaciones asociadas está el hepato-carcinoma. Hay que considerar que los enfermos cirróticos, compensados y no compensados, van a continuar en aumento.



El Dr. Kershenobich dijo que para el costo a la salud pública de la cirrosis hepática depende del estadio de los pacientes; así pues, el costo del tratamiento de un paciente en un estadio Child Pugh-A es de \$12,000, en el estadio B de \$39,000 y en el C llega hasta \$88,000.

En los aspectos sociales, comentó que hay que propiciar la participación de la sociedad en los esquemas de prevención; que desde 1969, ya se hablaba del impacto, por alcoholismo, abuso de drogas, y la infección por virus, pero que hay que intensificar la campaña y hacerla más efectiva.

Dijo que como se había revisado en la sesión, existían muchas complicaciones en los pacientes cirróticos y que era muy importante darles información y considerar sus necesidades nutricionales.

Presentó los resultados de un estudio que evaluó cuáles eran las necesidades físicas y psicológicas de los pacientes con cirrosis:

El 65% de los pacientes incluidos en este estudio se preguntaba si esta enfermedad era o no tratable, y el 45%, se interesaba en saber cómo se contagiaron. El 70% de los pacientes se quejaba de tener distensión abdominal y el 65% decía padecer fatiga.

Para terminar mencionó 10 puntos que hay que tomar en cuenta en la atención de los pacientes cirróticos, a saber:

1. Diagnóstico precoz de la enfermedad hepática crónica.
2. Identificación del paciente crónico que va a tener cirrosis
3. Evaluación del estado de salud
4. Factores etiológicos, contextos familiares
5. Prevención primaria (educación para la salud).
6. Requerimientos dietéticos
7. Comprobación de la eficacia y control de la enfermedad por el tratamiento.
8. Comorbilidad con diabetes
9. Evitar fármacos hepato-tóxicos
10. Promover vacunación influenza y neumococos

Discusión y conclusiones.

El Dr. Enrique Graue agradeció a los presentadores en la sesión, y se congratuló de haberla realizado el Día Mundial de la Salud Hepática; asimismo externó una felicitación al Dr. Mario Vilatobá por su ingreso a la ANM.

El Dr. Wolpert mencionó algunas de las actividades del Día Mundial de la Salud Hepática, entre las que destaca la detección gratuita del VH-C, tanto en la Cd. de México como en otras ciudades (se hicieron cerca de 3 mil estudios de detección gratuitos). En este programa se hace una detección inicial por la presencia del antígeno y a los que dan positivos se hace la confirmación por PCR.



Por otra parte hubo una pregunta en el sentido de si el consumo de alcohol había variado antes y después del comunismo en Rusia. Se le contestó que no se contaba con los datos de ese consumo. La misma persona preguntó si el virus del papiloma humano estaba relacionado con la cirrosis y se le contestó que no había ninguna correlación.

En otra intervención se enfatizó que era muy importante el lograr que haya la conciencia social sobre la correlación de la mala nutrición con la cirrosis, especialmente en lo que toca al síndrome metabólico.

Una persona en la audiencia, que había recibido un trasplante hepático por presentar una infección con VH-C, preguntó si se puede controlar la infección por este virus en el hígado trasplantado; el Dr. Wolpert le contestó que la infección va a regresar, pero que actualmente hay medicamentos que se pueden usar para controlar la diseminación del virus y su eficiencia es cercana al 100%.

***La presentación de diapositivas está disponible en la página de la ANM**