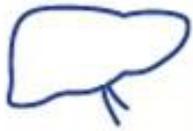


XXV CONGRESO
XXV SETH



Málaga 2015

Sociedad Española
de Trasplante Hepático



7-9 OCTUBRE

Málaga

Nuevas fuentes de órganos: Asistolia tipo III *“Manejo del receptor y resultados”*

Víctor Sánchez Turrión
Servicio de Cirugía General y Digestiva
Unidad de Trasplante Hepático
Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda
Universidad Autónoma de Madrid



Unidad de Trasplante
Hepático



 Hospital Universitario
Puerta de Hierro
Majadahonda
SaludMadrid
Comunidad de Madrid



Selección del receptor

- ✓ No existe evidencia científica ni consenso
- ✓ Factores pronósticos adversos
 - Edad >60 años
 - Retrasplante
 - Órganos compartidos con otros centros
 - HCC
 - Insuficiencia renal
 - Colangitis esclerosante primaria
 - VHC
 - Cirugía previa supramesocólica



Selección del receptor

- ✓ Factores pronósticos adversos (cont.)
 - Trombosis portal grado III-IV
 - Obesidad mórbida
 - Receptores añosos
 - MELD elevado
 - Fallo hepático agudo
 - Grupos sanguíneos A y AB
- ✓ Consentimiento informado
 - No existe consenso al respecto
 - Se recomienda advertir de riesgos asociados



Manejo perioperatorio del receptor

- ✓ Manejo perioperatorio más complejo: marcado deterioro hemodinámico, SPR, coagulopatía, incremento de consumo de hemoderivados
- ✓ Profilaxis con antifibrinolíticos y un inicio precoz del soporte vasopresor para contrarrestar la vasoplejia propia del SPR
- ✓ Recuperar un mínimo de plaquetas y fibrinógeno antes de la reperfusión
- ✓ No consenso respecto a la utilización de plasma
- ✓ Utilidad del tromboelastograma por la rapidez
- ✓ Utilidad del *packing* en hemorragia en sábana



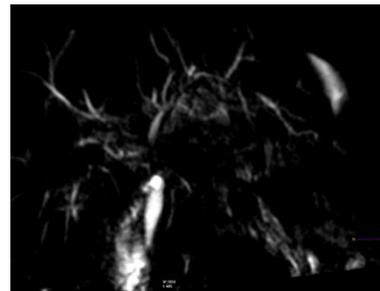
Seguimiento del receptor

- ✓ No existe protocolo específico
- ✓ Estricto seguimiento: clínica, analítica y pruebas de imagen
 - Analítica con perfil hepático y coagulación según evolución
 - Eco-doppler: cada 24h hasta el día 7, semanal hasta el día 30 y cada 15-30 días hasta el día 120
 - Colangiografías: seriadas si tubo en T a las 48 h (cierre?), a la semana al mes y tres meses (retirar). No se recomienda su utilización sistemática
 - ColangioRMN: a realizar a 1, 3 y 6 meses
 - Biopsia: según evolución clínica, no obstante se recomienda realizarla al año del trasplante con fines académicos



Colangiopatía isquémica

- ✓ Si la afectación es segmentaria y según afectación clínica: procedimientos Rx/endoscópicos (drenajes y/o dilataciones)
- ✓ Si la afectación difusa y grave afectación clínica: retrasplante precoz antes del deterioro clínico y para evitar procedimientos costosos, repetidos y no exentos de complicaciones
- ✓ RETH: información en el seguimiento del paciente



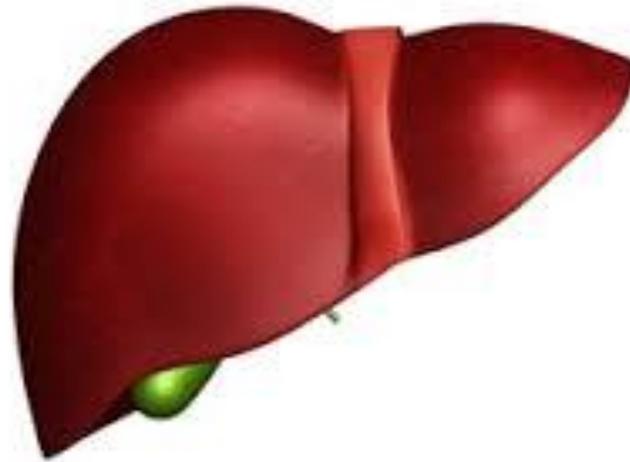
CRM: CI



CPRE: CI



Donación en Asistolia Controlada



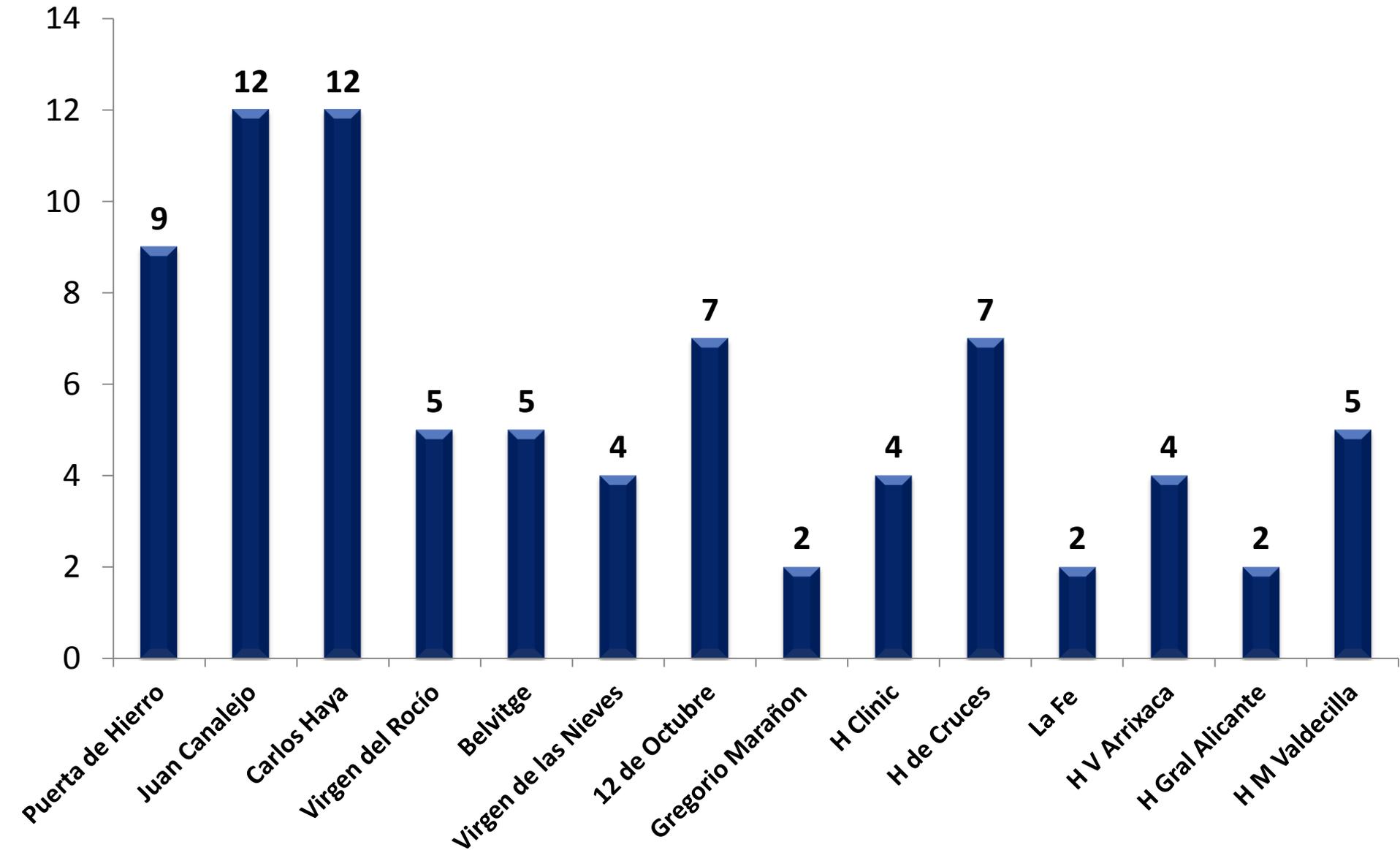
Trasplante hepático

Resultados de la Encuesta Nacional con DAC (Maastricht tipo III)



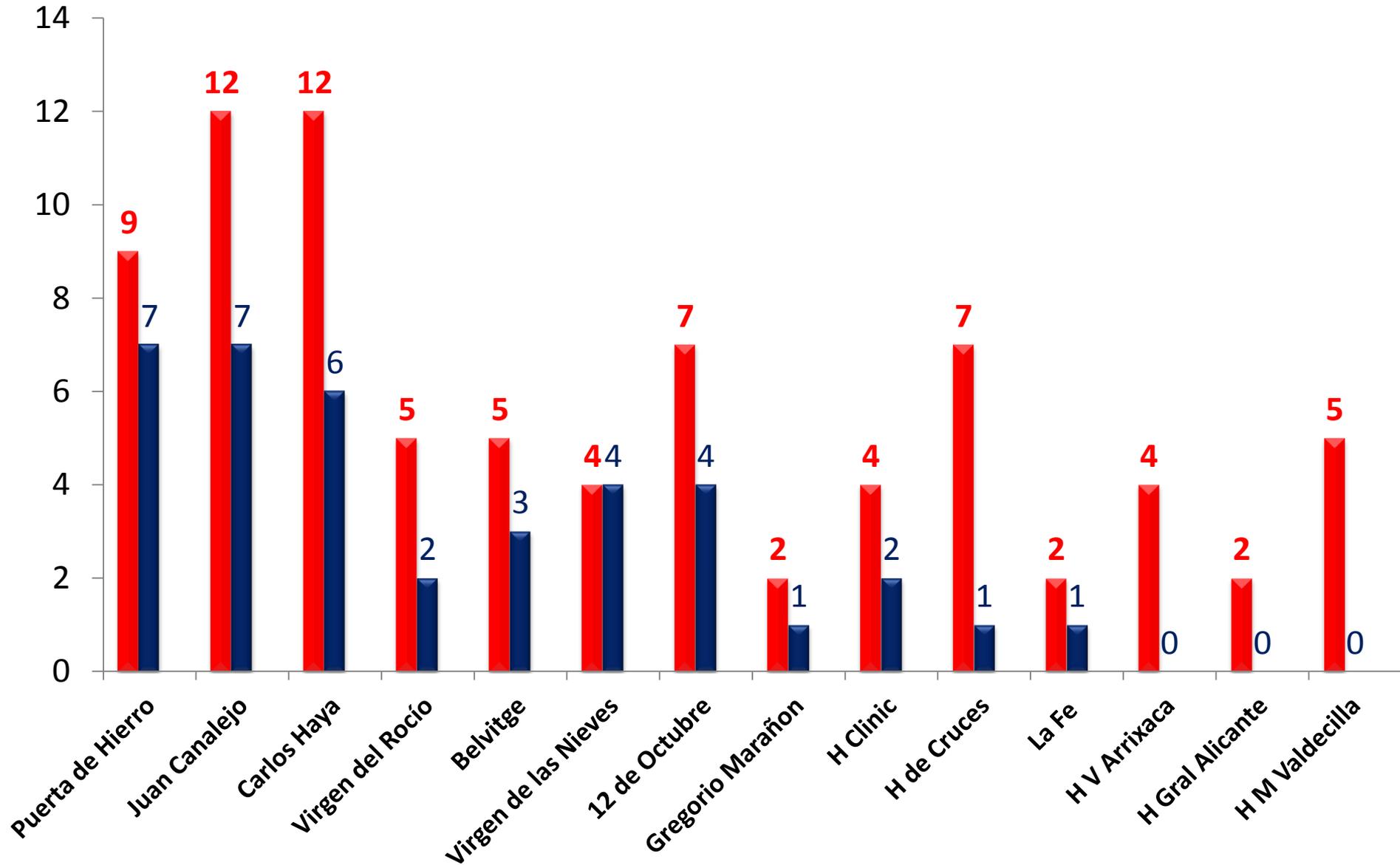


Hospitales participantes (N=14)





Hospitales participantes (N=14)





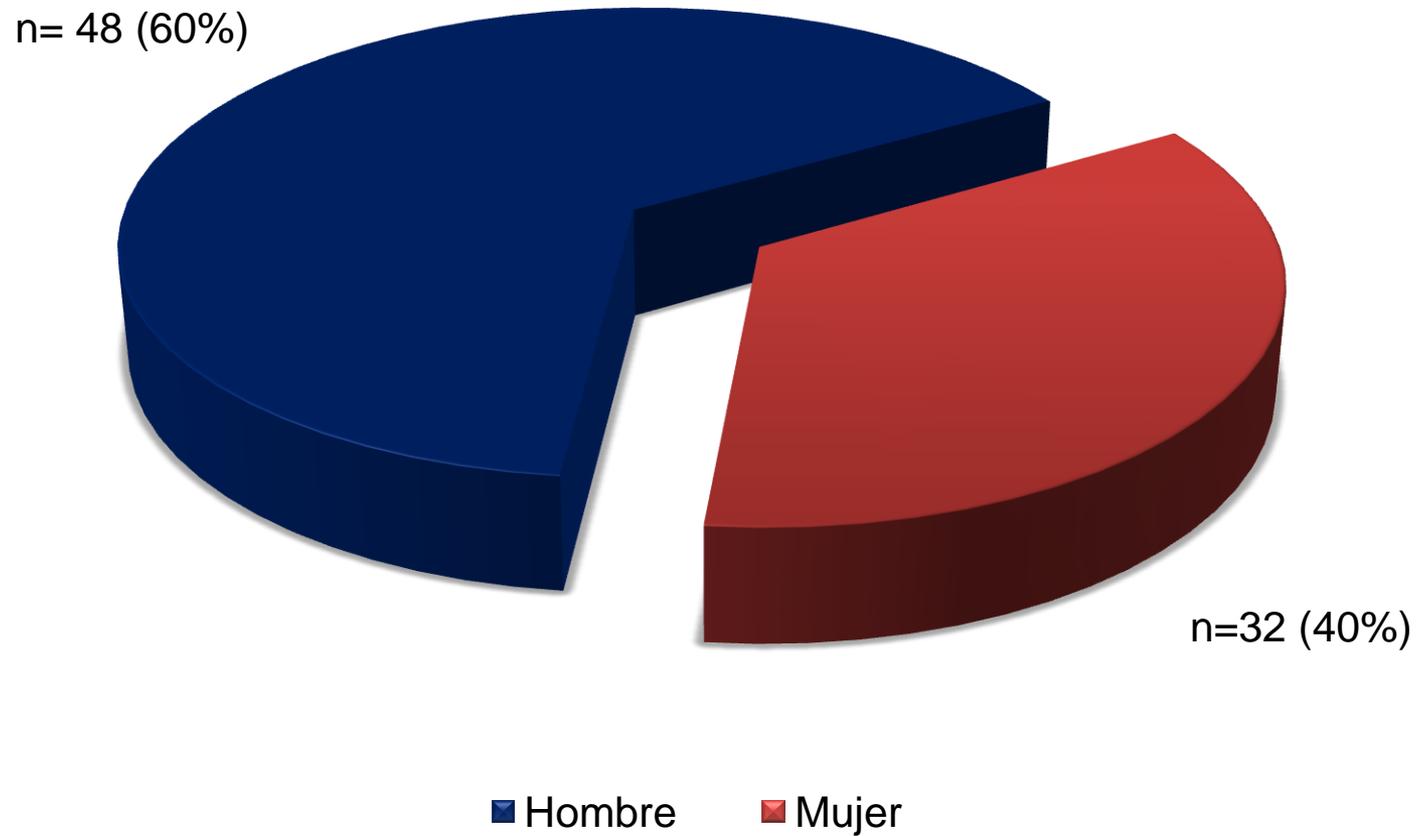
Características de los donantes (N=80)

	Media	Rango
Edad (años)	51,5	(2-71)
Días de UCI	9,0	(1-47)
TIC (min)	19,1	(5-40)
SaO ₂ < 80% (min)	13,2	(1-38)
TIF (min)	328,3	(120-585)
Seguimiento (meses)	13,4	(0,1-52)

TIC: Tiempo de isquemia caliente. TIF: Tiempo de isquemia fria

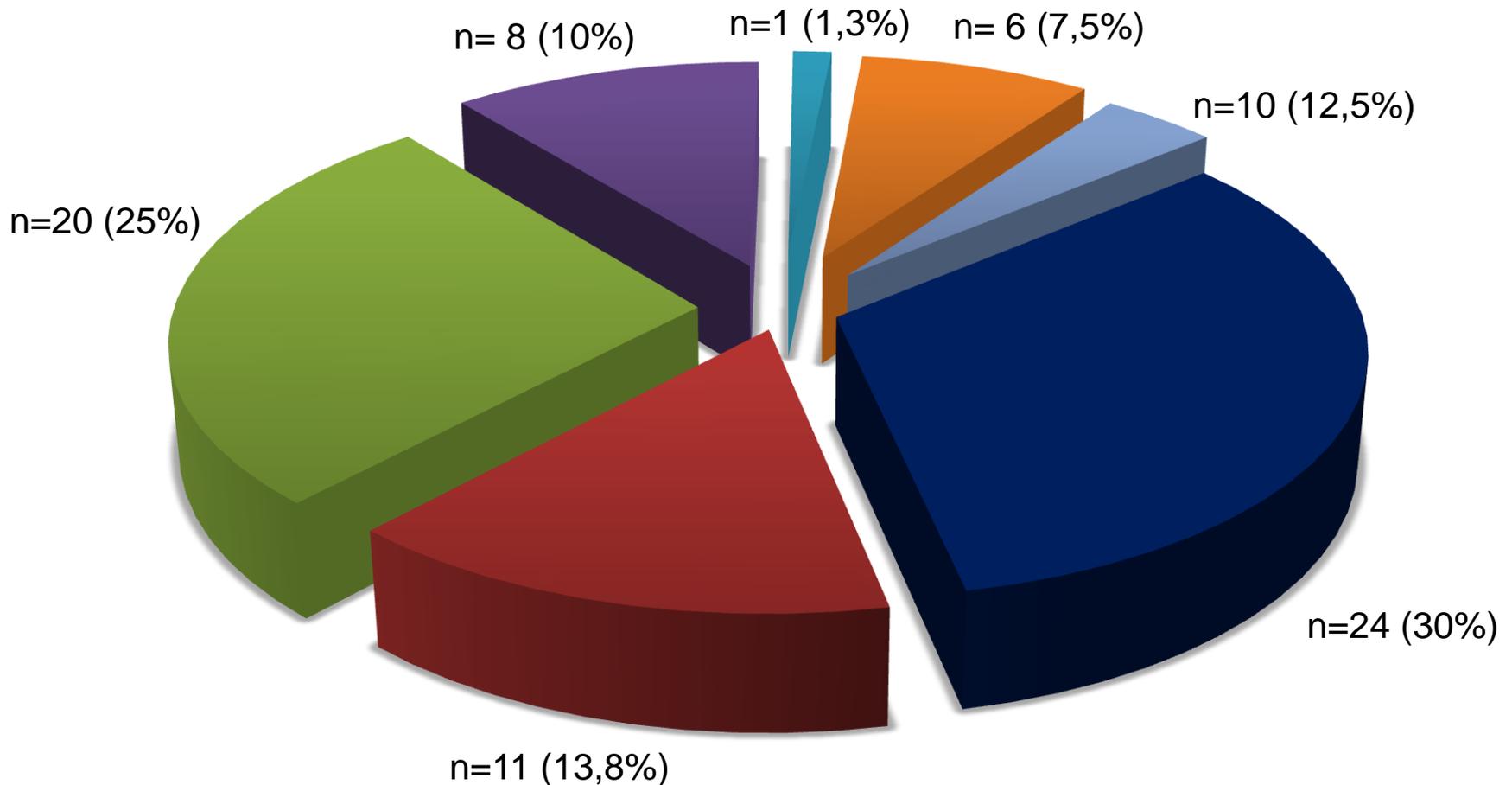


Sexo de los donantes





Diagnóstico previo de los donantes



■ Encefalopatía anóxica

■ ACVA isquémico

■ ACVA hemorrágico

■ Patología pulmonar

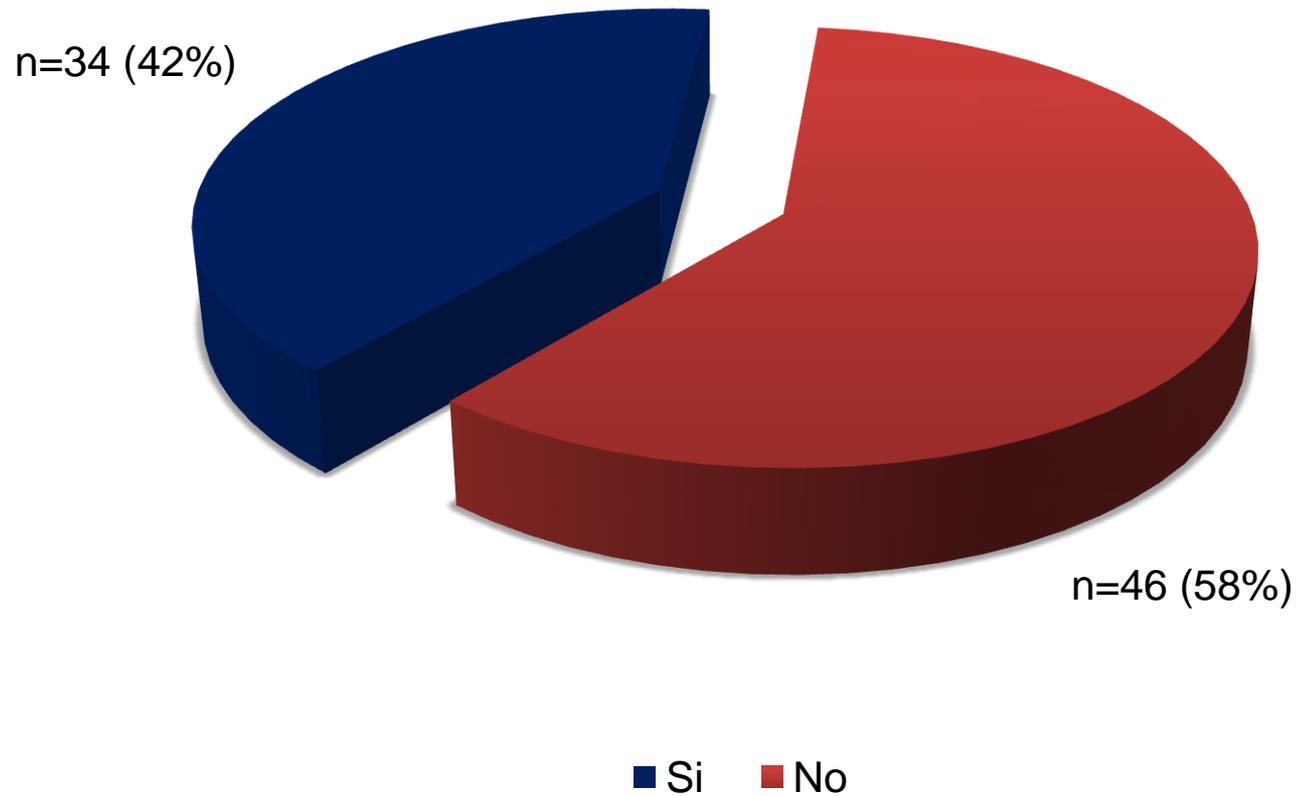
■ Tumor SNC

■ TCE

■ Otros

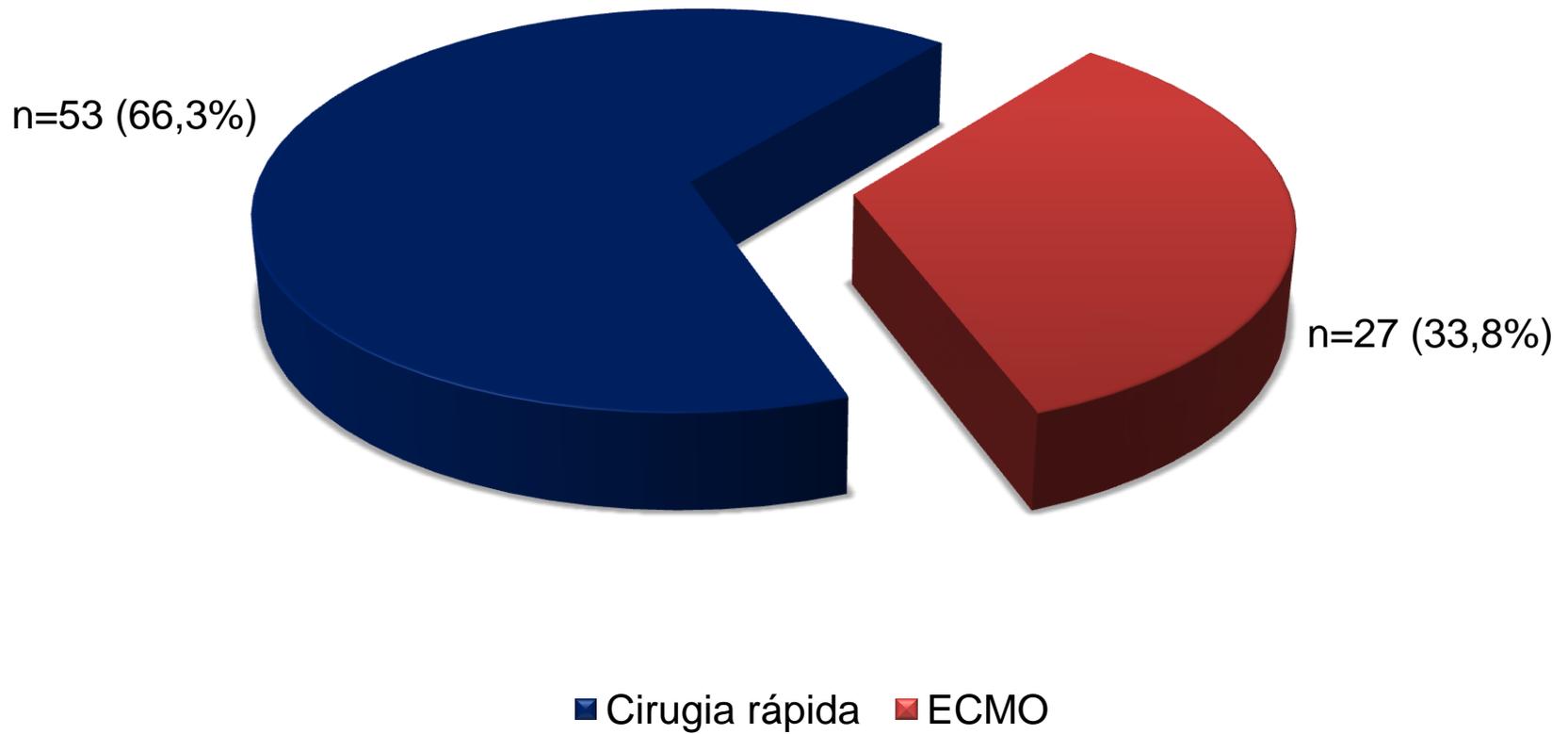


Necesidad de drogas vasoactivas en UCI



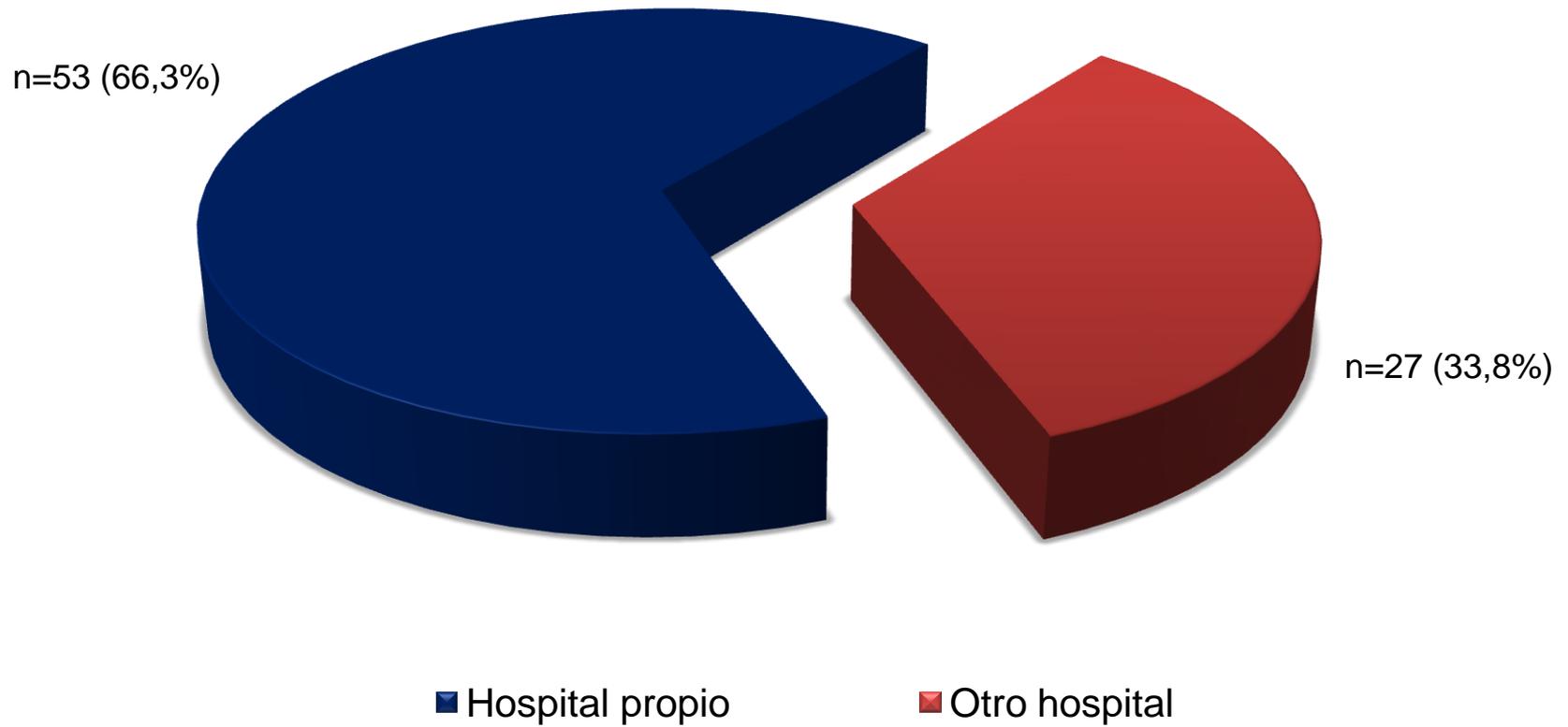


Tipo de extracción



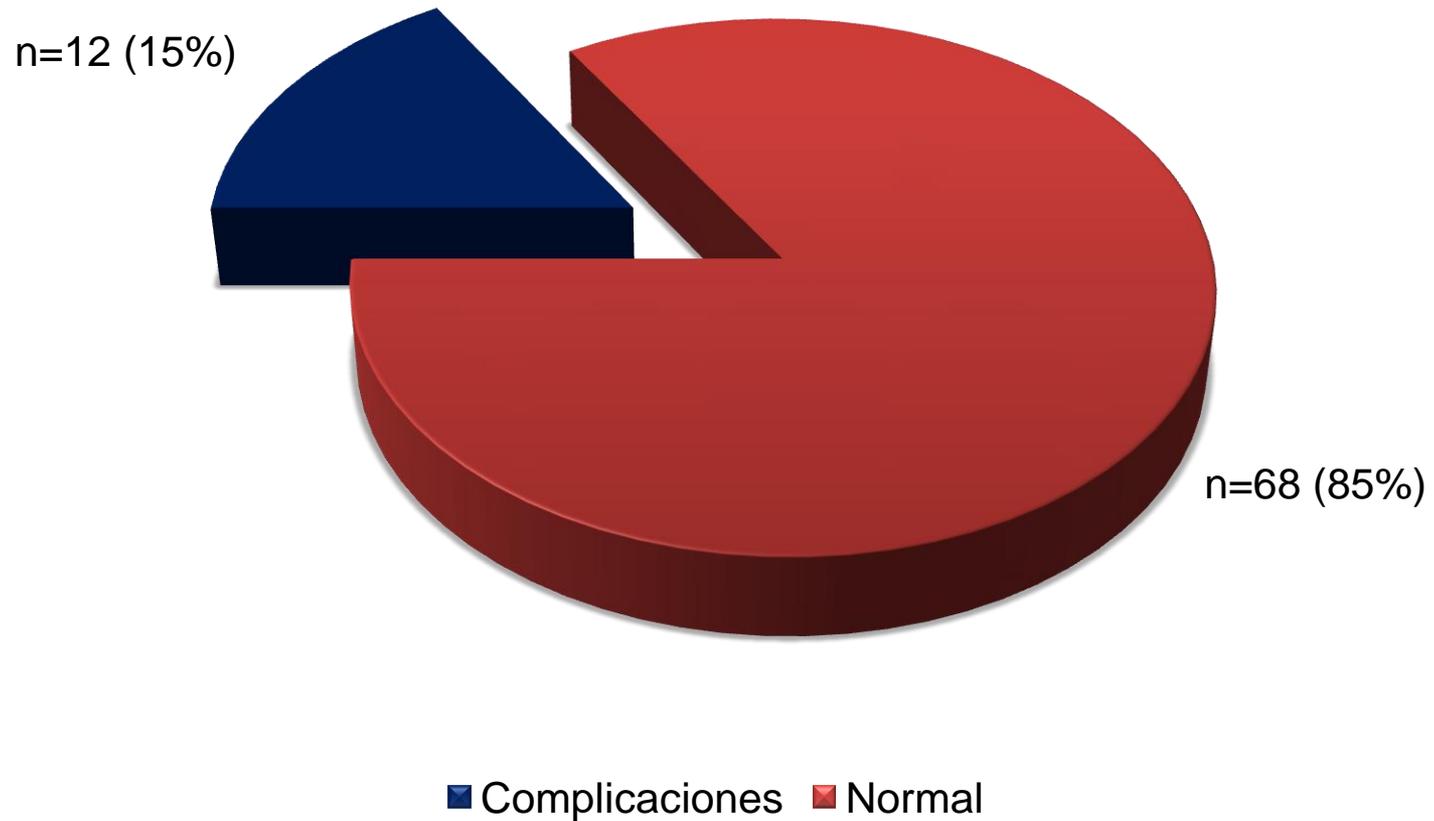


Lugar de extracción



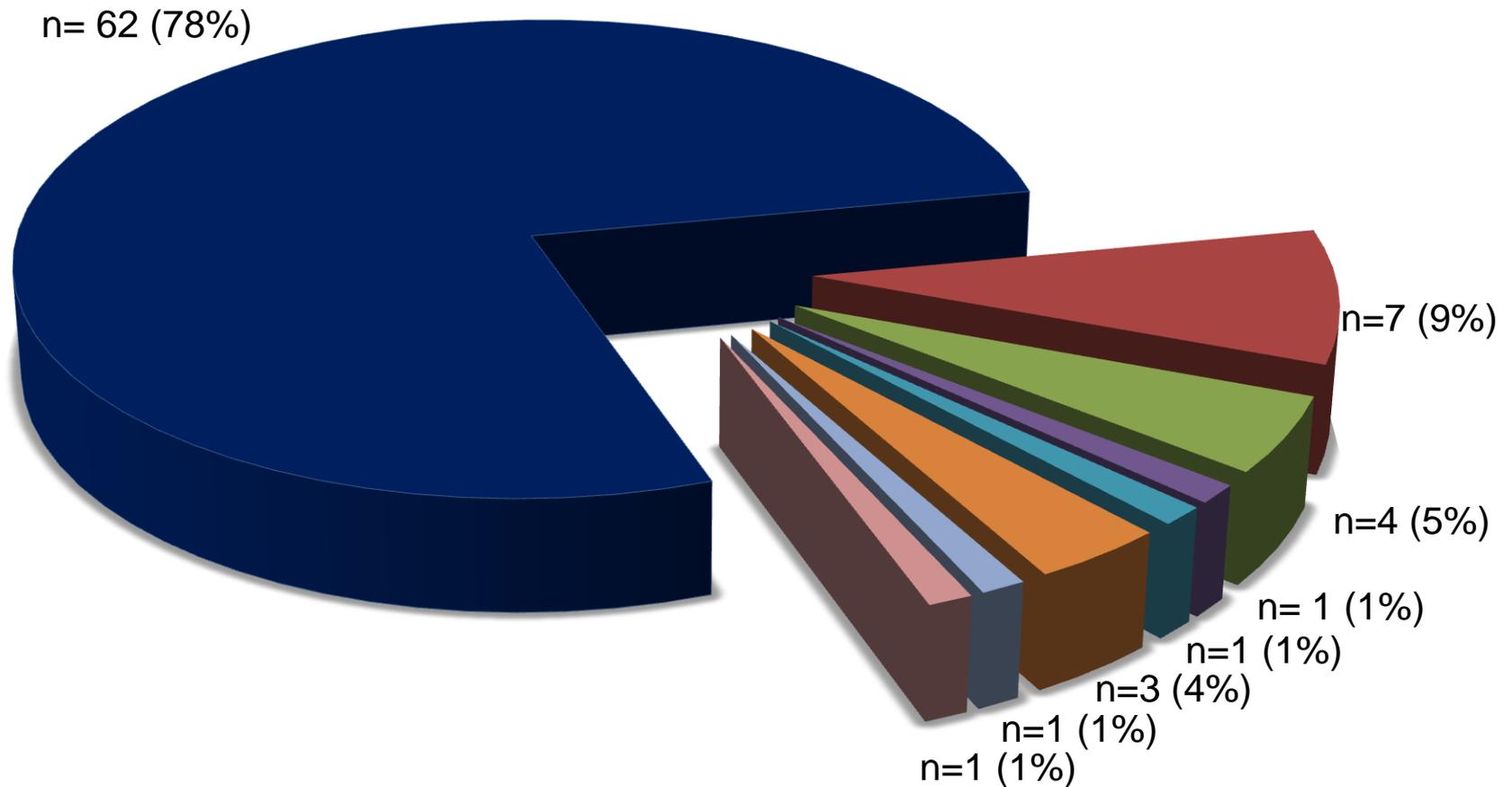


Situación actual de injerto





Complicaciones del injerto



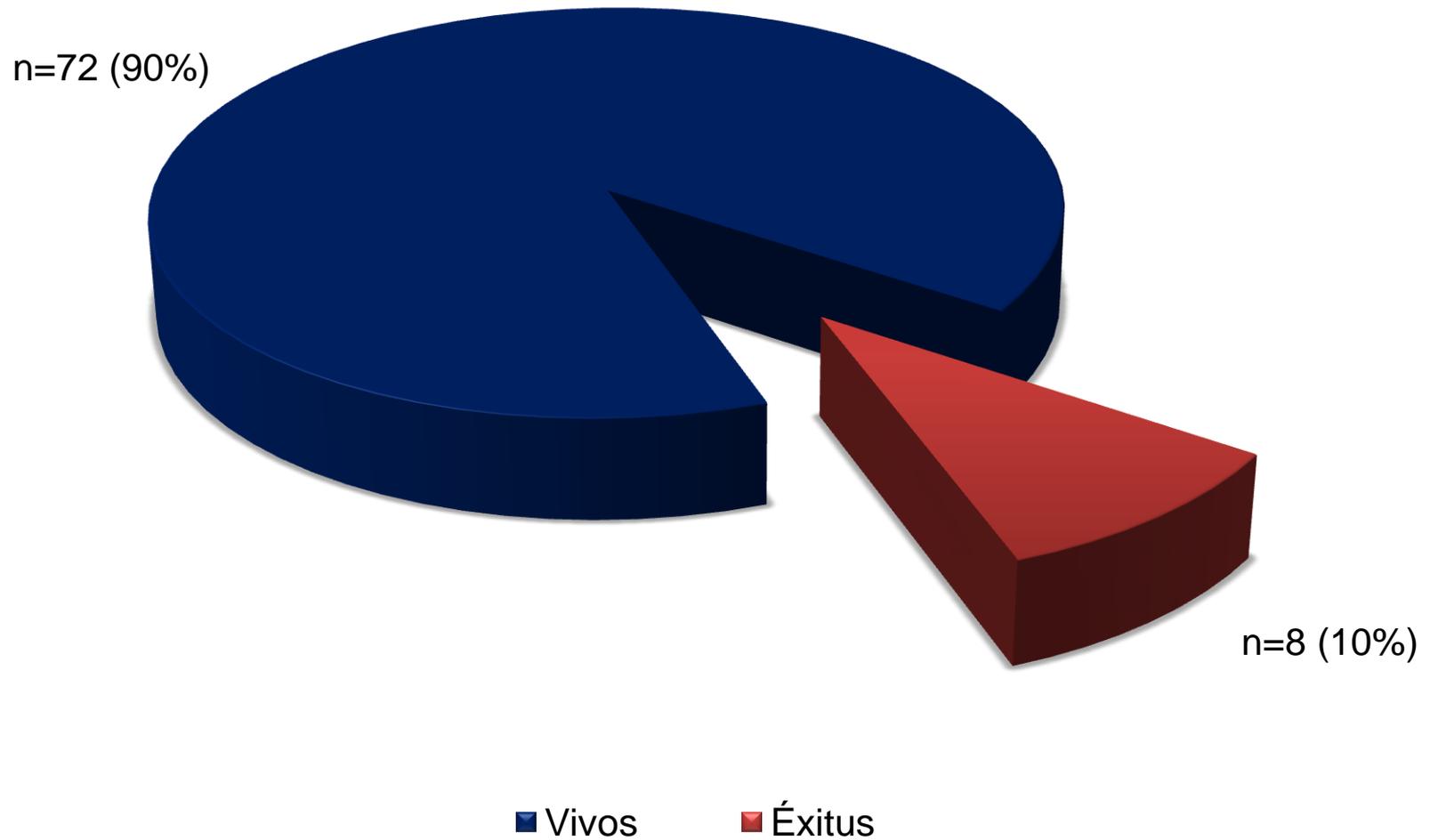
■ No
■ Trombosis arterial
■ SBC

■ Colangio-isquemica
■ SFS
■ PC súbita

■ Biliares
■ FPI



Situación actual del receptor





Causas de pérdida del injerto (N=12)

✓ Colangiopatía isquémica	6 (5 Rtx)
✓ FPI	3 (2 Rtx)
✓ Trombosis arterial	1 (Rtx)
✓ Síndrome de small for size	1 (Rtx)
✓ Síndrome de Bud-Chiari	1 (Éxito)

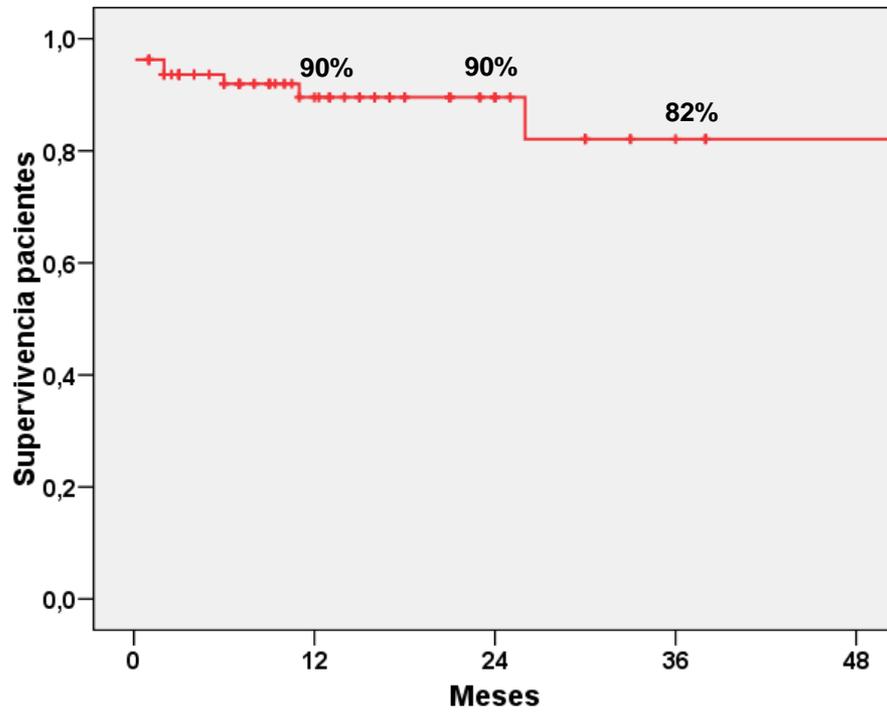
Causas de éxito del receptor (N=8)

✓ Colangiopatía isquémica	3 (2 Rtx)
✓ FPI	2 (2 Rtx)
✓ Síndrome de Bud-Chiari	1
✓ PC súbita (función injerto normal)	1
✓ Recidiva VHC	1

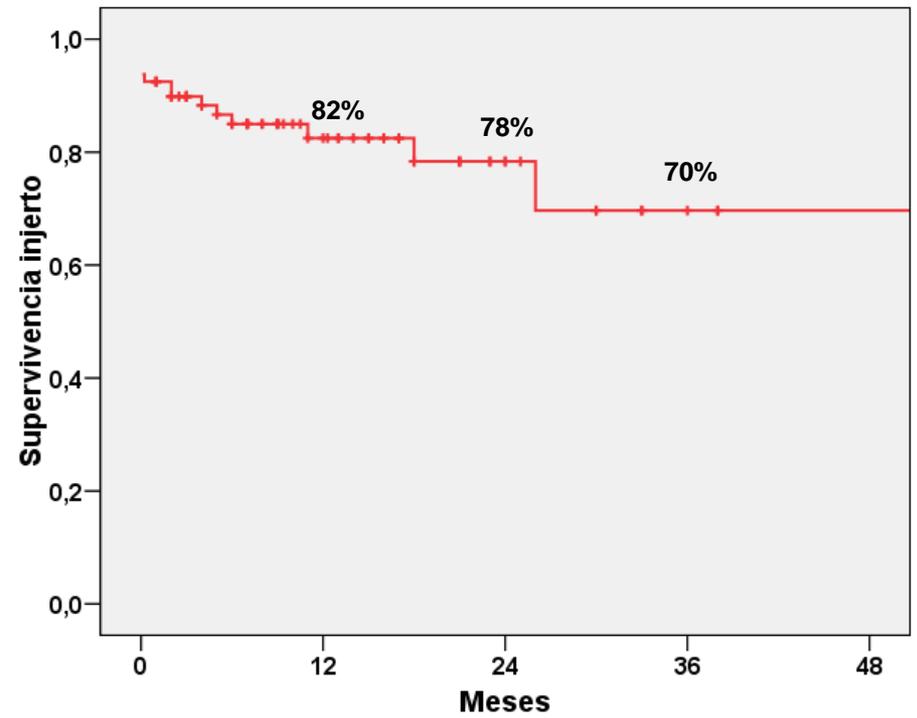


Supervivencia

Paciente



Injerto





Reflexiones finales

- ✓ La DAC ofrece resultados prometedores por lo que debemos potenciarla
- ✓ Se ha incrementado la obtención de injertos en otros hospitales
- ✓ Se ha incrementado la utilización de ECMO
- ✓ La investigación para mejorar las técnicas de preservación redundará en un mejor control de las complicaciones específicas



MINISTERIO
DE SANIDAD,
SERVICIOS SOCIALES
E IGUALDAD

ORGANIZACIÓN NACIONAL
DE TRASPLANTES



PROTOCOLO NACIONAL DE DONACIÓN Y TRASPLANTE HEPÁTICO EN DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA



Muchas gracias!!

Donation After Cardiac Death Liver Transplant Recipients Have an Increased Frequency of Acute Kidney Injury

In conclusion, DCD liver transplantation is associated with an increased frequency of AKI. The findings suggest that hepatic **ischemia reperfusion injury** may play a critical role in the pathogenesis of post-transplant renal dysfunction

American Journal of Transplantation 2012

The evolving use of higher risk grafts is associated with an increased incidence of acute kidney injury after liver transplantation

Conclusions: The increasing use of higher risk liver grafts is associated with an increased incidence of AKI. These findings support the need for therapies that minimise the hepatic **ischaemia-reperfusion injury**.

Journal of Hepatology 2014

Comparing outcomes of donation after cardiac death versus donation after brain death in liver transplant recipients with hepatitis C: A systematic review and meta-analysis

There is **insufficient literature** on the topic to draw any definitive conclusions

Can J Gastroenterol Hepatol 2014

Evaluation of the updated definition of early allograft dysfunction in donation after brain death and donation after cardiac death liver allografts

In conclusion, a definition of EAD in DCD recipient using an **INR \geq 1.6 on day 7** may provide a better predictor of EAD than the new definition of EAD for DBD recipients.

Hepatobiliary Pancreat Dis Int 2012

The Use of Donation After Cardiac Death Allografts Does Not Increase Recurrence of Hepatocellular Carcinoma

In conclusion, the present study compares well-matched groups of recipients with HCC undergoing LT with DBD and DCD allografts and demonstrates **no difference** in the rate of HCC recurrence.

American Journal of Transplantation 2015

Inferior Survival in Liver Transplant Recipients With Hepatocellular Carcinoma Receiving Donation After Cardiac Death Liver Allografts

In conclusion, patient survival and graft survival **were inferior for HCC recipients of DCD** allografts versus recipients of donation after brain death allografts.

Liver Transpl 2013