CARTAS AL EDITOR

TRASPLANTE HEPÁTICO EN PEDIATRÍA

LIVER TRANSPLANTATION IN PEDIATRIC CANDIDATES

Sr. Editor: Con mucho interés hemos leído el documento sobre "Trasplante hepático en Chile", publicado por J Hepp et al¹.

Antes de la era del trasplante, la expectativa de vida de los pacientes con enfermedades hepáticas avanzadas, crónicas o agudas era muy limitada. Actualmente, en Chile el TH ofrece la oportunidad de extender su sobrevida y mejorar su calidad de vida.

Los sistemas clínicos más utilizados para determinar el pronóstico de pacientes con enfermedades hepáticas crónicas incluyen índices de enfermedades específicas (por ejemplo cirrosis biliar primaria), clasificación de Child-Pugh, MELD y, en menores de 12 años, PELD. Sin embargo, estos sistemas distan de ser perfectos. Aunque sistemas como MELD han logrado disminuir la mortalidad de pacientes en lista de espera para TH al priorizar los pacientes más enfermos, esta mejoría ha sido sólo discreta. Una reciente revisión sistemática de la literatura no logró establecer que MELD fuese más eficiente que Child Pugh² y su habilidad discriminatoria es aún menor cuando se obtienen valores bajos del puntaje. Esto evidencia la complejidad de las distintas enfermedades y enfatiza que existen otros factores de riesgo asociados. En búsqueda de intentar mejorar estos sistemas, se han propuesto ajustes de MELD o incorporar un cuarto componente como por ejemplo, sodio sérico, ascitis o encefalopatía. En adultos, recientemente fue publicado un artículo³ en que los investigadores describen que tanto MELD como el sodio sérico demostraron ser valores predictivos de mortalidad a los 90 días entre pacientes en lista de espera para

TH. Se necesitan más estudios en adultos y niños que avalen estos nuevos sistemas, antes de ser puestos en la práctica clínica.

Concordamos con la mayoría de los puntos expuestos en este documento de consenso¹ y deseamos comentar algunos y mencionar otras posibles indicaciones.

Tanto en adultos como en niños, el desarrollo de ascitis, hemorragia por várices recurrente, encefalopatía hepática, peritonitis bacteriana espontánea y el síndrome hepatorenal son condiciones que tienen un impacto significativo en el pronóstico en pacientes con enfermedad hepática crónica. Por ello, en estas condiciones, en distintos centros incluyendo los de Chile, se les asignan puntaje adicional para el sistema MELD y PELD. Cabe notar que la mayoría de los niños trasplantados en EE.UU de Norteamérica lo hacen sólo excepcionalmente bajo el sistema PELD⁴. Adicionalmente, la mayoría de los niños se trasplantan con PELD bajo 10⁵ lo que se contrapone con la sugerencia de no listar pacientes con PELD bajo 15. Países como Brasil han intentado solucionar este problema multiplicando PELD por 3 (Gilda Porta, comunicación personal) lo que si bien beneficia a los niños, puede parecer injusto con los adultos. Por estos motivos, países como Canadá, actualmente no utilizan PELD como sistema de asignación de órganos.

Asimismo, la falla en la función de síntesis hepática, como ocurre en la insuficiencia hepática aguda, anticipa la consideración de TH y su necesidad de ser evaluado en un centro de trasplantes. Recientemente resumimos la evolución clínica de 348 niños con falla hepática aguda en EE.UU de Norteamérica y Europa⁶. En este estudio, los criterios de mal pronóstico incluyeron edad, el diagnóstico, grado de encefalopatía hepática y severidad de la coagulopatía. En el análisis de regresión logística, se identificó que valores de bilirrubina ≥ 5 mg/dL, INR $\geq 2,5$ y encefalopatía hepática fueron factores predictivos de muerte o TH. En una actualización de 548 pacientes pediátricos, 56% presentó una sobrevida a corto plazo sin TH, 31% recibió TH y 13% de los pacientes fallecieron.

Un metaanálisis evaluó los criterios del King's College Hospital, en Londres, en pacientes con insuficiencia hepática aguda secundaria a acetamino-

Correspondencia a: Dr. Humberto E. Soriano. Unidad de Gastroenterología y Nutrición Pediátrica, Departamento de Pediatría, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Marcoleta 391, Santiago, Chile. Tel: 3543402. Fax: 6331457. E-mail: hsoriano@med.puc.cl

feno. Se describió una adecuada especificidad de 92%, pero una sensibilidad de sólo 69%. En insuficiencia hepática aguda secundaria a otras causas, tiene un valor predictivo positivo de 70%-90%, sin embargo el valor predictivo negativo es de solo 25%-50%. Al igual que los criterios del King's College Hospital, han intentado desarrollarse otros sistemas como factores pronósticos de insuficiencia hepática aguda (criterios de Clichy, puntaje de Liu, APACHE, MELD y otros); sin embargo, ninguno de estos modelos es preciso. Otros factores propuestos incluyen valores bioquímicos (factor VII, alfa-fetoproteína, fosfato plasmático, lactato), imágenes (valor residual del hígado <700 cc), histológicos (extensión de necrosis) y nuevos exámenes (PABA). Se necesitan estudios prospectivos para validarlos.

La principal causa de trasplantes en pediatría es la atresia de vías biliares. Luego de la realización de hepatopuertoenterostomía, los determinantes de "outcome" incluyen la edad del paciente sometido a hepatopuertoenterostomía (menor de 6 a 8 semanas), la experiencia del centro, la presencia de anomalías congénitas y episodios de colangitis a repetición. La bilirrubina 3 meses después de la hepatopuertoenterostomía ha demostrado ser un buen predictor de sobrevida a los 2 años de seguimiento; 84% de los pacientes con una bilirrubina menor a 2 mg/dL presentaron un buen "outcome" versus sólo 16% con bilirrubina sobre 6 mg/dL⁷.

La determinación del pronóstico de sobrevida es fundamental tanto para la indicación de trasplante como para la determinación del sistema de asignación de órganos. Futuros estudios que logren mejorar estos sistemas permitirán un mejor reconocimiento y evaluación de nuestros pacientes y optimizar los órganos y recursos en adultos y niños.

Juan Cristóbal Gana A¹, Humberto E Soriano².

¹Division of Gastroenterology, Hepatology & Nutrition, The Hospital for Sick Children, Toronto, Ontario, Canada.

²Departamento de Pediatría, Unidades de Gastroenterología y Nutrición, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile. Santiago de Chile.

REFERENCIAS

1. HEPP J, ZAPATA R, BUCKEL E, MARTÍNEZ J, URIBE M, DÍAZ JC ET AL. Trasplante hepático en Chile: Aspectos genera-

les, indicaciones y contraindicaciones (Documento de consenso). *Rev Méd Chile* 2008; 136: 793-804.

2. CHOLONGITAS E, MARELLI L, SHUSANG V, SENZOLO M, ROLLES K, PATCH D ET AL. A systematic review of the performance of the model for end-stage liver disease (MELD) in the setting of liver transplantation. *Liver Transpl* 2006; 12: 1049-61.
3. KIM WR, BIGGINS SW, KREMERS WK, WIESNER RH, KAMATH PS, BENSON JT ET AL. Hyponatremia and Mortality among Patients on the Liver-Transplant Waiting List. *N Engl J Med* 2008; 359: 1018-26.
4. SHNEIDER BL, SUCHY FJ, EMRE S. National and regional analysis of exceptions to the Pediatric End-Stage Liver Disease scoring system (2003-2004). *Liver Transpl* 2006; 12: 40-5.
5. McDIARMID SV, MERION RM, DYKSTRA DM, HARPER AM. Selection of pediatric candidates under the PELD system. *Liver Transpl* 2004; 10 (Suppl 2): S23-30.
6. SQUIRES RH Jr, SHNEIDER BL, BUCUVALAS J, ALONSO E, SOKOL RJ, NARKEWICZ MR ET AL. Acute liver failure in children: the first 348 patients in the pediatric acute liver failure study group. *J Pediatr* 2006; 148: 652-8.
7. SHNEIDER BL, BROWN MB, HABER B, WHITINGTON PF, SCHWARZ K, SQUIRES R ET AL. A multicenter study of the outcome of biliary atresia in the United States, 1997 to 2000. *J Pediatr* 2006; 148: 467-74.

RÉPLICA

Señor Editor: Los Drs. Gana y Soriano comentan aspectos relativos a los sistemas de priorización para la asignación de órganos para trasplante hepático, los cuales también compartimos¹. Dada la amplitud de los temas tratados en nuestra publicación y la necesidad de sintetizar conceptos, los que con el paso del tiempo además se van validando o modificando con nuevas evidencias, hay diversas materias que pueden ser precisadas y complementadas.

El aporte de los Drs. Gana y Soriano, especialmente al analizar la dificultad para establecer parámetros numéricos pronósticos en pacientes pediátricos, es un muy buen complemento de nuestro consenso. Mayor conocimiento futuro sobre el tema permitirá tener argumentos más sólidos para una justa asignación de injerto para trasplante hepático.

La realidad actual en Chile es que no hemos logrado obtener de la autoridad sanitaria el apoyo para introducir cambios en el sistema de asigna-

ción de injerto para trasplante hepático, utilizando los conceptos actualmente implementados en otros países (como puede ser el MELD/PELD u otros sistemas) y que permiten que el injerto disponible sea asignado al paciente que más lo requiere. La mortalidad de la lista de espera de trasplante hepático en Chile alcanza cifras de 28% y estamos convencidos que junto con el aumento de la disponibilidad de órganos para trasplante, la asignación justa de los injertos debe reducir esta tasa de mortalidad.

La publicación de nuestro documento de consenso es, entre otras, una de las iniciativas de los equipos trasplantadores para lograr mejorar diversas necesidades del trasplante de hígado en nuestro país.

Dr. Juan Hepp K.

Clínica Alemana de Santiago

REFERENCIAS

1. HEPP J, BUCKEL E, MARTÍNEZ J, URIBE M, DÍAZ J ET AL. Trasplante hepático en Chile: Aspectos generales, indicaciones y contraindicaciones (Documento de consenso). *Rev Méd Chile* 2008; 136: 793-804.

PSIQUIATRIA DE ENLACE: DESCRIPCIÓN DE LAS INTERCONSULTAS EN UNA CLÍNICA UNIVERSITARIA

LIAISON PSYCHIATRY: REFERRALS IN A UNIVERSITY CLINIC IN COLOMBIA

Sr. Editor: Hace poco, en nuestro grupo de Psiquiatría de Enlace reportamos el caso de una paciente ingresada en la Clínica Universitaria Bolivariana (CUB) de Medellín, Colombia, a quien diagnosticamos un síndrome de Charles Bonnet, en respuesta a la petición de Medicina Interna de descartar un *delirium*¹. Dicho caso motivó una exploración de los registros de 6 meses entre octubre y marzo de la base en la que consignamos los datos socio-demográficos y clínicos obtenidos de la petición de interconsulta y durante la valoración de los pacientes hospitalizados en la CUB, con el fin de describir algunas características de las peticiones espontáneas de evaluación por Psiquiatría y los diagnósticos clínicos de esta especialidad.

Se examinaron 182 pacientes (7,5% de los ingresados por cualquier motivo médico o quirúrgico en el periodo). Ciento once (61,0%) eran mujeres y 71 (39,0%) hombres, con edad media de 50,4 (DE: 23,1). De ese total, 99 (54,4%) tenían pareja estable, 37 (20,3%) eran solteros, 29 (15,9%) viudos y 17 (9,3%) separados. Nueve (4,9%) eran analfabetas, 140 (76,9%) con alguna escolaridad básica y 33 (18,1%) con algún grado de estudios superiores. Sesenta y nueve (37,9%), dedicadas a labores del hogar, 38 (20,9%) laboralmente activos, 7 (3,8%) jubilados o pensionados y 5 (2,7%) desempleados.

La especialidad que más solicitó interconsultas fue Medicina Interna con 99 (54,4%) peticiones, seguida por Gineco-Obstetricia con 27 (14,8%), Cirugía 18 (9,9%), Cuidados Intensivos 10 (5,5%). Toxicología, Neurocirugía y Ortopedia solicitaron 6 (3,3%) interconsultas cada una. Las otras 10 (5,5%) valoraciones fueron pedidas por diversas especialidades. En la Tabla 1 están clasificados los motivos de interconsulta y los diagnósticos finales de Psiquiatría. En dicha clasificación respetamos los términos usados por los médicos tratantes y por los psiquiatras, en la mayoría de los casos;

Correspondencia a: José Gabriel Franco.
E mail: josefranco11@hotmail.com