



NOTA DE PRENSA

¿ES LA OBESIDAD UNA CONTRAINDICACIÓN PARA RECIBIR UN TRASPLANTE DE HÍGADO Y PARA LA DONACIÓN PARA UN TRASPLANTE RENAL? DOS ESTUDIOS CIENTÍFICOS REALIZADOS EN BILBAO Y BARCELONA MUESTRAN LA NECESIDAD DE REVISAR LAS GUÍAS ACTUALES EN ESTE ÁMBITO

Un estudio, realizado por el Hospital Universitario de Cruces de Bilbao, analizó todos los casos de pacientes trasplantados hepáticos con Índice de Masa Corporal mayor a 40 desde 2004 a 2023 y sus resultados no avalaron que la obesidad sea una contraindicación para este tipo de trasplantes.

Los resultados de este trabajo, que acaba de ser presentado en el 8º Congreso de la Sociedad Española de Trasplante (SET), fueron comparables a los reportados por la literatura científica para el trasplante hepático estándar, por lo que no apoyan la idea de considerar la obesidad mórbida como una contraindicación para el trasplante de hígado.

El impacto del peso en los trasplantes ha sido estudiado en otra investigación presentada en el 8º Congreso de la SET, referido en este caso a la donación de riñón y a los donantes, y que ha sido realizada por el Hospital Clínic de Barcelona.

La conclusión de este estudio es que la pérdida de peso previo a la donación es efectiva para la cirugía y aumenta la duración del trasplante.

Sin embargo, no asegura a los donantes la conservación de su peso ideal: el 86% lo recuperó al tercer año y el 100% a los 5 años.

Los datos de esta investigación demuestran que es necesario implementar programas eficientes para prevenir la recuperación de peso postdonación.

Bilbao, 13 de mayo de 2024. El 8º Congreso de la Sociedad Española de Trasplante (SET), celebrado en Bilbao este pasado fin de semana, ha acogido la presentación de diferentes estudios que han analizado la relación entre la obesidad/sobrepeso y el trasplante/donación. Uno de ellos, realizado por el Hospital Universitario de Cruces de Bilbao, ha analizado todos los casos de pacientes trasplantados hepáticos con Índice de Masa Corporal mayor a 40, es decir, en situación de obesidad mórbida, desde 2004 a

2023 y sus resultados no apoyan la idea de considerar la obesidad mórbida como una contraindicación para el trasplante de hígado.

Se trata de un tema relevante pues el aumento progresivo de prevalencia de obesidad mórbida en la población general es una tendencia que de momento parece imparable, y este incremento de personas con obesidad mórbida también se ha objetivado en los pacientes con enfermedad hepática candidatos a trasplante. La investigación ha hecho un análisis descriptivo de la morbimortalidad y supervivencia de los pacientes obesos mórbidos sometidos a trasplante hepático desde 1 de enero de 2004 a 31 de diciembre de 2023 en el citado hospital, con el fin de evaluar el impacto de la obesidad mórbida en la morbi-mortalidad y la supervivencia de los pacientes.

En concreto, 15 fueron los pacientes trasplantados con un IMC ≥ 40 , de los que 13 eran hombres (87%) y 2 mujeres (13%), con una edad media de 55 (± 9 DE) años. La causa más frecuente de trasplante fue la enfermedad por cirrosis hepática (93%) y únicamente 1 caso por hepatocarcinoma (7%). La media de edad de los donantes fue de 59 años (± 13 DE). Los autores reportan que los resultados sobre morbimortalidad y supervivencia de estos pacientes fueron comparables a los descritos por la literatura científica para el trasplante hepático estándar.

Recuperación de peso después de la donación

El impacto del peso en los trasplantes ha sido estudiado en otro estudio presentado en Bilbao, referido en este caso a la donación de riñón y a los donantes, y que ha sido realizado por el Hospital Clínic de Barcelona. La conclusión de este estudio es que la pérdida de peso previo a la donación es efectiva para la cirugía y aumenta la duración del trasplante. Sin embargo, no asegura a los donantes la conservación de su peso ideal. De hecho, en el estudio, en el que se incluyeron 243 pacientes que donaron un riñón y perdieron peso para la cirugía, el 86% lo recuperó al tercer año y el 100% a los 5 años. Razón por la que los autores concluyen que es necesario implementar programas eficientes para prevenir la recuperación de peso postdonación.

8º Congreso de la Sociedad Española de Trasplante

El 8º Congreso de la Sociedad Española de Trasplante (SET) ha reunido a más de 400 expertos para compartir todos los avances clínicos y tecnológicos sobre los trasplantes en España y reflexionar sobre los logros y mejoras necesarias para seguir mejorando la supervivencia y calidad de vida de los pacientes. En él se han tratado los temas más vigentes y de actualidad de este ámbito sanitario, como la inteligencia artificial aplicada al trasplante, los problemas actuales y futuros en el trasplante de órganos sólidos, los efectos adversos y búsqueda de nuevos biomarcadores o las últimas innovaciones en el campo de los trasplantes de páncreas.

A lo largo de las 4 sesiones plenarias, 4 mesas redondas y otras sesiones se han abordado también aspectos como el trasplante tras la donación tras parada cardiorrespiratoria, el adecuado manejo de los problemas cardiológicos y renales en pacientes con trasplante renal o cardíaco, las actualizaciones en el manejo de los pacientes sensibilizados o las herramientas actuales para detectar y tratar la respuesta inmune contra el injerto, así como las novedades en la detección de la adherencia al tratamiento inmunosupresor, el manejo de las infecciones, la optimización en la distribución de órganos o las novedades en el trasplante cardíaco y pulmonar. Asimismo, se ha hablado de apuesta de futuro que supone la investigación médica y el enorme rédito que esto supone para el beneficio de la sociedad en general y en el mundo del trasplante en particular.

Entre los ponentes destacados participantes hay que subrayar a la Dra. Beatriz Domínguez- Gil, directora general de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), el Dr. Julio Mayol, jefe de la Sección de Cirugía del Hospital Clínico San Carlos de Madrid, o el Dr. Robert Montgomery, jefe del Departamento de Cirugía y director del Instituto de Trasplantes Langone de la Universidad de Nueva York, uno de los mayores expertos en trasplante renal a nivel mundial y paciente trasplantado de corazón (de una persona infectada por hepatitis C).

Además, en la reunión se han presentado 230 comunicaciones científicas de estudios e investigaciones sobre trasplante realizados en España en el último año.

Para más información:

Gabinete de Comunicación 8º Congreso SET (Euromedia Comunicación)

Manuela Hernández / Jesús Herrera 954 62 27 27 / 651 86 72 78 / 625 87 27 80

RESÚMENES DE LOS ESTUDIOS DE LA NOTA DE PRENSA

P102 Poster

OBESIDAD MÓRBIDA Y TRASPLANTE HEPÁTICO

Autores:

Gerardo Moro Portela¹, Jaime Encinas Gutierrez¹, Patricia Ruiz Ordorica¹, Alberto Ventoso Castiñeira¹, Arkaitz Perfecto Valero¹, Mikel Prieto Calvo¹, Ibone Palomares Etxebarria¹, Eunáte Muga Ibarretxe², Teresa Pascual Vicente¹, Mikel Gastaca Mateo¹

¹Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Cruces, Bilbao,

²Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Cruces, Bilbao

Introducción

El aumento progresivo de prevalencia de obesidad mórbida en la población general es un problema candente y con múltiples consecuencias en la salud. Este incremento de personas con obesidad mórbida también se ha objetivado en los pacientes con enfermedad hepática candidatos a trasplante.

Objetivo

Análisis descriptivo morbimortalidad y supervivencia de pacientes obesos mórbidos sometidos a trasplante hepático.

Material y Métodos

Análisis descriptivo retrospectivo de todos los pacientes trasplantados hepáticos con IMC ≥ 40 (obesidad mórbida) desde 1 de enero de 2004 a 31 de diciembre de 2023 con el fin de analizar el impacto de la obesidad mórbida en la morbi-mortalidad y la supervivencia de los pacientes.

Resultados

15 fueron los pacientes trasplantados con un IMC ≥ 40 (IMC medio de $40,4 \pm 2.99$ DE). 13 hombres (87%) y 2 mujeres (13%), con una edad media de $55 (\pm 9$ DE) años. La causa más frecuente de trasplante fue la enfermedad por cirrosis hepática (6 OH, 4 VHC, 3 otras) (93%) y únicamente 1 caso por hepatocarcinoma (7%). La media de edad de los donantes fue de 59 años (± 13 DE). El tiempo medio de isquemia fría $289 (\pm 65$ DE) minutos, tiempo total de cirugía $253 (\pm 46$ DE) minutos y una media de $3 (\pm 4$ DE) concentrados de hematíes intraoperatorios. La mediana de estancia en la unidad de cuidados intensivos fue de 5 (rango 2-52) días, una mediana de estancia total en el hospital de 15 (rango 10-103) días y con una mediana de seguimiento posterior de 82 (rango 7-272) meses. No hubo complicaciones biliares ni arteriales, únicamente se objetivó 1 trombosis venosa tardía (VSM) que se resolvió mediante radiología intervencionista. 33% presentaron complicaciones Clavien-Dindo ≥ 3 (1 retrasplante, 1 reintervención por hemoperitoneo, 1 trombosis tardía VSM, 1 IRA que precisó hemodiálisis y 1 infección herida quirúrgica que precisó drenaje). Únicamente un paciente (7%) precisó retrasplante por fallo primario del injerto con adecuada evolución posterior. Actualmente el 87% de los pacientes siguen vivos, objetivándose únicamente dos éxitos (1 insuficiencia cardiaca y 1 causa desconocida).

Conclusiones

El trasplante hepático en receptores con IMC ≥ 40 en nuestra serie se ha seguido de resultados comparables a los reportados en la literatura para el trasplante hepático estándar. Nuestros resultados no apoyan la idea de considerar la obesidad mórbida como una contraindicación para el trasplante hepático.

Comunicación oral

IMPACTO DEL PESO EN LA DONACIÓN RENAL DE VIVO. LA ESTRATEGIA DE PÉRDIDA DE PESO CON FIN DE DONACIÓN ES EFECTIVA PARA LA CIRUGÍA PERO NO ASEGURA MANTENER EL PESO OBJETIVO A LARGO

Autores:

Pedro Ventura-Aguar¹, Amy Ridell², Mireia Musquera³, David Cucchiari¹, Lluís Peri³, David Paredes⁴, Josep M Campistol¹, Federico Oppenheimer¹, Fritz Diekmann¹, Ignacio Revuelta¹
¹Servicio de Nefrología y Trasplante Renal. Hospital Clinic. Barcelona, Barcelona, ²Department of Nephrology, Derriford Hospital. University Hospitals Plymouth, Plymouth, ³Servicio de Urología y Trasplante Renal. Barcelona, Barcelona, ⁴Coordinación de Órganos y Tejidos. Hospital Clínic. Barcelona, Barcelona

Introducción

El impacto del peso previo a la donación en la donación de riñón vivo (LKD) en el seguimiento a largo plazo sigue siendo incierto, y la estrategia de pérdida de peso previa a la donación, con el objetivo de reducir el riesgo quirúrgico y disminuir las complicaciones a largo plazo por la obesidad e hipertrofia glomerular requiere una evaluación más concreta.

Objetivo

Evaluar el impacto de la estrategia de pérdida de peso en la donación a largo plazo.

Material y Métodos

Análisis retrospectivo unicéntrico de todos los LKD consecutivos con FU mínimo de 10 años (2005 a 2013). Cambios de peso antes y después de la donación y resultados clínicos comparados. Exclusión seguimiento inferior a 24 meses. Comité de Ética aprobó el estudio.

Resultados

Se incluyeron 243 de 410 LKD (34% varones, 46 ± 20 años, creatinina $0,82 \pm 0,15$ mg/dL, eGFR

92±24ml/min/1,73m², mediana de tiempo hasta donación 3,6m[RIQ 2,0-6,68]), tiempo medio de FU: 9,82±4,04 años[0,4– 17,49]. El 1º IMC 26,6±4,3 con 43 pacientes(17,7%) IMC>30 (32,9±3,3 vs 24,9±2,9Kg/m²). LKD IMC>30 perdieron más peso pre donación (Δpeso Kg:1,4[0,2-6,4] vs 0,5Kg[0-1,0]; ΔIMC kg/m²:0,5[0,1-2,4] vs 0,2[0,0-0,3]). Mayor PA diastólica en 1ª evaluación y PA sistólica después de la pérdida previa a nefrectomía en IMC>30 LKD (p=.004;p=.0416). No diferencias en edad, sexo, tiempo medio a donación, creatinina, proteinuria ó eGFR ni a la donación ni a 10 años. Punto de corte de disminución de 2kg/m² en IMC:17 vs 31 LKD, mayores (58±10vs52±11 años,p<.05), mujeres(80%), mayor IMC(35,3±4,4vs31.6±1.3 < 6 kg/m²,p<.01) y proteinuria en 1ª visita (120 ± 63vs94 ± 40 mg/día,p=.03). Mediana de pérdida peso pre donación:7,2 kg [RIC 6,0-15,3], con mayor tiempo de 1ª visita a donación (9,7[6,0-16,6]meses vs 3,7[2,0-7,5],p<0,01). En seguimiento, la ganancia de peso fue mayor desde el mes 6 (p<0,005) hasta los 3 años (p<0,001), recuperándose el 86% del peso al 3 año y el 100% a los 5 años. Posteriormente, la evolución de los cambios del IMC fue similar en ambos grupos. No diferencias en TFG, proteinuria o microalbuminuria en los diferentes puntos temporales.

Conclusiones

La estrategia de pérdida de peso antes de la LKD no es eficaz para mantener el IMC reducido para prevenir complicaciones a largo plazo y aumenta la duración del trasplante. Es necesario implementar programas eficientes para prevenir la recuperación de peso postdonación.