

TRASPLANTE HEPATICO PEDIATRICO EN MENORES DE 10 KILOS. CURVA DE APRENDIZAJE EN UN PROGRAMA DE TRASPLANTE DE CALI-COLOMBIA

MT Agudelo¹, V Botero¹, LA Caicedo¹, E Manzi², DV Gonzales

1Unidad de Trasplantes. Fundación Valle del Lili (FCVL). 2Unidad de Investigaciones Clínicas. Fundación Valle del Lili

Introducción

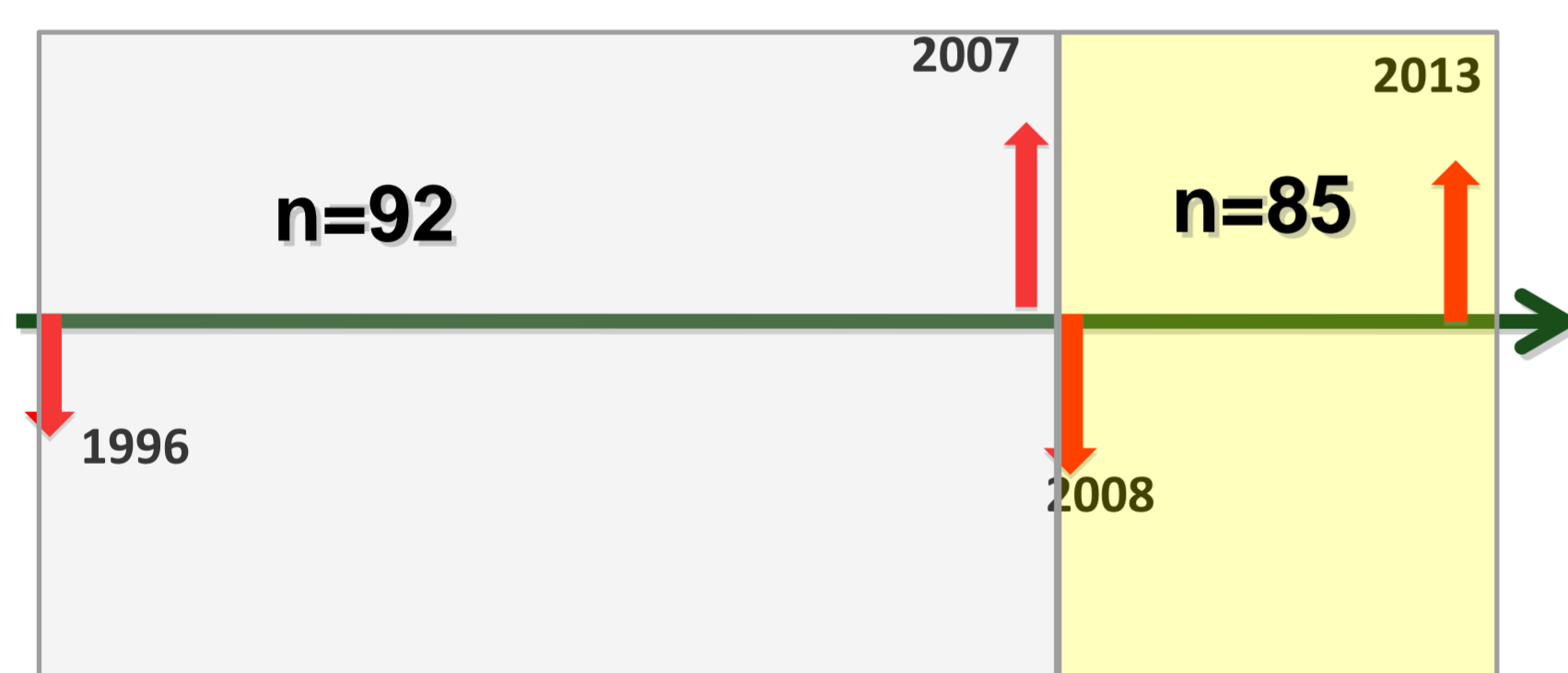
El inicio de un programa de trasplante hepático pediátrico en un país en vía de desarrollo es un gran desafío, el reto es aún mayor en los pacientes menores de 10 kilos.

Estos pacientes presentan mayor dificultad técnica en el procedimiento y mayor morbilidad con menor sobrevida del injerto.

En julio 30 de 1996 se realiza el primer trasplante pediátrico en la clínica FCVL. Los primeros años se realizaban de dos a 7 trasplantes por año. Desde el 2004 iniciamos un programa de Formación médica, con visitas como observadores a otros programas de trasplante. En el 2008 iniciamos un programa colaborativo entre UPMC (Pittsburgh) y FCVL.

Objetivos

Describimos la experiencia y sobrevida post-trasplante en menores de 10 kilos durante dos eras diferentes de nuestro programa.



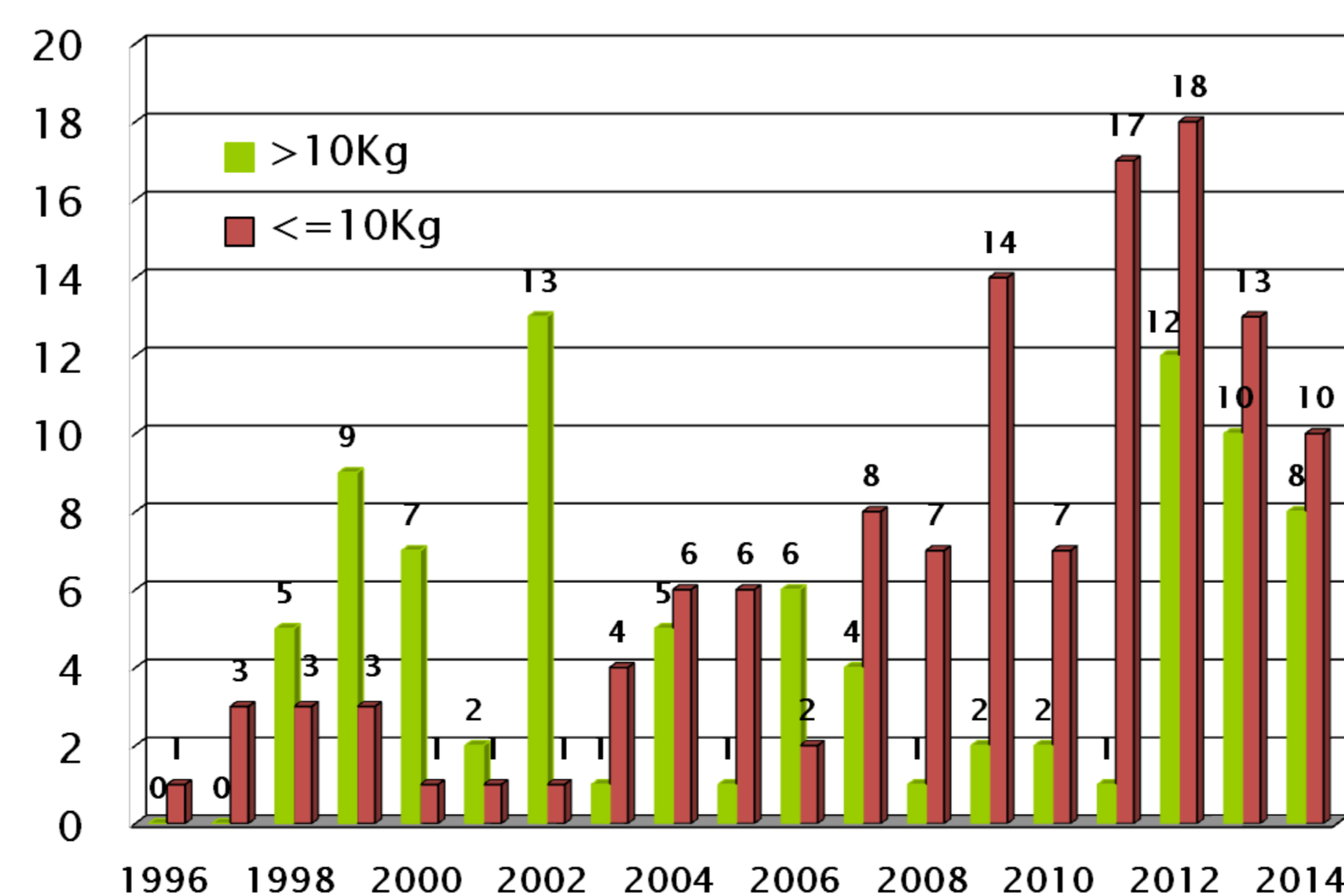
Métodos

Todos los Pacientes trasplantados entre el 31 de julio de 1996 y el 21 de febrero de 2013, <18 años de edad y menores de 10 kilos. El seguimiento se realizó cada mes durante el primer año y luego cada tres meses. Un paciente fue perdido durante el seguimiento. Los retrasplantes fueron incluidos en el análisis. Las fases del programa fueron definidos como era Uno (96-08) y era Dos (08-12). Kaplan-Meier y Log Rank test fueron utilizados en el análisis de sobrevida.

Resultados

El 62,5% (110/174) fueron receptores menores de 10 kilos. Cuatro pacientes requirieron un retrasplante, tres por trombosis de la arteria hepática y uno trombosis de la porta. Setenta fueron mujeres (63,6%), la mediana del peso fue 7 k RIQ(6,5-8,6), la mediana de edad 0,9 años RIQ(0,7-1,2). La indicación de trasplante fue atresia de vías biliares en el 85%, falla hepática fulminante en 2,7%. Recibieron injerto completo el 23,6%, injerto de donante fallecido reducido 30,9%, donante vivo 45%. Comparando las dos eras, la sobrevida durante la era Uno 44% (IC95% [29-58]) al primer año, era Dos 77% (IC95[63-86]), hubo un incremento en la sobrevida estadísticamente significativa (p=0,0001). En cuanto a las complicaciones vasculares, la trombosis de la arteria hepática fue del 7% en todo el grupo, se observó una disminución significativa en la frecuencia de la trombosis de la porta (26% vs 10,9%,p=0.03). La sobrevida a los 4 años fue del 75%.

Fig 1
Trasplantes pediátricos por año 1996 - 2012

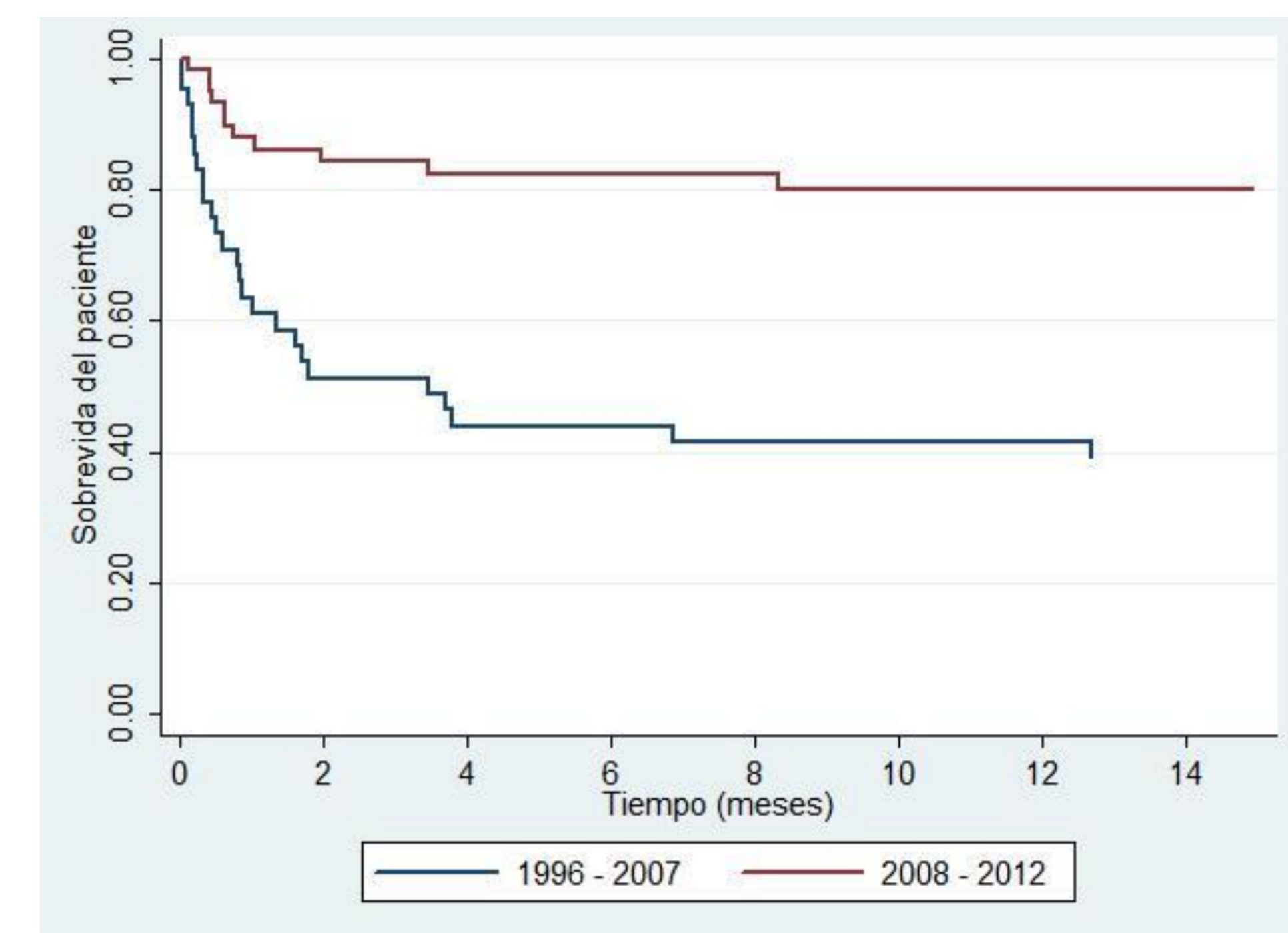


Resultados (cont.)

Tabla 1
Características del paciente <10 kilos y del trasplante por eras

Variable	Total n=101	1996 – 2007 n=42		2008 – 2012 n=59		Valor de p	
Edad (años), mediana (RIQ)	0,8 8	0,7 – 1,1	0,9 8	0,8 – 1,2	0,8 1	0,6 – 1,0	0,01
Género femenino, n (%)	63	62	24	57	39	66	0,36
Peso (Kg), mediana (RIQ)	7	6,3 – 8,0	7	6,7 – 8,5	7	6 – 8	0,18
Atresia de vías biliares, n (%)	88	87%	42	100%	46	77%	0,001
Falla hepática fulminante, n(%)	3	2,9%	0	0	3	5%	0,26
Injerto completo, n (%)	24	23,7%	11	26%	13	22%	0,62
Injerto reducido, n (%)	32	31,6%	8	19%	24	40%	0,02
Injerto donante vivo, n (%)	45	44,5%	23	54%	22	37%	0,08
Trombosis de la arteria hepática, n (%)	7	7,07%	4	10%	3	5%	0,34
Trombosis de la porta, n (%)	18	18%	11	27%	7	11%	0,048

Tabla 2.
Sobrevida del paciente <=10Kg



Conclusiones

En la última era (2) hubo un incremento significativo en la sobrevida y disminución de las complicaciones vasculares.

Este aumento en la sobrevida se podría explicar por experiencia quirúrgica, con mayor número de pacientes trasplantados al año, y el esfuerzo en la formación médica con programas colaborativos con centros de mayor experiencia.