

FREQUENCY AND HISTOPATHOLOGIC BASIS OF HEPATIC SURFACE NODULARITY IN PATIENTS WITH FULMINANT HEPATIC FAILURE

Poff J.A., Coakley F.V., Qayyum A., Yeh B.M., Browme L.W., Merriman R.B. et al.
Radiology 2008; 249:518 -23

Autor del comentario: Delgado Blanco M.¹

Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo. A Coruña.¹

El Fallo Hepático Fulminante (FHF) o Fallo Hepático Agudo (FHA) es el proceso resultante de un daño hepatocelular masivo, que conduce al desarrollo de encefalopatía en un plazo de 8 semanas a partir de la aparición de los primeros síntomas, en ausencia de enfermedad hepática previa. El FHF es un cuadro clínico poco frecuente pero muy grave. La mortalidad es muy alta, entre el 34 – 90 %. El trasplante ortotópico de hígado (TOH) ha logrado un aumento significativo en la supervivencia de estos enfermos. En el momento actual, el TOH es considerado el tratamiento de elección, siempre que no exista contraindicación formal para el mismo.

Los criterios pronósticos conocidos hasta la actualidad discriminan aquellos sujetos que requerirán un trasplante en algún momento de su evolución, pero no los que se pueden recuperar de forma espontánea. Este hecho cuestiona la aplicación del TOH en algunos enfermos. No sólo están los riesgos propios de la intervención, los efectos de la inmunosupresión o la morbi-mortalidad a medio y largo plazo, sino también la incidencia sobre la lista de espera y el gasto económico que conlleva. Por estos motivos es importante encontrar criterios que permitan definir a aquellos enfermos que sufren un FHF y se pueden beneficiar de un trasplante.

La superficie hepática irregular o nodular, objetivada por ecografía, se considera un signo de cirrosis. No obstante en los pacientes con FHF, la presencia de nódulos puede ser entendida como un hecho de regeneración hepática ante la necrosis sufrida. Sin embargo, en ausencia de cirrosis conocida, los cambios ecográficos observados en pacientes con agudización de una enfermedad hepática viral o alcohólica no son fácilmente atribuibles a la actividad regenerativa aguda o a una cirrosis preexistente no diagnosticada. Si en esta situación se requiere un trasplante, la decisión de inclusión en código cero, o para intervención diferida puede ser difícil de tomar.

En este estudio retrospectivo, los autores incluyeron a todos los sujetos sometidos a TOH en su institución (Universidad de California, San Francisco) durante un período de 5 años. Se seleccionaron 35 enfermos cuya indicación clínica fue FHF. Se revisaron las 38 ecografías y las 2 tomografías

computadas (TC) efectuadas en el período pretrasplante. Se evaluó la presencia de superficie hepática irregular o de nodularidad y de ascitis. Las piezas del explante fueron analizadas de forma sistemática.

Del total de 35 pacientes, 15 (43 %) presentaban una superficie hepática nodular en ecografía. La prevalencia de ascitis no difirió entre los que tenían superficie hepática lisa o irregular. Los enfermos con superficie irregular tuvieron una evolución más larga pretrasplante (31 días \pm 32 vs 13 días \pm 13, $p < 0.029$) y sus parámetros bioquímicos estaban más alterados.

De los 15 enfermos con superficie nodular, ninguno presentó datos histológicos de cirrosis. Un paciente con borde hepático liso tenía una cirrosis por virus B. La presencia alternante de nódulos regenerativos confluentes y de necrosis estaba presente en casi todos los pacientes con superficie hepática irregular (12 de 14). Este hallazgo sólo se constató en uno de los de borde liso ($p < 0.001$).

Las conclusiones de este estudio tienen una serie de implicaciones prácticas. En primer lugar, la superficie hepática irregular en enfermos con FHF no debe atribuirse a la preexistencia de una cirrosis. Además, los pacientes diagnosticados de FHF que presentan nódulos hepáticos en la ecografía tienen unos parámetros analíticos más alterados que indican un daño mayor y una evolución más prolongada. Por último, la presencia de nódulos es consecuencia de la alternancia de áreas de regeneración y de necrosis.

A pesar de ser un estudio retrospectivo, estos hallazgos deben valorarse de manera positiva. La visión en ecografía de un hígado con bordes irregulares, en un sujeto afecto de FHF, no debe ser entendido como un dato de cirrosis y limitar el acceso al trasplante urgente. La presencia de esplenomegalia o de varices esofágicas puede ayudar a delimitar mejor la cronicidad del proceso.

El escaso número de TC realizadas no aportó unos criterios adecuados para el diagnóstico diferencial.