TRASPLANTE HEPÁTICO ABO-INCOMPATIBLE EN FALLA HEPÁTICA FULMINANTE: EXPERIENCIA DE MANEJO INTENSIVO Y ABORDAJE INMUNOMODULADOR

Sebastián Faúndez-Alfaro[1], Ivania Suárez-Leiva[1]

1. Departamento de Medicina Intensiva, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile

INTRODUCCIÓN El trasplante hepático ABO-incompatible (ABOi) constituye una alternativa excepcional cuando la urgencia vital impide esperar un donante compatible. Estos casos presentan un mayor riesgo de rechazo mediado por anticuerpos y disfunción precoz del injerto, lo que exige estrategias de inmunomodulación y depuración plasmática ajustadas al contexto crítico. Su viabilidad depende del control de isoaglutininas mediante plasmaféresis terapéutica (PLEX), inmunomodulación dirigida y una coordinación estrecha entre la UCI, el banco de sangre y el equipo de trasplante. Se presenta el caso de un paciente joven con falla hepática fulminante, en quien la disponibilidad de un injerto ABO-incompatible exigió una coordinación UCI–banco de sangre–trasplante en cuestión de horas. METODOLOGÍA Hombre de 18 años, previamente sano, que ingresa a UCI con encefalopatía grado III, INR >6 y transaminasas >4000 U/L, compatible con falla hepática fulminante, con probable causa farmacológica. Se inicia soporte extracorpóreo con DPMAS y PLEX orientado al control metabólico, de amonio y ácidos biliares, mientras permanecía en lista nacional de trasplante con priorización máxima. Al confirmarse un donante ABO-incompatible, se documentaron títulos anti-A/B bajos (1:2–1:8), atribuibles al soporte previo y al recambio plasmático; se mantuvo PLEX perioperatorio como puente inmunológico. En el posoperatorio inmediato, se administró rituximab 375 mg/m² EV pos-PLEX como rescate frente a hemolisinas positivas, complementando la inmunosupresión estándar con tacrolimus, micofenolato y corticoides, además de basiliximab pos-PLEX según protocolo institucional. Posteriormente, se continuó con PLEX posoperatorio seriado durante los primeros días, orientado al control de isoaglutininas y soporte metabólico.

ASPECTOS ÉTICOS:
consentimiento informado para el procedimiento ABOi y uso anonimizado de datos clínicos. RESULTADOS Durante la evolución inicial, la combinación de PLEX perioperatorio y rituximab de rescate se asoció con isoaglutininas persistentemente bajas y ausencia de complicaciones específicas de rechazo. En los primeros días posoperatorios, transaminasas y bilirrubina descendieron progresivamente, reflejando una función inicial favorable del injerto y sin eventos infecciosos ni trombóticos registrados durante la fase temprana. CONCLUSIONES El trasplante hepático ABO-incompatible en urgencia vital puede realizarse con seguridad cuando la UCI articula soporte extracorpóreo previo, PLEX perioperatorio y rituximab post-PLEX guiado por hemolisinas, favoreciendo un control inmunológico temprano y una evolución inicial favorable del injerto. Como reflexión final, los escenarios ABOi críticos requieren sincronía clínica y logística entre la UCI, el banco de sangre y el equipo de trasplante, con decisiones coordinadas en tiempo real que permitan intervenciones oportunas y seguras.