

Disfunción primaria de injerto. Valor del factor V para el diagnóstico precoz

Sánchez González, C; Fernández Aguilar, J.L; Sánchez Pérez, B; Suárez Muñoz, M.A; Pérez Daga, J.A; Montiel Casado, C; Aranda Narváez, J.M; Pérez Reyes, M; Ferre Ruiz, E; Santoyo Santoyo, J.

INTRODUCCIÓN

La disfunción precoz de injerto es una de las principales complicaciones postrasplante, siendo los criterios de Olthoff (parámetros analíticos en el séptimo día postoperatorio (POD), los más utilizados para su diagnóstico. La falta de consenso y el diagnóstico tardío reflejan la necesidad de unos parámetros fiables y precoces que permitan su detección temprana.

El factor V (FV) es un factor de la coagulación no dependiente de la vitamina K y sintetizado únicamente por el hígado, con una vida media entre 12 y 36 horas. Estas características han determinado que para el diagnóstico de la insuficiencia hepática aguda se consideren los niveles de FV como parte de los criterios de Clichy.

OBJETIVOS

1º) Estudiar la utilidad del FV en el diagnóstico de la disfunción primaria del injerto.

2º) Establecer valores de corte para diferenciar entre disfunción precoz y fallo primario de injerto.

RESULTADOS

1) FV

Media (casos/controles): POD1 (24,59/53,89), POD 2 (32,30/81,87), POD 3 (52,69/98,11).
Poder discriminativo (AUC): 0,842 en POD1, 0,893 en POD2, y 0,863 en POD3, $p=0.00$. Se selecciona el POD2 [Figura 1].
Punto de corte: en POD2 es FV 37,50 (70% sensibilidad [S] y 91% especificidad [E]).

2) GPT

Sensibilidad y especificidad [Figura 2]. 55% S y 98% E.

3) FV + GPT

Media: en los casos 5752,89 y en los controles 1135,13
Poder discriminativo (AUC): 0,77 Figura 1
Punto de corte: 1539 (67% S y 82% E)

MATERIAL Y MÉTODO

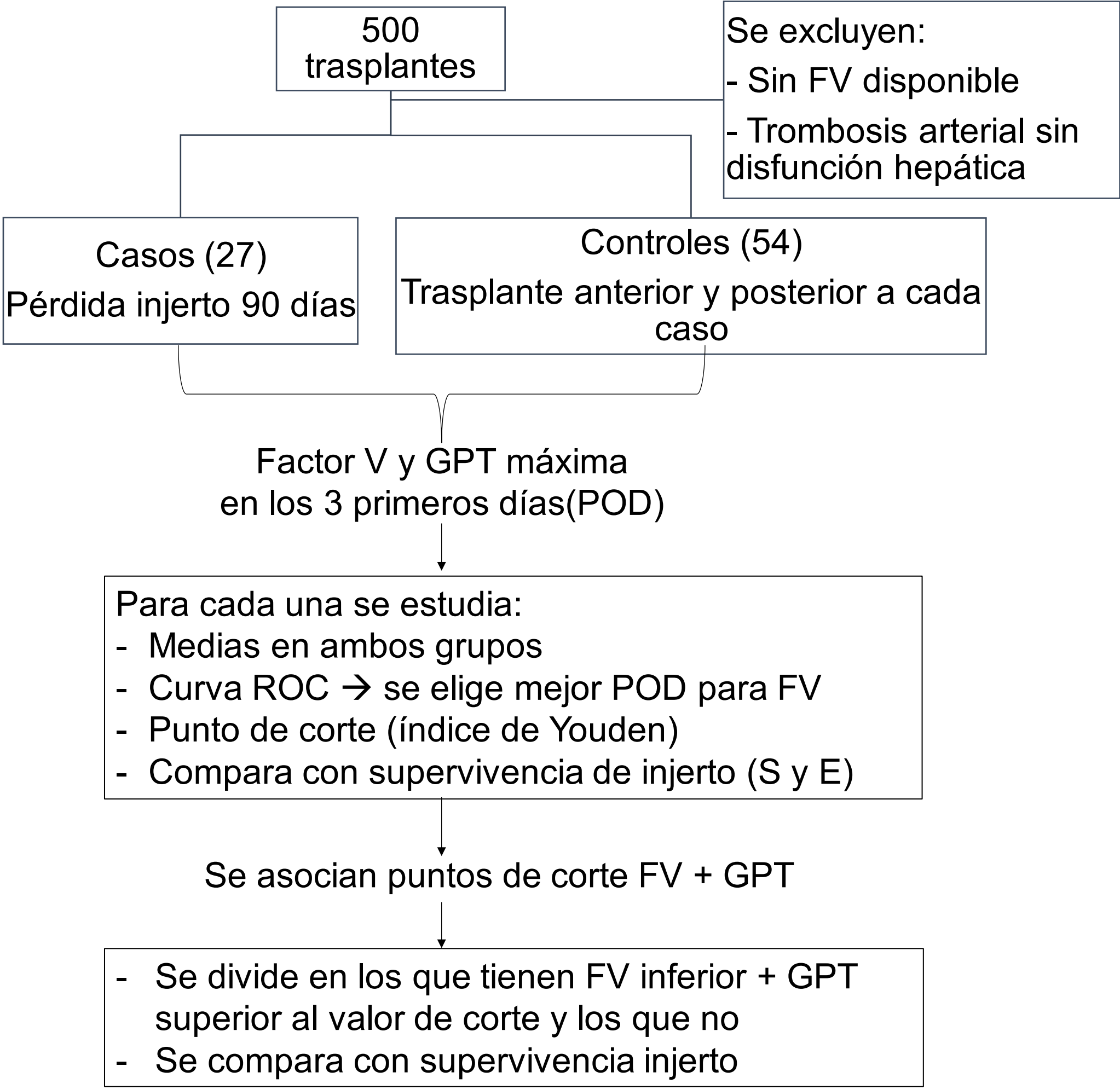


Figura 1. Curva ROC (FV y GPT)

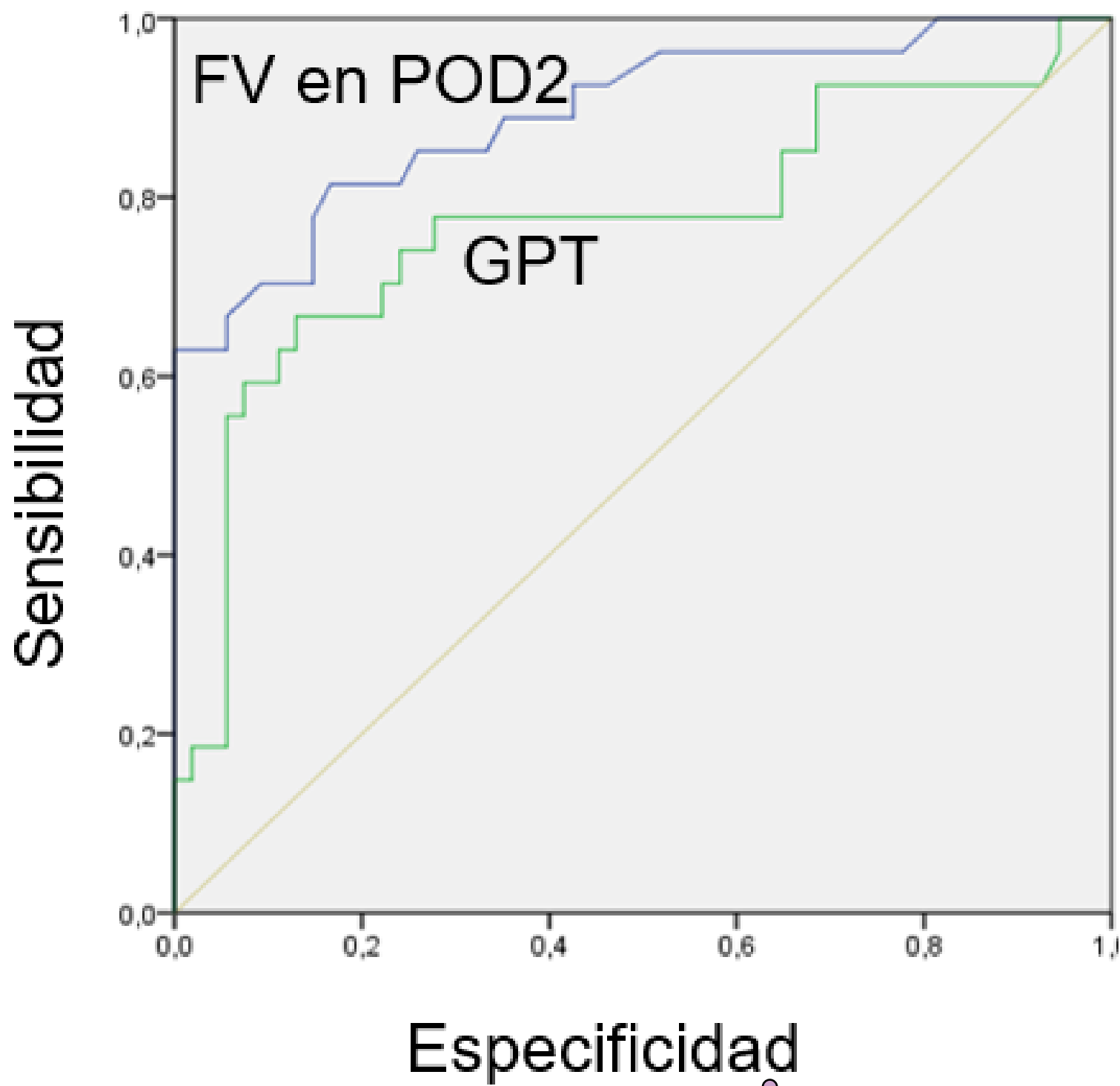
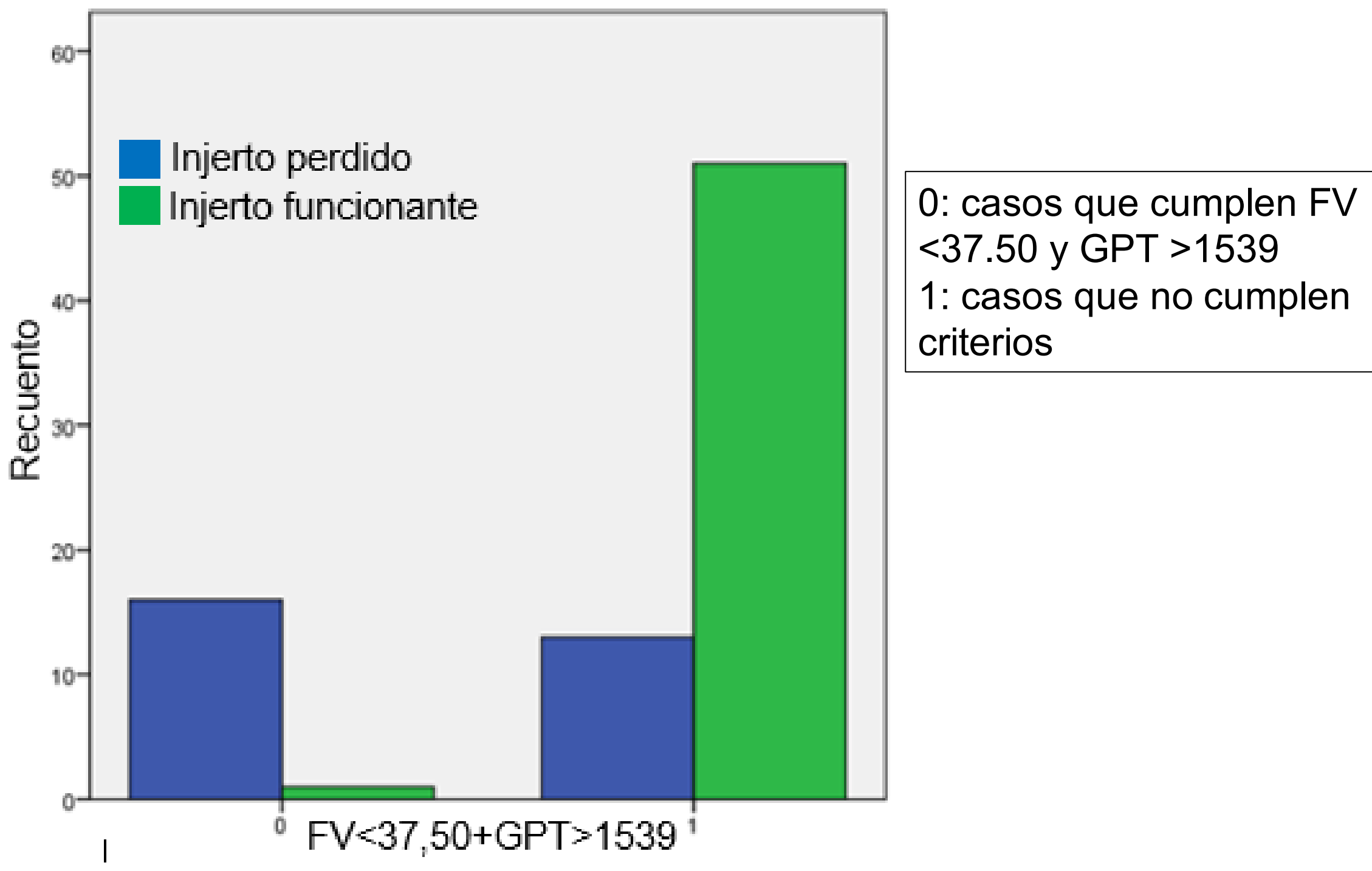


Figura 2. FV37,5+GPT1539 vs supervivencia injerto



DISCUSIÓN

El grupo de los casos tenía un FV más bajo y, a pesar de una menor diferencia entre grupos en el POD1 (por disfunción fisiológica en las primeras 12-24h), en POD2 y POD3 sí fue importante. Dado el mayor poder discriminativo, se elige POD2 como referencia. El mejor valor de corte es un FV de 37,50 al interesarnos la mayor especificidad posible ya que no buscamos una prueba de cribado, necesitando minimizar los falsos positivos. Además, un **FV < 37,50 está relacionado con una menor supervivencia del injerto en los siguientes 3 meses**. Con la GPT, la diferencia de medias fue muy grande, aunque menos significativa y con una discriminación menor al FV. El punto de corte más adecuado es una GPT de 1539, relacionándose con la supervivencia del injerto (aunque en menor grado que el FV). Todos esto nos lleva a afirmar que FV es un mejor biomarcador de la disfunción primaria de injerto. **Al combinar FV y GPT, vemos un aumento de la especificidad**, aunque a costa de una menor sensibilidad (probablemente debido a otras causas de pérdida del injerto). De hecho, en el grupo que perdieron el injerto pero no cumplían los criterios solo uno fue a causa de una disfunción primaria.

CONCLUSIONES

- El factor V es un **buen marcador de la disfunción primaria de injerto** y un factor predictivo de la supervivencia de este a corto plazo.
- A pesar de que no tiene una alta sensibilidad, dada su **alta especificidad en el segundo día** postoperatorio podría postularse como un marcador precoz del fallo primario de injerto y de la necesidad de un retrasplante.
- Con la asociación de **FV y GPT se alcanza la máxima especificidad** en la pérdida del injerto en los 3 primeros meses postrasplante, siendo un parámetro prometedor para analizar en un próximo estudio.