

Plasmaféresis alto volumen en falla hepática fulminante

Rodrigo Navia-Órdenes¹, Mayling Chang-Rathkamp², Sebastian Bravo-Morales²

1. Universidad Austral de Chile, 2. Pontificia Universidad Católica de Chile

La plasmaféresis de alto volumen (PAV) se define como el recambio de 8 -12 Lts de plasma o aprox el 15% del peso corporal ideal, utilizando plasma fresco congelado (PFC) como reemplazo y emerge como una estrategia relevante en el manejo de la falla hepática aguda. Su fundamento fisiopatológico radica en la remoción de toxinas, mediadores inflamatorios, atenuación de la inmunidad innata y mejoría de la disfunción multiorgánica.

CASO CLÍNICO:

Mujer 46 años consulta en Dic/24 por CEG, ictericia y coluria.

ANTEC:

DM2NIR. Hipotiroidismo 2° a tiroidectomía por Ca (2008).

VIAJES:

Brasil Nov/24.

EN EXS:

hiperbilirrubinemia directa y elevación de transaminasas con patrón hepatocelular. Se diagnostica Hepatitis A con Ac. totales y serología IgM +. Se descartan otros virus hepatotropos y causas tóxicas. TAC AP mostró sólo esteatosis hepática. Posterior a resolución completa clínica y de laboratorio continuó con controles médicos seriados con exámenes. Destaca el 4/02/25 nueva elevación de transaminasas con patrón hepatocelular e hiperbilirrubinemia directa, sin compromiso de consciencia y es derivada a SU del HCUC. Al ingreso (04/02/25) se describe afebril, sin dolor abdominal, sin historia de consumo de tóxicos. En exs Hb11,8 Gb8200, Pqts360000, Crea0,44, alb2,5, Na125, K4,7, Cl95, GOT1892, GPT855, FA91, GGT95, BT15,4, BD12,7, INR3,5. TAC AP : Leve edema periportal asociado a adenopatías adyacentes al hilio hepático, hallazgo consistente con antecedente de hepatopatía aguda. IgG VHA +, IgM VHA (-), HBsAg (-) anti-HBc (-) anti-VHC (-) VIH (-) anti-HTLV I-II (-), IgM VEB (-), IgM VHE (-) IgM CMV (-) ANA (-), AMA (-), ASMA (-). El 10/02 ya hospitalizada, se describe somnolienta, desorientada y ataxia +, glicemia 70, Amonio150, INR 5,4, Fibrinógeno 57 BT: 15,8 BD 11,36. Por cumplir 3 criterios King's college (edad>40, intervalo ictericia- encefalopatía>7 días e INR>3,5) más MELD Na 36 pts se decide presentar a lista de trasplante el 10/02. Ese mismo día sufre deterioro neurológico, se conecta a VMI y TC cerebro muestra edema cerebral difuso. El 11/02 se decide iniciar PAV con reemplazo de al menos 8 Lts con membrana separadora de plasma por 3 días (11/02: 7,7 L(35U) PFC 12/02: 6,8 L(31U) y 13/02: 9,9L (45 U). Se requirió apoyo de 3 bancos de sangre (1 público y 3 privados). El 14/02 recibe oferta de donante cadáver y ese mismo día se realiza trasplante hepático en HCUC. Posteriormente evoluciona con signos leve de rechazo agudo (dg por biopsia) que se resuelve con ajuste de tacrolimus y una trombosis arterial en anastomosis, que se resuelve quirúrgicamente. Por buena evolución clínica y de laboratorio se decide alta el 07/03/25.

CONCLUSIÓN:

La PAV es un procedimiento seguro y efectivo como puente para trasplante hepático que requiere alto volumen de PFC. Este caso es un ejemplo de buen funcionamiento de una red colaborativa de bancos de sangre en la región metropolitana de Chile y uno de los pocos casos clínicos dados a conocer en este tema.