

La importancia del manejo multidisciplinar de las patologías hepáticas y renales

Rebeca García-Agudo¹, Sami Aoufi-Rabih²

¹ Servicio de Nefrología. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real

² Servicio de Aparato Digestivo. Complejo Hospitalario La Mancha Centro. Alcázar de San Juan, Ciudad Real

Nefrología Sup Ext 2013;4(3):1-3

doi:10.3265/NefrologíaSuplementoExtraordinario.pre2013.Apr.12072

INTRODUCCIÓN

La presencia de insuficiencia renal y hepatopatía siempre ha llevado en primera instancia a pensar en el síndrome hepatorenal, un fracaso renal agudo funcional. Quizá por la gravedad y el mal pronóstico de este síndrome, la mayor parte de la investigación y la literatura científica se ha centrado en esta patología. Sin embargo, hay muchos más nexos de unión entre la nefrología y la hepatología que el síndrome hepatorenal.

No tenemos constancia de que se haya llevado a cabo alguna reunión entre nefrólogos y hepatólogos. Si sabemos que en la actualidad no hay registrada ninguna sociedad que agrupe ambas especialidades. ¿Es necesario un encuentro científico bidisciplinar?

EL HEPATÓLOGO Y LAS PATOLOGÍAS RENALES

La alta prevalencia de obesidad en la población ha llevado al aumento de la hipertensión arterial y la diabetes también en los pacientes con hepatopatía. Este hecho ha creado un nuevo perfil de paciente hepatópata, aquel con un mal control metabólico, que cada vez más frecuentemente asocia una insuficiencia renal crónica secundaria. Otras causas de enfermedad renal crónica en el paciente hepatópata son las glomerulopatías asociadas a la hepatopatía alcohólica, la hepatitis B y la hepatitis C crónicas. Su detección, diagnóstico diferencial y tratamiento pueden modificar la evolución hacia la enfermedad renal crónica avanzada, lo que hace necesario que el hepatólogo contemple la insuficiencia renal como complicación de una hepatopatía y realice un cribado periódico para el diagnóstico de microalbuminuria¹.

Tanto si es crónica como aguda, la insuficiencia renal representa un gran reto para hepatólogos y nefrólogos cuando acontece en un paciente hepatópata con cardiopatía, sobre todo si presenta hipertensión portal. La interacción entre el hígado, el corazón y el riñón es compleja. Los mecanismos del síndrome cardiorrenal se suman a los efectos de la insuficiencia cardíaca sobre la hipertensión portal y estos, a su vez, condicionan la hemodinámica renal, comportando un fracaso renal funcional que puede derivar en una necrosis tubular aguda con disminución de la diuresis y necesidad de diálisis.

La insuficiencia renal constituye además un factor pronóstico de mortalidad de primera categoría en el paciente hepatópata. La creatinina modifica sustancialmente el índice MELD (Model for End-stage Liver Disease) y condiciona la prioridad en la lista de espera de trasplante hepático.

Una ventaja de la diálisis peritoneal sobre la hemodiálisis en el caso de los pacientes con hepatitis B o C crónicas ha sido siempre la posibilidad de reducir el riesgo de contagio de la infección al personal sanitario y otros pacientes. El número de pacientes en diálisis peritoneal en España sigue siendo inferior al número de pacientes en hemodiálisis, por lo que también la experiencia de la diálisis peritoneal en el paciente hepatópata es baja. La ausencia de tratamiento con heparina y la consecuente disminución de la tendencia a la hemorragia la postulan como una técnica muy favorable en los pacientes con hepatopatía.

EL NEFRÓLOGO Y LAS PATOLOGÍAS HEPÁTICAS

El nefrólogo, que habitualmente asume la globalidad del paciente renal por la elevada comorbilidad, el ajuste de fármacos, la necesidad de continuar el tratamiento sustitutivo renal durante la hospitalización o el simple hecho de tratarse de pacientes crónicos, se ve obligado a conocer términos y adentrarse en profundidad en patologías que no son propias de su especialidad. En este número, se define una entidad nueva, la insuficiencia hepática crónica agudizada (*acute on*

Correspondencia: Rebeca García Agudo
Servicio de Nefrología.
Complejo Hospitalario La Mancha Centro.
Alcázar de San Juan, Ciudad Real.
rgagudo@sescam.jccm.es

chronic liver failure)², que arroja luz sobre las graves complicaciones de los pacientes con hepatopatía y su alto riesgo de mortalidad. El concepto de la infección oculta por el virus de la hepatitis C (VHC), descrita en 2004, hace referencia a la existencia de replicación viral del VHC en hepatocitos o células mononucleares de células periféricas, con ARN indetectable en suero y anticuerpos anti-VHC negativos. Es una infección que se ha de tener en cuenta en los pacientes renales, en especial en hemodiálisis, por la controversia que rodea a su aislamiento y evolución.

El estudio multicéntrico nacional SHECTS (Situación hepática del paciente con hepatitis C crónica en hemodiálisis)³ puso de manifiesto que, a pesar de que la prevalencia de la hepatitis C crónica en hemodiálisis en España ha disminuido notablemente desde 2001, sigue existiendo un número considerable de pacientes VHC-positivos en las unidades de hemodiálisis de España. La hepatopatía en la enfermedad renal crónica cursa de forma silente, frecuentemente con un nivel de transaminasas normal o levemente incrementado, por lo que su importancia suele destacarse únicamente cuando un paciente va a ser incluido en la lista de espera de trasplante renal. No todos los servicios de nefrología de España obligan al tratamiento de la infección crónica del VHC antes de la inclusión del paciente en lista de espera de trasplante renal. Las complicaciones derivadas de la infección por el VHC en el paciente trasplantado renal no son frecuentes; sin embargo, el paciente pierde la oportunidad de ser tratado frente al VHC una vez que es trasplantado, por lo que se hace imprescindible la promoción del tratamiento de la hepatitis C antes del trasplante renal e incluso antes de la entrada de un paciente en diálisis. La posible insuficiencia renal secundaria a la hepatitis C (glomerulonefritis mesangiocapilar, membranosa, focal y segmentaria, IgA) hace recomendable que el tratamiento antiviral se establezca en fases anteriores a la situación de prediálisis, con el fin de utilizar el arsenal terapéutico disponible actualmente (interferón pegilado, ribavirina e inhibidores de la proteasa de primera generación) y frenar la progresión de la insuficiencia renal en estos pacientes. El aumento de la tasa de respuesta viral sostenida obtenida con los inhibidores de la proteasa en la población no renal obliga al planteamiento del tratamiento antiviral con estos fármacos, en un intento de erradicar la enfermedad en muchos pacientes y unidades de hemodiálisis.

Existen ciertas restricciones para la administración del tratamiento antiviral a los pacientes de mayor edad que no presentan datos de cirrosis hepática y, además, el trasplante hepático se limita también por la edad. En los pacientes con insuficiencia renal, sin embargo, la edad de inclusión en la lista de espera de trasplante renal puede alargarse hasta los 80-85 años, según cada centro. Esto, sumado a la complejidad del paciente renal y su mayor predisposición a presentar importantes efectos secundarios farmacológicos, ha animado a algunos nefrólogos a llevar la iniciativa en la prescripción del tratamiento anti-

viral en los pacientes renales, con interesantes resultados⁴.

Las indicaciones del trasplante de hígado-riñón deben ser profundas para su valoración, dada la limitación de edad que existe para ello y la disminución de comorbilidad que supone en un paciente con doble disfunción orgánica.

La inmunización frente al virus de la hepatitis B se hace necesaria en los pacientes con insuficiencia renal, más aún cuando es sencilla y está disponible en todos los centros, y especialmente en los pacientes candidatos a trasplante. Se han empleado distintas estrategias de vacunación y se han conseguido tasas de inmunización de hasta el 97 % con la revacunación⁵.

EL MANEJO MULTIDISCIPLINAR: NEFRÓLOGOS Y HEPATÓLOGOS

El desconocimiento de una patología influye en su infradiagnóstico y su baja implicación en el tratamiento por ignorancia sobre su pronóstico. La formación durante el periodo de residencia puede no ser completa y la especialización dentro de la propia especialidad impide con frecuencia estar al día de los avances en las enfermedades en las que otros médicos están especializados. Asimismo, no solo se precisa conocer las enfermedades, sino conjugarlas y manejarlas en su interacción con el resto de las patologías que presenta un paciente.

Es posible que la propia evolución de la nefrología, nacida de la medicina interna, como la hepatología, que a su vez se ha hecho su propio hueco entre la gastroenterología y la endoscopia, hayan propiciado el encuentro entre hepatólogos y nefrólogos cuando se ha precisado el manejo conjunto del paciente para la consecución de ciertos objetivos.

El I Symposium Nacional de Hígado y Riñón ha congregado a nefrólogos y hepatólogos para acercarnos a la realidad de la práctica clínica actual y de cada especialista, discutir aspectos que involucran a ambos y llegar a consensos que nos permitan dar pasos firmes en el trabajo diario.

El éxito y aprovechamiento de esta reunión determinan su periodicidad y el deseo de que cada vez se trabaje más codo con codo para aumentar nuestros conocimientos sobre las enfermedades que implican varias especialidades y mejorar la calidad de vida y pronóstico de los pacientes.

Conflictos de interés

Los autores declaran que no tienen conflictos de interés potenciales relacionados con los contenidos de este artículo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Aoufi S, García Agudo R, Tenías Burillo JM, Ruiz Carrillo F, González Carro P, Pérez Roldán F, et al. Microalbuminuria and renal insufficiency in chronic hepatitis C virus infection. *Gastroenterol Hepatol* 2012;35(5):309-16.
2. Guevara M, Arroyo V. Avances en la fisiopatología y tratamiento del síndrome hepatorenal. *Nefrología Sup Ext* 2013;4(3):4-10.
3. García Agudo R, Aoufi Rabih S, Barril Cuadrado G. SHECTS multicentre Spanish study: liver situation of patients with chronic hepatitis from HCV on renal replacement therapy with haemodialysis. *Nefrología* 2013;33(2):188-95.
4. Martín Gómez A, Jordán Madrid T, Pérez Camacho I, Palacios Gómez ME, González Oller C, Fernández Martín J, et al. Experiencia del nefrólogo en el tratamiento de la hepatitis C crónica. *Nefrología Sup Ext* 2013;4(3):38-44.
5. García-Agudo R, Aoufi Rabih S, Araque Torres P, Fraga Fuentes D, Valenzuela Gámez JC, Mancha Ramos J, et al. Efficacy of a hepatitis B vaccination schedule with two cycles of four double doses of conventional vaccine and four doses of adjuvanted vaccine in chronic kidney disease patients evaluated for renal transplantation. *Transplant Proc* 2012;44(9):2532-4.

Enviado a Revisar: 22 Abr. 2013 | Aceptado el: 23 Abr. 2013