

El trasplante hepático como parte del manejo integral de la enfermedad hepática por alcohol

Liver transplantation as part of the comprehensive management of alcohol-related liver disease

Juan Carlos Restrepo-Gutiérrez¹, Editor

El riesgo de recaída después del trasplante hepático en los pacientes con enfermedad hepática por alcohol continúa siendo un reto. Muchos pacientes luego de haber recibido un trasplante de hígado muestran poca motivación para seguir un tratamiento contra la dependencia al alcohol, y al mismo tiempo manifiestan una fuerte convicción de haberse recuperado de él y niegan sentir deseos de beber. Es probable que estas respuestas sean el reflejo de un impulso interno por no consumir alcohol. Posterior al trasplante, hay pacientes que no consumen alcohol o que tan solo presentan un pequeño consumo ocasional, y probablemente esto sea lo que se observa por muchos grupos de trasplante hepático con diferentes poblaciones en el mundo. Las tasas registradas en relación con la recaída en la ingesta de alcohol después de un trasplante son muy variables, y oscilan entre el 10% y el 90% [1,2]. Estos datos hacen referencia a la recaída definida como cualquier ingesta, sin distinguir entre descuidos o lapsus ocasionales y un consumo dañino o adictivo. Lo que sí es cierto es que los pacientes bien seleccionados por grupos multidisciplinarios que incluyan hepatólogos, toxicólogos, psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales, muestran en un 80% abstinencia o un consumo en pequeñas cantidades de manera ocasional [1].

Los pacientes en lista de espera para trasplante hepático deben recibir un seguimiento regular. Durante esta fase se actualiza periódicamente la puntuación MELD de cada paciente y se hace vigilancia usual para detectar la aparición temprana de un carcinoma hepatocelular, y de los signos clínicos y bioquímicos de hipertensión portal descompensada. También hay que vigilar la abstinencia al alcohol, y aunque todavía no se ha llegado a un acuerdo sobre cuál es el mejor método de supervisión, se han sugerido entrevistas confidenciales y mediciones de biomarcadores séricos específicos del consumo de alcohol, como son el etilglucurónido y el fosfatidiletanol [2]. Una relación terapéutica de confianza entre el paciente y el médico favorece la sinceridad y facilita el inicio del tratamiento del alcoholismo cuando es necesario. El equipo de tratamiento postrasplante se enfrenta al reto de identificar a los pacientes con mayor riesgo de

¹ Médico, Especialista en Medicina Interna, Especialista en Hepatología Clínica, MSc, PhD. Profesor Titular, Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia. Jefe Sección Gastrohepatología, Coordinador Especialización en Hepatología Clínica, Grupo Gastrohepatología, Universidad de Antioquia. Coordinador Unidad de Hepatología y Programa de Trasplante de Hígado, Hospital Pablo Tobón Uribe, Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia. E-mail: editor@revistahepatologia.com.

recaída y proporcionar el apoyo necesario para evitar que recaigan en un consumo perjudicial. Aunque no existen estudios clínicos aleatorizados, la aplicación de planes de manejo estructurado que incluyen la evaluación por profesionales con experiencia en la atención a personas alcohólicas, el inicio del tratamiento en pacientes que no habían recibido tratamiento previo, el refuerzo motivacional y un compromiso de abstinencia, han mostrado resultados alentadores. Finalmente, tomando las palabras de H.L. Mencken (1880-1956), "El objetivo de la medicina es seguramente no hacer hombres virtuosos; es salvaguardar y rescatarlos a ellos de las consecuencias de sus vicios".

Referencias

1. **European Association for the Study of the Liver.** EASL Clinical Practice Guidelines: Management of alcohol-related liver disease. *J Hepatol* 2018;69:154-181. <https://doi.org/10.1016/j.jhep.2018.03.018>.
2. **Kitajima T, Nagai S, Segal A, Magee M, Blackburn S, Ellithorpe D, et al.** Posttransplant complications predict alcohol relapse in liver transplant recipients. *Liver Transpl* 2020;26:379-389. <https://doi.org/10.1002/lt.25712>.