



REVISTA DE PATOLOGÍA RESPIRATORIA

www.elsevier.es/pr



MESA MÉDICO-QUIRÚRGICA. TRASPLANTE PULMONAR

Indicaciones actuales del retrasplante pulmonar

M. Córdoba

Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid, España

El trasplante de pulmón es una opción terapéutica consolidada para las enfermedades pulmonares terminales; su número se ha incrementado exponencialmente desde sus comienzos en la década de los ochenta, llegando casi a 3.000 procedimientos anuales en el último informe del Registro de la ISHLT.

A pesar de las innovaciones médicas y quirúrgicas, los resultados tras el trasplante pulmonar se encuentran por detrás de los de otros órganos sólidos y desgraciadamente sus resultados a largo plazo están a menudo limitados por el fallo crónico del injerto.

La BOS tiene una incidencia cercana al 50% en los pacientes que sobreviven 5 años. Su génesis es multifactorial y se han implicado varios factores de riesgo en su aparición; el rechazo agudo, las infecciones y el tipo de terapia de inducción. A pesar de todos los esfuerzos, todavía no existe la manera de prevenirla ni de tratarla definitivamente.

El avance de la bronquiolititis implica el fallecimiento del 17% de los enfermos trasplantados, siendo la causa de muerte más importante entre el año y los 10 años postrasplante.

Además, el pulmón también puede fallar precozmente, si exceptuamos la infección; el fracaso del órgano debido a lo que conocemos como fallo primario, el rechazo agudo y los problemas de la vía aérea son las causas de muerte más importantes en el postoperatorio inmediato.

Estas causas, tanto precoces como tardías, de fallo del órgano han hecho pensar que si lo que falla es el órgano trasplantado, un nuevo trasplante es la solución. Hay pocos trabajos que muestren la experiencia con el retrasplante. De los algo más de 30.000 trasplantes pulmonares realizados desde el año 1985 solo el 1,5% han sido retrasplantes. Novick realizó un registro internacional de retrasplante entre los años 1985 y 1996 con 230 pacientes retrasplantados. En los primeros trabajos, la supervivencia global del retrasplante, sin analizar las diferentes indicaciones, arrojaba

unos resultados desalentadores, que cuestionaban la realización de retrasplantes.

Los trabajos posteriores de Kawut, Aigner y Strueber que estudian a los pacientes según el año del trasplante, la indicación, el tiempo desde el primer trasplante, el estado general del paciente, etc. evalúan qué pacientes tienen mejores resultados y por lo tanto podrían eventualmente beneficiarse de un retrasplante.

Kawut analiza los retrasplantes realizados en 79 hospitales de EE.UU. y los divide en dos grupos dependiendo del año del trasplante. Tanto en este trabajo como en el de Aigner vemos que los pacientes trasplantados a partir del año 2000 alcanzan mejores supervivencias.

Por indicación, los pacientes con BOS también obtienen los mejores resultados cuando se comparan con pacientes retrasplantados por problemas agudos de la vía aérea o por fallo primario del injerto. De hecho, según Strueber, los pacientes trasplantados por esta indicación presentan supervivencias similares a los pacientes que reciben un primer trasplante.

Otro grupo que se beneficia dentro de los retrasplantes son los pacientes que son ambulatorios y los que no están ventilados en el momento del retrasplante.

Y por último, también vemos un beneficio en la supervivencia de los enfermos en los que ha pasado bastante tiempo desde el primer trasplante, es decir, los que no se retrasplantan inmediatamente por un problema agudo tras el trasplante.

El receptor ideal para un retrasplante sería un enfermo con BOS que no se encuentra en situación aguda postrasplante, sino que han pasado al menos 2 años de la cirugía, no dependiente del ventilador y preferiblemente ambulatorio y sin comorbilidades importantes.

Como conclusión, podríamos decir que el retrasplante tiene posiblemente supervivencias parecidas a un primer trasplante si la selección del paciente es adecuada, en cuanto a indicación y en cuanto a la situación del paciente.

Por último, y no menos importante, hay que analizar los problemas éticos que desde siempre ha suscitado el trasplante; en una época donde los donantes pulmonares son un bien escaso parece “injusto” ofrecer una segunda oportunidad a determinados pacientes frente a otros que esperan una primera. Pero, por otro lado, los candidatos a trasplante a menudo son pacientes jóvenes, que excepto por el fallo de su injerto no presentan ninguna contraindicación para ser trasplantados.

Es posible que en un futuro los “scores” de distribución pulmonar puedan ayudar a tomar decisiones objetivas; mientras tanto, ante un número de ofertas pulmonares independiente del número y gravedad de los receptores en lista, la responsabilidad de indicar el trasplante recae sobre cada grupo.

Bibliografía

1. Novick RJ, Stitt L, Al-Kattan K, Klepetko W, Schafers H, Duchatelle J, et al. Pulmonary retransplantation: Predictors of graft function and survival in 230 patients. *Ann Thorac Surg.* 1998;65:227-34.
2. Aigner C, Jaksch P, Taghavi S, Lang G, Ali Reza-Hoda M, Wisser W, Klepetko W. Pulmonary retransplantation: Is it worth the effort? A long-term analysis of 46 cases. *J Heart Lung Transplant.* 2008;27:60-5.
3. Kawut S, Lederer D, Keshavjee S, et al. Outcomes after lung retransplantation in the modern era. *Am J Respir Crit Care Med.* 2008;177:114-20.
4. Strueber M, Fisher S, Gottlieb J, Simon A, Goerler H, Gohrbandt B, et al. Long-term outcome after pulmonary retransplantation. *J Thorac Cardiovasc Surg.* 2006;132:407-12.