

ATS 11 24

Buenas tardes, Vida y Salud cumple una vez más con su cita semanal. El viernes pasado iniciamos una serie de programas que en sucesivos espacios de Vida y Salud van a estar dedicados a los trasplantes, en concreto a los trasplantes renales. Seguimos hoy pues con este tema.

En esta ocasión nos acompañan dos expertos en trasplantes renales. El doctor Kreisler, jefe de inmunología de la Clínica Puerta de Hierro de Madrid y presidente de la Asociación Madrid Trasplante, y el doctor Barrientos, jefe del servicio de nefrología del Hospital Clínico de San Carlos de la Universidad Complutense. La Asociación Madrid Trasplante, que preside el doctor Kreisler, engloba siete hospitales.

Esta organización trata de unificar una lista de espera de pacientes candidatos a trasplantes de riñón y determinar las condiciones más idóneas del receptor con respecto al órgano disponible. Doctor Kreisler, ¿qué interés tiene el hecho de que existan estas listas de espera? Yo creo que es vario el interés. En primer lugar tiene un interés en cuanto a poder hacer una mejor selección de los receptores cuando aparece un eventual donante en base a criterios inmunológicos y a criterios clínicos, porque la lista que engloba a unos 800 enfermos, vamos en este momento son 830 enfermos, lo que hace es reunir por un programa interhospitalario todos los enfermos de siete hospitales de Madrid y tenerlos en la lista con todas sus características clínicas y personales.

Y entonces cuando aparece esa donación, bueno, se establecen unos parámetros en el ordenador, que es donde está incluida la lista en el computador, que de los que dependen esos parámetros son la histocompatibilidad, la edad del enfermo, el tiempo que llevan en diálisis, la gravedad del caso, etc. Y con esos parámetros preestablecidos el ordenador busca en la lista quién es el mejor receptor para esa eventual donación de ese día. Luego hay otra función en la lista también, y es que desde hace unos años se viene haciendo una política de transfusiones previa al trasplante, porque de manera empírica a nivel mundial se ha demostrado estadísticamente que la evolución de los trasplantes renales es mejor si a los enfermos se les ha previamente transfundido.

Y las transfusiones conllevan algunas veces el riesgo de sensibilización del enfermo. Quiero decir que como se le transfunde antes del trasplante, algunos enfermos pueden hacer anticuerpos contra los antígenos de histocompatibilidad, es decir, contra esas sustancias que están presentes en el órgano a trasplantar. Y entonces también hay que hacer una especie de búsqueda o de análisis en los 800 sueros de la eventual posibilidad de que tengan anticuerpos preestablecidos, porque el riesgo entonces de rechazo es superior y entonces hay que afinar más en la selección.

Es decir, a esos enfermos que están previamente sensibilizados se les exige mayor compatibilidad en sus tejidos y toda la operación se hace con muchísimo más cuidado, la

operación de selección me refiero. Desde el año 70 está funcionando esta lista de espera. ¿Se ha comprobado desde esta fecha cuál ha sido el acierto de ponerla en marcha? Es decir, ¿ha bajado o disminuido lógicamente mucho el número de rechazo en los últimos años? Sí, lo que pasa es que eso seguramente no solamente debido a la lista, sino a que en estos 16 años todos hemos adquirido mayor experiencia.

Pero curiosamente en este año, en la memoria de este año, vamos del año 84, hemos tenido ocasión de contrastar por un análisis estadístico cuál ha sido la evolución de los trasplantes en el último periodo de 5 años. Y evidentemente se ve un incremento de las supervivencias, es decir, una mejora de los resultados bastante importante, que se debe a muchos factores. Se debe a que se trasplanta con mayor compatibilidad y se trasplanta con mayor compatibilidad porque al haber más enfermos hay más posibilidad de seleccionar al enfermo idóneo, puesto que eso es un problema de hacer combinación entre los antígenos del donante y los antígenos del receptor, pero también porque se ha introducido la política de transfusiones que mencionaba antes, que desde luego ha sido muy eficaz, y también porque tanto quirúrgicamente como clínicamente la experiencia de todo el mundo ha aumentado.

Y en este momento yo creo que, vamos, por lo menos la memoria así lo refleja, que los resultados del grupo que engloba a Madrid Trasplante en estos sitios hospitales son perfectamente superponibles a los resultados que en Europa la gente publica. Doctor Kelly, ¿todos los enfermos tienen las mismas posibilidades a la hora de ser trasplantados? Sí, eso me alegro que me lo pregunte, porque evidentemente es un punto clave en todo este programa nuestro. Si tienen las mismas oportunidades, estadísticamente lo único que puede pasar es que naturalmente la persona que tiene un grupo sanguíneo, tanto de ABO como de HLA, raro, infrecuente, pues evidentemente tiene menos posibilidades de ser trasplantado, vamos, de encontrar un donante adecuado que un enfermo que tiene grupos sanguíneos muy frecuentes en la población, sencillamente porque es un problema estadístico de que la frecuencia con que la donación sea de un grupo sanguíneo extraño pues será menor.

Pero quitando ese punto, y ese punto desde luego es un condicionante genético que nadie puede obviar, quitando ese punto todos los enfermos tienen la misma igualdad de oportunidades bajo todos los conceptos. Y de hecho a mí me parece que una de las cosas buenas que tiene este programa es justamente eso, que todos los enfermos tienen la misma opción a recibir el órgano idóneo, y eso es válido tanto para los enfermos de los siete hospitales de Madrid, es decir, no hay ninguna prioridad, ninguna selección porque el enfermo esté en un hospital o esté en otro, como con los enfermos de fuera de Madrid, y me parece que es un punto importante porque a veces los enfermos tienen algún recelo o no conocen por falta quizá de información exactamente el sistema como funciona y piensan que puede haber ciertas prioridades que no sean puramente médicas. Y yo creo que no, vamos, que la cosa es perfectamente equitativa para todo el mundo.

El doctor Barrientos es jefe del servicio de nefrología del Hospital Clínico de San Carlos en la Universidad Complutense de Madrid. Nos acercamos a su despacho para tratar con él del

rechazo en el injerto renal y la inmunosupresión. Doctor Barrientos, ¿qué tipos de rechazos se dan en nuestras plantas renales? Hay varios tipos de rechazos, efectivamente, y los podemos dividir grosso modo, de forma sucinta, en dos fundamentales.

Uno humoral, condicionado por anticuerpos, y otro condicionado por inmunidad celular, esto es, sin la participación directa de anticuerpos. Con alguna frecuencia estas dos formas se combinan y son rechazos mixtos en su expresividad. Uno de ellos, el rechazo humoral, puede ser muy precoz, es el llamado rechazo sobreagudo, e incluso puede manifestarse inmediatamente al hecho quirúrgico de la inserción, o sea que aparece minutos después de haber concluido la cirugía vascular.

Este rechazo sobreagudo ya es infrecuente porque las pruebas inmunológicas que se hacen previas a la cirugía, concretamente las pruebas cruzadas que se hacen, permiten que hayan descendido de forma dramática estos rechazos sobreagudos que destruyen en pocos minutos o horas el injerto poco tiempo después de ponerlo. Luego, los rechazos lo más frecuente es que aparezcan a partir de los 3, 4 o 5 días del injerto. La mayoría de ellos son rechazos que pueden ser tratados, la mayoría de ellos se pueden controlar con la terapéutica actual, existe un pequeño grupo de ellos incontrolables médicamente que conducen a una destrucción completa del riñón y que necesita la exéresis quirúrgica de ese injerto.

El doctor Barrientos habla ahora de otro posible rechazo en el trasplante de riñón, el rechazo humoral. El rechazo humoral tiene una expresividad histológica, anatomopatológica en el tejido, cuando se estudia con técnicas de anatomía patológica, tiene una expresividad fundamentalmente de daño en los vasos finos del riñón, en tanto que el rechazo por afectación de la inmunidad celular tiene una expresividad fundamentalmente de infiltración de células mononucleares, inflamatorias que participan directamente en la reacción del rechazo dentro del riñón. Estos son los marcadores histológicos de estos dos tipos de rechazo, vuelvo a insistir en que es muy frecuente que sean los rechazos de tipo mixto y se encuentren lesiones vasculares al mismo tiempo que intensa proliferación, infiltración de células inflamatorias en el tejido renal.

El rechazo crónico es otro de los peligros que pueden atacar al órgano injertado. Existe por fin un tipo de rechazo crónico, los anteriores son rechazos agudos, existe un tipo de rechazo crónico silente, lentamente evolutivo, que puede destruir el riñón a lo largo de meses o incluso años y que es incontrolable, no se puede tratar y conlleva a la destrucción inevitable, lenta eso sí, del riñón injertado. Con el doctor Barrientos tratamos ahora de las técnicas de inmunosupresión que existen como método para prevenir el rechazo en el injerto de riñón.

Claro, la inmunosupresión es obligatoria, es obligatoria, la inmunosupresión es el tratamiento del receptor que tiene como meta que aquella respuesta fisiológica normal que habíamos dicho que era el reconocimiento de un tejido extraño y la reacción contra él y por tanto el rechazo no se produzca, de alguna forma la inmunosupresión es adormecer la respuesta inmunológica normal del sujeto para que tolere un tejido extraño al propio organismo

receptor. Por tanto la inmunosupresión es absolutamente obligatoria. Las técnicas estándar, las habituales, las que desde la década de los 60 hasta la actualidad se han mantenido y se mantienen es la administración de esteroides más azatioprina.

Los esteroides tipo pregnisona, tipo metilpregnisolona. La azatioprina es una sustancia derivada, es un antimitótico derivado de las 6 mercaptopurina que tienen una misión específica de inmunosupresión actuando a dos niveles distintos de la cadena inmunológica pero vuelvo a insistir con la específica misión de adormecer la respuesta inmunológica del sujeto. En el momento actual, desde hace no mucho tiempo disponemos de algunas otras medidas para la inmunosupresión como son fundamentalmente el suero antilinfocítico la gamma globulina antilinfocítica ya sea antilinfocítica para todos los linfocitos ya sea contra los linfocitos T en este caso se llama gamma globulina antitumoral y la ciclosporina A. Agradecemos desde aquí la participación del Dr. Kreisler jefe de inmunología en la clínica Puerta de Hierro y presidente de la asociación Trasplante Madrid y también la participación del Dr. Barrientos jefe del servicio de nefrología del Hospital Clínico de San Carlos de la Universidad Complutense.

El próximo viernes en Vida y Salud trataremos de informar sobre el tema y hablaremos de los órganos artificiales como paso intermedio y el trasplante. Nada más por hoy. Gracias por su atención y buenas noches.