

TRANSPLANTES HEPATICOS

El trasplante hepático humano -considerado como un procedimiento experimental hasta hace pocos años- fue realizado por primera vez en 1963. Desde entonces, los progresos, lentos al comienzo, han ido acelerándose de un modo dramático, gracias principalmente a los esfuerzos de dos grandes pioneros: el Dr. Tomás Starzl (EE.UU.) y el Prof. Roy Calne (Cambridge, Inglaterra). Un número progresivamente creciente de pacientes condenados inexorablemente vuelven a gozar, así, de una vida que difiere muy poco de la de una persona sana.

No existe hasta la fecha ninguna máquina o procedimiento que pueda mantener la vida de un paciente con insuficiencia hepática terminal, como ocurre con la insuficiencia renal crónica. La insuficiencia hepática progresiva es el común denominador de muchas enfermedades congénitas del hígado y de un alto porcentaje de cirrosis de variada etiología. Además, el trasplante hepático puede ser la única posibilidad de prolongar razonablemente la vida o de curar al portador de un tumor hepático maligno.

En una reciente publicación (1985) de los Departamentos de Anestesiología y Cuidado Intensivo del Hospital de Niños de Pittsburg (USA) puede leerse que entre mayo de 1981 y junio de 1983, cincuenta niños -cuyas edades oscilaban entre 7 meses y 17 años- recibieron sesenta y ocho hígados de donadores cadavéricos (12 niños recibieron dos implantes y tres recibieron tres). Hubo una sola muerte operatoria y el 68% de los trasplantes superó el postoperatorio de dos meses. Hoy esta cifra ha llegado al 80%. La mayoría de estos pequeños pacientes tenían enfermedades congénitas como atresia biliar (50%), alteraciones metabólicas o tumores malignos, con pronóstico letal a corto o mediano plazo en más del 70% de los casos.

El extraordinario progreso de este trasplante en los últimos años se debe principalmente a: 1º) la formulación de la indicación quirúrgica cuando el paciente no ha llegado todavía a la etapa final de la insuficiencia hepática y, por consiguiente, se opera en condiciones electivas aceptables; 2º) al empleo de la ciclosporina A (CYA), un poderoso inmunosupresor que permite reducir notablemente las dosis de esteroides y 3º) a la técnica del by pass veno-venoso (fémoro portalaxilar) que permite realizar la cirugía sin entorpecer

el retorno venoso renal, portal y de la mitad inferior del cuerpo, con las grandes ventajas que esto representa para las funciones renales y de las vísceras esplácnicas.

El trasplante hepático es un formidable operativo quirúrgico que desafía todas las capacidades de cirujanos y anestesiólogos. Internistas, laboratoristas, patólogos, inmunólogos, hemoterapistas, etc., deben participar en este procedimiento que no resulta del esfuerzo de un equipo sino que compromete globalmente a la Institución donde se realiza.

Un empresa de esta magnitud debe ser costosa. En los Estados Unidos, el precio de un trasplante hepático oscila en los 250.000 dólares y en Europa en los 80.000 dólares.

Todos somos testigos del penoso deterioro progresivo que sufren niños y adultos con insuficiencia hepática de curso irreversible y que implica grandes sacrificios de todo tipo en una lucha sin esperanza.

El Instituto Nacional de Salud (National Institute of Health) de los Estados Unidos llegó a la conclusión en 1983 de que el trasplante hepático representa una opción razonable de tratamiento y merece una más amplia aplicación en etapas específicas de la enfermedad hepática.