

Rafael Matesanz Director de la Organización Nacional de Trasplantes

TRIBUNA: "El trasplante riñón-páncreas, por buen camino"

El trasplante combinado de riñón y páncreas debe ser considerado como una opción de tratamiento en pacientes diabéticos que están sometidos a diálisis. El autor de este artículo pone de relieve las tortuosas rutas por las que ha pasado esta modalidad de injerto hasta llegar a una evidencia científica. El modesto despunte de la cifras de actividad trasplantadora en España indica que vamos por buen camino.

Un trasplante combinado de riñón y páncreas supone una ganancia media de casi 13 años de vida para el paciente diabético en diálisis. Así lo afirma un reciente artículo (American Journal Transplantation. 2005; 5:2289-2296) basado en la comparación de las supervivencias de receptores trasplantados frente a pacientes similares en diálisis.

Como comparación, un trasplante cardiaco significa una ganancia de algo más de 14 años a la muerte (sólo ligeramente superior) y uno de riñón aislado, siete. Se trata, por tanto, de un injerto que debe ser ya considerado vital por los resultados que ofrece.

Representantes de ocho sociedades científicas y redes de investigación, con el soporte de la Organización Nacional de Trasplantes (ONT), culminábamos hace unos días un largo proceso de consenso que ha durado casi un año. Su objetivo principal: conseguir el máximo aprovechamiento en España de las posibilidades que hoy día ofrece el trasplante de páncreas en sus diversas modalidades y prepararnos para las que en el futuro se prevé que puede proporcionar el de islotes, hoy aún en fase experimental.

El pasado año trasplantamos tan sólo un páncreas por cada 20 donantes de órganos, mientras que en Estados Unidos aprovecharon una de cada 5 donaciones y en la Unión Europea una de cada 10. Se podría pensar que nuestros donantes son más ancianos pero, por ejemplo, la edad de los de Italia es incluso superior y ellos utilizan uno de cada 12.

A la situación actual de infrautilización del trasplante de páncreas en el país que bate récords en casi todos los demás se ha llegado por una especie de círculo vicioso que era necesario romper.

Los pobres resultados conseguidos en diversos centros, y no sólo en España, hasta entrados los años noventa, hicieron que ni endocrinólogos ni nefrólogos viesen con especial entusiasmo el procedimiento. Resulta ilustrativo que hasta mediados de los noventa nada menos que las tres cuartas partes de los trasplantes de páncreas españoles los había hecho el profesor Fernández-Cruz y su equipo en el Hospital Clínico de Barcelona. Esto dice mucho de ellos como pioneros indiscutibles de la técnica, pero también de la travesía del desierto mantenida durante muchos años.

Grandes argumentos a favor

Un argumento sobre todos ha frenado hasta hoy las indicaciones del trasplante combinado de riñón y páncreas: los resultados inferiores al del trasplante renal aislado en pacientes diabéticos. ¿Por qué entonces derivar riñones de donantes jóvenes que pueden utilizarse en pacientes también jóvenes no diabéticos? Hoy día estos argumentos han perdido su soporte científico. Los estándares modernos del tratamiento de la diabetes tipo 1 quedaron establecidos tras la publicación del informe DCCT (Diabetes Control and Complications Trial Research Group) en 1993. Desde entonces quedó perfectamente establecido que el tratamiento insulínico intensivo de estos pacientes implica ventajas evidentes sobre el convencional, al tiempo que se apuntó la indicación del trasplante de páncreas como la mejor opción terapéutica en determinados pacientes seleccionados.

Cuando el trasplante tiene éxito se consigue un mejor control y/o evolución de los niveles de hemoglobina glicosilada, así como de la nefropatía, de la neuropatía, de las complicaciones y de la calidad de vida. Estas evidencias no hicieron sino consolidarse a lo largo de los años noventa a medida que las mejoras tanto quirúrgicas como de inmunosupresión fueron repercutiendo en los resultados. Tanto en 2000 como en 2003, la Asociación Americana de Diabetes estableció que se debe considerar la posibilidad del trasplante combinado de riñón y páncreas como tratamiento de elección para el enfermo diabético en diálisis, mientras que el aislado de páncreas se ha de analizar en enfermos con un control metabólico y calidad de vida inaceptablemente pobres. En ambas ocasiones el trasplante de islotes fue considerado como un tratamiento todavía experimental.

Las conclusiones han quedado plasmadas en un libro blanco sobre el trasplante de páncreas e islotes, a disposición de quien lo solicite a la ONT, que establece entre otros aspectos importantes, las indicaciones terapéuticas y los criterios de priorización de órganos (tanto páncreas para órganos o islotes como el riñón acompañante) que van a llevarse a cabo con el soporte y el arbitraje de la ONT. Se ha conseguido algo que no se había logrado desde el inicio de esta técnica en los años ochenta: introducir al páncreas en la misma línea que el resto de los órganos, con reuniones periódicas de los equipos en la ONT, criterios de distribución establecidos y pactados y un registro de actividad y supervivencia.

Las cosas van por buen camino y en lo que va de año se ha superado con creces la actividad de 2004. Un 70 por ciento de aumento en los ocho primeros meses indica que algo se mueve en el trasplante de páncreas y, además, a velocidad de crucero.