

TRASPLANTE PULMONAR: ESTADO ACTUAL

LUNG TRANSPLANTATION: CURRENT STATE

DRA. MARÍA TERESA PARADA C. (1); DRA. CLAUDIA SEPÚLVEDA L. (2)

(1) Centro de Trasplantes y Centro de Enfermedades Respiratorias Adulto. Departamento de Medicina Interna Clínica Las Condes.

(2) Instituto Nacional del Tórax.

Email: mtparada@clc.cl

RESUMEN

El trasplante pulmonar es considerado en la actualidad el tratamiento de elección para pacientes portadores de una patología pulmonar avanzada, sin compromiso de otro órgano vital y que tengan sobrevida esperada de menos de dos años. Ha presentado una evolución notable en los últimos años mejorando la sobrevida y calidad de vida de los pacientes, lo que ha sido asociado a la mejoría de drogas inmunosupresoras, mejor diagnóstico de situación inmunológica, técnicas de preservación del injerto, protocolos efectivos de profilaxis infecciosa y diagnóstico precoz de las complicaciones.

Los desafíos en la actualidad son el déficit de órganos, que lleva aumento de lista de espera por lo que se han desarrollado técnicas de optimización de injertos, la extensión de la edad de los candidatos a trasplante y se mantiene sin grandes modificaciones la disfunción crónica de injerto.

Palabras clave: Trasplante pulmonar, disfunción primaria de injerto, síndrome de bronquiolitis obliterante.

SUMMARY

Lung transplantation is currently considered the treatment of choice for patients with advanced lung disease, without involvement of

other vital organ and have expected survival of less than two years. In recent years has presented a remarkable development improving survival and quality of life of patients, which has been associated with improvement of immunosuppressive drugs, better diagnosis of immunological state, techniques graft preservation, effective prophylaxis infectious protocols and early diagnosis of medical complications.

The challenges today are the shortage of organs, which has increased waiting list so that optimization techniques have been developed graft, the extension of the age of transplant candidates and remains largely unchanged chronic dysfunction graft.

Key words: Lung Transplantation, primary graft dysfunction, obliterative bronchiolitis syndrome.

INTRODUCCIÓN

En 30 años el trasplante pulmonar ha evolucionado desde lo anecdótico y excepcional a una terapia esperada y habitual para un grupo de pacientes portadores de enfermedad pulmonar avanzada refractaria a tratamiento médico. Se inició como técnica cardiopulmonar en 1981, monopolmonar en 1983 y luego bilateral secuencial desde 1985 (1, 2).

En relación a otros trasplantes de órgano sólido, la técnica pulmonar presenta características que han dificultado su desarrollo. Es así como la conexión al ambiente a través de la vía aérea lo expone a irritantes, infecciones y estímulos antigénicos que estimulan la aloreactividad en el receptor y riesgo de rechazo del injerto, a su vez existe un mayor riesgo de no compatibilidad HLA (*Human Leukocytes Antibodies*) por el escaso tiempo disponible para análisis en el momento del trasplante y así la posibilidad de desarrollar anticuerpos donante específico posteriores (3).

El número de trasplantes pulmonares se ha incrementado progresivamente de acuerdo a los registros de ISHLT (*Internacional Society Heart and Lung Transplantation*) alcanzando en 2013 un total de 3719 (4).

La sobrevida también ha experimentado una mejoría a 1 y 5 años, siendo en 1994 de 72% y 49%, alcanzando en el año 2013 un 80% y 54% respectivamente (5). La mejoría de este procedimiento es multifactorial, destacando las soluciones de preservación del órgano, la técnica de anastomosis bronquial, la introducción de inmunosupresores más selectivos, los criterios de selección tanto del donante como del receptor y el aporte de las técnicas de circulación extracorpórea a la Disfunción Primaria de Injerto (DPI) (6-7). Otro factor determinante ha sido la asignación de puntajes de urgencia en lista de espera a un grupo de pacientes conocido como LAS (*Lung Allocation Score*), lo que favorece a pacientes portadores de fibrosis pulmonar o a quienes se deterioran rápidamente y que experimentan la mayor tasa de mortalidad previo a la cirugía (8).

El trasplante pulmonar se asocia a una mejoría notable de la calidad de vida en pacientes con severa patología respiratoria, pero el gran desafío en la actualidad lo constituye el manejo del rechazo crónico conocido principalmente como Síndrome Bronquiolitis Obliterante (SBO), siendo responsable del 50% de la mortalidad tardía y que a pesar de la mejoría en la terapia inmunosupresora, no ha logrado modificarse en forma significativa (9, 10).

PROCESO DEL TRASPLANTE:

Al referir un paciente a un Centro de Trasplante se inicia una extensa evaluación de acuerdo a un protocolo establecido y en este proceso se definen tres etapas:

1. Estudio de candidato: se refiere al análisis del compromiso de otros órganos en búsqueda de alguna situación que contraindique o que deba corregirse previo al trasplante.

2. Paciente en lista: es el período de espera en que el paciente recibe educación del proceso, se realiza rehabilitación kinésica,

manejo nutricional, soporte psicológico/psiquiátrico y recibe las vacunas de protocolo.

3. Paciente trasplantado: se maneja en controles periódicos de acuerdo a la etapa en que se encuentre para corregir inmunosupresión, monitoreo de función pulmonar y pesquisa precoz de complicaciones.

INDICACIONES

El momento de indicar el trasplante varía de acuerdo a la enfermedad de base. Debe considerarse que existen patologías de deterioro rápidamente progresivo y de mal pronóstico, las que deben tener prioridad en derivación; tal es el caso de portadores de Fibrosis Quística y Fibrosis Pulmonar de tipo UIP. Las indicaciones por enfermedad de base se resumen en Tabla 1. Las contraindicaciones se describen a continuación: (11).

CONTRAINDICACIONES ABSOLUTAS

- Enfermedad neoplásica en los últimos 2 años. Sin embargo, se sugiere un intervalo > 5 años libre de enfermedad; excepto las neoplasias cutáneas escamosas y basocelular.
- Disfunción avanzada e intratable de otro órgano (corazón, hígado y riñón).
- Enfermedad aterosclerótica severa.
- Condición clínica inestable (falla hepática, IAM, sepsis).
- Deformidad importante de la pared torácica.
- Alteraciones de la coagulación intratables.
- Infección por gérmenes de difícil tratamiento.
- Infección activa por *M. Tuberculosis*.
- IMC > 35.
- No adherencia o incapacidad de seguir tratamiento y controles.
- Condición psiquiátrica o psicológica intratable.
- Ausencia de soporte social y familiar.
- Adicción activa a sustancias: alcohol, tabaco y drogas, en los últimos 6 meses.

CONTRAINDICACIONES RELATIVAS

- Edad > 65 años.
- Infección crónica por hepatitis B, C y VIH (en algunos centros internacionales).
- VMI o ECMO.
- Pobre potencial de rehabilitación.
- Colonización por gérmenes altamente resistentes: bacterias, hongos y mycobacterias.
- IMC > 30 y < 17.
- Osteoporosis severa sintomática.
- Otras condiciones médicas NO tratadas: úlcera péptica, RGE, enfermedad coronaria.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3830245>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3830245>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)