



ARTÍCULO ESPECIAL

El trasplante hepático e intestinal en la población pediátrica



G. de la Rosa* y R. Matesanz

Organización Nacional de Trasplantes, Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Madrid, España

Recibido el 2 de noviembre de 2015; aceptado el 4 de noviembre de 2015

PALABRAS CLAVE

Trasplante hepático pediátrico;
Trasplante intestinal;
Trasplante multivisceral

Resumen Nuestro modelo organizativo posibilita la realización anual de 1.000 trasplantes hepáticos, de los cuales el trasplante hepático pediátrico constituye el 5% y proporciona, en niños con hepatopatía grave, progresiva e irreversible, una supervivencia del 90% al año y superior al 80% a los 15 años de seguimiento. La principal indicación es la atresia de vías biliares seguida de hepatopatías metabólicas e insuficiencia hepática aguda, realizándose el 50% de los procedimientos en menores de 2 años y el 25-30% en el primer año de vida.

La lista de espera se mantiene en torno a los 35 pacientes, con un promedio de 100 pacientes incluidos anualmente y 60 trasplantados tras un tiempo medio de espera de 136,3 días. La priorización de los candidatos utiliza el PELD como herramienta objetiva de apoyo en la toma de decisiones. No obstante, el progresivo envejecimiento de los donantes, con un perfil cada vez más alejado de los requerimientos de los pacientes infantiles incluidos en lista de espera, precisa impulsar estrategias como el trasplante hepático de donante vivo y la modalidad split, para incrementar las probabilidades de trasplante reduciendo la mortalidad en lista de espera y el tiempo de permanencia en la misma.

El trasplante intestinal/multivisceral pediátrico registra una baja indicación pero conlleva unos requisitos que perfilan un donante muy infrecuente en nuestro país, lo que, unido a la ausencia de alternativas que contrarresten el impacto negativo de estas dificultades, lastra las probabilidades de trasplante de estos pacientes.

© 2015 Asociación Española de Pediatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Pediatric liver transplantation;
Intestinal transplantation;

Liver and intestinal transplant in paediatric population

Abstract Our organizational model allows an annual 1,000 liver transplants. Pediatric liver transplantation constitutes 5% of such activity and provides, in children with severe, progressive and irreversible liver disease, a 1 year-survival of 90% and more than 80% after

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: grosa@msssi.es (G. de la Rosa).

Multivisceral transplantation

15 years of follow-up. The main indication is biliary atresia followed by metabolic liver disease and acute liver failure. Around half of the procedures are performed in children under two years and 25-30% in the first year of life.

The waiting list remains at around 35 patients, with an average of 100 patients enrolled annually and 60 of them finally transplanted after an average of 136.3 days on the waiting list. The prioritization of the candidates uses the PELD as an objective tool for decision-making. However, the progressive aging of donors, with a profile increasingly different from the requirements of the pediatric patients included in the waiting list, requires strategies such as living donor liver transplantation and the split liver transplantation, to increase the probability of transplant while reducing both time and mortality on the waiting list at the same time.

Pediatric intestinal transplantation registers a low indication but involves strict requirements that outline a very uncommon donor in our country which, together with the absence of alternatives that outweigh the impact of these difficulties, penalizes the chances of transplant for these patients.

© 2015 Asociación Española de Pediatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Situación del trasplante hepático pediátrico en España

El modelo organizativo español de donación y trasplante ha hecho posible que España registre de forma continuada desde principios de la década de los 90 la máxima tasa de donación a nivel mundial —superando los 35 donantes pmp¹. Como consecuencia directa, es posible realizar cada año en nuestro país entre 1.000 y 1.100 trasplantes hepáticos, alcanzando una tasa de 23 procedimientos pmp, entre las más altas registradas a nivel internacional^{2,3}. De ellos, el trasplante hepático pediátrico representa, con una media de 60 trasplantes anuales, el 5% de la actividad realizada en el ámbito nacional.

Cabe destacar que el trasplante hepático pediátrico es un procedimiento infrecuente tanto por la baja incidencia de las patologías que dan lugar a su indicación como por la decreciente disponibilidad de donantes cuyo perfil se adecua a los receptores en lista de espera, dado su progresivo envejecimiento. Este hecho se pone de manifiesto al analizar el incremento experimentado en nuestro país por la edad media de los donantes, que prácticamente se ha duplicado, al pasar de 36 a 60 años durante las 2 últimas décadas. En este sentido, los datos de 2014 revelan que solo el 1,5% de los donantes registrados en España eran menores de 15 años¹. La comorbilidad presente en los donantes actuales asociada a la evolución descrita dificulta la adecuación donante-receptor con un impacto negativo de mayor magnitud en la población infantil.

Con objeto de paliar las repercusiones negativas derivadas de las peculiaridades del trasplante hepático pediátrico, el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud considera CSUR (Centros, Servicios y Unidades de Referencia) a los centros que lo llevan a cabo. Esta consideración tiene como objetivo garantizar la equidad en el acceso independientemente del lugar de residencia dando una atención de calidad, a las personas con patologías complejas

e infrecuentes que requieren una elevada especialización profesional que exige la concentración de casos y recursos sanitarios.

Indicación de trasplante y gestión de lista de espera

La indicación de trasplante hepático pediátrico se realiza ante una enfermedad hepática grave no susceptible de otro tratamiento eficaz, cuando se ha valorado que el trasplante puede proporcionar mejor supervivencia y calidad de vida que la alternativa de no llevarlo a cabo, para cuya valoración resulta imprescindible asegurar un diagnóstico preciso^{4,5}.

Los buenos resultados en supervivencia postrasplante en niños han modificado la actitud de tratamiento de la hepatopatía infantil grave^{6,7}. En las enfermedades crónicas, el riesgo de mortalidad por la hepatopatía no es el único factor determinante de la decisión de trasplante, sino también la afectación severa de la calidad de vida por una patología no susceptible de otro tratamiento de similar eficacia y suficientemente evolucionada para compensar el riesgo de mortalidad precoz asociado al trasplante.

Es fundamental, por tanto, estimar el riesgo de mortalidad con el objetivo de decidir el momento más adecuado para la realización del trasplante, anticipándose a la previsible aparición de complicaciones graves y, además, con objeto de establecer una priorización entre los pacientes que cada centro gestiona en lista de espera.

Los datos de actividad muestran que en torno al 5% de los pacientes incluidos en lista de espera para trasplante hepático corresponden a pacientes infantiles, porcentaje similar al que representan en el conjunto de la población trasplantada, manteniendo las probabilidades de trasplante pesar de sus dificultades específicas.

Las enfermedades de la infancia susceptibles de trasplante hepático son principalmente colestasis, enfermedades metabólicas, cirrosis e insuficiencia hepática aguda

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4141101>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4141101>

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