

Mesa Redonda

TRASPLANTE HEPÁTICO

Moderador: Jorge Daza

Participantes: Andrés Blei, Rafael Claudino Botero, Gonzalo Correa, Jaime Restrepo

Dr. Daza. Vamos a dar comienzo a la mesa redonda sobre trasplante hepático, los participantes serán el doctor Rafael Claudino Botero, jefe del Instituto de Enfermedades Hepatobiliares de la Fundación Santa Fe de Bogotá, el doctor Jaime Restrepo Cuartas, cirujano del Hospital San Vicente de Paúl, de la Universidad de Antioquia y Gonzalo Correa, jefe de la Sección de gastroenterología de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia y el doctor Andrés Blei. Para comenzar vamos a hablar un poco de lo que ha sido la historia del trasplante hepático.

Hace unos 30 años se vienen haciendo trasplantes de órganos en humanos y aproximadamente desde el año 1955 en Denver, Colorado, se iniciaron los primeros trasplantes hepáticos en animales, solo en 1963, el doctor Starzl realizó el primer trasplante en humanos, un niño que tenía problemas de malignidad hepática. En ese momento las técnicas quirúrgicas y quizás el incipiente inicio de la inmunosupresión, dieron al traste con todos los pacientes que fueron trasplantados y la técnica del trasplante o el trasplante como tratamiento fue abandonado. En 1967 Starzl, nuevamente empieza y vuelven a iniciarse los programas de trasplantes, pero es más o menos a finales de 1970, con el refinamiento de las técnicas quirúrgicas del trasplante y el advenimiento de la ciclosporina A cuando el trasplante hepático se desarrolla y más o menos en 1983, el trasplante hepático deja de ser una técnica experimental y recibe el reconocimiento en los Estados Unidos, como una verdadera alternativa de tratamiento en los pacientes afectados de enfermedades hepáticas avanzadas en estado irreversible. Hasta el momento se han practicado más de 2.000 trasplantes en los Estados Unidos y quizás otros 1.000 en otros centros del mundo, especialmente en Inglaterra.

En la actualidad hay más de 60 centros que están haciendo trasplantes en el mundo y la gran mayoría de esos están localizados en los Estados Unidos, quizás en los últimos cinco años se han hecho más de la mitad de todos los trasplantes que se han realizado desde cuando se inició en firme con esta nueva técnica y quizás esto ha sido posible porque realmente las técnicas quirúrgicas han mejorado, la forma de manejo de los órganos a trasplantar también; igualmente el concepto de la muerte ha cambiado; antes se consideraba muerte solo cuando había paro cardíaco, pero hoy se considera que es la muerte cerebral. También ha aumentado el número de cadáveres de los cuales se puede obtener la viscera. Igualmente los avances en inmunología han permitido controlar el rechazo, y un conocimiento mejor de todas las complicaciones y las formas de hacer un adecuado control clínico y quirúrgico de las complicaciones que se pueden presentar.

Para entrar de lleno en el tema vamos a dar la palabra a cada uno de nuestros participantes. Doctor Gonzalo Correa, ¿cuáles son las indicaciones del trasplante hepático?

Dr. Correa. Realmente como usted lo dice, los avances que se han tenido en lo que es el soporte y el manejo pre, trans y post-operatorio del paciente durante el trasplante hepático han permitido mejorar la sobrevida de los pacientes con enfermedades hepáticas, agudas o crónicas, que de otra manera irremediamente morirían. Como hemos visto en los dos días que llevamos del curso, se hacen grandes esfuerzos en el manejo de las complicaciones, como el manejo de las complicaciones de la hipertensión portal, el manejo del sangrado, de la ascitis, de la encefalopatía y a pesar de todos los esfuerzos lo que se logra es sacar vivo el paciente del episodio agudo pero sin embargo, la sobrevida a largo plazo no se mejora.

El trasplante ha conseguido mejorar la sobrevida, como decía, en muchos de los pacientes. Obviamente en un futuro no será la terapia óptima para el manejo de las hepatopatías, y se tendrán alternativas en el manejo del proceso estímulo, fibrosis, etc., etc. Sin embargo pudiéramos decir que en este momento se han ampliado cada día más las indicaciones para trasplantar pacientes. Podríamos dividirlos en cuatro grupos: el primer grupo que corresponde a los pacientes con errores congénitos, a quienes con un hígado nuevo se les puede aportar los receptores que les falta, por ejemplo en el caso de las hiperlipoproteinemias familiares tipo 2, o se les puede suplir el déficit enzimático que hace que el paciente presente la enfermedad, como en el caso de los defectos congénitos de la urea, en pacientes con glicogenosis, con hiperoxalurias, tirosinemias, etc., etc. El segundo grupo es el grupo que nos explicó muy claramente el doctor Blei, que es el de los pacientes con falla hepática aguda, de etiología viral, tóxica, isquémica o incluso pacientes con falla hepática aguda por trauma severo. En estos casos algunos grupos tienen reservas para trasplantar los pacientes que ingieren acetaminofen con fines suicidas, por temor al manejo posterior de la inmunosupresión en ellos. Sin embargo, yo personalmente creo que esta es una terapia que también se debe ofrecer a los pacientes con falla hepática aguda por tóxicos con fines suicidas.

El tercer grupo es el de los pacientes con enfermedad hepática crónica por colestasis es decir los pacientes con cirrosis biliar primaria, que son un excelente grupo de pacientes si se hace el trasplante en el momento adecuado. También se puede hacer en pacientes con colangitis esclerosante primaria, con atresia de vías biliares a quienes no se les haya podido ofrecer a tiempo la portoenteroanastomosis, o en quienes la portoenteroanastomosis no ha sido suficiente para mejorar el estado funcional de su hígado, también algunos casos de cirrosis biliar secundaria y algunos otros cuadros colestásicos congénitos. Las enfermedades hepatocelulares crónicas todas llegan a ser indicación de

trasplante en un momento dado, tanto en los pacientes con hemocromatosis, con enfermedad de Wilson, con deficiencia de alfa 1 antitripsina, y cada día se hacen más trasplantes que eran antes una contraindicación y aunque el pronóstico no es tan bueno como ocurre al trasplantar los pacientes con cirrosis post-necróticas de etiología viral. También se les ofrece obviamente a los pacientes que tienen cirrosis post-hepatitis crónica activa autoinmune o post-drogas.

Finalmente, queda el otro grupo que probablemente es el de más mal pronóstico y de peores resultados que son los pacientes que tienen malignidad hepática. En la malignidad hepática de tipo metastásico el trasplante no está indicado, dados los malos resultados, excepto en unos casos muy bien seleccionados en los cuales uno esté seguro que el único sitio de metástasis es el hígado y cuyo foco primario se puede resear completamente. De paso eso es sumamente difícil, se ha logrado en algunos pacientes con carcinoide o con apudomas. Queda también la enfermedad hepatocelular primaria y los resultados también son malos, mejor probablemente en los pacientes con fibrolamelar, sin embargo, queda casi que definido al que el trasplante sólo se le debe ofrecer al paciente que uno le puede asegurar que queda curado con removerle el hígado y eso tiene obviamente otras implicaciones y es la certeza de que el paciente no es quirúrgico convencionalmente, que no es reseable con una cirugía que no sea trasplante y que el paciente no tenga enfermedad metastásica a ningún nivel, lo cual de paso requiere una evaluación sumamente profunda del paciente.

Hay algunos casos de enfermedad maligna que se han trasplantado y cuyo pronóstico a largo plazo ha sido mejor y son los pacientes que se les encuentra incidentalmente el carcinoma durante el trasplante: se hizo el trasplante porque tenía una cirrosis macronodular y en el análisis de la pieza quirúrgica se encontró que tenía un hepatocarcinoma, en éstos se han tenido sobre vidas hasta del 88% a dos años, en cambio el paciente que se trasplanta por hepatocarcinoma con la conciencia de que es un hepatocarcinoma lo que se va a trasplantar, los resultados son mucho más malos, apenas un 17-24% en ese mismo período. Vemos entonces que las indicaciones son sumamente amplias y que a medida que se han ido aumentando las indicaciones se han ido disminuyendo las contraindicaciones. De paso quiero enunciarlas; en este momento hay cuatro que son absolutas, además, obviamente, de aquellos casos en los que uno no esté consciente ni seguro en la evaluación de que el paciente entiende el alcance de lo que se le va a hacer, él y su familia.

Las contraindicaciones incluyen los pacientes que tengan enfermedad metastásica por fuera del hígado, los pacientes con septicemia, los pacientes con SIDA, y los pacientes con enfermedad cardiopulmonar avanzada a no ser que se le piense hacer el trasplante de corazón pulmón e hígado de una sola vez. Queda además una lista de contraindicaciones relativas que antes eran absolutas; la edad por ejemplo, antes se decía que no se deberían trasplantar pacientes mayores de 50

años, se trasplantan ahora pacientes de 60, 65, 68 eso depende del grupo, de las condiciones de cada país y de la ciudad, pacientes con antígeno de superficie positivo, pacientes con enfermedad renal, en los pacientes con enfermedad renal también se puede hacer trasplante simultáneo con muy buenos resultados.

Como contraindicaciones relativas, figuran también las cirugías previas, a las que antes se tenía tanto temor, tanto cirugías derivativas biliares que definitivamente sí hacen más difícil el trasplante como pacientes con derivaciones esplenorreñales o portosistémicas, los cuales sí necesitan cierto tipo de evaluación mucho más cuidadosa. Lo otro que también es una contraindicación relativa y que antes se consideraba absoluta es la trombosis de la porta, el avance quirúrgico ha permitido que se utilicen injertos y que se solucionen ese tipo de problemas.

Dr. Daza. Muchos estarán pensando en el auditorio que ésta es una tecnología o un avance médico que para nosotros todavía está lejos de poder ser una realidad y quizás es lo menos cierto, ya nosotros tenemos un equipo humano y un recurso tecnológico muy bien conformado que es el grupo de trasplantes de Medellín del Hospital Universitario San Vicente de Paúl y específicamente en trasplante hepático en este momento van 11 pacientes trasplantados por este grupo. El primer trasplante se hizo en 1979, en un paciente con una enfermedad de Wilson. Este grupo ha asimilado todos los adelantos que en el momento se tienen al respecto. Oyendo las indicaciones sobre trasplante que nos hacía el doctor Correa, viene una parte difícil que es decidir, en la evolución natural de una hepatopatía, cuándo se indica el trasplante. Doctor Blei ¿cuándo está indicado, en qué momento está indicado el trasplante?

Dr. Blei. Es una pregunta difícil por el hecho de que la respuesta es dependiente de la enfermedad. Los criterios para la falla hepática aguda pueden no ser los mismos que para la cirrosis biliar primaria, y no serán los mismos que para una cirrosis criptogénica. No tenemos una prueba diagnóstica única que nos permita en ninguna de estas situaciones decir: este es el momento del trasplante, no hay una depuración de creatinina que podamos aplicar para el hígado. Sí sabemos que en la falla hepática aguda una encefalopatía severa, como les expliqué esta mañana, con problemas de manejo de la hipertensión endocraneana, es una indicación clara. También sabemos que en la historia natural de la cirrosis biliar primaria, cuando la bilirrubina sobrepasa los dos miligramos por ciento indica una progresión acelerada de la enfermedad y que esos pacientes entran en una etapa crítica, por supuesto que también existen para la cirrosis biliar primaria otros índices recientemente propuestos, basados en cinco factores: edad, presencia de edema, bilirrubina, tiempo de protrombina, pero en forma práctica para la cirrosis biliar primaria cuando los pacientes se vuelven ictericos estamos empezando a pensar

en el trasplante hepático y para la mayoría de las cirrosis sabemos que la clasificación de Child, en la cual utilizamos la combinación de tres pruebas de laboratorio como son el tiempo de protrombina, la albúmina y la bilirrubina combinada con dos criterios clínicos, la presencia de ascitis y de encefalopatía, también son factores pronósticos, y que un paciente con cirrosis que se encuentra en un estadio temprano de su enfermedad evidenciado por un puntaje bajo en la clasificación de Child, es totalmente distinto de aquel que se halla avanzado, tampoco son números específicos que cuando la bilirrubina es de tanto, o la ascitis es de tanto, se debe trasplantar, pero sí tenemos criterios generales para saber cuándo el paciente se deteriora.

En el caso de las complicaciones de la cirrosis, que fueron mencionadas anteriormente, existe controversia. Para el doctor Starzl la hemorragia por várices es una indicación de trasplante hepático, esto para mí no es así, hay pacientes con hemorragia digestiva que pueden ser tratados de otra manera, pero ciertamente la presencia de complicaciones de la hipertensión portal indican un avance de la enfermedad en la cual comenzamos a intuir la necesidad del trasplante.

Les dejo entonces un poco mi impresión, que no son criterios totalmente rígidos, pero que reflejan el desarrollo paulatino de cada una de las enfermedades en particular.

Dr. Daza. Doctor Botero, ¿usted quiere agregar algo?

Dr. Botero. Hay algo que para nuestro país quiero agregar, además de estar absolutamente de acuerdo con el doctor Blei y es que como todavía en muchos sitios se considera ésta una modalidad heroica, estamos recibiendo en nuestros centros de trasplante los pacientes ya en unas condiciones donde prácticamente no hay forma de hacerles ningún procedimiento. De tal manera que el momento de hacer el trasplante, tiene que ser ni muy temprano, como lo dice muy bien el doctor Blei, puesto que ciertas medidas terapéuticas modernas han permitido mejorar la calidad de vida de los pacientes cirróticos, pero tampoco muy tarde que ya lo que uno haga es la autopsia, y entonces esto depende de que el grupo médico no especialista, esté consciente de la disponibilidad de estos procedimientos en el país y es muy probable que a medida que exista la concientización del cuerpo médico de que las enfermedades hepáticas se pueden trasplantar como las enfermedades renales, casi con el mismo buen resultado, los resultados en los centros de trasplante también van a mejorar porque vamos a poder escoger los pacientes más adecuadamente y trasplantarlos en el momento ideal.

Dr. Daza. En la mejoría de la sobrevida de nuestros pacientes de trasplante hepático, indiscutiblemente, como decíamos, ha influido enormemente el gran adelanto en las técnicas quirúrgicas, entonces vamos a preguntarle al doctor Restrepo Cuartas ¿cuáles son concretamente los adelantos quirúrgicos que han permitido una mejor sobrevida de nues-

tros pacientes que se trasplantan?

Dr. Restrepo. Son múltiples los aspectos que han mejorado la sobrevida desde el punto de vista de las consideraciones técnicas. Uno de ellos es el manejo del donante, es absolutamente claro hoy en día, que dependiendo de cómo se maneje el donante, no solamente en mantener hemodinámicamente bien el paciente que está en estado de muerte encefálica, sino además en la extracción de los órganos la técnica que se emplee en la extracción, así como los sistemas de preservación del órgano, son elementos fundamentales en el pronóstico y en la sobrevida que hoy se tiene en trasplantes de hígado.

El otro aspecto que ha mejorado la supervivencia desde el punto de vista técnico es la utilización de algunos recursos, como por ejemplo la derivación veno venosa, que aparece en la década del 80 y que permite que estos enfermos que están en una grave situación desde el punto de vista hemodinámico, puedan en el momento en que se hace la oclusión tanto de la porta como de la cava y las suprahepáticas, sortear esta etapa del trasplante sin mayores dificultades hemodinámicas.

Para ello se derivan la circulación de la cava inferior a través de la safena y la circulación de la porta a través de una de las ramas del sistema portal, hacia una bomba de infusión que permite la administración de toda esta gran cantidad de sangre que en un momento determinado quedaría remansada en la cavidad abdominal y en los miembros inferiores e introducirla nuevamente a través de la vena subclavia para evitar los problemas hemodinámicos. Esto no es necesario hacerlo en todos los pacientes, se sabe que por ejemplo los niños no requieren esta derivación, se sabe que los pacientes que ya tienen grandes conexiones portosistémicas tampoco requieren de la utilización de la derivación y eso se puede saber en el momento quirúrgico cuando se hace la oclusión de las suprahepáticas, la porta y la cava, si la presión arterial no baja más allá de 20 milímetros de mercurio es muy posible que el paciente no requiera de la derivación, de tal manera que en algunos pacientes no es necesaria pero cuando es necesaria es un recurso fundamental que ha sido muy útil en el manejo de los pacientes en el acto operatorio.

El otro aspecto que tiene mucha importancia, en relación con la técnica son algunos de los recursos que se utilizan en la derivación biliar, en esto también se ha avanzado mucho, en un comienzo se utilizaba la vesícula como una derivación, más recientemente, sobre todo el grupo de Starzl ha llegado prácticamente a la conclusión de que es mucho mejor y yo creo que todos los grupos lo aceptan hoy en el mundo, que las derivaciones por anastomosis directas del colédoco término-terminal son las mejores derivaciones. Esta derivación obviamente no se puede utilizar en niños que tienen atresia de vías biliares, en los cuales se prefiere la derivación biliointestinal.

Algunos avances, sobre todo de técnicas quirúrgicas en Holanda y en otros países, han mostrado muy buenos resul-

tados con derivaciones del colédoco no término-terminal sino latero-lateral. lo cual permite que estas derivaciones sean más amplias y pueda evitarse a largo plazo algunos de los problemas de obstrucciones de vías biliares por cicatrización secundaria.

Otro aspecto que tiene mucha importancia es que el lavado de la vía biliar con las mismas soluciones de preservación ha permitido evitar algunas de las complicaciones que se presentan con mucha frecuencia en las primeras etapas del trasplante de hígado como es la formación de moldes biliares, que parece que ocurren fundamentalmente por el efecto de la bilis sobre el epitelio de los conductos. Cuando se hace la preservación si no se extrae completamente, la bilis que es muy corrosiva, lesiona los conductos y después prácticamente todos esos moldes del árbol biliar quedan flotando dificultando obviamente la evolución de los pacientes.

Los otros aspectos tienen que ver con las soluciones de preservación de los órganos, las soluciones de preservación cada vez han permitido que estos órganos se puedan conservar por mayor tiempo y permitir que los grupos quirúrgicos no tengan que hacer grandes maratones de cirugía extrayendo los órganos e inmediatamente poniéndolos en cirugías que pueden demorar 6, 8, 10 horas, sino que el trasplante se puede hacer electivo, se extrae el órgano, se conserva y el grupo quirúrgico entra a hacer el trasplante en condiciones físicas adecuadas para una cirugía que requiere de tanto detalle y tanta minuciosidad, de tal manera que hoy en día soluciones como la de Wisconsin han permitido que el hígado se pueda conservar por 20 y hasta por 30 horas, lo cual facilita no solamente el que la técnica quirúrgica o que la cirugía se haga en forma electiva sino también el intercambio de órganos entre diferentes países que antes era una de las grandes dificultades.

En conclusión son muchos los aspectos desde el punto de vista de la técnica y de la introducción de algunos elementos tecnológicos que facilitan hoy en día el desarrollo de los trasplantes y que han permitido ofrecer la posibilidad de sobrevividas mayores del 80% a los cinco años.

Dr. Daza. Doctor Botero ¿qué podemos hacer nosotros cuando estamos estudiando un paciente con una hepatopatía consideramos que ese paciente puede ser un buen candidato para trasplante de hígado? ¿Que conducto, es decir a dónde podemos remitir ese paciente?

Dr. Botero. Bueno, es una pregunta que se me hace muy de acuerdo con lo que está pasando en el país en este momento.

Existen en el país dos centros donde se están haciendo trasplantes de hígado, el primero es el grupo pionero de la Universidad de Antioquia, el segundo es nuestro grupo, de la Fundación Santa Fe de Bogotá, donde también hemos hecho ocho trasplantes. Lo primero que tiene que hacer el médico es ponerse en contacto con el grupo y no para que el grupo trasplante el paciente sino para que el grupo conozca y evalúe

el paciente. Una vez que el médico ha empezado a darse cuenta que el paciente tiene una enfermedad, generalmente crónica que va progresando y que no tiene una modalidad terapéutica que permita modificar la historia natural, es bueno que en forma relativamente temprana haga conocer ese paciente del grupo y que el paciente periódicamente sea evaluado para que se decida de acuerdo con los criterios que cada grupo tenga cuándo se establece la fecha del trasplante.

En los casos de falla hepática aguda, como muy bien lo dijo el doctor Blei, esta situación es mucho más difícil puesto que esos pacientes muchas veces se deterioran de un momento a otro y uno no tiene tiempo, de allí que en esos casos si no se tiene un mecanismo de donación rápida, casi siempre se mueren los pacientes. En nuestra institución se nos han muerto, que yo me acuerde, entre siete y diez pacientes en falla hepática aguda esperando un donante, de manera que esa situación si es absolutamente desesperada. En resumen cuando cualquier médico en Colombia tenga un paciente con una enfermedad hepática que considere avanzada y que va a progresar hacia la insuficiencia hepática y la muerte, debe ponerse en contacto con cualquiera de los dos grupos y en lo posible se evaluará el paciente.

Un problema que quiero mencionar y que después se va a discutir es que el punto tal vez más importante es la parte financiera, si uno no tiene aclarada esa situación con la familia y la familia o el paciente no tiene forma de financiarse este procedimiento, la inmunosupresión y los procedimientos diagnósticos que implica, no se justifica ni siquiera tratar de hacer un esfuerzo como éste porque entonces en el momento de realizar la operación se va a perder todo.

Dr. Restrepo. Quisiera hacer una pequeña anotación en relación con una cosa que se me pasó por alto, pero que tiene mucha importancia para los trasplantes de hígado en niños, que es la técnica de la reducción hepática. El doctor Bismuth en Francia inició esta técnica que consiste básicamente en reducir el hígado, se pueden sacar tres fragmentos del hígado y aplicárselos a tres niños distintos, de tal manera que como en niños es muy difícil conseguir donantes que tengan un peso similar y su hígado obviamente quepa en la cavidad abdominal, estas técnicas se han venido imponiendo en el mundo y todos los países que han desarrollado el programa de trasplantes la tienen, la reducción hepática entonces permite mayor facilidad para el trasplante de hígado en niños.

Dr. Daza. Tenemos aquí representantes de los dos grupos de trasplantes que existen en el país, vamos a preguntarles entonces cuál es la experiencia que han tenido en cada uno de los grupos.

Dr. Botero. Nosotros empezamos el programa desde 1988 tal vez y hasta la fecha tenemos ocho pacientes trasplantados. Hemos trasplantados fallas hepáticas agudas de las cuales no hemos podido sacar ninguno adelante, hemos trasplantado

atresia de vías biliares, cirrosis biliar primaria y cirrosis criptogénica. En la actualidad tenemos tres pacientes vivos, una paciente con cirrosis biliar primaria que lleva casi año y medio de trasplantada quien venía relativamente bien y que en los últimos meses viene haciendo un rechazo crónico, pero la señora está en la casa en relativas buenas condiciones. Un niño que trasplantamos hace seis meses con una atresia de vías biliares quien está muy bien, está perfectamente bien en la casa con la madre, y el último paciente que trasplantamos fue un paciente con una cirrosis criptogénica y síndrome hepatorenal con una ascitis refractaria que en este momento lleva como cuatro meses de trasplantado y también está en su casa en muy buenas condiciones. De manera que en resumen hemos hecho ocho trasplantes y tenemos de más de un mes de sobrevida en este momento tres pacientes en relativas buenas condiciones.

Dr. Restrepo. El grupo del Hospital San Vicente de Paúl inició su programa de trasplante hepático en 1978 con experimentación en animales, se desarrollaron los aspectos técnicos fundamentales y apoyados en el grupo de inmunología y el grupo de trasplante de riñón que tenía ya mucha experiencia en el manejo de inmunosupresión, se inició este programa y se hizo el primer trasplante en 1979, un paciente que logró sobrevivir casi tres meses, tenía una enfermedad de Wilson. De ahí hasta acá en una forma ininterrumpida pero muy lenta se han realizado 11 trasplantes de hígado, de esos tenemos dos sobrevidas largas, un paciente que duró cuatro años y medio y otra paciente que tenemos viva con tres años y medio de trasplante.

Uno pudiera decir que de todas maneras estamos en un proceso todavía de comienzo, de iniciación en este programa de trasplantes con grandes dificultades porque nuestras instituciones, en el caso nuestro, instituciones que reciben aportes oficiales, no tienen toda la tecnología ni todos los recursos necesarios para desarrollar programas de esta naturaleza, a pesar de esas grandes dificultades en lo económico, sin embargo, nosotros hemos querido mantener vivo ese espíritu de tratar de desarrollar en nuestro medio tecnologías avanzadas que nos permitan poder, por lo menos tener el ideal de ofrecerle a los colombianos la mejor medicina que se pueda y no simplemente medicina de atención primaria que es posiblemente en lo que más interesados estén los gobiernos y algunas directrices que ocasionalmente se trazan tanto a nivel nacional como internacional.

Nosotros hemos sostenido y hemos querido destacar que es indispensable que nuestros médicos, nuestros profesionales estén empapados de una alta calidad en los conocimientos médicos y que traten siempre de intentar el desarrollo y la implantación de estas tecnologías que permitan que el país también se desarrolle en otros campos, porque indudablemente es el esfuerzo por desarrollar una medicina avanzada lo que permite que además se desarrollen otras áreas del conocimiento. Y para eso ya hay ejemplos muy concretos, el grupo

de inmunología de la Universidad de Antioquia y del Hospital San Vicente de Paúl es uno de los más importantes grupos de inmunología en el país y su desarrollo se ha hecho alrededor del grupo de trasplantes que se inició con los trasplantes de riñón en el Hospital San Vicente de Paúl en 1973, con el primer trasplante.

Muchas otras tecnologías se han desarrollado también alrededor del grupo, por ejemplo la planta de sueros del Hospital San Vicente de Paúl hoy prepara las soluciones de preservación nuestras, la solución de Ross que nosotros producimos y se intenta buscar sistemas de preservación mucho mejores a través de la vinculación con ellos. De tal manera que la experiencia nuestra, aunque es muy limitada sin embargo, permite demostrar que sí estamos en capacidad de realizar esta tecnología y que hay que seguir luchando y buscando para que se tengan los auspicios necesarios por parte del Estado y de las organizaciones del país.

Dr. Daza. Doctor Correa ¿cuál cree que es el futuro del trasplante hepático en Colombia?

Dr. Correa. Lo que yo voy a decir tiene mucha relación con lo que acabó de decir el doctor Restrepo, de momento estamos viendo el futuro del trasplante en Colombia como más bien oscuro, de paso les comento que en Cali hay un grupo que está capacitado también para hacer trasplante hepático pero el problema de los tres es en común dificultades de tipo económico. La situación es que mientras no tengamos el apoyo del Estado y de las instituciones que dan salud estatal, es absolutamente imposible seguir con los programas de trasplante por más que se tenga la infraestructura tanto tecnológica como médica para poderlo realizar. Estamos en estos momentos en conversaciones con el Seguro Social para tratar de reactivar nuevamente el programa tanto en Medellín como en Bogotá, pero como se mencionó anteriormente el problema es de costos y de soporte económico para poder seguir con el programa.

Dr. Daza. En razón de la brevedad del tiempo creemos por lo pronto no hemos copado la expectativa que teníamos con esta mesa redonda, si hay preguntas en el auditorio estaríamos dispuestos a escucharlas.

(Panelista no identificado). ¿Cuánto vale un trasplante?

Dr. Restrepo. Esa pregunta es muy importante porque siempre se dice que este país no puede hacer cosas tan costosas, pero resulta que uno tiene que hacer la pregunta también al revés: cuánto vale la atención de un paciente con insuficiencia hepática crónica a quien hay que hospitalizar muchas veces, que prácticamente todo su período final permanece hospitalizado con gran cantidad de drogas, transfusiones, etc., sin el recurso que se tiene para el trasplante renal que son las diálisis. Nosotros hemos siempre creído que el

trasplante tanto renal como hepático o de diferentes órganos es más barato que mantener un paciente en un estado de insuficiencia terminal de cualquiera de esos órganos. El promedio de costos en un hospital público como el San Vicente de Paúl en Medellín, no ha superado hasta el último trasplante que hicimos, los dos millones de pesos, sin embargo, los costos, cada vez crecientes y las necesidades y las dificultades que hay para la obtención de droga, etc., y además porque en el Hospital San Vicente de Paúl no se cobran honorarios profesionales por los trasplantes, eso hace que los costos sean muy bajos, pero hemos considerado que el promedio puede ser aproximadamente para la ciudad de Medellín y en las condiciones en que nosotros trabajamos de unos cinco millones de pesos.

Dr. Correa. Yo quiero agregar algo más porque de pronto, uno soluciona el problema con cinco millones de pesos y eso no es exactamente cierto, hay que recordar que el frasco de ciclosporina está costando entre 160 y 180 mil pesos y eso es más o menos mensual, entonces el presupuesto no se puede hacer como nos ha pasado, que yo hago la recolecta y que consigo los cinco millones de pesos, pues permítanme que les diga las cosas así, porque el problema es el soporte del laboratorio y del manejo inmunosupresión a largo plazo.

Dr. Botero. Yo tengo que hablar por la experiencia nuestra y yo no puedo estar de acuerdo que un trasplante pueda costar dos millones de pesos, por lo menos en nuestra institución, a pesar de que nosotros no cobramos honorarios médicos tampoco, sacando los gastos de la sala de cirugía, la anestesia, todo, lo más barato que nosotros podemos hacer un trasplante de hígado es entre cinco y diez millones de pesos y eso es un paciente no complicado que sale rápidamente de la unidad de cuidados intensivos. Si uno corre con la mala suerte y el problema es que hay que tener en cuenta esto como dice el doctor Correa de complicarse, de que se fistulice, se vuelva séptico o se complique, pues tiene que tener en cuenta todas estas inversiones y puede llegarse a gastos hasta de 27 y 30 millones de pesos y por eso entonces insistía yo que si no está clara esa situación desde el comienzo, es demasiado riesgoso someter a una familia y a un paciente a una inversión que aparentemente, parece ser muy sencilla,

pero que en determinadas ocasiones, desafortunadamente sale al revés como uno piensa y entonces es muy difícil justificar la inversión.

Dr. Daza. Yo quisiera preguntarle a los participantes ¿qué tipo de complicaciones han surgido durante los tratamientos, fallas renales debido al mismo tratamiento inmunosupresor y todo al respecto?

Dr. Correa. Pues yo creo que con la experiencia que hemos tenido nos ha tocado soportar todas las complicaciones. Realmente se dice que paciente con trasplante hepático sin complicaciones no existe. Hay complicaciones que son mayores y otras que son menores, hay unas que son más comunes y dependen concretamente del tiempo de trasplante, desde las primeras horas se puede presentar falla primaria del injerto para seguir con otro tipo de complicaciones como son trombosis de arteria hepática, trombosis de la porta, fistulas biliares, reintervenciones por sangrado, complicaciones pulmonares, complicaciones renales, de dos tipos: unas que se presentan en los primeros cuatro días y que tienen mucha relación, a veces, con la misma inmunosupresión con la ciclosporina o con el manejo intraoperatorio o postoperatorio y otras que son más tardías y que sí son de peor pronóstico. Finalmente una muy frecuente que es el rechazo, afortunadamente responde bien al tratamiento, y finalmente otras complicaciones que son sumamente frecuentes que son las complicaciones infecciosas como consecuencia del estado previo del paciente, estado previo nutricional, estado previo de su función renal que es un marcador muy importante de infecciones en el postoperatorio y obviamente como consecuencia del manejo de multitransfusión y de inmunosupresión a que son sometidos.

Dr. Andrés T. Blei: Profesor Asociado de Medicina de Northwestern University, Chicago, Ill, USA.; Dr. Rafael Claudino Botero: Doctor Instituto de Enfermedades Hepatobiliares y Jefe Sección de Gastroenterología Fundación Santafé de Bogotá; Dr. Gonzalo Correa: Internista, Hepatólogo, Grupo de Trasplantes Universidad de Antioquia - Hospital San Vicente de Paúl, Medellín; Dr. Jorge Daza: Médico Internista, Barranquilla; Dr. Jaime Restrepo: Cirujano General, Grupo de Trasplantes Universidad de Antioquia - Hospital San Vicente de Paúl, Medellín.