



Editorial

Trasplante pulmonar: Año SEPAR 2013

Lung Transplantation: SEPAR Year 2013

Víctor Bustamante, Xavier Muñoz, José Luis López-Campos y Esther Barreiro*

Comité Editorial, Archivos de Bronconeumología, España



Los años SEPAR tienen como objetivo impulsar anualmente un tema de especial relevancia mediante el diseño de acciones diversas de interés en el marco de la salud respiratoria. La Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica ha consagrado el año 2013 al trasplante pulmonar (TP), y para ello ha promovido actividades dirigidas tanto a profesionales y a pacientes como a la población general, con el fin de fomentar su desarrollo y dar a conocer su realidad. *Archivos de Bronconeumología* ha querido adherirse a esta iniciativa, y con este objetivo ha prestado sus páginas para incluir una serie de artículos de revisión elaborados por algunos de los grupos líderes en TP de nuestro país.

En España existen 7 equipos de TP distribuidos geográficamente de la siguiente forma: Hospital Universitario Vall d'Hebron (Barcelona), Hospital Universitari i Politècnic La Fe (Valencia), Hospital Universitario Reina Sofía (Córdoba), Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla (Santander) y los Hospitales Universitarios 12 de Octubre y Puerta de Hierro-Majadahonda (Madrid). En la actualidad, en este último centro y en los de Valencia y Córdoba se realizan también trasplantes cardiopulmonares, mientras que en el de Barcelona y Córdoba se llevan a cabo trasplantes en niños. En la totalidad de estos 7 centros se realizan unas 200-250 intervenciones anualmente¹ sobre pacientes que proceden de todo el país, una cifra que viene condicionada fundamentalmente por la disponibilidad de donantes. Lejos de ser una rareza, el TP es hoy una realidad ejemplar de nuestra estructura sanitaria imbricada con la Organización Nacional de Trasplantes, cuya actividad ha permitido situar a nuestro sistema de salud en el liderazgo internacional por lo que respecta al número de trasplantes². El elevado porcentaje de donaciones en España no se entendería sin la existencia de una conciencia en la sociedad sobre la importancia de este recurso terapéutico, de acceso universal y en igualdad para los ciudadanos, que se rige únicamente según criterios médicos y de disponibilidad de órganos.

Para la comunidad neumológica, el TP sigue siendo un reto, con diversas controversias todavía no resueltas, ante unos resultados que se sitúan aún a mucha distancia de los obtenidos en otros órganos como el corazón, el hígado o el riñón. Por ejemplo, en el adulto

receptor de un TP la probabilidad media de supervivencia al año y a 3 años es del 72 y del 60%, respectivamente. En la población pediátrica, sin embargo, la supervivencia se sitúa al año y a los 3 años en el 80 y el 70%, respectivamente. A pesar de que diversos factores limitan la supervivencia del TP, la enfermedad respiratoria de base y la edad del receptor son los componentes más influyentes en el pronóstico a largo plazo¹. De ello se deduce la necesidad de aunar esfuerzos por estandarizar y unificar los criterios de selección de los candidatos al TP^{3,4}. Para ello debemos avanzar en el conocimiento de la historia natural de las enfermedades mediante el uso de métodos predictivos⁵ y la identificación precoz de la comorbilidad de los pacientes, un factor que influye decisivamente en las expectativas de supervivencia antes y después del TP.

Brevemente, los factores más relevantes en la toma de decisiones sobre el TP son los siguientes: los límites de edad para el donante y el receptor, las compatibilidades anatómica, inmunológica e infecciosa entre el huésped y el donante, la preservación y el estado del órgano a injertar, la técnica quirúrgica, la elección del tipo de trasplante y los tratamientos «puente» hasta el TP y tras el mismo. En este sentido, el arsenal terapéutico disponible hoy en día para el manejo de la hipertensión pulmonar facilita la llegada de un mayor número de pacientes al TP y en mejores condiciones. Los nuevos métodos de oxigenación extracorpórea, que permiten superar la disfunción precoz del injerto, se vislumbran también como una esperanza en el futuro inmediato⁶. A largo plazo, los mayores problemas a los que se enfrentan los pacientes receptores de un TP son los relacionados con el rechazo, la inmunosupresión, la toxicidad y las infecciones⁷, que suelen ser la principal causa de mortalidad. Por estos motivos, los equipos responsables del manejo de los pacientes candidatos a recibir un TP son de naturaleza multidisciplinar, con un papel progresivamente más activo de los neumólogos, en los centros de referencia y en los lugares de procedencia de los pacientes, copartícipes en el seguimiento a largo plazo.

Por otro lado, se precisa de un alto nivel de exigencia en mantenerse al día por parte de los profesionales implicados, con el fin de ofrecer respuestas a las dudas así como discutir las expectativas y los riesgos del procedimiento con los pacientes y sus familiares. En este contexto y con motivo del Año SEPAR 2013 del TP, desde el comité editorial de *Archivos de Bronconeumología* se ha encargado a 3 de los equipos nacionales líderes en diversas áreas del

* Autor para correspondencia.
Correo electrónico: ebarreiro@imim.es (E. Barreiro).

TP la elaboración de una serie de artículos de revisión, a modo de «puesta al día», cuyos contenidos versan sobre aspectos de interés y novedosos acerca del TP.

A pesar de que la gran mayoría de trasplantes se realizan en adultos, también se llevan a cabo trasplantes en niños y adolescentes, cuya indicación más frecuente es la fibrosis quística, seguida por las neumopatías intersticiales y la hipertensión pulmonar. Es por ello que, en el primer artículo, incluido en este número⁸, y dadas las peculiaridades muy significativas y diferentes al TP en los adultos, se ha querido dedicar una revisión específica al TP pediátrico. En el segundo artículo⁹, se revisa cómo influyen las condiciones del paciente, y concretamente su comorbilidad, en el pronóstico del TP. La comorbilidad condiciona la selección de los candidatos y la elección del momento más adecuado para la intervención. También obliga a que los centros sanitarios trasplantadores y los de procedencia estén dotados de los medios necesarios que permitirán realizar la prevención y el diagnóstico adecuados, así como la implementación del mejor tratamiento de las comorbilidades. Al margen de las evidencias científicas que sustentan estos datos, y con el fin de minimizar los riesgos y aumentar las expectativas de supervivencia de los pacientes trasplantados, los autores resaltan las necesidades de coordinación e intercambio de información entre los centros involucrados. Finalmente, en un tercer artículo se revisan las alteraciones funcionales características del receptor de un TP, así como la utilidad de las técnicas diagnósticas actualmente al alcance en la monitorización y el seguimiento de los pacientes trasplantados¹⁰.

Desde el comité editorial estamos convencidos de que los contenidos de estas 3 revisiones contribuirán a la promoción del conocimiento y a la mejor práctica clínica de neumólogos y

cirujanos torácicos involucrados en mayor o menor medida en el TP, cumpliendo a su vez con uno de los objetivos primordiales de nuestra Sociedad, la SEPAR.

Bibliografía

1. Coll E, Santos F, Ussetti P, Canela M, Borro JM, de la Torre M, et al. Registro Español de Trasplante Pulmonar: primer informe de resultados (2006-2010). *Arch Bronconeumol.* 2013;49:70-8.
2. Mahillo B, Carmona M, Alvarez M, Noel L, Matesanz R. Global Database on Donation and Transplantation: Goals, methods and critical issues. *Transplant Rev (Orlando).* 2013;27:57-60.
3. De Pablo A, Juarros L, Jodra S, Perez V, Lopez E, Gonzalez O, et al. Analysis of patients referred to a lung transplantation unit. *Transplant Proc.* 2013;45:2351-6.
4. Evaluación clínica y procedimientos de remisión del paciente candidato a trasplante pulmonar. Manual SEPAR de Procedimientos [consultado 3 Oct 2013]. Disponible en: <http://dl.dropbox.com/u/60017244/Manuales%20de%20Procedimientos/Manual%2015.pdf>
5. Schaffer JM, Singh SK, Joyce DL, Reitz BA, Robbins RC, Zamanian RT, et al. Transplantation for idiopathic pulmonary arterial hypertension: Improvement in the lung allocation score era. *Circulation.* 2013;127:2503-13.
6. Kotsimbos T, Williams TJ, Anderson GP. Update on lung transplantation: Programmes, patients and prospects. *Eur Respir Rev.* 2012;21:271-305.
7. Seguimiento del paciente trasplantado pulmonar en su lugar de residencia. Manual SEPAR de Procedimientos [consultado 3 Oct 2013]. Disponible en: <http://dl.dropbox.com/u/60017244/Manuales%20de%20Procedimientos/Manual%2018.pdf>
8. Moreno Galdó A, Solé Montserrat J, Roman Broto A. Trasplante pulmonar en niños. Aspectos específicos. *Arch Bronconeumol.* 2013. doi:10.1016/j.arbres.2013.09.0069.
9. Vaquero Barrios JM, Redel Montero J, Santos Luna F. Comorbilidades con impacto pronóstico tras el trasplante pulmonar. *Arch Bronconeumol.* 2013. doi:10.1016/j.arbres.2013.11.001.
10. Laporta Hernández R, Lázaro Carrasco MT, Varela de Ugarte A, Ussetti Gil P. Seguimiento a largo plazo del paciente trasplantado pulmonar. *Arch Bronconeumol.* 2013. doi:10.1016/j.arbres.2013.10.003.