

# Transplante cardíaco

## Estado actual y posibilidades futuras

Dr. MAHELZ E. MOLINS

Después de las brillantes experiencias de A. Carrel sobre injertos de tejidos y transplantes de órganos en el campo experimental, transcurrieron varias décadas hasta los trabajos de Medawar que dieron nuevo impulso a la investigación sobre el tema, especialmente en el campo de la inmunología y su aplicación a los transplantes de tejidos y órganos, que comenzaron a dar sus frutos en la investigación humana en 1954 con los primeros transplantes de riñón efectuados con éxito por Murray y Harrison en 1954. A medida que aumentaba el número de sobrevivientes en los transplantes de riñón, las experiencias se dirigieron a intentar transplantes de otros órganos como pulmón, hígado, corazón, páncreas, etcétera.

El primer transplante de corazón en el hombre fue realizado por J. D. Hardy en enero de 1964 utilizando como dador el corazón de un chimpancé, con sobrevivencia de horas, demostrando la posibilidad técnica del mismo. En diciembre de 1968, Ch. Barnard efectúa el primer homotransplante exitoso, hecho trascendente que dio lugar a una excesiva publicidad por los diferentes órganos de difusión, induciendo a suponer que el procedimiento podía ser realizado por cualquier equipo quirúrgico sin preparación previa; el deseo de emulación trajo como consecuencia la realización de transplantes de corazón en diversas partes del mundo con resultados malos y sin extraer enseñanzas positivas para la investigación, con el agregado de desacreditar un procedimiento que hasta ese momento había sido desarrollado con seriedad y rigor científico.

A pesar de todo, las investigaciones en los centros especializados prosiguieron, especialmente dedicadas a la mejor selección de los receptores y dadores, diagnóstico más precoz de los episodios de rechazo, mejoramiento y aplicación de las drogas inmunosupresoras, profilaxis y tratamiento de las complicaciones infecciosas y profilaxis de los trastornos alejados, especialmente los referentes a las arterias coronarias.

Actualmente, en centros altamente especializados, como el de la Universidad de Stanford, se obtiene una sobrevivencia de 54 % al año y de 38 % a los dos años, casi similar a la obtenida en los transplantes de riñón con dador cadavérico; 5 enfermos han sobrevivido más de 5 años.

Este mejoramiento de los resultados inmediatos y alejados son el resultado de:

- 1) Mejor selección de los receptores potenciales, en cuanto a edad, tiempo de enfermedad cardíaca, presiones de arteria pulmonar, resistencia pulmonar, trastornos hepáticos y renales y ausencia de infección.
- 2) La utilización de sueros antitimocíticos retarda en mayor proporción la aparición de los episodios de rechazo sin los inconvenientes de los sueros

antilinfocíticos, favoreciendo además la reducción de las otras drogas inmunosupresoras.

- 3) Desarrollo de nuevos métodos de diagnóstico precoz de los episodios de rechazo como ser: estudios ecográficos, coronariografías, test de inhibición de la rosette y por último, uno de los más eficaces, la biopsia endocárdica por catéter que puede llegar al diagnóstico precoz del rechazo horas o días antes de la aparición de los signos clínicos clásicos.
- 4) En el postoperatorio alejado se ha instituido un tratamiento anticoagulante a base de Warfarin sódico y dipiridamol, así como dieta pobre en colesterol y grasas. Ha demostrado ser eficaz para la prevención de la aparición de lesiones arterioescleróticas precoces en las arterias coronarias.

Lo mencionado anteriormente justifica la realización de los homotransplantes de corazón, con un porcentaje de sobrevida alentador para proseguir con las investigaciones y su aplicación progresiva en la clínica humana. La advertencia fundamental es que estos adelantos y posibilidades sólo pueden lograrse en centros de investigación bien dotados de material científico, por equipos médicos altamente especializados y aplicando una metodología rigurosa.

Una mención especial merece la consideración de los dadores potenciales de órganos, no sólo cardíacos sino también renales, hepáticos o pulmonares. Es evidente la ventaja de obtener un órgano que no haya sufrido isquemia caliente o que ella sea muy breve, por lo cual se ha tratado bajo el punto de vista legal en diversos países de modificar la definición del estado de muerte, aceptando el electroencefalograma negativo repetido como prueba decisiva para la declaración de muerte, aunque siga funcionando el sistema cardiorrespiratorio. Esta modificación favorece la obtención de órganos en mejores condiciones de viabilidad, permitiendo un estudio más completo de la compatibilidad cruzada y aumentando las posibilidades de sobrevida de los transplantes.

Por último, recordaremos un pensamiento de Claude Bernard en 1856: LA MORAL CRISTIANA SOLO PROHIBE UNA COSA, HACER MAL A UN SEMEJANTE, así como la frase de S. S. Kety: "Entre los experimentos que pueden intentarse en el hombre, aquellos que sólo pueden hacer mal están prohibidos; aquellos que son inocuos son permitidos y aquellos que pueden hacer bien son obligatorios".