



CIRUGÍA EN ESE PERIODO LA TASA DE SUPERVIVENCIA DE LA INTERVENCIÓN ES DEL 95%

Al año, el 85% de injertados de páncreas no necesita insulina

→ Aunque tienen ya más de cuarenta años de vida, los trasplantes de páncreas no son tan numerosos como los de otros órganos sólidos, ya

que se llevan a cabo principalmente en diabéticos en situación de diálisis que tienen ya muy evolucionada su enfermedad.

■ Pilar Laguna

Murcia

El 80 por ciento de los trasplantados de páncreas no presentan limitaciones en su actividad diaria a largo plazo y el 85 por ciento abandona la insulina al año de la intervención, según datos del registro internacional de trasplante pancreático donde figuran más de 28.000 pacientes. Esas cifras podrían mejorarse con trasplantes más precoces, antes de que aparezcan las complicaciones secundarias de la diabetes.

Para Daniel Casanova, catedrático de Cirugía, cuyo equipo ha llevado a cabo numerosos trasplantes pancreáticos en el Hospital de Valdecilla, en Santander, "éste es el trasplante *Cenicienta* y el más desconocido, a pesar de que empezaron a hacerse desde hace cuarenta años. La principal diferencia con los de hígado o de riñón es que no sirve para salvar vidas de inmediato, pero sí para dar calidad y cantidad de vida a los diabéticos, algo que la sociedad, incluso los médicos de otras especialidades, desconocen creyendo que se trata de una terapia oncológica".

Por ello, los expertos insisten en difundir el verdadero objetivo del implante pancreático, que permite a los enfermos de diabetes

El páncreas se trasplanta en una fase muy evolucionada de la diabetes, cuando ya falla el riñón, pero debería hacerse con mayor precocidad

prescindir de la insulina y de los controles dietéticos rigurosos al poder compensar su desequilibrio metabólico tras la intervención.

Casanova subraya las graves repercusiones clínicas de la nefropatía, la neuropatía y la retinopatía de la diabetes de peor evolución, patologías que pueden frenarse/curarse con un trasplante pancreático y, generalmente, con el trasplante simultáneo de riñón. "A la larga, además de los beneficios para la salud, se reduce el alto coste social y económico en parte por el abandono de la insulina y también por la re-

ducción de ingresos hospitalarios", explica a DIARIO MÉDICO.

El cirujano ha desglosado los pormenores del procedimiento, desde las distintas técnicas quirúrgicas a los resultados actuales y previsiones futuras, ante una audiencia médica muy variada en las XVII Jornadas de Cooperación de la Asociación Hispano-Argentina de Medicina, que se han celebrado en Murcia.

En su opinión, es importante concienciar a los profesionales implicados (cirujanos, nefrólogos, endocrinólogos, internistas, etc.) de la

importancia de estos trasplantes para pacientes diabéticos que están en diálisis y son menores de 50 años.

Pero existen limitaciones: "En la medida en que los propios médicos que los tratan conocen los buenos resultados aumenta el número de receptores en nuestras unidades, pero tampoco puede dispararse la demanda por la enorme desproporción entre el número de receptores y de donantes disponibles".

Fases precoces

Casanova lamenta que, a pesar de los excelentes resultados de los últimos años -95 por ciento de supervivencia al año de la intervención-, el páncreas se trasplanta en una fase muy evolucionada de la diabetes, cuando ya falla el riñón, pero debería hacerse con mayor precocidad para evitar las complicaciones secundarias. Así defiende la indicación infrautilizada de trasplante de páncreas aislado, aunque sólo en pacientes seleccionados.

Si bien los trasplantes simultáneos de riñón y páncreas son los que lideran estas terapias, puesto que suelen aplicarse a enfermos con nefropatía y dependientes de diálisis, también se practica el trasplante de páncreas después del renal (y vi-



Daniel Casanova, del Hospital Marqués de Valdecilla.

ceversa), o el de páncreas solitario. Este trasplante aislado de páncreas sólo se utiliza en diabéticos inestables, aquéllos que sufren alteraciones metabólicas agudas, pero que aún no tienen las complicaciones secundarias de la enfermedad.

"En muchos podría hacerse antes el implante de páncreas y se liberarían de la diabetes, pero todavía no disponemos de marcadores fiables sobre la evolución de estos enfermos antes de que aparezcan dichas complicaciones, o sobre qué plazo de aparición pueden tener éstas para adelantarnos con el trasplante".

La contrapartida es que a veces se trasplanta al paciente con una nefropatía muy severa, ya con daños colaterales, o una retinopatía tan

avanzada que no podrá mejorar. "La retinopatía no puede revertirse; sería como intentar recuperar un hierro cuando ya está oxidado".

Las innovaciones quirúrgicas en estos trasplantes también son variadas, pero el modelo más frecuente es el de derivación intestinal por tratarse del más fisiológico. "El trasplante de páncreas es delicado porque los enfermos diabéticos son delicados, pero hoy día ningún nefrólogo podría decir que no se haga. Aunque ha habido un refinamiento quirúrgico gracias al consenso general, podemos decir que el mayor avance se ha dado desde el punto de vista inmunológico, con tratamientos tan estandarizados como en el resto de los trasplantes de órganos".

VÍAS CON FUTURO

Daniel Casanova dice que ya no puede discutirse la utilidad de los implantes pancreáticos, que antes ponía en entredicho la propia comunidad médica. Los páncreas proceden de donantes multiorgánicos jóvenes y han disminuido las complicaciones quirúrgicas, a pesar de que los enfermos diabéticos suelen presentar notable aterosclerosis. "También puede recurrirse a los trasplantes de islotes pancreáticos, que dan buenos resultados, pero se necesita igualmente un elevado número de donantes; por ello la investigación se dirige ahora a obtenerlos de páncreas de animales. Otra vía abierta al futuro puede ser la terapia celular".