

# Editorial

## Trasplante cardíaco

J.M.<sup>a</sup> Caralps

Cuando en diciembre de 1987 Christian Barnard asombró al mundo con el éxito del primer trasplante cardíaco realizado, abría un campo limitado de posibilidades para un número importante de pacientes, sin futuro real de mejorar con los tratamientos convencionales.

Sin embargo el fracaso inicial de esta terapéutica con sólo nueve supervivientes de los 100 primeros trasplantes realizados en dos años, hizo que muchos grupos quirúrgicos abandonasen el campo del trasplante cardíaco. Pero el trabajo serio y continuado de los grupos de Africa del Sur, Stanford y París, con resultados más que aceptables y sobre todo con una labor seria de investigación experimental y clínica, demostró que el éxito de esta nueva terapéutica dependía más de una labor seria de equipo que de la habilidad manual de un cirujano.

El problema del rechazo empezó a tratarse racionalmente a partir de la descripción de la biopsia endomiocárdica por el Dr. Caves que permitía un control mucho más específico del rechazo y a través de la cual y, por las imágenes microscópicas, se pudieron catalogar diferentes estadios del mismo y por consiguiente diferentes formas de tratamiento. Finalmente, con la introducción de la ciclosporina A en el armamentario antirechazo se aumentaron las posibilidades de mantenimiento del injerto a la vez que disminuía el número de infecciones por el tratamiento inmunosupresor. La década de los 80 ha representado el «boom» del trasplante cardíaco en todo el mundo. No sólo ha mejorado la supervivencia inmediata sino también a lar-

go plazo, aunque siempre, condicionada a la selección del receptor. Las estrictas indicaciones que existían al inicio de la terapéutica, han ido cambiando sobre todo gracias a la posibilidad de múltiples trasplantes en un solo paciente, que permiten solucionar de un solo golpe enfermedades terminales de corazón y riñón, de corazón e hígado, de corazón y pulmón, de corazón, riñón y páncreas, etc., la lista de posibilidades puede ser realmente interminable. El principal problema que limita el número de trasplantes cardíacos a realizar sigue siendo el de la escasez de donantes en relación con el número posible de candidatos a trasplantar. El hecho de que hasta el momento puedan utilizarse corazones humanos, hace que sea necesaria la muerte de un ser viviente para que otro pueda beneficiarse. Afortunadamente con los métodos actuales de protección civil, los accidentes de tráfico tienen la obligación de disminuir lo que en un futuro próximo, ocasionará aún más, una desproporción en la lista de candidatos a un trasplante y la posibilidad de donaciones por parte del público, y esto se traduce desgraciadamente en un aumento de la mortalidad en lista de espera que puede llegar a ser de un 20% en el caso de pacientes a ser trasplantados de corazón. Las grandes expectativas que hace 4 años se pusieron en el corazón artificial como método para mantener candidatos en fase muy terminal a la espera de una donación no ha dado los resultados apetecidos y el famoso Jarvick ha sido en la actualidad prohibido en los Estados Unidos como método permanente de tratamiento de la insuficiencia cardíaca. La utilización de ventrículos auxiliares externos en contraposición a la utilización de un corazón artificial implantado en el pecho, no está exenta de problemas y su uso cada vez es más cuestionado por los diferentes grupos que realizan trasplante cardíaco. Los adelantos de la técnica y sobre todo los adelantos en el aspecto inmunológico que se están desarrollando en los últimos tiempos, nos permiten ser optimistas respecto al futuro. Creo sinceramente que en los años venideros las barreras inmunológicas

para trasplantar a humanos, corazones de otras especies animales, como los simios a los cerdos, habrán desaparecido y será posible extender a todos los centros con cirugía cardíaca competente, la posibilidad de realizar trasplantes cardíacos a deman-

da; esto disminuirá la mortalidad por intervenciones cardíacas que hoy todavía existe, a la vez que aumentará las posibilidades de recuperación de enfermos terminales que pueden en ocasiones quedar-se sin el donante adecuado.