

EDITORIAL

CONGRESO MUNDIAL DE TRASPLANTE 2014, SAN FRANCISCO, USA

WORLD TRANSPLANT CONGRESS 2014, SAN FRANCISCO, USA

Roberto Cambariere

Instituto de Nefrología Nephrology SA, Buenos Aires

Nefrología, Diálisis y Trasplante 2014; 34 (3) Pág. 105 – 107

Entre los días 26 y 31 de julio de 2014 se llevó a cabo en el Moscone West Convention Center de la ciudad de San Francisco, en Estados Unidos, el Congreso Mundial de Trasplantes (WTC), constituyendo la segunda reunión conjunta de la Sociedad Americana de Cirujanos de Trasplante (ASTS), la sociedad de Trasplantes (TTS), y la Sociedad Americana de Trasplantes (AST). La primera fue en Boston, en el año 2006.

La ciudad de San Francisco se encuentra en el 35º lugar del ranking de las 100 ciudades más visitadas del mundo. Uno de sus símbolos emblemáticos y -tal vez- su estampa más icónica, es el magnífico puente Golden Gate, cubierto por la niebla. No se queda atrás Alcatraz, la famosa cárcel retratada en cientos de películas, que supo contar entre sus “huéspedes” al mismísimo Al Capone. También por los pintorescos tranvías que circulan desde 1873 como medio de transporte para turistas y lugareños. El Chinatown, que concentra la mayor cantidad de gente china, fuera de ese país. Junto con New York y París, constituyen una triada de ciudades imperdibles. Sólo he mencionado unas pocas de las numerosas atracciones de esta ciudad amistosa y apasionante por su actividad y colorido, que ha albergado durante una semana a miles de personas relacionadas con el mundo del trasplante.

Durante el ATC 2014 hubo varias presentaciones que analizaron la sobrevida de trasplantes de donantes cadavéricos expandidos, y se destacó que es parecida o semejante a la de donantes no expandidos. Se presentaron varias observaciones

sobre el beneficio de los programas “old to old”.

También hubo presentaciones centrales sobre el trasplante de donante vivo. Se hizo una evaluación especial de la sobrevida de los donantes vivos y se concluyó que no hay evidencia de mayores complicaciones a largo plazo de los donantes, y que continúa siendo una opción válida el trasplante con donantes vivos.

Por otro lado, hubo también un importante espacio para el análisis de los últimos avances en la clasificación molecular de los rechazos humorales y en la tipificación de los anticuerpos contra los antígenos del donante que activan componentes del complemento.

Además, se debatió la necesidad de ampliar el análisis de más antígenos que los actualmente determinados para la lista de espera, con mucho énfasis en los HLA-DQ.

En relación a esto último, hubo también varias presentaciones que destacaron la importancia de determinar los epítopes de estos antígenos, que incluso son más importantes y específicos para la respuesta inmune que los antígenos.

En concordancia con la mejor identificación de los antígenos de HLA, se destacó la importancia de la implementación del análisis molecular para identificar las distintas variantes de un mismo antígeno.

En otras presentaciones se confirmó el efecto deletéreo del rechazo subclínico y como los análisis moleculares y las determinaciones más precisas de anticuerpos específicos contra el donante ayudan a identificar en forma temprana

este rechazo y de esa forma mejorar su evolución.

Se realizaron varias presentaciones con respecto al ciclo de las células B y los tratamientos contra rechazo humoral. Se mostraron progresos en el entendimiento y desarrollo y maduración de los linfocitos B, de sus moléculas de coestimulación y de los factores o interleukinas que participan en este ciclo. En el aspecto clínico se sigue buscando y se mostraron trabajos de alternativas con nuevos anticuerpos monoclonales como antagonistas de interleukinas para mejorar y consolidar los resultados todavía no satisfactorios del rechazo humoral.

Se establecieron criterios para el diagnóstico de rechazo mediado por anticuerpos (ABMR) en presencia y ausencia de depósitos C4d detectable. Ante su ausencia, debe existir evidencia adicional de interacción reciente de anticuerpos con el endotelio vascular (cambios morfológicos y/o moleculares); esto evitará sobre diagnóstico de ABMR.

Se insistió en buscar establecer una correlación con los datos clínicos, moleculares, y serológicos, en los injertos que en la biopsia evidencien glomerulopatía del trasplante.

Así mismo, hubo varias exposiciones con discusiones y debates sobre el control y seguimiento de pacientes sensibilizados después de su reingreso a la lista de espera por deterioro de la función del injerto. En esta línea, se analizaron las indicaciones y los tiempos de nefrectomía del injerto, como así también sus beneficios y desventajas con respecto a la sensibilización y el incremento de anticuerpos.

Cada vez más va ganando mayor lugar el estudio de la flora como modulador de la respuesta inmune en el trasplante, como así también en las distintas enfermedades inflamatorias autoinmunes.

En cuanto a los nuevos tratamientos de inmunosupresión de mantenimiento en el trasplante, se sigue expandiendo la utilización de anticuerpos monoclonales que inhiben las señales de coestimulación. Estos tratamientos evitan las complicaciones metabólicas de los tratamientos con inmunosupresores orales y amplía cada vez más su utilización, a medida que se profundiza y se conoce mejor sus efectos inmunes al incorporarlos a esquemas de inducción más efectivos.

Tampoco faltaron presentaciones sobre pro-

tolocolos y tratamientos de inducción de tolerancia. En este campo se ha profundizado el conocimiento sobre los mecanismos involucrados en la tolerancia y la utilización de infusión de tipos celulares más allá del perfeccionamiento de las terapias con linfocitos reguladores. Cada vez hay más estudios sobre el papel permisivo de la tolerancia gracias al tratamiento con células madre hematopoyéticas y mesenquimatosas.

Otro campo que se expande y no pierde vigencia es el estudio de las distintas vías involucradas en las lesiones por isquemia y de isquemia-reperfusión. Se ha agrandado la lista de mediadores moleculares y se han estudiado líneas que vinculan a la insuficiencia renal por isquemia. Ya existen algunos estudios *in vitro* y en modelos animales que ayudan a entender mejor el papel de estos mediadores, y abren una oportunidad para que en el futuro se pueda atenuar su impacto perjudicial.

También hubo espacio para varias presentaciones sobre los resultados más actuales y de tratamientos más adecuados y menos profundos de los trasplantes donante vivo ABO incompatible. Los resultados son similares, y aún mejores en algunas presentaciones a los trasplantes con donante vivo ABO compatibles. Un 20% de los donantes vivos potenciales son descartados por no compartir el grupo sanguíneo.

Mucho se discutió respecto de las nuevas técnicas quirúrgicas, la cirugía laparoscópica y, más cercana en el tiempo, la robótica, que han generado enorme expectativa en la cirugía del donante vivo, con argumentos tales como: menor dolor postoperatorio, alta más precoz, recuperación laboral más rápida, mejor resultado cosmético y que favorece la voluntad de donar. A lo que se contraponen: mayores costos, mayor tiempo quirúrgico, complicaciones más graves (sangrado, rhabdomiolisis, reinternaciones más frecuentes). Más del 50% de los centros prefieren continuar con las técnicas de cirugía a cielo abierto.

En cuanto al implante, la gran limitación de estas técnicas modernas continúa siendo la incisión para alojar el órgano, por lo que el criterio estético desaparece.

Fue presentada una técnica robótica transvaginal en las mujeres receptoras. Fue muy criticado por invasivo (Colporrafia y Episiotomía), y por poco higiénico. Las limitantes siguen siendo las

enumeradas para nefrectomía en el donante vivo.

La tendencia actual indica que un solo profesional realice los tres tiempos quirúrgicos que requiere un trasplante renal: Abordaje, Tiempo vascular y Urológico.

Sobre trasplante reno–pancreático hubo varias presentaciones. Un trabajo japonés (Matsubara et al.) mostró 16 trasplantes dobles con donantes vivos, 6 de ellos con grupo sanguíneo incompatible. Se utilizó el cuerpo del páncreas y el riñón izquierdo del donante, con excelente evolución, tanto del paciente como el de los órganos trasplantados con mínimas complicaciones quirúrgicas. Sin embargo, se observó a los 5 años disminución en la secreción de insulina y aumento de la Hb glicosilada en los donantes.

Se analizaron 10813 TX primarios de páncreas y 377 retrasplantes (Sollinger et al.), y se comparó la sobrevida actuarial entre ambos grupos, observándose que en los segundos trasplantes la sobrevida era significativamente menor. Esto fue atribuido a la técnica quirúrgica.

Se realizaron debates acerca de los pros y contras del trasplante de páncreas vs islotes pancreáticos. Diferente tipo de anastomosis (vesical vs entérico) y drenaje (portal vs entérico). Comparación de esquemas inmunosupresores de inducción y mantenimiento libre de esteroides. Importancia de los protocolos de biopsias y tipo de procedimiento (quirúrgica, laparoscópica). Análisis de la mortalidad de 202 centros.

En materia de procuración de órganos y tejidos, se discutieron diferentes estrategias en cuanto a la procuración. Se hizo hincapié en los

beneficios de contar con máquinas de perfusión, con el objeto de mejorar la viabilidad del riñón. Se insistió en la necesidad de expandir el pool de donantes, a través de órganos obtenidos a corazón parado. Se debatió sobre la posibilidad de incrementar la procuración de órganos y tejidos en sujetos en estado vegetativo permanente.

Con relación a las biopsias, se recomienda en general realizarla una vez aceptado el riñón ofrecido a los efectos de determinar si en necesario efectuar un trasplante doble. Se mostraron estadísticas al respecto que superan en cuanto a sobrevida al implante único, sin incrementar la morbilidad.

Fueron discutidos en profundidad diversos aspectos éticos y legales, principalmente aquellos que restan transparencia a la temática, fundamentalmente lo referente al tráfico y comercio de órganos.

No quedaron soslayados los temas económicos. Se insistió en que un trasplante de riñón equivale desde el punto de vista económico a un año de diálisis. En Canadá, lo pacientes que llegan a los 10 años con el riñón trasplantado funcionante, le hacen ahorrar al sistema de salud un millón de dólares.

Después de todo lo hecho, visto y oído, me pregunto: ¿Qué van a pensar de nosotros en unos, tal vez no demasiados años, los científicos que nos sucedan, cuando estén generando, a través de una célula, un órgano o tejido para trasplante, mientras que nosotros debíamos recurrir a un cadáver o a una persona sana, para poder efectuar un injerto?

-El autor agradece especialmente al **Dr. Javier C. Walther** por su cordial ayuda en la preparación de este artículo Editorial.