

# TRASPLANTE HEPÁTICO EN NIÑOS

Dra. Rodríguez G Magaly,  
Gastroenterólogo Pediatra  
Adjunto del Hospital de Niños J.M de los Ríos

La historia del trasplante hepático en humanos comienza en la edad pediátrica en el año 1963, cuando un niño de 3 años, afectado de atresia de vías biliares, es transplantado, seguido de varios otros trasplantes hepáticos en adultos con muy corta sobrevida. Es finalmente en el año 1967 cuando se logra el primer trasplante exitoso de hígado en una niña de 18 meses con un tumor maligno, alcanzando una sobrevida de un poco más de 1 año (Starzl, 1996).

El gran reto, durante más de 40 años, ha sido el desarrollo de drogas inmunosupresoras que eviten el rechazo del órgano transplantado y aumenten la sobrevida. En 1983, la FDA (Federal Drug Administration) aprobó el uso de la ciclosporina para uso en humanos. Esta droga proviene del hongo *Tolypocladium inflatum gams*, la cual actúa inhibiendo la inmunidad celular y suprimiendo los linfocitos T, sin afectar la fagocitosis. Fue usada inicialmente en experimentación de trasplantes con animales y luego se empleó exitosamente en trasplantes en humanos desde el año 1978, mejorando la expectativa de vida para los pacientes transplantados, usándose en conjunto con la prednisona. Posteriormente, en el año 1989, se introduce un nuevo inmunosupresor: el tacrolimus (FK506, Prograf) el cual es un macrólido producido por el hongo *Streptomyces tsukubaensis*, que tiene una mayor potencia y mejor absorción oral que la ciclosporina. Con esta nueva droga se observa un aumento de la sobrevida del transplantado hepático en más de 70% el primer año post trasplante, lo que lleva a extenderse los programas de trasplante de órganos.

Debido a la gran cantidad de pacientes que fallecen en lista de espera a ser transplantados, se crea en el año 2000 un sistema diseñado para los pacientes que esperan ser transplantados por enfermedades hepáticas, el cual prioriza a los pacientes de acuerdo a la necesidad del trasplante; denominado PELD por sus siglas en Inglés (Pediatric End Stage Liver Disease Model) el cual comienza a usarse en niños a partir del 2002, este score recolecta datos tanto bioquímicos como morfológicos de cada paciente y se le asigna un puntaje; el propósito de este puntaje es predecir quienes tienen el riesgo más alto de fallecer temprano por su trastorno hepático y por ende serán los primeros a intervenir, optimizando así los programas de trasplante y disminuyendo la mortalidad en los pacientes de la lista de espera.

El trasplante hepático en la edad pediátrica tiene características muy especiales no solo desde el punto de vista quirúrgico, sino también por las patologías que provocan el daño irreversible o progresivo del hígado difieren al del adulto, la edad de diagnóstico y la referencia oportuna al centro de trasplante evita el deterioro de otros órganos y sistemas lo que haría imposible llevar a estos pacientes a una mesa quirúrgica.

En el artículo TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO EN VENEZUELA. EXPERIENCIA PRELIMINAR, por Pestana, Marín, Ron y colaboradores, nos muestran de manera clara y objetiva el éxito obtenido en pacientes pediátricos transplantados durante 2 años (2005-2007) con una mortalidad 0%, las causas que llevan al trasplante hepático en su grupo no difieren de la literatura mundial, al igual que las complicaciones. El diagnóstico y tratamiento

de las complicaciones fue oportuno, nada tiene que envidiar a un reporte de cualquier centro de amplia experiencia en trasplante hepático, demostrando no solo la experticia de este grupo de especialistas, sino la existencia de una tecnología necesaria para poder diagnosticar y tratar adecuadamente a sus pacientes. Muestra la importancia de áreas como bacteriología, radiología invasiva, anatomía patológica, etc., la intervención de otros especialistas para la atención y tratamiento precoz de las complicaciones. Por otro lado, quienes hemos referido pacientes a este programa sabemos que estos son valorados integralmente como individuos y como familia, desde el punto de vista psico-social han recibido calidez en el trato y los que no califican para trasplante hepático no se han sentido abandonados.

Sin embargo, un grupo indeterminado pero importante no llegan a la evaluación pretrasplante, son muchos los que llegan a nuestros centros y ni siquiera tenemos el diagnóstico de la falla hepática que llevo al deceso; muchos fueron referidos tardíamente, otros pudieron recibir tratamiento que evitara el fallo hepático, muchos llegan ya con complicaciones que no permiten su ingreso a una lista de trasplante, desde problemas médicos hasta sociales.

Esta hermosa experiencia presentada en este elegante trabajo, debe hacerse conocer en las escuelas de medicina, enfermería, en los postgrados médicos y quirúrgicos, centros primarios de salud etc. Los niños con patologías hepáticas todavía son huérfanos en especial en el interior del país donde hay gran desconocimiento de las patologías hepáticas que afectan a la infancia, así como de médicos que refieran a centros capacitados para el diagnóstico oportuno. La inmunización de hepatitis B debe optimarse, la pesquisa de la atresia de vías biliares debe optimarse en neonatos ictericos; siendo esta la primera causa en Venezuela y el mundo que lleva a trasplante hepático y hasta ahora no es prevenible, pero diagnosticada tempranamente cambiaría el pronóstico en estos pacientes. En resumen, un programa de educación médica continua en el país debe normarse, extenderse, para evitar la muerte precoz de niños no sólo por patologías hepáticas sino otras que diagnosticadas a tiempo salvarían muchas vidas.

Desde hace décadas en Venezuela los médicos han estado trabajando para crear unidades de trasplante de órganos, entre ellas el trasplante hepático. Profesionales de diversas áreas quirúrgicas y médicas se han especializado en el trasplante, sus complicaciones, programas de donación, ética, su legislación, etc. Han tenido fracasos, éxitos, han visto nacer y desaparecer unidades de trasplante, han luchado para que se destinen recursos para investigación, formación, creación de unidades de trasplante en hospitales. Los gastroenterólogos pediatras hemos sufrido la desesperanza de padres que ven a sus hijos condenados a una muerte prematura, que fallecen en nuestros hospitales sin poder acceder a un tratamiento oportuno, que de esperanza de sobrevivida

Largo ha sido el camino antes que un grupo destacado de especialistas lograran la meta; instaurar un programa organizado, de alta calidad científica como es el PROGRAMA METROPOLITANO DE TRANSPLANTE HEPÁTICO de libre acceso a pacientes en fase terminal de enfermedades hepáticas susceptibles a trasplante. Los gastroenterólogos y en especial los gastroenterólogos pediatras saludamos con gran respeto y admiración la creación del mismo.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Starzl TE, Klimmalm GB, Porter KA, et al. Liver transplantation with use of cyclosporin a and prednisone. *N Engl J Med* 1981;305(5):266-9.
- Ballistreri WF. Transplantation for childhood liver disease. An overview. *Liver Transpl Surg* 1998;4 (Suppl 1): S18-23.
- Alagille D. History of pediatric liver transplantation in Europe. *Acta Gastroenterol Belg* 2004; 67(2):172-5.