

El límite de edad en el trasplante hepático

Eduardo Jaurrieta

La mejoría de los resultados del trasplante hepático ha favorecido en un aumento de las indicaciones y el número de trasplantes hepáticos realizados cada año ha ido aumentando progresivamente en nuestro país, desde los 13 que se hicieron en 1984 a los más de 700 que se han realizado en 1996 y que aún se superarán en 1997. Durante la década de los ochenta se aceptaba que la edad del receptor superior a los 55 años era una contraindicación relativa y que la edad superior a los 60 años era una contraindicación absoluta. Sin embargo, desde hace ya varios años la mayoría de hospitales han ido incluyendo pacientes mayores de 60 años si, aparte de la enfermedad hepática, las condiciones generales del paciente lo permitían.

El artículo "Trasplante hepático en pacientes cirróticos mayores de 60 años" de la Clínica Universitaria de Navarra, que aparece en este número de la revista, demuestra como la supervivencia a uno y cuatro años es similar en dos grupos de pacientes cuya única diferencia previa es la de ser mayores o menores de 60 años. Los pacientes mayores de 60 años sólo se han visto penalizados con un incremento del número de complicaciones cardiovasculares respecto a los más jóvenes sin que ello se asocie a un aumento de la mortalidad. Hay que destacar en este trabajo, que la supervivencia actuarial a los cuatro años es especialmente buena en ambos grupos (1).

El debate respecto al límite de edad en el trasplante hepático se centra en decidir si debe darse prioridad a los pacientes más jóvenes.

Las publicaciones de algunos grupos demuestran que, con una buena selección de los candidatos mayores de 60 años, los resultados de hospitales con amplia experiencia como los del King's College Hospital de Londres, son similares en los pacientes mayores teniendo éstos únicamente una mayor estancia postoperatoria (2). A la misma conclusión llega el grupo de Hannover, cuando la indicación es por enfermedad benigna, incluyendo la hepatitis fulminante, aunque en esta serie los mayores de 60 años sólo representan el 7% de todos los receptores (3). Otra publicación alemana demuestra que entre los enfermos mayores y menores de 55 años los resultados también son similares (4). En cambio, los datos del último registro europeo cerrado a finales de 1996 analiza la supervivencia desde 1988, según la edad, dividiendo a los pacientes en tres grupos: entre 15 y 45 años ($n = 6.455$), entre 45 y 60 años ($n = 8.265$), y superior a 60 años ($n = 2.244$). Los valores de supervivencia para estos grupos de pacientes a cinco y ocho años son de 68 y 64%, 62 y 57%, y de 57 y 52% respectivamente, siendo las diferencias estadísticamente significativas (5).

En resumen, en la actualidad y con los datos disponibles en la literatura, no puede concluirse que los resultados obtenidos a corto y medio plazo en los pacientes mayores de 60 años sean peores que los alcanzados en pacientes más jóvenes. En todo caso, llama la atención las discrepancias entre los resultados publicados por diversos grupos y los del registro europeo. Como en otros campos de la cirugía, el límite de edad se ha ido aumentando progresivamente

cuando la patología asociada lo permite. Sería interesante conocer que porcentaje de pacientes ha sido descartado para el trasplante por enfermedad extrahepática en cada uno de los grupos, y averiguar si en la población más joven se han forzado más las indicaciones, lo cual podría haber influido en los resultados de supervivencia obtenidos en ambas poblaciones. Quizá este aspecto podría explicar algunas de las discrepancias antes mencionadas.

Aun aceptando que los resultados postoperatorios y durante los primeros años son similares, ya que el número de órganos es limitado, cabe preguntarse si sería conveniente dar prioridad a los pacientes más jóvenes. El argumento a favor de este planteamiento es que para lograr un mejor aprovechamiento de los recursos existentes, debe intentarse obtener el mayor número de años de vida posibles, con cada trasplante hepático.

Creo que son interesantes las reflexiones que hace Shaw de la Universidad de Nebraska (6), y que son aplicables en nuestro país. Este autor comenta el enorme entusiasmo que se generó con los trasplantes en pacientes de edad avanzada desde que el Medicare asumió los costes. Sin embargo, hace una llamada a tomar decisiones responsables con el fin de obtener el máximo beneficio de nuestros escasos donantes y dinero público. Este beneficio lo debemos valorar según la cantidad y la calidad de los años de vida ganados. Hablando en estos términos, parece evidente, que los pacientes mayores ofrecen un potencial menor que los pacientes jóvenes. Será importante en el futuro ir conociendo las supervivencias a diez y más años para responder científicamente a este cuestión. Dado que la gran expansión del trasplante hepático se produjo al final de la década de los ochenta y que la inclusión de pacientes mayores se ha ido incrementando, en los próximos años obtendremos datos más concluyentes en cuanto a la supervivencia a largo plazo de estos enfermos.

Además de los resultados a corto plazo, el argumento más importante que se ha utilizado en defensa del trasplante a pacientes de edad avanzada ha sido que el número de donantes ha aumentado a expensas fundamentalmente de utilizar órganos de personas mayores. Cuando realizamos el primer trasplante de hígado del país en el Hospital de Bellvitge (7), el límite de la edad del donante era de 45 años. En la actualidad muchos grupos estamos utilizando órganos de personas mayores de 70 años e incluso de 80 años. Los resultados a corto plazo parecen aceptables pero no disponemos de resultados a más largo plazo.

El aumento progresivo de la esperanza de vida de nuestra sociedad ha hecho que cada vez con más frecuencia enfermos de mayor edad con buen estado general necesiten atención sanitaria. El trasplante hepático no ha sido una excepción y parece evidente que el límite arbitrario que se trazó a principio en los 60 años de edad, ya no es válido. ¿Dónde está el límite? Teniendo en cuenta que el número de donantes es limitado y que el aprovechamiento de los órganos ha de ser máximo, la respuesta a esta pregunta tendrá que venir dada por la reflexión honesta y el sentido común de los diferentes grupos implicados en el trasplante, disponiendo de unos datos de supervivencia y calidad de vida a más largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. De la Peña A, Herrero JI, Sangro B, et al. Trasplante hepático en pacientes cirróticos mayores de 60 años. *Rev Esp Enferm Dig* 1998;90:3-8.
2. Bromley PN, Hilmi I, Tan KC, et al. Orthotopic liver transplantation in patients over 60 years old. *Transplantation* 1994;58:800-3.
3. Schlitt HJ, Obed A, Oldhafer KJ, et al. Liver transplantation in elderly patients: indications, risks and results. *Langenbeck Arch Chir* 1996;113:519-21.
4. Hesse UJ, Berrevoet F, Pattyn P, de Hemptinne B. Results of liver transplantation in elderly patients (> 55 years of age). *Langenbeck Arch Chir* 1996;113:419-21.
5. European Liver Transplant Registry. Data Analysis 5/1968-12/1966.
6. Shaw BW Jr. Transplantation in the elderly patient. *Surg Clin N Am* 1994;74:389-400.
7. Margarit C, Jaurieta E, Maestre P, et al. Trasplante hepático ortotópico en un paciente con hepatocarcinoma. *Rev Esp Enferm Dig* 1984;66:234-9.