

Contenido

Prefacio	XV
-----------------------	-----------

Barry D. Kahan

Inmunobiología de los trasplantes: actualización	1041
---	-------------

Stanislaw M. Stepkowski

El trasplante de aloinjertos se ve obstaculizado por la destrucción inmunitaria. Los aloantígenos se reconocen de manera directa como moléculas intactas que se espesan sobre el injerto, o de manera indirecta como alo péptidos después del procesamiento y la presentación por las células presentadoras del antígeno. En este artículo se describe la nueva información relacionada con la reacción inmunitaria a los aloantígenos.

Importancia de las pruebas de histocompatibilidad en trasplante clínico	1065
--	-------------

Ronald H. Kerman

En este artículo se habla de los procedimientos de identificación del antígeno HLA y de la trascendencia de la compatibilidad del HLA entre donador y receptor con la supervivencia del aloinjerto renal. Más aún, se trata de los procedimientos de prueba cruzada a la luz de su capacidad para identificar la inmunidad importante del receptor contra el donador y su correlación con los resultados del injerto.

Inmunosupresores	1081
-------------------------------	-------------

Barry D. Kahan y Rafik Ghobrial

Los buenos resultados actuales del trasplante de órganos se deben, en gran medida, a los progresos del tratamiento inmunosupresor. Se han logrado progresos desde la estrategia citotóxica que se acompañaba de una tasa alta de morbilidad hasta la estrategia que busca cambiar la actividad de las células que regulan la reacción inmunitaria, con objeto de obstaculizar de manera selectiva las reacciones contra el donador. En este artículo se ofrece una revisión amplia de la matriz clínica de los inmunosupresores, que incluye diversas combinaciones de agentes farmacológicos ajustados para volver mínima la toxicidad y fomentar la eficacia.

Donación y obtención de órganos	1109
--	-------------

Charles T. Van Buren y Omar Barakat

La donación de órganos que salvan vidas y la cosecha de los mismos con buenos resultados constituyen un proceso complejo que requiere coordinación de muchos

equipos de trasplante. Una vez declarada la muerte cerebral, valorar lo adecuado que es el donador desde el punto de vista médico y efectuar los arreglos de acercar entre sí a los equipos de cirujanos apropiados para la obtención de los órganos en responsabilidad de la organización encargada de la procuración de éstos. Es necesario un criterio operatorio meticulado para el donador de órganos múltiples a fin de volver máximos los beneficios para los receptores potenciales de los órganos de cadáver.

Preservación de órganos..... 1139

Anthony M. D'Alessandro, James H. Southard, Robert B. Love y Folkert O. Belzer

Se requiere la preservación de órganos durante 24 a 30 horas aproximadamente en el caso de la mayor parte de los órganos de cadáver. Se ha logrado este nivel de preservación para páncreas, hígado y riñón, y son muy pocos los órganos que se desperdician en algún momento porque se haya excedido de los tiempos seguros de preservación. Esta se efectúa mediante almacenamiento simple bajo refrigeración después del lavado vascular con la solución preservadora. La preservación de corazón y pulmón se limita en la actualidad a un tiempo de cuatro a ocho horas. Aunque la solución de preservación puede ofrecer eficacia para estos órganos durante un plazo cercano a 12 horas, no ha podido establecerse aún un método ideal para conservarlos. En este artículo se proporciona la experiencia clínica de los autores en la preservación de los órganos para el trasplante clínico.

Trasplante renal..... 1153

Barry J. Browne y Barry D. Kahan

El trasplante renal es el tratamiento de mejor clase para los pacientes con enfermedad renal de etapa terminal. Los autores ofrecen un criterio razonado para los cuidados preoperatorios, transoperatorios y posoperatorios requeridos a fin de que tenga buenos resultados la asistencia del paciente.

Complicaciones técnicas del trasplante renal..... 1175

Angel J. M. Amante y Barry D. Kahan

En este artículo se revisan las complicaciones técnicas del trasplante renal que pueden manifestarse de manera temprana o tardía durante el período subsecuente al trasplante. Se habla de las complicaciones que se originan desde el momento en que se prepara el lecho para el trasplante hasta el establecimiento de la continuidad de las vías urinarias. La conducta enérgica para diagnosticar con prontitud y tratar de manera expedita estas complicaciones ofrece mejores resultados con menos pérdidas de los injertos y reducción de la morbilidad.

Trasplante de hígado: los últimos 10 años 1191

*R. Patrick Wood, Claire F. Ozaki, Stephen M. Katz,
Howard P. Monsour, Jr, Charles H. Dyer y Thomas D. Johnston*

El trasplante de hígado es el tratamiento ordinario de muchos pacientes que padecen hepatopatía aguda o crónica. Durante los 10 últimos años se han producido diversos cambios cuyo resultado ha sido modificación del procedimiento de trasplante

hepático. En este artículo se revisan los cambios mencionados y se presentan muchos de los aspectos controvertidos del proceso de trasplante de hígado.

Complicaciones quirúrgicas del trasplante de hígado 1215

Claire F. Ozaki, Stephen M. Katz, Howard P. Monsour, Jr., Charles H. Dyer y R. Patrick Wood

Aunque los refinamientos de las técnicas quirúrgicas y anestésicas del trasplante de hígado han mejorado los resultados, persiste alta la incidencia de complicaciones quirúrgicas. Las vasculares, biliares, intestinales, de la herida y de tipo hemorrágico siguen produciendo morbilidad después del trasplante de hígado. Pruebas diagnósticas enérgicas y reoperación se conservan como partes integrales de los cuidados posoperatorios.

Progresos en trasplante cardíaco 1229

O. H. Frazier y Michael P. Macris

En este artículo se resumen los criterios generales del trasplante cardíaco, entre ellos selección de los receptores y asistencia previa al trasplante, selección de los donadores, técnica quirúrgica, tratamiento de las complicaciones perioperatorias, procedimientos para inducir y conservar la inmunosupresión. Se incluyen también los progresos en la asistencia del rechazo y la infección. La arteriopatía coronaria es la causa más frecuente de muerte tardía a pesar de la mejoría de los regímenes inmunosupresores, los agentes antiplaquetarios y los fármacos que controlan a los lípidos. Aún así, se ha mejorado de manera notable la supervivencia a largo plazo. Se ofrece una breve descripción de la experiencia del Texas Heart Institute con 532 trasplantes cardíacos.

Trasplante de páncreas 1245

Hans W. Sollinger y Stuart R. Geffner

Durante el último decenio se han logrado progresos notables en el campo del trasplante de páncreas. Se han obtenido los mejores resultados en pacientes que reciben un trasplante simultáneo de páncreas y riñón en el que se recurre a la técnica de drenaje de vejiga. Se ha comprobado una mejoría global de las complicaciones secundarias de la diabetes en pacientes que reciben injertos pancreáticos con buenos resultados. El trasplante de células insulares pancreáticas se conserva, en la actualidad, prácticamente dentro del campo experimental.

Trasplante de intestino delgado 1259

Sami Asfar, Robert Zhong y David Grant

Se revisan problemas, progresos y posibilidades futuras del trasplante de intestino delgado. Entre los progresos recientes se encuentran creación de técnicas para el trasplante combinado de hígado e intestino delgado con buenos resultados, el trasplante de intestino delgado aislado y el trasplante de colon. El trasplante de intestino parece destinado a convertirse en el tratamiento preferido para los que experimentan insuficiencia intestinal de etapa terminal. Es necesario refinar los métodos actuales para lograr: 1) tasas más bajas de rechazo e infecciones, y 2) función más sostenida del injerto.

Consideraciones especiales para el paciente de trasplante que requiere otras operaciones 1275

Thomas D. Johnston y Stephen M. Katz

El cirujano que planea una operación en un paciente de trasplante debe considerar con respeto saludable la ejecución de este procedimiento, pero no con miedo. Los inmunosupresores cambian la reacción del individuo al estrés quirúrgico y vuelven lenta la cicatrización. El estado de inmunosupresión incrementa la susceptibilidad del sujeto a las infecciones. Por estos motivos, es necesario tomar ciertas precauciones. Pero el cirujano cuidadoso puede llevar a cabo la operación necesaria con muy buenos resultados en el paciente de trasplante.

Complicaciones infecciosas en los receptores de trasplantes de órganos sólidos 1287

Veronika Nicholson y Philip C. Johnson

Infección y rechazo del aloinjerto siguen siendo las causas principales de morbilidad y mortalidad en el paciente que ha recibido un trasplante de órgano sólido. Ha disminuido la incidencia de las complicaciones infecciosas gracias a los antibióticos profilácticos y al mejoramiento de las técnicas quirúrgicas. Las infecciones que ocurren después del trasplante varían en su patrón pronosticable según el órgano que se ha trasplantado y la evolución después del trasplante. Los dos factores de mayor trascendencia que predisponen a las infecciones en el paciente de trasplante son uso de órganos de cadáver y tratamiento repetido del rechazo recurrente o persistente. Es importante investigar al donador y al receptor en busca de los posibles riesgos de enfermedad infecciosa para evitar que se reactive una infección latente y se efectúe transferencia de la infección desde el donador hacia el receptor, lo mismo que para volver mínimas las infecciones transoperatorias e intranosocomiales. Las complicaciones infecciosas requieren diagnóstico oportuno y tratamiento temprano para lograr la curación. Se requiere valoración ulterior para la elaboración de inmunosupresores, regímenes antibióticos profilácticos y antimicóticos que sean más específicos.

Lesiones malignas 1311

Israel Penn

Aparecieron 7 796 cánceres como lesiones nuevas en 7 316 receptores de trasplantes de órganos. El tiempo promedio de aparición fue de 61 meses después del trasplante. Las lesiones malignas frecuentes fueron carcinomas de piel y labios, linfomas no Hodgkin, sarcoma de Kaposi, carcinomas de vulva y perineo, carcinomas in situ de cuello uterino, tumores hepatobiliares y diversos sarcomas (con exclusión del de Kaposi). En muchos casos, los tumores tuvieron un comportamiento más dañino que sus contrapartes en la población general.

Aspectos de los costos en trasplante 1323

Paul W. Eggers y Lawrence E. Kucken

Se han logrado progresos clínicos de primera importancia en los últimos años en el trasplante de órganos sólidos. Con excepción del trasplante de riñón, se dispone de muy poca información digna de confianza en cuanto a los costos del trasplante. En este artículo se habla de los problemas para valorar tales costos y se sugieren

recomendaciones sobre los criterios de investigación. Se ha señalado que las listas de espera de la United Network for Organ Sharing son buenas fuentes para el estudio de dichos costos.

Indice alfabético 1333

ORGANIZACIONES

1144

UNIVERSIDAD DE CALIFORNIA
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, DIVISION OF GENERAL INTERNAL MEDICINE

1145

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, DIVISION OF GENERAL INTERNAL MEDICINE

1146

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, DIVISION OF GENERAL INTERNAL MEDICINE

PERSONAS

1147

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, DIVISION OF GENERAL INTERNAL MEDICINE

1148

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, DIVISION OF GENERAL INTERNAL MEDICINE

1149

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
SCHOOL OF PUBLIC HEALTH, DIVISION OF GENERAL INTERNAL MEDICINE