

Trasplante Intestinal

En relación al trabajo publicado en nuestra *Revista de Gastroenterología de México* en el número 3, del volumen 59, correspondiente a julio-septiembre de 1994 que se intitula "¿Es una realidad el trasplante intestinal?" de los Dres. Mónica Erbesd López y Amado de Jesús Athie¹, deseo hacer las siguientes consideraciones:

1. En un artículo de revisión se supone que los autores son expertos en el área que se plantea y por el contenido del artículo no parece ser el caso, ya que los autores sólo comentan los estudios experimentales y plantean la "posibilidad" de que se pueda realizar el trasplante de intestino, siendo que existen programas de trasplante ya establecidos en el mundo que cubren no solamente aspectos experimentales sino clínicos, con buenos resultados en esta segunda parte; por lo que el artículo adolece incluso de una revisión bibliográfica adecuada.
2. Se debería comentar -como ya se mencionó- los trabajos clínicos, en especial los desarrollados en Pittsburgh con los Dres. Starzl, Tzakis, Todo y colaboradores que tienen más de 40 trasplantes intestinales en humanos con una supervivencia del 80% en un periodo de 4 a 36 meses; el otro grupo importante, en relación al trasplante intestinal, es el de Omaha, Nebraska con los Dres. Shaw y Langnesen donde se tienen 16 pacientes con trasplante del intestino delgado, con resultados semejantes a los del grupo de Pittsburgh. En este último programa tuve la oportunidad de ser parte del equipo en varios de ellos, durante mi estancia en Omaha a fines del año próximo pasado. Este aumento en la supervivencia ha estado relacionado con la introducción del FK 506 (Tacrolimus [Prograf]) y se espera que su evolución sea similar con la introducción de la ciclosporina neoral, la cual ha mostrado resultados semejantes al FK 506, al menos en las experiencias iniciales².
3. Una omisión importante por parte de los autores, es que en México presentamos el único caso de trasplante de intestino delgado que fue un éxito quirúrgico, si embargo, a 4 días de darse de alta del hospital (al mes del trasplante) presentó lo que los autores del artículo en discusión mencionan, sepsis por contaminación del catéter de alimentación parenteral, lo cual llevó al paciente a la muerte, sin que existieran evidencias de rechazo del órgano trasplantado. Como elemento que produjo el cuadro séptico y que provocó el fallecimiento del paciente, se aisló *Aspergillus*, que es la etiología más frecuente en este tipo de complicaciones y desenlace. Este reporte está publicado como abstracto³ y está en vías de ser publicado como artículo en nuestra revista.
4. Por último y creo lo más importante, es que nuestra revista debe ser respetada bajo sus reglamentos, en donde se menciona que los artículos deben ser originales y no haber sido enviados a otras revistas para su publicación y los autores publicaron el mismo artículo con el nombre de "Trasplante Intestinal" en la *Revista Médica La Salle*, en el Núm 2, volumen XV, abril-junio de 1994⁴. Los autores podrían defenderse señalando que el título es diferente, que el que apareció en nuestra revista es más extenso y que el número de referencias también es diferente, sin embargo, en el contenido común de ambas revistas no se modificó ni un punto, ni una coma.

1. Erbesd M, Athie AJ. ¿Es una realidad el trasplante intestinal? *Rev Gastroenterol Méx* 1994;59:238-45.
2. Todo S, Tzakis A, Abu-Elmagd K, Reyes V, Starzl T. Current status of intestinal transplantation. *Advances in Surgery* vol. 27, Mosby-Year Book Inc. 1994:295-315.
3. Juárez F, Cano L, Gómez Mejía A y cols. Trasplante de intestino delgado: primera experiencia en Latinoamérica. *Rev Gastroenterol Méx* 1992;57(supl 3):257.
4. Erbesd M, Athie AJ, Ibáñez R. Trasplante intestinal. *Rev Med La Salle* 1994;XV:91-102.

Dr. Federico J. Juárez de la Cruz
Jefe de la Unidad de Trasplantes. Hospital de Especialidades Núm. 71,
Centro Médico Nacional Torreón. IMSS.

Derivaciones Intrahepáticas Portosistémicas por Vía Transyugular (TIPS)

Quienes hemos seguido con interés y participado en el estudio y tratamiento de los enfermos con hipertensión porta, recibimos siempre con esperanza los nuevos procedimientos prometedores de mejores resultados para el manejo de este difícil problema, hasta hoy no resuelto.

Así, hemos visto la evolución de las técnicas quirúrgicas, el desarrollo y perfeccionamiento de los métodos endoscópicos, y el avance de la terapéutica farmacológica. En este contexto, la aparición del procedimiento de Derivación Portosistémica Intrahepática por Vía Transyugular (TIPS), constituye un método que interesa a los gastroenterólogos y cuya evolución seguimos de cerca.

El artículo de Ferral y cols., *Rev Gastroenterol Mex* 59:317-323, 1994, se exponen con detalle y precisión los principales conocimientos que se han adquirido sobre el tema.

La experiencia acumulada hasta la fecha, permite concluir lo siguiente:

- 1) La colocación de TIPS ha sido útil en el corto plazo como tratamiento de los enfermos con sangrado agudo o recidivante que no han respondido al tratamiento farmacológico y/o endoscópico y que no son candidatos viables a tratamiento quirúrgico por su estadio clínico avanzado.
- 2) La colocación de TIPS también ha sido útil como tratamiento "puente", en los enfermos con hemorragia que se encuentran en espera para trasplante ortotópico del hígado.
- 3) En cambio, aún no se ha demostrado que la colocación de TIPS tenga efecto benéfico a largo plazo en la prevención de nuevos episodios de sangrado, ascitis, hidrotórax cirrótico o síndrome de Budd - Chiari. Para demostrarlo, se necesitan conducir estudios clínicos aleatorios y con ello será posible conocer las indicaciones finales.

Como se señala en el artículo, la curva de aprendizaje de este procedimiento es larga y requiere de radiólogos intervencionistas expertos. La principal causa de morbilidad hoy día, es sin duda la alta frecuencia de estenosis y obstrucción de la prótesis. Debido a ello, después de instalar una prótesis es necesario vigilar estrechamente al paciente para comprobar su funcionamiento; esto se realiza con facilidad por medio del ultrasonido Doppler - Color, y en caso de detectar mal funcionamiento, las prótesis son fácilmente reabordables, de tal modo que es posible dilatarlas mediante un catéter balón de angioplastia o si fuera necesario instalar una segunda prótesis por dentro de la primera para corregir esta situación. Estamos seguros que modificaciones técnicas y en los materiales con los que se fabrican las prótesis superarán este problema en un futuro.

Radiólogos y gastroenterólogos debemos seguir atentos a la evolución de la técnica e iniciar los estudios controlados que permitan definir los resultados de este procedimiento, que ocupa ya un lugar en el tratamiento de la hipertensión porta.

Dr. Miguel Stoopen
Director del Centro de Diagnóstico por Imagen.
C.T. Scanner de México.