

Los tejidos compuestos sólo suponen el 1% de los injertos

→ El II Congreso de la Sociedad Española de Trasplante ha dedicado un apartado a debatir las tendencias y las perspectivas futuras de los

trasplantes de tejidos compuestos. Estos injertos siguen siendo minoritarios, pero han aumentado las solicitudes de valoración de casos.

■ Redacción

Los trasplantes de tejidos compuestos son, según ha explicado Jaume Martorell, del Servicio de Inmunología de Trasplantes del Hospital Clínic de Barcelona, en el II Congreso de la Sociedad Española de Trasplante, que se clausuró ayer en Madrid, "poco numerosos, novedosos y mediáticos". De hecho, sólo representan el 1 por ciento de todos los trasplantes que se llevan a cabo.

Martorell ha recordado que "este tipo de intervenciones pueden provocar más complicaciones, dado que generalmente incluyen piel del donante, que al ser por sí misma un barrera contra las infecciones, tiene una mayor capacidad de estimular la respuesta inmune del re-

La principal complicación de estos trasplantes es el rechazo mediado por aloanticuerpos, que son resistentes a los inmunosupresores clásicos

ceptor". No obstante, "la inclusión de huesos, que contienen médula ósea del donante, puede resultar en un posible mecanismo de inducción de tolerancia".

Inmunosupresión
Los pacientes suelen recibir inmunosupresores clásicos con el fin de que "bloqueen, por una parte, la proliferación de linfocitos que destruyen el injerto y, por otra, eviten que los linfocitos ataquen al injerto", ha expuesto el experto.

La principal complicación de estos trasplantes es el rechazo mediado por aloanti-

cuerpos, que se caracterizan por ser resistentes a los inmunosupresores clásicos.

Potenciar la capacidad de regeneración de tejidos e inducir tolerancia específica son los dos grandes retos actuales. Sin embargo, el especialista ha recalcado que, "a pesar de los numerosos estudios y experimentos llevados a cabo, sólo se ha conseguido en una decena de ocasiones". La clave reside en conocer mejor el sistema inmunológico y en saber cómo y por qué se producen los aloanticuerpos.

En el marco del congreso,

Programa de Trasplante de Cara del Hospital Universitario Valle de Hebrón, de Barcelona, ha explicado lo que supuso el primer trasplante facial completo, realizado por su equipo en 2010.

Durante la intervención del paciente, que no podía respirar, tragar o hablar normalmente, recibió nuevos músculos faciales, nariz, pómulos, labios, mandíbula, paladar y dientes. Barret ha confirmado que, en estos momentos, "Oscar, el paciente, evoluciona satisfactoriamente, sigue los controles como cualquier trasplante y lleva una vida normal". El especialista ha señalado que, desde que realizó esta intervención, las solicitudes para valorar casos han aumentado.