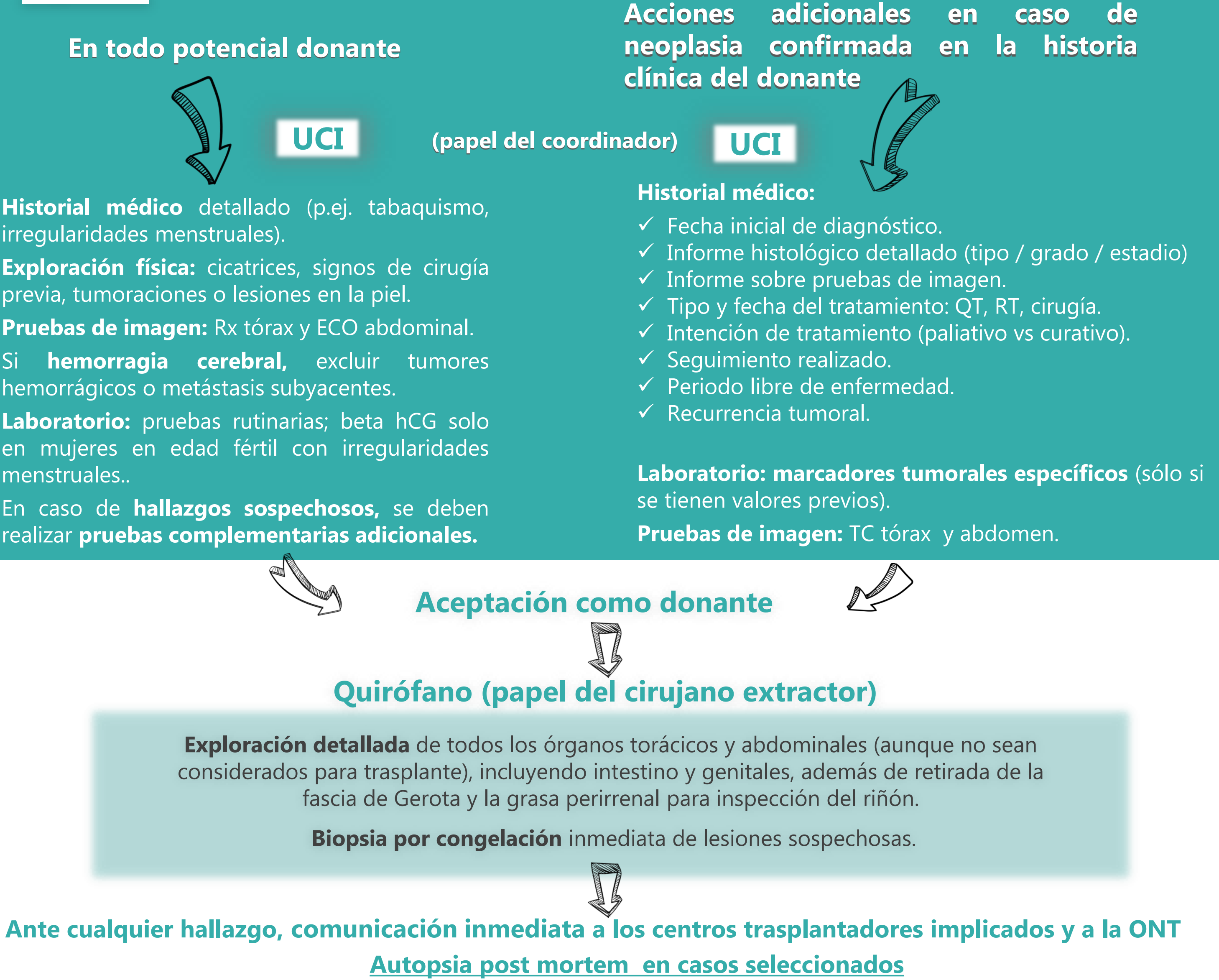


Documento de consenso sobre la evaluación del donante de órganos para prevenir la transmisión de enfermedades tumorales

Criterios de Selección del Donante de Órganos Sólidos en Relación a las Enfermedades Tumorales

A través del trasplante de órganos se pueden transmitir neoplasias procedentes de donantes con tumores malignos o desconocidos en el momento de la donación, aunque el riesgo de transmisión es reducido con una cuidadosa selección de los donantes.

Algoritmo para la detección/valoración de neoplasias en potenciales donantes de órganos



Recomendaciones para la valoración del riesgo de transmisión de malignidad del donante

La siguiente **clasificación del riesgo de transmisión** es la utilizada en el documento de consenso, si bien los profesionales a cargo de la aceptación y el trasplante del órgano tienen la responsabilidad final sobre su utilización en un receptor particular, en base a una **valoración riesgo/beneficio y a la situación clínica del paciente**.

Riesgo	Recomendaciones
Mínimo (<0,1%)	Donante aceptable para todos los órganos y todos los receptores.
Bajo (0,1-1%) – Intermedio (1-10%)	Donante aceptable, justificado por la situación clínica específica del receptor, basado en un análisis riesgo-beneficio.
Alto (>10%)	La aceptación puede ser debatida en casos excepcionales y para algunos trasplantes vitales en ausencia de otra opción terapéutica, realizando una valoración caso a caso, tras un análisis cuidadoso del riesgo-beneficio y con el consentimiento informado del paciente.
Inaceptable	Contraindicación absoluta por una enfermedad neoplásica activa y/o enfermedad metastásica.

Tumores de órganos sólidos

Las recomendaciones clasifican los tumores en función del riesgo de transmisión. En general, se asume que **los donantes con tumores considerados curados**, después de un tratamiento completo, un seguimiento estricto adecuado y sin sospecha de recidiva de la enfermedad o metástasis, **pueden ser aceptados para receptores seleccionados**.

La probabilidad de curación y el riesgo de metástasis difieren entre los diferentes tumores dependiendo de su tipo histológico, estadio, grado y tratamiento.

En la evaluación de potenciales donantes que han sobrevivido a largo plazo tras un proceso neoplásico tratado agresivamente con éxito, **debe tenerse en cuenta el riesgo incrementado de una segunda neoplasia**.

Deben tenerse en cuenta los cambios en las últimas décadas en la terminología utilizada para el estadiaje y la clasificación de los tumores y reevaluar la histopatología y el grado del tumor en base al avance del conocimiento.

- ✓ Debe realizarse una **valoración individual del riesgo-beneficio** para cada potencial receptor.
- ✓ Debe obtenerse **consentimiento informado** del receptor o de su representante legal: **toma de decisiones compartida**.
- ✓ Todo receptor que recibe un órgano de un donante con historia de cáncer debe someterse a **pruebas adicionales, monitorización y tratamiento según sea apropiado**, además de su seguimiento rutinario

Si se confirma un antecedente tumoral, y se dispone de información previa sobre marcadores tumorales, debe solicitarse una nueva determinación para valorar la situación actual.

CÁNCER COLORRECTAL

- ✓ **Diagnosticado durante la donación:** se puede aceptar, con mucha cautela, donantes con tumores pT1 (AJCC 8ª Edición) asumiendo **un alto riesgo de transmisión**.
- ✓ No deben ser aceptados los pacientes con estadios más elevados (**riesgo inaceptable**).
- ✓ **Diagnosticado previamente:** en el carcinoma colorrectal pT1/pT2 (infiltración submucosa/ muscular, A-B Dukes), sin metástasis en ganglios linfáticos ni a distancia, se asume **un bajo riesgo de transmisión** si se ha realizado un tratamiento adecuado y la supervivencia libre de enfermedad es >5 años.
- ✓ El riesgo aumenta con el estadio, debiendo tenerse en cuenta la probabilidad estimada de curación.

TUMORES NEUROENDOCRINOS

- ✓ **Diagnosticados durante la donación:** **riesgo inaceptable** para la donación de órganos.
 - ✓ **Diagnosticado previamente:** los donantes con antecedentes de **neoplasia neuroendocrina de alto grado tratada se consideran de alto riesgo**.
- Los donantes con historia previa (> 5 años) de tumor neuroendocrino de bajo grado (tumor carcinoide, PCC y PGL) sin ningún tipo de recidiva o progresión de la enfermedad, deben considerarse de alto riesgo en ausencia de información suficiente para guiar la práctica.

CÁNCER DE CÉLULAS RENALES

- ✓ **Diagnosticado durante la donación:**
- | Estadio/Grado | Riesgo de transmisión |
|---|--|
| CCR <1 cm (T1a AJCC)
Grado 1/2 OMS/ISUP | Riesgo mínimo |
| CCR 1-4 cm (T1a AJCC)
Grado 1/2 OMS/ISUP | Riesgo bajo (mínimo para riñón contralateral y otros órganos no afectados por CCR) |
| CCR 4-7 cm (T1b AJCC)
Grado 1/2 OMS/ISUP | Riesgo intermedio |
| CCR >7 cm (T2 AJCC)
Grado 1/2 OMS/ISUP | Alto riesgo |
| Grado 3/4 OMS/ISUP | |
| Metástasis (T3-4) | Contraindicación del trasplante |
- La presencia de rasgos sarcomatoides o rabdoideos en la histología es una contraindicación para la utilización de cualquier órgano de ese donante.
- ✓ **Diagnosticado previamente:**
- Durante los primeros 5 años tras el diagnóstico inicial, las **categorías de riesgo se corresponden con las previamente descritas** (CCR diagnosticado durante la donación) si no existe sospecha de recurrencia tumoral en el donante.
- Después de este tiempo, **el riesgo de los estadios avanzados puede disminuir**.

NEOPLASIAS HEMATOPOYÉTICAS y MIELOPROLIFERATIVAS (NMP)

LEUCEMIA, LINFOMA y PLASMOCITOMA

Diagnosticado durante la donación

Estos cánceres se consideran de **riesgo inaceptable** para la donación de órganos.

Diagnosticado previo a la donación

Asumiendo **un alto riesgo**, podría considerarse la donación en casos de linfomas y leucemias agudas tratadas tras intervalo libre de enfermedad >10 años, tras valoración riesgo-beneficio.

NEOPLASIAS MIELOPROLIFERATIVAS

Diagnosticado durante la donación

Los órganos procedentes de estos donantes sólo deben aceptarse para trasplante con **mucha precaución y después de consultar a un oncohematólogo** con experiencia.

Diagnosticado previo a la donación

Podría ser razonable aceptar donantes con **diagnóstico previo de NMP** para receptores seleccionados, especialmente **confirmadas hace años y con buena respuesta al tratamiento**, tras evaluación individual.

Debemos tener en cuenta el carácter sistémico de estas enfermedades, y la falta de evidencia sobre su comportamiento en el contexto del trasplante de órganos.

CA. ESÓFAGO,GÁSTRICO,HEPÁTICO, PANCREÁTICO y BILIAR

Diagnosticado durante la donación: se asocia con un **riesgo inaceptable** para la donación.

- ✓ **Diagnosticado previamente:** Se considera de **alto riesgo** debido a su agresividad.
- El riesgo puede disminuir en estadios tempranos después de **tratamiento curativo, con un tiempo libre de enfermedad >5 años y probabilidad gradual de curación**.

GIST

Riesgo de transmisión	
GIST < 2 cm de estómago o duodeno, o índice mitótico <5%	Riesgo bajo-moderado*
GIST >2 cm, o de otros focos, o índice mitótico alto	Riesgo alto

* En el caso de antecedente, este riesgo puede ser incluso mínimo, dependiendo del tratamiento, el tiempo de seguimiento y la supervivencia libre de enfermedad .

CÁNCER OROFARÍNGEO

- ✓ **Diagnosticado durante la donación:** **riesgo inaceptable** para la donación.
 - ✓ **Diagnosticado previamente:** **alto riesgo** debido a su agresividad.
- Dependiendo del **estadio inicial, el grado, el tratamiento y el tiempo de supervivencia sin recurrencia tumoral (> 5 años)**, puede disminuir la categoría de riesgo de manera individualizada.

CÁNCER de OVARIO

- ✓ **Diagnosticado durante la donación:** **riesgo inaceptable** para la donación.
 - ✓ **Diagnosticado previamente:** **alto riesgo** debido a su agresividad.
- Dependiendo del **estadio inicial, el grado, el tratamiento y el tiempo de supervivencia sin recurrencia tumoral (> 5 años)**, puede disminuir la categoría de riesgo de manera individualizada.

CÁNCER DE MAMA

Diagnosticado durante la donación:

- ✓ **Riesgo inaceptable** para la donación.

- ✓ **Diagnosticado previamente:** los órganos pueden ser aceptados en casos seleccionados **tras tratamiento completo, remisión completa y un seguimiento estricto durante 5 años**.
- ✓ Estadio 1A (AJCC 8ª Edición) con cirugía curativa y tiempo libre de enfermedad > 5 años se asocia a **riesgo bajo-intermedio de transmisión**.
- ✓ Todos los tumores invasivos conllevan un **alto riesgo de transmisión**, independientemente de la presunta supervivencia libre de enfermedad y el tratamiento.
- ✓ Se considera que el **Carcinoma ductal in situ (CDIS) de grado nuclear alto** tiene un **riesgo de transmisión de bajo a intermedio**.

MELANOMA MALIGNO

✓ **Diagnosticado durante la donación:** dada la agresividad de este tumor, **el riesgo se considera inasumible para la donación**.

- ✓ **Diagnosticado previamente:** debe considerar **el alto riesgo de transmisión** aun tratado. Si se dispone de información precisa sobre el donante, relativa al estadio, tratamiento, seguimiento y supervivencia libre de enfermedad y la evaluación por un dermatólogo oncológico indica baja probabilidad de recidiva y metástasis, la donación de órganos se podría considerar para algunos receptores seleccionados.
- ✓ El melanoma in situ y el lentigo maligno se considera que presentan un riesgo de bajo a intermedio de transmisión.

CÁNCER DE PULMÓN

Diagnosticado durante la donación: cualquier tipo histológico se asocia con un **riesgo inaceptable** para la donación.

- ✓ **Diagnosticado previamente:** aun tratado, se considera asociado a **un riesgo alto de transmisión, que puede disminuir tras tratamiento curativo, tiempo libre de enfermedad y probabilidad creciente de curación**.

CÁNCER DE PRÓSTATA

Diagnosticado durante la donación:

Gleason	Riesgo transmisión
Gleason <7	Riesgo mínimo
Gleason 7	Riesgo bajo-intermedio
Gleason >7 intraprostático	Alto riesgo

Los donantes con tumores de *extensión extra-prostática* deben **excluirse del proceso** de donación (riesgo inaceptable).

- ✓ **Diagnosticado previamente:**

Estadio ≤pT2 y Gleason ≤ 6 con tratamiento curativo	Riesgo mínimo
Gleason ≤ 6 y tamaño muy pequeño en vigilancia activa	
Estadio ≤pT2 y Gleason <7 con tratamiento curativo y libre de enfermedad > 5 años	Riesgo bajo
Estadio ≤pT2 y Gleason 7, tratamiento curativo y libre de enfermedad > 5 años	
Estadio >T2 o Gleason >7 o Tiempo libre de enfermedad <5 años	Evaluación individualizada
Extensión extra-prostática	Alto riesgo

TUMORES PRIMARIOS DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL

Los dos factores más importantes a tener en cuenta en la valoración del riesgo de transmisión de tumores del SNC a través del trasplante de órganos son:

- El **grado de la OMS** del tumor, determinado por la histología.
- **Intervenciones realizadas** (cirugía, derivaciones, quimioterapia y radioterapia).

De esta forma, a mayor grado de la OMS (grado III o IV) y mayor número de intervenciones, **mayor será el riesgo de transmisión tumoral**. El diagnóstico específico del tumor debe utilizarse como información de apoyo.

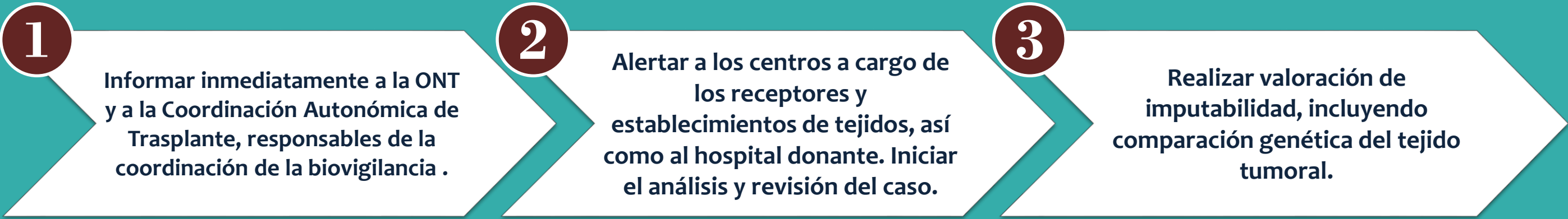
El *linfoma cerebral primario* supone un **riesgo inaceptable** de transmisión tumoral.

CARCINOMA IN SITU

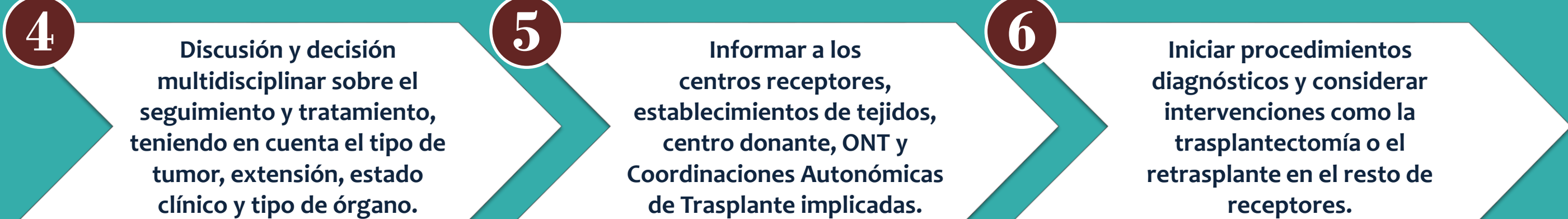
Las siguientes recomendaciones se aplican tanto a carcinomas in situ diagnosticados durante la donación como previamente.

Tipo de carcinoma in situ	Riesgo de transmisión
Útero, colon, mama (solo bajo grado), piel no melanoma, cuerda vocal	Riesgo mínimo
Neoplasia intraepitelial pancreática o biliar no invasiva (para órganos no páncreas/hígado, respectivamente)	
Vejiga: no invade la muscular, urotelial in situ (pTis), o intraepitelial urotelial papilar (pTa/G _{1,2})	Riesgo mínimo para Tx no renal Riesgo alto para Tx renal
Mama in situ de alto grado, pulmón in situ o melanoma in situ/lentigo maligno	Riesgo bajo - intermedio

Pasos a seguir en caso de sospecha de transmisión tumoral en un receptor



Pasos a seguir en caso de transmisión tumoral confirmada



Referencias

Documento de consenso sobre la evaluación del donante de órganos para prevenir la transmisión de enfermedades tumorales 2025. Disponible en: https://www.ont.es/wp-content/uploads/2025/01/DOC-CONSENSO-TUMORES_2025.pdf

Para ampliar la información y otro tipo de neoplasia, consultar el texto completo del documento

Fecha de realización Infografía: enero 2026