

www.sethepatico.org

SOCIEDAD
ESPAÑOLA DE
TRASPLANTE
HEPÁTICO

LIBRO DE
RESÚMENES

PABELLÓN DE LA NAVEGACIÓN
27º CONGRESO SETH
16-18 OCTUBRE 2019

SEVILLA

ORGANIZA



Fundación
Sociedad Española
de Trasplante Hepático

Hospital Universitario
Virgen del Rocío



Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

PATROCINADORES PRINCIPALES



ÍNDICE

Patrocinadores principales	2
Comités	4
Programa científico	5
Ponencias invitadas	11
Comunicaciones orales	19
Pósters	37
Índice de ponentes y autores	91

COMITÉS

JUNTA DIRECTIVA DE LA SETH

Presidente

José Antonio Pons

Vicepresidente

Miquel Navasa

Tesorero

Gerardo Blanco

Secretario

Mikel Gastaca

Vocales

Jordi Colmenero

Miguel Ángel Gómez Bravo

Javier Nuño

COMITÉ CIENTÍFICO DE LA SETH

Secretario

Jordi Colmenero

Vocales

Ana Arias

Itxarone Bilbao

Francisco Javier Bustamante

Eva María Montalvá

Juan Manuel Pascasio

Baltasar Pérez Saborido

Manuel Rodríguez Perálvarez

COMITÉ ORGANIZADOR

Presidente

Miguel Ángel Gómez Bravo

Vicepresidente

Juan Manuel Pascasio

Vocales

José María Álamo

Javier Ampuero

Pablo Beltrán

Carmen Bernal

Carmen Cepeda

Teresa Ferrer

Álvaro Giraldez

Luís Miguel Marín

Javier Padillo

Juan Pérez

Manuel Romero

José Manuel Sousa

Gonzalo Suárez



**PROGRAMA
CIENTÍFICO**

PROGRAMA CIENTÍFICO

MIÉRCOLES, 16 DE OCTUBRE

14.15 – 15.30

ASAMBLEA DE LOS REPRESENTANTES DEL RETH

15.30 – 17.00

MESA REDONDA 1: EXPANSIÓN DE CRITERIOS DE DONANTE Y RECEPTOR

Moderador: Constantino Fondevila (Barcelona)

- **¿Cuáles son los límites del donante en asistolia en 2019?**
Patricia Ruiz (Bilbao)
- **¿Cuánta comorbilidad podemos asumir en el receptor?**
Magdalena Salcedo (Madrid)
- **Estrategias de perfusión de órganos subóptimos: ¿Es posible rescatarlos?**
Rubén Ciria (Córdoba)
- **DAA y situación de las listas de espera de trasplante hepático en España**
Inmaculada Fernández (Madrid)

17.00 – 17.20

CONCLUSIONES DEL CONSENSO EXTRAORDINARIO DE AMPLIACIÓN DE CRITERIOS DE TRASPLANTE HEPÁTICO SETH 2019

Moderador: Manolo Rodríguez Perálvarez (Córdoba)

Ponentes: Gloria Sánchez-Antolín (Valladolid), Miguel Ángel Gómez Bravo (Sevilla)

17.20 – 17.50

VISITA DE PÓSTERS Y CAFÉS

SESIÓN DE POSTERS 1

Moderadoras: Ana Arias (Madrid), Itxarone Bilbao (Barcelona)

PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS DE ESTUDIOS Y PROYECTOS COLABORATIVOS

Moderadores: Eva Montalvá (Valencia), Francisco Javier Bustamante (Bilbao)

17.50 – 18.35

SESIÓN DE VIDEOS

Moderadores: Trinidad Villegas (Granada), Fernando Pardo (Pamplona)

18.35 – 19.55

MESA REDONDA 2: RECEPTORES DE ALTO RIESGO: ¿PODEMOS HACERLO MEJOR?

Moderadores: Trinidad Serrano (Zaragoza), Juan Carlos Pozo (Córdoba)

- **¿Podemos predecir y evitar la recaída alcohólica?**
Santiago Tomé (Santiago de Compostela)
- **Obesidad y NASH en el trasplante hepático**
Laura Lladó (Barcelona)

- **Riesgo cardiovascular: evaluación pretrasplante y manejo postrasplante**
Gonzalo Crespo (Barcelona)
- **Síndrome hepatopulmonar e hipertensión portopulmonar y trasplante hepático: manejo en 2019**
José Manuel Sousa (Sevilla)

20.00 – 21.00

COPA DE BIENVENIDA

JUEVES, 17 DE OCTUBRE

09.00 – 10.40

MESA REDONDA 3: RETOS ORGANIZATIVOS

Moderadora: Alejandra Otero (A Coruña)

- **Transición de infantil a adulto en el trasplante hepático**
Jesús Quintero (Barcelona)
- **Alta hospitalaria rápida tras el trasplante hepático: a quién y cómo**
Gonzalo Rodríguez-Laiz (Alicante)
- **Control y seguimiento a largo plazo del paciente trasplantado hepático**
Carmen Vinaixa (Valencia)
- **La visión del paciente**
Pacientes: Benito Cádenas (Madrid), Eva Pérez Bech (Sevilla)

10.40 – 11.00

TOP PAPERS EN TRASPLANTE HEPÁTICO 2017-18

Moderador: Emilio Fábrega (Santander)

Ponente: Isolina Baños (Madrid)

11.00 – 11.30

VISITA DE PÓSTERS Y CAFÉS

SESIÓN DE POSTERS 2

Moderadores: Juan Manuel Pascasio (Sevilla), Baltasar Pérez Saborido (Valladolid), Manuel Rodríguez Perálvarez (Córdoba)

PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS DE ESTUDIOS Y PROYECTOS COLABORATIVOS

Moderadores: Eva Montalvá (Valencia), Francisco Javier Bustamante (Bilbao)

11.30 – 13.00

COMUNICACIONES ORALES I: NEOPLASIA Y TRASPLANTE HEPÁTICO

Moderadores: María Luisa Ortiz (Murcia), José Manuel Asencio Pascual (Madrid)

* OS1-1

APLICABILIDAD Y RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR IRRESECCABLE

C Dopazo (1), L Llado (2), A Hessheimer (3), C Fondevila (3), T Macarulla (4), B Navalpotro (5), E Ramos (3), J Fabregat (3), B Laquente (6), M Navasa (7), I Bilbao (1), R Charco (1)

(1) Barcelona, Hospital Universitario Vall D'Hebrón, Universidad Autónoma de Barcelona, (2) Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplantes, Hospital Universitario de Bellvitge, Universidad de Barcelona, Hospitalet de Llobregat, (3) Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplantes, Hospital Clínic de Barcelona, Universidad de Barcelona, (4) Servicio de Oncología, Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Universidad Autónoma de Barcelona, (5) Servicio de Radioterapia Oncológica, Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Universidad Autónoma de Barcelona, (6) Servicio de Oncología, Hospital Universitario de Bellvitge, Universidad de Barcelona, Hospitalet de Llobregat, (7) Unidad de Hepatología, Hospital Clínic de Barcelona, Universidad de Barcelona.

* OS1-2

INCIDENCIA E IMPACTO PRONÓSTICO DEL CÁNCER TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO: RESULTADOS DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA

M Rodríguez-Perálvarez (1), T Di Maira (2), G Crespo (3), P Salvador (4), S Pereira (5), A Fernández-Yunquera (6), T Serrano (7), I Herrero (8), R Gonzalez Grande (9), A Lopez Garrido (10), J Briceño (1), M Senosiain (3), C Bernal (4), A Caballero Marcos (5), S Lorente (6), J Colmenero (7), F Nogueras (10), M Iñarrairaegui (8), S Lopez Ortega (9), V Aguilera (2), A Valdivieso (3), C Borao (6), MD Espinosa Aguilar (10), J Jesús (7), M Jimenez (9), M Salcedo Plaza (5), F Rotellar (8), M Berenguer (2), M Navasa (7), M De la Mata (1), MA Gomez Bravo (4), M Gastaca (3)

(1) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, Hospital Universitario Reina Sofía, IMIBIC, CIBERehd, Córdoba, (2) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital La Fe e Instituto de Investigación sanitaria La Fe, CIBERehd, Valencia, (3) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERehd, Barcelona, (4) Unidad de Cirugía Hepatobiliar, Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital Universitario de Cruces, Bilbao, (5) Unidad de Cirugía de Trasplante Hepático. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, (6) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital General Universitario e Instituto de Investigación biomédica Gregorio Marañón, CIBERehd, Madrid, (7) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, (8) Unidad de Hepatología y Cirugía de Trasplante Hepático. Clínica Universitaria de Navarra, IdiSNA, CIBERehd, Navarra, (9) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital regional Universitario Carlos Haya, Málaga, (10) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital Virgen de las Nieves, Granada.

OS1-3

UTILIDAD DEL SCORE DEL “MODELO AFP” PARA PREDECIR LA RECIDIVA TUMORAL EN PACIENTES TRASPLANTADOS POR CARCINOMA HEPATOCLULAR (CHC) CON CRITERIOS DE MILÁN

ML Gonzalez-Dieguez (1), V Cadahia Rodrigo (1), V Jiménez Beltrán (1), C Alvarez Navascues (1), M Varela Calvo (1), C Garcia Bernardo (2), I Gonzalez-Pinto (2), M Rodríguez García (1)

(1) Hepatología, (2) Cirugía hepatobiliar, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

* OS1-4

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLO DE ADENOMAS COLORRECTALES EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO

A Bojorquez (2), J Otegui (1), M Quiñones (1), X Pérez (1), L Mora (3), E Toledo (4), M Betés (4), JI Herrero (1)

(1) Hepatología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, (2) Servicio de Digestivo, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, (3) Servicio de Digestivo, Hospital Santiago Apóstol, Miranda de Ebro, (4) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, Pamplona.

OS1-5

CINÉTICA DE ELIMINACIÓN DE CÉLULAS TUMORALES CIRCULANTES EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA SOMETIDOS A RESECCIÓN O TRASPLANTE HEPÁTICO

V Amado Torres (1), R Alejandro Altamirano (1), G Ferrín (1), S González Rubio (1), R Fernández González (1), M Sánchez Frías (2), J Zamora Olaya (1), R Ciria Bru (3), MD Ayllón (3), J Briceño (3), P Barrera Baena (1), A Poyato González (1), M De la Mata (1), M Rodríguez-Perálvarez (1)

(1) Unidad de Gestión Clínica Aparato Digestivo. Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, (2) Unidad de Gestión Clínica Anatomía Patológica, (3) Unidad de Gestión Clínica Cirugía General y del Aparato Digestivo. Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

* OS1-6

DONACIÓN HEPÁTICA EN ASISTOLIA CONTROLADA Y TÉCNICA SÚPER-RÁPIDA CON DONANTES MAYORES DE 70 AÑOS

F Alconchel (1), PA Cascales-Campos (1), D Ferreras Martínez (1), B Febrero (1), M Royo-Villanova (2), M Martínez (2), A Ríos (1), JM Rodríguez (1), JA Fernández (1), JA Pons (3), L Martínez-Alarcón (1), E Martínez-Barba (4), V López (1), F Sánchez-Bueno (1), R Robles (1), P Parrilla (1), P Ramírez (1)

(1) Cirugía General y del Aparato Digestivo, (2) Unidad de Cuidados Intensivos, (3) Medicina del Aparato Digestivo, (4) Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, IMIB-Virgen de la Arrixaca, Murcia.

OS1-7

CRITERIOS MORALES COMO PREDICTORES DE RECIDIVA Y SUPERVIVENCIA EN LOS PACIENTES TRASPLANTADOS POR HEPATOCARCINOMA

E González Tolaretxipi, E Toledo Martínez, A Lozano Nájera, S Castanedo Bezanilla, JA Echeverri Cifuentes, R Fernández Santiago, JI Fortea Ormaechea, FJ Castillo Suescun, JC Rodríguez Sanjuan

H.U. Marqués de Valdecilla

OS1-8

MARCADORES PRONÓSTICOS DE RECIDIVA DE HEPATOCARCINOMA EN PACIENTES TRASPLANTADOS

J Sanchez Segura, FJ Leon Diaz, S Nicolás de Cabo, D Cabañó Muñoz, B Sanchez Perez, JA Perez Daga, C Montiel Casado, J Santoyo Santoyo

UGC Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplantes, Hospital Regional Universitario de Málaga.

13.00 – 13.45

CONFERENCIA MAGISTRAL

Presenta: Miguel Ángel Gómez Bravo (Sevilla)

Abordaje multidisciplinar de las neoplasias en el entorno del trasplante hepático

Gonzalo Sapisochin (Toronto, Canadá)

13.45 – 15.00

ALMUERZO

15.00 – 17.00

COMUNICACIONES ORALES II: RECHAZO Y SELECCIÓN DE DONANTES

Moderadoras: Isabel Campos (Barcelona), Belinda Sánchez (Málaga)

* OS2-1

VALIDACIÓN EXTERNA E INDEPENDIENTE DE LA FUERZA PREDICTIVA DE LA EXPRESIÓN GÉNICA DE LOS GENES SENP6 Y FEM1C Y LOS MICRO RNAs miR31 Y miR95 EN TOLERANCIA OPERACIONAL AL TRASPLANTE HEPÁTICO

F Pérez Sanz (1), B Revilla Nuin (2), L Martínez Alarcón (3), JI Herrero Santos (4), P Ramírez Romero (5), R González Sánchez (6), JA Pons Miñano (6), A Baroja Mazo (3)

(1) Plataforma de Informática Biomédica y Bioinformática, Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria-Virgen de la Arrixaca, El Palmar-Murcia, (2) Plataforma de Genómica, Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria-Virgen de la Arrixaca, El Palmar-Murcia, (3) Cirugía Digestiva, Endocrina y Trasplante de Órganos Abdominales, Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria-Virgen de la Arrixaca, El Palmar-Murcia, (4) Unidad de Hepatología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, (5) Departamento de Cirugía General y Trasplante de Hígado, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar-Murcia, (6) Departamento de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar-Murcia.

*** OS2-2****MICRORNA 155-5p, 122-5p Y 181a-5p PERMITEN IDENTIFICAR PACIENTES CON DISFUNCIÓN DEL INJERTO POR RECHAZO EN LOS PRIMEROS MESES TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO**

P Ruiz (1), O Millán (2), G Crespo (1), M Brunet (2), M Navasa (1)

(1) Unidad de Trasplante Hepático, (2) Laboratorio de Farmacología y Toxicología. Hospital Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERehd, Universidad de Barcelona.

OS2-3**MIOCARDIOPATÍA DEL CIRRÓTICO: PREVALENCIA, REPERCUSIÓN Y EVOLUCIÓN DESPUÉS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO**

A Arias Milla (1), C Guadalix Sánchez (2), S García Gómez (3), L Benítez-Gutiérrez (1), AM Duca (1), MJ Citores Sanchez (4), V Cuervas-Mons Martínez (1)

(1) Unidad de trasplante hepático. Servicio de medicina interna. Hospital universitario Puerta de Hierro, Madrid, (2) Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid, (3) Servicio de cardiología. Hospital universitario Puerta de Hierro, (4) Instituto de Investigación Puerta de Hierro. Segovia de Arana IDIPHIMSA

OS2-4**RESULTADOS EN TRASPLANTE HEPÁTICO DE NOVO COMPARANDO DOS FORMULACIONES DE TACROLIMUS DE ACCIÓN PROLONGADA (ANÁLISIS INTERMEDIO DEL ESTUDIO PRETHI) : ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL**

I Bilbao Aguirre (1), MA Gómez Bravo (2), A Otero Ferreiro (3), L Lladó Garriga (4), JL Montero (5), L González Diéguez (6), J Graus (7), JA Pons (8)

(1) Cirurgia Hepatobiliar i Trasplantaments Digestius, Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, (2) Servicio Cirugía HepatoBiliar, Hospital Virgen del Rocío (Sevilla), (3) Servicio Hepatología, Complejo Hospitalario A Coruña, (4) Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitario de Bellvitge, (5) Servicio de Hepatología, Hospital Reina Sofía (Córdoba), (6) Servicio de Hepatología, Hospital Central Universitario de Asturias (Oviedo), (7) Servicio de Hepatología, Hospital Ramón y Cajal (Madrid), (8) Servicio de Hepatología, Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia)

OS2-5**LA INCOMPATIBILIDAD DONANTE/RECEPTOR PARA LOS ALELOS DE LA GLUTATION S-TRANSFERASA T1 CONSTITUYE UN FACTOR DE RIESGO PARA EL RECHAZO CRÓNICO DEL INJERTO HEPÁTICO**

JM Sousa (1), L Barrera Pulido (2), MA Gómez-Bravo (2), A Giráldez Gallego (1), MT Ferrer Ríos (1), JM Pascasio Acevedo (1), A Núñez-Roldan (3), I Aguilera (3)

(1) Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), (2) Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitario Virgen del Rocío, (3) Servicio de Inmunología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS)

OS2-6**ABSTINENCIA AL ALCOHOL EN CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO: ¿PODEMOS CONOCER MEJOR EL GRADO DE ADHERENCIA?**

J Tejedor Tejada (1), M Rey Hernández (1), R Nájera Muñoz (1), E Fuentes Valenzuela (1), C Maroto Martín (1), L Sánchez Delgado (1), F Sánchez Martín (1), C Almohalla Álvarez (1), F García Pajares (1), B Calvo Antón (2), P Pinto Fuentes (3), G Sánchez Antolín (1)

(1) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático; Servicio de aparato digestivo, (2) Servicio de análisis clínicos, (3) Servicio de cirugía general y aparato digestivo. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

OS2-7**ESTUDIO INMUNOHISTOLÓGICO DE LOS INJERTOS HEPÁTICOS POR DONACIÓN EN ASISTOLIA FRENTE A MUERTE ENCEFÁLICA: PROPENSITY SCORE MATCHING ANÁLISIS**

V Lopez Lopez (1), C Martínez (2), J De la Pena (3), J De la Cruz (4), D Ferreras (1), JA Fernandez (1), A Rios (1), JM Rodriguez (1), E Martínez (2), F Sanchez Bueno (1), R Robles (1), P Ramirez (1), P Parrilla (1)

(1) Servicio de Cirugía general y del aparato digestivo, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, (2) Plataforma de patología, IMIB, Murcia, (3) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, (4) Unidad de matemáticas aplicadas a ciencia e ingeniería, Facultad de Informática, Universidad de Murcia.

OS2-8**UTILIDAD DEL PDR PARA PREDECIR LA VALIDEZ DEL INJERTO HEPÁTICO DURANTE LA EVALUACIÓN INICIAL DE LOS DONANTES EN MUERTE ENCEFÁLICA**

JM Asencio (1), S Cortese (1), A Matilla (2), P Lozano (1), M Orúe Echebarria (1), C Martínez (1), A Moreno (1), L Olmedilla (3), M Salcedo (3), JA López Baena (1)

(1) Servicio de Cirugía General y del aparato digestivo, (2) Servicio de Medicina del Aparato Digestivo, (3) Servicio de Anestesia y reanimación. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

OS2-9**“LIVERCOLOR”: ALGORITMO DE CUANTIFICACIÓN DE ESTEATOSIS HEPÁTICA UTILIZANDO “MACHINE LEARNING” Y PROCESAMIENTO DE IMÁGENES**

C Gómez-Gavara (1), M Moya Giménez (2), MT Salcedo (3), G Piella (2), J Vázquez Corral (2), M Martín (1), B Pares (1), E Pando (1), JA Molino (1), C Dopazo (1), M Dalmau (1), E Hidalgo (1), M Caralt (1), I Bilbao (1), R Charco (1)

(1) Servicio de Cirugía HBP y Trasplante. Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona, (2) Universitat Pompeu Fabra, Barcelona Centre for New Medical Technologies (BCN Medtech) Department of Information and Communication Technologies (3) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Vall d'Hebrón.

OS2-10**VALIDEZ DEL BALANCE OF RISK COMO PREDICTOR DE LA SUPERVIVENCIA DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN NUESTRO MEDIO**

E Toledo Martínez, S Castanedo Bezanilla, E González Tolaretxipi, A Lozano Nájera, E Fábrega García, JA Echeverri Cifuentes, R Fernández Santiago, FJ Castillo Suescun, JC Rodríguez Sanjuan

Cirugía General, H.U. Marqués de Valdecilla, Santander

17.00 – 18.00**SIMPOSIO “INMUNOSUPRESIÓN”**

Moderador: Evaristo Varo (Santiago de Compostela)

- **Ponencia** (organizada por Chiesi)
- **Less goes further: Contribución de Advagraf™ a los resultados del trasplante hepático a largo plazo**
Javier Briceño, (Córdoba) (organizada por Astellas)
- **Everolimus y su efecto cardioprotector en pacientes trasplantados**
Gloria Sánchez Antolín, (Valladolid) (organizada por Novartis)

18.00 – 18.05**RESOLUCIÓN Y ENTREGA DE BECAS****18.05 – 18.55****ASAMBLEA GENERAL DE SOCIOS****21.00****CENA OFICIAL**

(20.30h salida de los autocares desde Hotel NH Sevilla Plaza de Armas)

VIERNES, 18 DE OCTUBRE**09.00 – 10.30****COMUNICACIONES ORALES III: CIRUGÍA Y COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS****Moderadores:** Diego López Guerra (Badajoz), Miguel Juan García González (Madrid)**OS3-1****MANEJO LAPAROSCÓPICO DE LA EVENTRACIÓN TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO, EXPERIENCIA DURANTE MÁS DE 15 AÑOS EN NUESTRO CENTRO**

A Menendez Moreno, R Gianchandani Moorjani, E Perez Sánchez, ME Moneva Arce, JM Sánchez González, C Díaz López, V Concepción Martín, R Orti Rodríguez, MA Barrera Gómez
Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

OS3-2**RESULTADOS DEL RETRASPLANTE HEPÁTICO ¿SIGUE SIENDO JUSTIFICABLE SU INDICACIÓN?**

L Lladó, C Baliellas, E Ramos, A Cachero, J Busquets, F Lopez-Domínguez, K Mils, E Gonzalez-Vilatarsana, J Fabregat
Unidad de Trasplante Hepático, Hospital U Bellvitge, Hospitalet LL (Barcelona).

OS3-3**VARIANTES ANATÓMICAS DE LA VACULARIZACIÓN HEPÁTICA: EXPERIENCIA CLÍNICA**

A Borraez Jimenez, B García Gómez, J M Castillo Tuñon, I Jaen Torrejimo, D Lopez Guerra, N de Armas Conde, A Rojas Holguín, F Botello, A Prada Villaverde, G Blanco Fernandez
Cirugía hepatobiliar y trasplante hepático, Hospital Universitario de Badajoz.

OS3-4**IMPACTO DE LA EDAD DEL DONANTE EN LA RECURRENCIA Y SUPERVIVENCIA EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS POR HEPATOCARCINOMA**

M Prieto (1), M Gastaca (1), P Ruiz (1), A Ventoso (1), JI Pijoan (2), J Bustamante (3), JR Fernández (3), A Valdivieso (1)
(1) Unidad de cirugía hepatobiliar y trasplante hepático, (2) Unidad de investigación, (3) Unidad de hepatología, Servicio de gastroenterología. Hospital Universitario Cruces, Barakaldo

OS3-5**¿SON LAS PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES UN TRATAMIENTO SEGURO Y EFICAZ DE LOS PROBLEMAS BILIARES POSTRASPLANTE HEPÁTICO? EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN SOLO CENTRO**

AY Carbajo Lopez (1), M Perez-Miranda Castillo (1), R Sanchez Ocaña (1), C Maroto Martin (2), L Sanchez Delgado (2), D Pacheco Sanchez (3), P Pinto Fuentes (3), C Alonso Martín (2), C Almohalla Alvarez (2), F García Pajares (2), G Sanchez Antolin (2)
(1) Unidad Endoscopia Avanzada. Unidad de Trasplante Hepático, (2) Unidad de Hepatología. Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, (3) Unidad Cirugía HBP. Unidad de Trasplante Hepático.

OS3-6**USO DE STENTS BIODEGRADABLES EN LA ESTENOSIS BILIAR DEL POSTRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO**

J Juamperez (1), J Quintero (1), M Mercedes (2), M María (1), JA José Andrés (3), R Ramón (4)
(1) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático Pediátrico, (2) Servicio de Radiología Intervencionista, (3) Servicio de Cirugía Pediátrica, (4) Servicio de Cirugía HPB y Trasplante. Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona.

OS3-7**ANASTOMOSIS RENOPORTAL PARA REVASCULARIZACIÓN DE INJERTO HEPÁTICO EN PACIENTES CON TROMBOSIS EXTENSA DE VENA PORTA: EXPERIENCIA UNICÉNTRICA**

J Fundora (1), A Hessheimer (1), F Adel Al Shwely (1), F Ausania (1), J Colmenero (2), J Ferrer (1), R García (1), F Landi (1), M A López-Boado (1), R Rull (1), J Fuster (1), J C García-Valdecasas (1), M Navasa (2), C Fondevila (1)
(1) Cirugía General y Digestiva, (2) Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Clínic, Barcelona.

*** OS3-8****INFLUENCIA DE LA INCLUSIÓN HEPÁTICA Y PRESERVACIÓN DEL BAZO NATIVO EN LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE INTESTINAL PEDIÁTRICO**

A Bueno (1), J Serradilla (1), F Hernández-Oliveros (2), AM Andrés (1), E Ramos-Boluda (3), A Alcolea (3), M López-Santamaría (1)
(1) Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, (2) IdiPAZ-EOC de ERN-Transplantchild, (3) Unidad de Rehabilitación Intestinal de Gastroenterología Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid

10.30 – 11.00**VISITA DE PÓSTERS Y CAFÉS****PRESENTACIÓN DE PROPUESTAS DE ESTUDIOS Y PROYECTOS COLABORATIVOS****Moderadores:** Eva Montalvá (Valencia), Francisco Javier Bustamante (Bilbao)**11.00 – 12.30****COMUNICACIONES ORALES IV: COMPLICACIONES POSTRASPLANTE****Moderadoras:** Pilar Barrera (Córdoba), Carmen García Bernardo (Oviedo)*** OS4-1****LA REVACUNACIÓN FRENTE A LA HEPATITIS B CON TRES DOSIS DE 40µg ES MÁS EFICAZ QUE UNA DOSIS SIMILAR AISLADA, ADMINISTRADA COMO REFUERZO, EN PACIENTES CIRRÓTICOS CANDIDATOS POTENCIALES A TRASPLANTE HEPÁTICO, NO RESPONDEDORES A UN CICLO COMPLETO PREVIO DE VACUNACIÓN**

A Giráldez Gallego (1), R Valencia (2), E Rodríguez-Seguel (3), A Morillo (2), C Salamanca (2), R Ruiz (3), MT Ferrer (1), M Cuaresma (3), JM Sousa (1), T Desongles (4), A Rodríguez (4), L Grande (5), F Camino (2), CM Rosso (3), MF Domínguez (5), A Gash (2), JL Márquez (5), MA Gómez-Bravo (6), J Ampuero Herrojo (7), J Pérez (5), JM Pascasio Acevedo (7)
(1) Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Unidad de Hepatología, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR), (2) Medicina Preventiva y Salud Pública (HUVR), (3) Unidad de Investigación, Servicio de Aparato Digestivo (HUVR), Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla (FISEVI), (4) Farmacia Hospitalaria (HUVR), (5) Unidad de Hepatología, Servicio de Aparato Digestivo (HUVR), (6) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático (HUVR), (7) Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS), Unidad de Hepatología, Servicio de Aparato Digestivo (HUVR), Centro de Investigación Biomédica en Red en el área de enfermedades Hepáticas (CIBERehd)

OS4-2**RIGIDEZ ARTERIAL Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO**

L Sastre, R García, JG Gándara, M Martínez-Picola, P Ruiz, J Colmenero, M Navasa, G Crespo

Unidad de Trasplante Hepático. Servicio de Hepatología, Hospital Clínic de Barcelona.

OS4-3**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA HEPATITIS POR VIRUS B DE NOVO POSTRASPLANTE HEPÁTICO EN ESPAÑA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 172 CASOS**

C Sendra (1), L Puchades (2), JM Sousa (3), L Castells (4), MM Salcedo (5), S Rodríguez-Tajes (6), J Herreras (7), I Campos-Varela (4), F Nogueras (8), A Arias (9), MC Balliellas (10), A Otero (11), E Otón (12), E Fábrega (13), F Díaz-Fontenla (5), L González-Dieguez (14), I Fernández-Vázquez (15), X Fornis (6), JA Pons (16), I Narváez (17), B Mateos (18), S Pascual (19), R Charco (20), M Prieto (21), JM Pascasio (3)

(1) UGC Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío., Sevilla, (2) HUP La Fé, Instituto de Investigación Sanitaria La Fé, CIBERehd, Instituto Carlos III, Rio Ortega (CM17700006), Valencia, (3) UGC Aparato Digestivo, HU Virgen del Rocío, IBIS, CIBERehd, Sevilla, (4) Servicio de Medicina Interna-Hepatología, HU Vall d'Hebrón, CIBERehd, Barcelona, (5) Unidad de Trasplante hepático, HGU Gregorio Marañón, CIBERehd, Madrid, (6) Unidad de Hepatología, H. Clínic, IDIBAPS, Universidad de Barcelona, CIBERehd, Barcelona, (7) Instituto de Investigación Sanitaria La Fé, Valencia, (8) Servicio de Aparato Digestivo, HU Virgen de las Nieves, Granada, (9) Servicio de Medicina Interna, HU Puerta de Hierro-Majadahonda, IDIPHIM, Madrid, (10) Servicio de Enfermedades Digestivas, HU Bellvitge, Barcelona, (11) Servicio de Enfermedades Digestivas, HU A Coruña, (12) Servicio de Enfermedades Digestivas, HU Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife, (13) Servicio de Enfermedades Digestivas, HU Marqués de Valdecilla, Santander, (14) Servicio de Enfermedades Digestivas, HUC Asturias, Oviedo, (15) Servicio de Enfermedades Digestivas, HU 12 de Octubre, Madrid, (16) Servicio de Enfermedades Digestivas, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia, (17) Servicio de Enfermedades Digestivas, HU de Badajoz, (18) Servicio de Gastroenterología, HU Ramón y Cajal, Madrid, (19) Unidad de Hepatología, HGU, CIBERehd, Alicante, (20) Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplantes, HU Vall d'Hebrón, CIBERehd, Barcelona, (21) Servicio de Medicina Digestiva, HUP La Fé, Instituto de Investigación Sanitaria La Fé, CIBERehd, Valencia.

OS4-4**RECONSTITUCIÓN INMUNOLÓGICA DURANTE EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA**

MJ Citores (1), L Benítez (2), A Martin-Franklin (1), P Muñoz-Martin (1), A Arias Milla (2), V Valentín (3)

(1) Laboratorio de Medicina Interna, Instituto de Investigación Sanitaria Puerta de Hierro-Segovia de Arana, Majadahonda, Madrid, (2) Unidad de Trasplante Hepático, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, (3) Unidad de Trasplante Hepático, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid. Departamento de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid.

OS4-5**MONOTERAPIA CON ANTIVIRALES DE 3ª GENERACIÓN TRAS LA RETIRADA DE LA INMUNOGLOBULINA ANTI-VHB, COMO TRATAMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA DE HEPATITIS B EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO EN NUESTRO HOSPITAL**

K Cárdenas-Jaén, CF Miralles, JM Palazón, P Bellot, M Rodríguez, S Pascual

Unidad Hepática, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Alicante, Instituto de Salud e Investigación Biomédica (ISABIAL-FISABIO), Alicante.

OS4-6**200 TRASPLANTES HEPÁTICOS DE DONANTE VIVO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO: RESULTADOS SEGÚN INDICACIÓN Y TIPO DE INJERTO**

J Serradilla (1), A Bueno (1), AM Andrés (1), A Sánchez (1), JL Encinas (1), J Nuño (2), L Hierro (3), F Hernández-Oliveros (4), M López-Santamaría (1)

(1) Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, (2) Cirugía General - Unidad de Trasplantes, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, (3) Hepatología Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, (4) IdiPAZ-EOC de ERN-Transplantchild

OS4-7**LA INFECCIÓN POR VIH NO SE ASOCIA CON UN RIESGO CARDIOVASCULAR AUMENTADO EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS**

C Vinaixa (1), J Herreras (1), FM Blanes (2), MP Prieto (1), M Berenguer (1), V Aguilera (1)

(1) Sección de Hepatología y Trasplante Hepático, Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, (2) Unidad De Enfermedades Infecciosas, Hospital La Fe, Valencia

OS4-8**ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA NO ALCOHÓLICA TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS**

S Garcia, C Borao, C Manzano, S Lorente, L Cortes, T Serrano

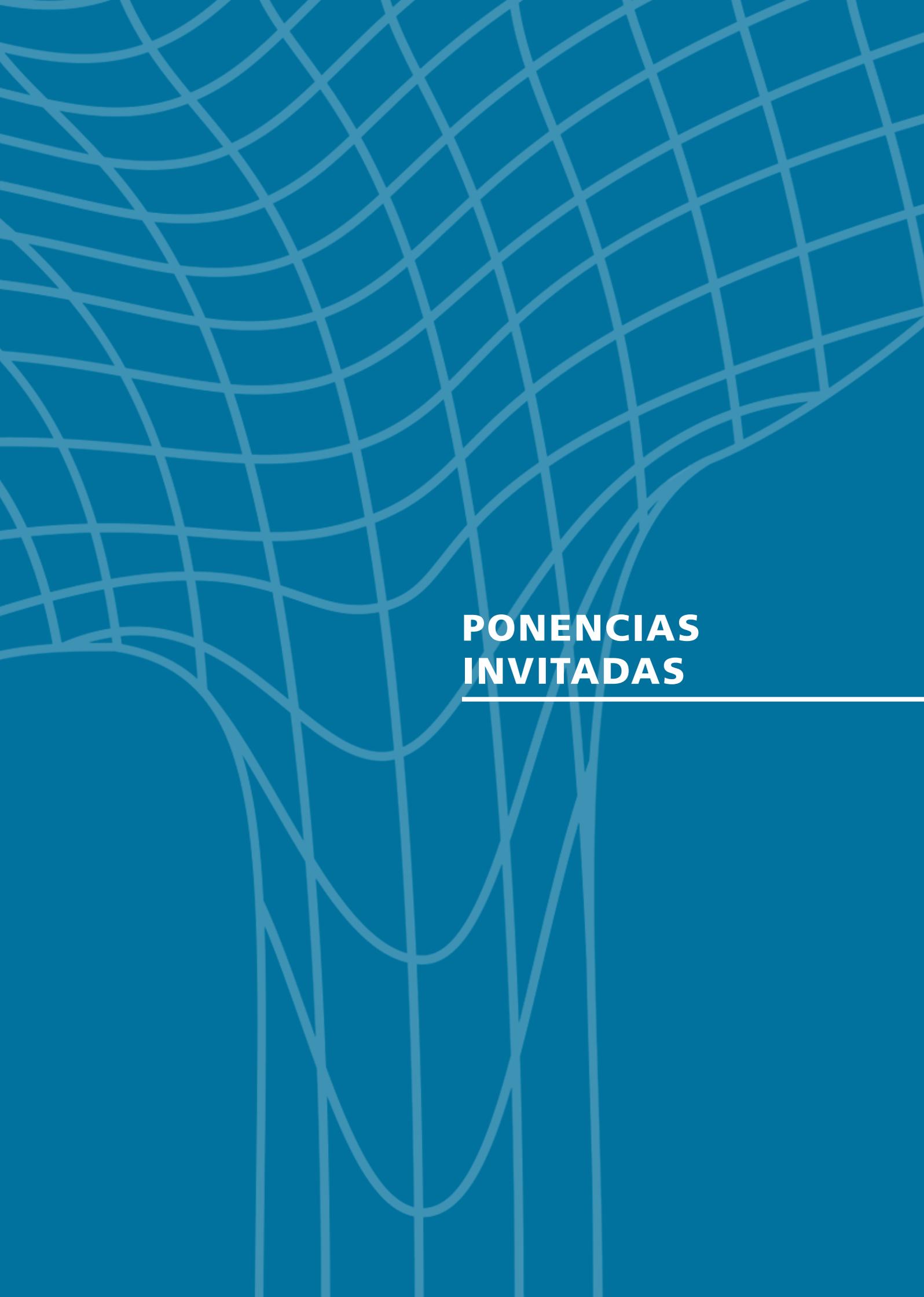
Digestivo, Hospital Clinico Lozano Blesa, Zaragoza

12.30 – 13.30**MESA REDONDA 4: ANASTOMOSIS VASCULARES Y SUS COMPLICACIONES**

Moderadores: Manuel Barrera (Tenerife), David Pacheco (Valladolid)

- **Anastomosis arterial: nuevos enfoques**
Concepción Gómez (Barcelona)
- **Anastomosis venosa**
José María Álamo (Sevilla)
- **Tratamiento endovascular de la trombosis de la porta durante el trasplante hepático. Seguimiento a largo plazo**
Milagros Marini (A Coruña)

13.30 – 13.40**PREMIOS DEL CONGRESO Y CLAUSURA**



**PONENCIAS
INVITADAS**

ANASTOMOSIS VENOSAS

José María Álamo Martínez, *Sevilla*.

ANASTOMOSIS DE VENAS SUPRAHEPÁTICAS: Para el de drenaje hepático (cava supra hepática) es fundamental crear una anastomosis lo más amplia posible con la confección de una boca creada mediante la unión de las tres venas supra hepáticas. En caso de que la vena cava suprahepática del injerto sea muy pequeña podemos sacrificar la vena supra hepática derecha. Cuando la distribución de las venas supra hepáticas del receptor es incongruente realizamos una anastomosis cavo-cava latero-lateral según técnica de Belghiti. Esta técnica de drenaje es también útil en los trasplantes secuenciales "en dominó", cuando el muñón de venas hepáticas del paciente donante es demasiado corto para ser utilizado. También puede ser de utilidad en casos de TIPS difíciles de retirar en el receptor, por inclusión y fijación auricular. En casos de trasplante "en domino" también podemos utilizar plastias venosas en el mismo en el injerto del donante amiloidótico. Variaciones a esta técnica incluyen la cavocavostomía termino-lateral, cavoplastia suprahepatica, cavocavostomía triangulada y la cavocavostomía infrahepática. Así mismo se puede realizar anastomosis directamente en la aurícula derecha del receptor en casos de Budd-Chiari con fibrosis de cava hasta su entrada en atrio derecho.

RECONSTRUCCIÓN PORTAL: Es necesario tener en cuenta dos puntos clave. Uno es asegurar que no existe redundancia que lleve a torsión excesiva de la vena, pues esto conlleva un bajo flujo y alto riesgo de trombosis. El segundo es el manejo de la trombosis crónica en el receptor en caso de que exista. Para evitar la redundancia de la anastomosis, se deben colocar ambos extremos de la vena lo más cerca posible y el injerto en su posición natural. La anastomosis debe realizarse con anudado sobre "growth factor" para permitir la expansión de la anastomosis. La trombosis portal podemos encontrarla en un 10-15% de los pacientes y en la mayoría de las ocasiones se soluciona con una trombectomía en eversión. La clasificación de Yerdel ofrece un buen diagnóstico preoperatorio del problema trombotico. Si la trombectomía no es posible, deberemos establecer un puente mediante injerto venoso ó protésico entre la vena mesentérica superior del receptor y la vena porta del injerto pasándolo por detrás del estomago y anterior al páncreas. Puede utilizarse, en caso necesario, la vena mesentérica inferior, la vena esplénica ó alguna variz del hilio hepático de grueso calibre. Finalmente como última solución puede considerarse la hemitransposición de vena cava. En casos de existir un shunt espleno-renal espontáneo, realizaremos la reconstrucción portal estándar y esperaremos a que el robo de flujo portal existente desaparezca a favor del injerto. Para ello es fundamental realizar flujometrias seriadas antes y después de la reperfusion portal. Generalmente, el robo revierte conforme realizamos la reconstrucción arterial y biliar. Si el robo sanguíneo se mantiene, procederemos a la ligadura calibrada (por flujometria portal) de la vena renal izquierda. La coexistencia de una trombosis portal y un shunt esplenorrenal obliga a la realización de una reperfusion portal a expensas de una anastomosis renoportal izquierda

EN ESTE DOCUMENTO ANALIZAREMOS LAS PUBLICACIONES MÁS IMPORTANTES GENERADAS EN ESTOS DOS ÚLTIMOS AÑOS EN LOS CAMPOS DE MAYOR INTERÉS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

Isolina Baños, *Madrid*.

DONACIÓN EN ASISTOLIA: Bohorquez (1) publica su experiencia con 100 TH DCD utilizando un protocolo con administración de tPA en el aloinjerto. Las tasas de supervivencia de pacientes e injertos son casi indistinguibles de las observadas en los TH con donantes DBD y sólo el 26% de los receptores de TH DCD desarrollaron complicaciones biliares frente al 16,3% de los receptores de TH DBD ($p = 0,028$) y una baja incidencia de lesiones biliares isquémicas (ITBL). No se produjo ninguna pérdida de injerto relacionada con ITBL en el grupo de DCD. Es necesario incrementar los esfuerzos para investigar y mejorar el TH DCD. En este sentido, la perfusión regional normotérmica (nRP) es una estrategia de preservación in situ que podría reducir el daño y la pérdida de órganos debido a los eventos quirúrgicos. El estudio más grande realizado hasta la fecha que describe el uso de la Perfusión Normotérmica (PNR) en el TH con cDCD y el primero en sugerir que la aplicación de la PNR reduce el riesgo de complicaciones biliares postoperatorias es el publicado recientemente por investigadores españoles (2). En este estudio multicéntrico observacional de cohorte se incluyen pacientes sometidos TH DCD en España entre 2012 y 2016, con al menos un año de seguimiento. Se realizaron 95 trasplantes de hígado de DCD con PNR y 117 con extracción super-rápida (SRR). Al año, las tasas de complicaciones biliares, pérdida del injerto y muerte de pacientes en TH cDCD con PNR fueron 8%, 12% y 7%, respectivamente.

TÉCNICAS DE PERFUSIÓN EX VIVO: Nasralla (3) publicó recientemente el primer ensayo controlado aleatorio prospectivo multinacional (7 centros Europeos) de fase III que comparó NEVLP con SCS (135 CSC -137 NEVLP). Describió la disminución de la lesión hepática y la mejoría de la función del injerto en los injertos perfundidos ex situ (NMP) con respecto a los injertos almacenados en frío (CSC) y demostró reducciones significativas en los valores máximos de AST y EAD en los hígados NMP; No hubo diferencias significativas en cuanto a la incidencia de complicaciones biliares ni en la supervivencia del injerto y del paciente.

DONANTES VHC: La Sociedad Americana de Trasplantes convocó una reunión de expertos en Febrero del 2017 (4) para revisar los datos actuales y desarrollar el marco para el estudio del uso de estos órganos. Esta práctica sólo se debe llevar a cabo bajo protocolos aprobados por el IRB con un proceso de consentimiento previo. Es necesario realizar ensayos clínicos bien diseñados de una adecuada POTENCIA con resultados concluyentes para apoyar este tipo de donaciones.

TOLERANCIA OPERACIONAL: Actualmente, hay dos ensayos de retirada de IS en adultos en curso que han generado gran expectativa a la espera de obtener biomarcadores que sirvan de guía en el diseño de las estrategias de inducción de tolerancia: Liver Immunosuppression Free Trial (LIFT) (NCT02498977) y (OPTIMAL) (NCT02533180). Para los receptores de trasplante hepático pediátrico, existe un único ensayo multicéntrico que ha sido completado (WISP-R; NCT00320606)(5) y un ensayo más grande que actualmente aún está en curso (iWITH; NCT01638559). El estudio piloto reclutó a 20 receptores de trasplantes hepáticos procedentes de donantes vivos y que llevaban más de 4 años trasplantados. 12 pacientes fueron identificados como inmunotolerantes, 7 no toleraron la retirada de la IS, y 1 no fue evaluable. La cohorte tolerante ha tenido un seguimiento total de 9 años. No se observó aumento de la inflamación ni de la fibrosis. 3 de los 12 sujetos tolerantes nunca demostraron ningún DSA de Clase II y cuatro presentaban 1 ó 2 DSA de Clase II cuando fueron incluidos en el ensayo. Los 5 sujetos tolerantes restantes no presentaban DSA clase II en el momento de su inclusión y desarrollaron un DSA de novo.

BIBLIOGRAFÍA: 1. Bohorquez et al: Safety and Outcomes in 100 Consecutive Donation After Circulatory Death Liver Transplants Using a Protocol That Includes Thrombolytic Therapy. *American Journal of Transplantation* 2017; 17: 2155-2164; 2. Hessheimer AJ, Coll E, Torres F, Ruiz P, Gastaca M, Rivas JI et al Normothermic regional perfusion versus super rapid recovery in controlled donation after circulatory death liver transplantation *J Hepatol* 2018 Dec 22. pii: S0168- 8278(18)32632-1. doi: 10.1016/j.jhep.2018.12.013; 3. Nasralla DFC, Ploeg R, Coussios C, Friend P. Outcomes from a multinational randomised controlled trial comparing normothermic machine perfusion with static cold storage in human liver transplantation [abstract]. *Am J Organ Transplant* 2017; 17; 4. The American Society of Transplantation Consensus Conference on the Use of Hepatitis C Viremic Donors in Solid Organ Transplantation. 2017 Nov;17(11):2790-2802. doi: 10.1111/ajt.14381. Epub 2017 Jul 1; 5. Feng S, Demetris AJ, Spain KM, Kanaparthi S, Burrell BE, Ekong UD, et al. Five-year histological and serological follow-up of operationally tolerant pediatric liver transplant recipients enrolled in WISP-R. *Hepatology* 2017;65:647-660

RIESGO CARDIOVASCULAR: EVALUACION PRE-TRASPLANTE Y MANEJO POST-TRASPLANTE

Gonzalo Crespo, *Servicio de Hepatología, Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERehd, Universidad de Barcelona*

Las complicaciones cardiovasculares son una causa frecuente de muerte de los trasplantados hepáticos, tanto en el período precoz tras el trasplante como a largo plazo, y se espera que su incidencia se incremente en el futuro cercano. En el contexto de los significativos cambios en el tipo de pacientes que son candidatos a un trasplante hepático inducidos por la gran eficacia de los antivirales directos frente al VHC, la evaluación del riesgo cardiovascular en estos pacientes también requiere cambios. El uso de métodos de imagen no invasivos para estudiar las arterias coronarias mejora la detección de la cardiopatía isquémica significativa silente respecto a los tests de esfuerzo, y permite identificar pacientes tributarios de tratamiento percutáneo previo al trasplante. Por otra parte, la identificación de los trasplantados con más riesgo de eventos cardiovasculares post-trasplante sigue siendo un reto. La edad, la enfermedad por hígado graso no alcohólico como etiología de la hepatopatía que lleva al trasplante, los antecedentes de eventos cardiovasculares previos y la presencia de síndrome metabólico o sus componentes son factores de riesgo para eventos cardiovasculares post-trasplante que ya están presentes en el momento del trasplante, mientras que las interacciones entre inmunosupresión, factores de riesgo cardiovascular y disfunción renal en los primeros meses tras el trasplante probablemente también juega un papel en el riesgo cardiovascular. No existe evidencia clara de que un régimen inmunosupresor particular disminuya la incidencia de eventos cardiovasculares post-trasplante, si bien regímenes con dosis bajas (o sin) de corticoides y una baja exposición a inhibidores de calcineurina probablemente disminuyen la incidencia de los factores de riesgo cardiovascular post-trasplante. El grado de control de los factores de riesgo cardiovascular post-trasplante es manifiestamente mejorable, y estas mejoras deberían alcanzarse mediante la generación de grupos de trabajo multidisciplinares y la adherencia a las guías clínicas internacionales.

AAD Y SITUACIÓN DE LAS LISTAS DE ESPERA DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN ESPAÑA

Inmaculada Fernández, *Servicio Aparato Digestivo, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

Desde la introducción en 2015 de los antivirales de acción directa (AADs) frente a la hepatitis C, la historia natural de esta enfermedad ha sufrido un cambio trascendental. Estos fármacos logran curar la infección en más del 95% de pacientes, con un excelente perfil de seguridad. Se conoce bien que la eliminación de la infección revierte la fibrosis hepática, disminuye las descompensaciones de la cirrosis, la incidencia del carcinoma hepatocelular, la mortalidad global y la relacionada con la enfermedad hepática. Todo ello impacta sin duda en la necesidad de trasplante hepático (TH) (1). Los AADs no solo han disminuido la necesidad de inclusión en lista de TH, sino que además es posible tratar a los pacientes en lista de espera de TH. Se ha demostrado que hasta el 20-24% de los pacientes con una cirrosis descompensada que alcanzan una respuesta viral sostenida logran salir de lista por mejoría (2). Esto supone, además del beneficio del paciente, una mayor disponibilidad de órganos, importante en el ámbito de escasez en el que nos encontramos. Por otro lado, la eliminación del virus de la hepatitis C (VHC) antes del TH, previene la recurrencia post-trasplante y evita complicaciones posteriores en el paciente (3). En España, desde la aparición de los AADs se ha observado una reducción progresiva en el número de pacientes con VHC incluidos en lista de espera de TH, fundamentalmente debido al descenso en la inclusión de pacientes con cirrosis hepática descompensada y, menos, debido al número de pacientes incluidos por hepatocarcinoma, que parece más estable (4). En un estudio reciente realizado en Cataluña, la incidencia de pacientes con VHC y cirrosis descompensada incluidos en lista de TH descendió un 32% en la época de los AADs, comparado con la época de tratamiento con interferón (5). Sin duda en los próximos años asistiremos a un descenso cada vez más pronunciado de pacientes con infección por el VHC en lista de espera de TH en España.

BIBLIOGRAFÍA: 1. Ioannou GN, Feld JJ. What Are the Benefits of a Sustained Virologic Response to Direct-Acting Antiviral Therapy for Hepatitis C Virus Infection? *Gastroenterology* 2019; 156: 446–460; 2. Pascasio JM, Vinaixa C, Ferrer MT, et al. Clinical outcomes of patients undergoing antiviral therapy while awaiting liver transplantation. *J Hepatol* 2017; 67: 1168–1176; 3. Picciotto FP, Tritto G, Lanza AG, et al. Sustained virological response to antiviral therapy reduces mortality in HCV reinfection after liver transplantation. *J Hepatol* 2007; 46: 459–465; 4. De La Rosa Rodríguez G, Domínguez-Gil B, Berenguer M. Significant impact of new oral therapies against HCV on the waiting list for liver transplantation in Spain. *J Hepatol* 2018; 69: 966–986; 5. Crespo G, Trota N, Londoño MC, et al. The efficacy of direct anti-HCV drugs improves early post-liver transplant survival and induces significant changes in waiting list composition. *J Hepatol* 2018, 69:11–17.

ANASTOMOSIS ARTERIALES: NUEVOS ENFOQUES

Concepción Gómez-Gavara, *Servicio de Cirugía HBP y Trasplante. Hospital Vall d'Hebron.*

Las complicaciones arteriales después del trasplante siguen siendo una de las complicaciones más graves, ya que pueden finalizar en necrosis hepática, formación de abscesos, colangiopatía isquémica y eventualmente con la pérdida del injerto. Las secuelas de este acontecimiento adverso impacta en el supervivencia del injerto y del paciente. En condiciones normales, la anastomosis tipo término-terminal entre el donante y receptor es la que se utiliza con más frecuencia, aunque cuando la arterialización habitual no es posible, la utilización de conductos injertos arteriales entre la arteria hepática y la aorta es la opción de rescate más utilizada, empleándolos en más de un tercio de los casos de los retrasplantes. Sin embargo, múltiples estudios han observado mayor incidencia de trombosis hepática precoz en este tipo de injertos. Aunque no existen datos contundentes, en situaciones de anastomosis arteriales complejas, en pacientes con múltiples factores de riesgo cardiovascular y en población pediátrica con anomalías arteriales, la utilización profiláctica de antiagregación parece lógica. El tratamiento precoz por parte de radiología intervencionista de alteraciones del flujo o trombosis arteriales puede realizarse de manera segura en el postoperatorio inmediato. La reconstrucción 3D pretrasplante en los receptores hepáticos puede ayudarnos a la elección de la técnica de revascularización arterial a emplear.

8ª REUNIÓN DE CONSENSO SOBRE LA EXPANSIÓN DE INDICACIONES EN TRASPLANTE HEPÁTICO

Gloria Sanchez Antolin (1), Miguel Angel Gómez Bravo (2)

(1) *Unidad de Trasplante Hospital U. Rio Hortega. Valladolid,* (2) *Unidad de TRASPLANTE Virgen del Rocío. Sevilla.*

La propuesta de una reunión de consenso de la Sociedad Española de Trasplante Hepático (SETH) responde al cambio observado desde 2017 en la lista de espera de trasplante. Por primera vez desde el inicio de los registros en la ONT, el número de pacientes en espera de recibir un injerto hepático ha descendido significativamente, a ese hecho han contribuido factores como la incorporación de los recientes tratamientos antivirales de acción directa para el VHC desde el año 2015, junto a ello se ha producido un crecimiento exponencial en los últimos años de la donación en asistolia lo que ha permitido que las listas de espera de la mayor parte de los centros de trasplante hepático españoles se hayan reducido. De ahí, que en un intento de aumentar el beneficio en términos de supervivencia a un número

mayor de pacientes que hasta ahora eran excluidos del trasplante, manteniendo a la vez el criterio de una supervivencia a los cinco años superior al 50%, se ha planteado esta posibilidad de evaluar la expansión de algunas de las indicaciones de trasplante hepático, basado en los análisis de las evidencias hasta ahora disponibles. Se han analizado los siguientes supuestos: La edad límite para el acceso al TH; Fallo agudo sobre hepatopatía crónica (ACFL); HCC que excede MILAN; Hepatitis alcohólica aguda; Colangiocarcinoma intrahepático en paciente cirrótico (iCCA); Metástasis de cáncer colorrectal; Colangiocarcinoma hiliar. Se ha puesto de manifiesto que una contraindicación absoluta centrada exclusivamente en la edad supone un conflicto ético. En lo que se refiere al límite de edad de un receptor de un trasplante hepático la evidencia es limitada, pero permite aceptar que hasta 70 años el beneficio del trasplante es evidente, y entre 70 y 75 años es pertinente evaluar de forma exhaustiva la comorbilidad y fragilidad coexistente, siendo deseable medir y evaluar con índices objetivos y validados (Charlton, Liver Frailty index). De igual forma se pone en valor que con edad mayor de 75 años ninguna indicación de TH debería recomendarse. El fallo hepático agudo sobre hepatopatía crónica (ACLF) es una indicación de TH aceptada, en la que es crucial definir la futilidad del trasplante teniendo en cuenta sobre todo la coexistencia del fallo de órgano extrahepático a la hora de indicar el TH (criterios de Mathurin). Sería deseable que esta indicación tuviera una priorización definida en la asignación del donante, de forma que se garantice el acceso en tiempos adecuados. El hepatocarcinoma con criterios de Milan sigue siendo la estrategia de referencia para la indicación de TH, pero basado en grandes series, una expansión moderada hasta los llamados criterios Up-to-seven parece aceptable en términos de supervivencia. Los pacientes con criterios que sobrepasen estos criterios y/o una AFP >400 ng/ml deberían someterse a técnicas de ablación local del tumor y re-estadificación posterior antes de ser considerados candidatos adecuados para trasplante. En lo que se refiere a la Hepatitis alcohólica aguda (ACLF), podría considerarse una indicación de TH en pacientes muy seleccionados en su primer episodio conocido y sin respuesta a tratamiento, pero es preciso enfatizar la necesidad del estudio psicosocial y el cribado de tumores en la evaluación de TH, así como consensuar un sistema de priorización en la asignación de órganos en el sector. El Colangiocarcinoma intrahepático (iCCA) como indicación de TH en pacientes con hipertensión portal podría presentar resultados satisfactorios en un grupo de pacientes seleccionados según series analizadas de forma retrospectiva. La falta de evidencia sólida hace pensar que el TH en el iCCA debe quedar restringido al contexto de ensayos clínicos, y se propone la adhesión a un ensayo clínico internacional abierto con dicha indicación (NCT02878473). La metástasis hepática del cáncer colo-rectal como indicación de TH en pacientes seleccionados presenta escasas evidencias, algunas actualmente en desarrollo. La falta de evidencias sólidas hace pensar que el TH en esta indicación debe quedar restringida al contexto de ensayos clínicos bien diseñados. El Colangiocarcinoma hiliar podría ser una indicación aceptable de TH en base a los criterios y protocolo de la clínica Mayo para tumores irresecables, dado que los protocolos de evaluación previa y tratamientos neoadyuvantes son muy variables, se plantea a los grupos de TH español evaluar el protocolo puesto en marcha en los grupos de Cataluña para su adaptación y adopción.

OBESIDAD Y NASH EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Laura Lladó, *Unidad de Trasplante Hepático. Hospital U Bellvitge. Barcelona.*

Tal como titula la reciente editorial de Karlsen TN1, parafraseando el título de la canción de Bob Dylan, los tiempos están cambiando y también lo hacen en el mundo del trasplante hepático (TH). Gracias a la disponibilidad en la última década de nuevos tratamientos antivirales, la cirrosis VHC está desapareciendo como indicación de TH. Paralelamente estamos viviendo el inicio de una nueva "epidemia". La enfermedad por hígado graso no alcohólico (EHGNA, o NAFLD (non-alcoholic fatty liver disease) es actualmente la enfermedad hepática crónica más prevalente en el mundo². Y como consecuencia, será la principal causa de hepatocarcinoma y de trasplante hepático en los próximos años. La importancia de la indicación de TH en pacientes con EHGNA, es que dada la asociación de esta patología a pacientes con obesidad, DM tipo 2 y/o sd metabólico, esta población es de alto riesgo pues se asocia a un aumento de morbimortalidad de origen cardiovascular, neoplásico y asociado a complicaciones de la DM. El impacto de la EHGNA en el TH debe ser considerado en varios aspectos; en primer lugar, el acceso al TH y el manejo del sd metabólico en la lista de espera; la repercusión del sd metabólico en el postrasplante inmediato y a largo plazo, la influencia de la obesidad en la morbimortalidad y su posible manejo; y por último el riesgo de recidiva de la EHGNA posTH³. Muchos de estos aspectos han sido recogidos en el reciente documento de consenso publicado por la ILTS. En este documento de consenso establece diversas recomendaciones con un grado de recomendación variable. Uno de los aspectos comentados es el manejo de la obesidad. Respecto a la obesidad se plantean dos cuestiones; en primer lugar, ¿debe ser la obesidad una contraindicación para el TH?; y en segundo lugar; ¿Cuál es el momento óptimo para indicar cirugía de la obesidad?. El documento de consenso de la SETH establece que la obesidad no es una contraindicación absoluta para el TH. Sin embargo, ha sido demostrado que influye en la morbilidad y mortalidad posTH, especialmente en los casos con IMC > 40 kg/m². La cirugía bariátrica ha demostrado su eficacia para la disminución de peso, y la mejoría de las comorbilidades asociadas. Si bien aún no hay un consenso establecido, la recomendación más aceptada es que la técnica de elección sería la gastrectomía vertical. Se puede valorar su realización preTH, en casos de pacientes con cirrosis Child A, y MELD bajo. En el resto de pacientes, se debería poder plantear de forma simultánea o posTH⁴. Los datos del registro europeo muestran que a nivel europeo aún no hemos vivido el aumento de prevalencia de obesidad, DM y por tanto EHGNA de la forma que se ha vivido en EEUU (ELTR). Sin embargo, debemos prepararnos para este nuevo escenario que supone el TH por EHGNA el TH por EHGNA será una indicación muy frecuente y requiere un manejo multidisciplinar específico⁵.

BIBLIOGRAFÍA: 1. Karlsen TH, Tacke F. "The times they are a'changin'" - Positioning the European Association for the study of the liver in the changing landscape of hepatology. *JHepatol* 2018;68:873-875; 2. EASL, EASD, EASO. EASL-EASD-EASO Clinical practice guidelines for the management of non-alcoholic fatty liver disease. *Jhepatol* 2016; 64:1388-1402; 3. Pais R, Barritt AS, Calmus Y, et al. NAFLD and liver transplantation: current burden and expected challenges. *Jhepatol* 2016;65: 1245-1257; 4. Diwan TS, Rice TC, Heimbach JK, Schauer DP. Liver transplantation and bariatric surgery: timing and outcomes. *Liver Transpl* 2018; 24:1280-1287; 5. Durand F, Pavesi M, Cheung R. Liver transplantation for non-alcoholic steatohepatitis in Europe: Where do we stand?. *JHepatol* 2019(in press).

TRATAMIENTO ENDOVASCULAR DE LA TROMBOSIS DE LA PORTA DURANTE EL TRASPLANTE HEPÁTICO. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO

Milagros Marini Díaz, *Jefa de Sección Radiología Vasculor-Intervencionista. Complejo Hospitalario Universitario A Coruña.*

La trombosis portal (TP), es una contraindicación absoluta en muchos programas de trasplante hepático (TXH) y no hay unanimidad, sobre cuando excluir un trasplante según la extensión de la trombosis. Exponemos en esta presentación nuestra experiencia en el tratamiento endovascular de la trombosis portal extensa, durante el TXH. En el período 2000 - 2018 se realizaron en nuestro centro 832 trasplantes. En 115 (13,8%) casos había una TP significativa; en 49 (42,6%) de ellos la TP era de grado III (n=34) y grado IV (n=15) de la clasificación de Stieber. Estos 49 casos se trataron mediante procedimientos endovasculares durante la realización del TXH. La planificación para realizar los procedimientos endovasculares fue de la siguiente manera: si la TP era conocida se avisaba al radiólogo-intervencionista antes de iniciar el TXH y si la TP se descubría durante la cirugía se llamaba en ese momento al intervencionista de guardia. El cirujano inicialmente

realiza una trombectomía por eversión, anastomosis portal y anastomosis arterial tras las cuales pueden producirse dos situaciones: (1) si se consigue un flujo portal adecuado se continua con el trasplante (2) si no se consigue flujo portal o el flujo es deficiente, se recanalizan por técnicas intervencionistas endovasculares los territorios trombados de la porta retrohepática y el territorio espláncico y se coloca un Stent en los sectores recanalizados, situando el límite proximal de la prótesis en la proximidad de la sutura. Posteriormente se realiza un portografía para valorar la permeabilidad portal y los shunts competitivos y si persistiesen los shunts se embolizan. Al finalizar el procedimiento se comprueba con una ecografía-doppler si los flujos son adecuados. En ningún caso se inició anticoagulación tras los tratamientos endovasculares. Los procedimientos se realizaron con un arco quirúrgico. El abordaje a la porta del receptor fue: por la vena umbilical del injerto, por una vena tributaria de la mesentérica superior del receptor, por la porta del receptor o por la porta del donante. Se utilizaron balones de ATP con diámetros que oscilaron entre 5-14 mm x 40 mm de longitud. Se utilizó una prótesis Wallstent® de 14 o 16 mm. de diámetro (Boston) en todos los pacientes. No se produjo mortalidad operatoria ni perioperatoria. La tasa de éxito primario fue de 95,9% (47/49 pacientes). La tasa de trombosis precoz post-tratamiento endovascular fue de 4,2% (2/47). La tasa de permeabilidad final de la porta 100%. La supervivencia al mes fue de 100%, a los 6 meses de 91,8%, al año de 89,7%, a los 5 años de 79,3%, a los 10 años de 65,5% y a los 15 años de 57,3%. Durante el seguimiento a largo plazo se produjeron 3 trombosis tardías, por causas no relacionadas. Consideramos, a partir de la experiencia adquirida, que la TP incluso en los grados IIIIV, no contraindica el TXH. Que la portografía intraoperatoria ayuda a identificar adecuadamente los problemas portales y tratarlos y que los procedimientos endovasculares permiten asegurar un flujo hepatopeto adecuado para evitar la retrombosis y la hipertensión portal, con baja morbilidad.

TRANSICIÓN DE INFANTIL A ADULTO EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Jesús Quintero, *Barcelona*.

La transición no se debe considerar un proceso puntual de transmisión de información sino más bien como un proceso activo y en evolución que aborda las necesidades médicas, psicosociales y educativas de los jóvenes mientras se preparan para pasar de la atención médica centrada en el niño al adulto. El momento para iniciar la transición a los especialistas de adultos no debería estar guiado únicamente por la edad cronológica del paciente. Se debe asegurar que previo a este proceso se haya alcanzado la madurez necesaria, teniendo en cuenta las circunstancias sociales y personales del propio paciente y sus cuidadores. El momento óptimo para la transferencia suele ocurrir alrededor de los 18 años de edad, pero en algunos centros y en pacientes concretos puede llegar a producirse hasta los 25 años. La preparación para la transición debe comenzar mucho antes de que se realice la transferencia en sí misma. Preferiblemente se debería introducir el concepto en la adolescencia temprana con intervenciones educativas que tengan como objetivo ayudar a los pacientes a comprender su enfermedad, justificando su tratamiento y la necesidad de los controles. A su vez, deben discutirse con los pacientes y sus cuidadores los problemas relacionados con el tratamiento (incumplimiento de la medicación y / o los efectos secundarios), así como el establecimiento de un estilo de vida saludable. Idealmente, los programas de transición deben contar con la colaboración de los pacientes y cuidadores para redactarse, ponerse en marcha y evaluar su funcionamiento. Deben tener una persona clave que ejerza de nexo de unión entre las dos unidades de trasplante. Este papel suele realizarlo una enfermera gestora vinculada a la unidad pediátrica que haya mantenido contacto con el paciente previo a la transición y que lo acompañe durante los primeros meses de la atención por parte de los médicos de adultos. Su papel deberá ser el de coordinar, supervisar y dar el apoyo necesario para que la transición se realice de manera no traumática. A su vez actuará como nexo entre el paciente y los diferentes profesionales de la salud. También se deberá contar con unos documentos de transferencia que deben incluir un informe del pediatra responsable del paciente con una síntesis del historial médico, un plan de transferencia y atención de emergencia, un "checklist" de los elementos a realizar durante la transición para la autoevaluación de la viabilidad del proceso y una hoja de ruta de transición de fácil acceso para pacientes y familiares. En ningún caso estos documentos deberían sustituir la transferencia interpersonal entre profesionales de las particularidades del paciente que realiza la transición. En resumen, la transición es un proceso complejo de alta vulnerabilidad del paciente no solo por la transferencia en sí misma sino por la situación vital del adolescente – adulto joven. Para asegurar el éxito de la transferencia, se requiere una correcta coordinación y transmisión de la información, acompañamiento por parte del profesional sanitario durante todo el proceso y el empoderamiento del paciente.

ALTA HOSPITALARIA RÁPIDA TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO: A QUIÉN Y CÓMO

Gonzalo P. Rodríguez Laiz, *Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Alicante*.

La vía rápida en cirugía consiste en un abordaje multimodal a la recuperación postoperatoria. Previo al inicio de nuestra actividad de trasplante hepático en el Hospital General de Alicante hace 7 años, diseñamos un protocolo integral de vía rápida que incluía anestesia general equilibrada con restricción hídrica, tromboelastometría, minimización de transfusiones y reversión de la relajación muscular, cirugía con preservación de cava y derivación portocava temporal, y perfusión simultánea o arterial para donantes de 70 o más años y donantes de muerte circulatoria. Postoperatorio inicial en UCI (médica o quirúrgica) con retirada de vasopresores e inicio de fisioterapia respiratoria y dieta oral, y deambulación inmediata al llegar a planta, con ajuste de inmunosupresión mediante un modelo de estimación bayesiana de parámetros farmacocinéticos. Los criterios al alta incluían una tendencia a la normalización de las funciones hepática y renal, deambulación independiente, cuidado personal y adherencia a las instrucciones para seguimiento y toma de medicación. El seguimiento inicial en consultas incluye al menos dos visitas por semana. Con estas premisas iniciamos nuestra actividad y hemos estado aplicando el protocolo a todos los pacientes trasplantados, incluyendo los fallos hepáticos fulminantes y los dobles trasplantes hepáticos y renales. No se penaliza el "descarrilamiento" o paso de la vía rápida a la vía normal (o lenta) ya que todos los pasos avanzados dentro del protocolo redundan en beneficio del paciente. El análisis de los datos incluye los seis primeros años de actividad con un seguimiento mínimo de un año. En un periodo de 74 meses realizamos 240 trasplantes hepáticos en 236 pacientes, edad (56,3±9,6 años), sexo (191 /45), MELD-Na (16,8±8,1) y principales etiologías (alcohol 136, VHC: 82, VHB: 14, HGNA: 8, CBP: 7) con hepatocarcinoma en 129 pacientes (54,7%). Once trasplantes se hicieron por fracaso hepático fulminante y nueve pacientes recibieron un trasplante combinado de hígado y riñón. El tiempo de isquemia fría fue de 279±88 min y la duración del trasplante 315±63 min. Un 13,1% (31 pacientes) recibieron transfusión de sangre intraoperatoria y todos los pacientes fueron extubados en quirófano excepto 3, y ninguno requirió ser reintubado. La mediana de estancia en UCI fue 12,7 horas (P25-75: 9,5-26,2) y la mediana de estancia hospitalaria posttrasplante fue 4 días (P25-75: 3-7). Esta mediana fue la que definió al grupo de alta precoz (4 o menos días tras el trasplante) que incluye a 133 pacientes (61% de altas post-trasplante) divididos según el día del alta (2º día: 30 pacientes, 3er día: 57 y 4º día: 46). La tasa de reingreso a 30 días fue del 34,9% y ésta fue significativamente menor en el grupo de alta precoz (28% p=0,015) que en el grupo de alta normal. Basándonos en nuestra experiencia, la vía rápida en TH es factible y puede aplicarse a todos los pacientes. Aquellos que no pueden ser dados de alta antes del 5º día aún se benefician de los pasos dados hasta ese punto. Hemos observado que el MELD no predice qué pacientes no podrán ser alta precoz, salvo en valores de MELD>35.

¿CUÁLES SON LÍMITES DEL DONANTE EN ASISTOLIA EN 2019?

Patricia Ruiz, *Bilbao*.

La donación en asistolia (DA) controlada es una fuente relativamente reciente de obtención de órganos, en nuestro medio. Aunque es una práctica ampliamente asentada en algunos países europeos y USA, en nuestro entorno, las primeras experiencias se llevaron a cabo como proyectos piloto en el año 2012. Desde entonces, se ha producido un crecimiento exponencial en el número de programas y de donantes, constituyendo, en 2018, la fuente de donantes del 15 % de los trasplantes hepáticos realizados y con una clara tendencia al crecimiento aunque aún con una distribución desigual en nuestro país. De hecho, en algunos centros supone el 30-40 % de los trasplantes hepáticos realizados. La técnica de extracción super-rápida (ESR) ha sido la técnica más frecuentemente utilizada para la preservación de injertos en la DA, permitiendo aumentar el pool de donantes, a expensas de un incremento en el número de complicaciones fundamentalmente de la vía biliar. La más reciente incorporación de la perfusión normotérmica regional (PNR) como forma de preservación de estos órganos, ha permitido, no solo ampliar el número de donantes, sino también mejorar los resultados haciéndolos equiparables a los de la muerte encefálica (ME). Sin embargo, la mayor parte de las publicaciones, protocolos y límites establecidos para la DA, están basados en las experiencias con la preservación con ESR. Cuando hemos aplicado estos mismo límites a la DA con PNR, hemos demostrado la superioridad de la técnica y obtenido resultados equiparables a los de la ME. Es por ello, que de una forma más o menos generalizada, en las diferentes unidades de trasplante, surge la inquietud de si es posible superar estos límites establecidos, aumentando así el número de donantes, pero sin afectar o haciéndolo mínimamente a los excelentes resultados cosechados hasta ahora. Basándonos en la PNR, el objetivo de esta presentación es el de analizar y discutir individualmente los diferentes límites establecidos a la hora de seleccionar y manejar donantes en asistolia, con la idea de valorar su expansión siempre y cuando garanticemos resultados similares a los obtenidos.

¿CUÁNTA COMORBILIDAD PODEMOS ASUMIR EN EL RECEPTOR?

Magdalena Salcedo Plaza, *Madrid*.

El progreso social y tecnológico han ampliado los límites en Medicina. Sin embargo, no se ha de desligar de la eficacia, eficiencia, sostenibilidad y mantenimiento de la equidad, beneficio social, y búsqueda de la excelencia. En el trasplante hepático (TH), el cambio de las listas de espera obliga a replantear sus indicaciones y restricciones. El concepto de Comorbilidad data de 1970 (Fenstein¹). La comorbilidad pre-TH condiciona las decisiones sobre el TH (aceptación, priorización, asignación del órgano, actuaciones preventivas, etc.). La comorbilidad preTH tiene 3 orígenes: La ligada a la gravedad de la hepatopatía: reversible con el TH, condiciona morbi-mortalidad precoz. Asociada a la etiología de la hepatopatía y su efecto sistémico. En muchos casos cronificarán postTH. Condicionada por la demografía, estilo de vida previos, y pato-biografía del sujeto. Se perpetúan y agravan tras el TH. La comorbilidad preTH condiciona morbi-mortalidad en todas las fases del TH, y el consumo de recursos²; la Comorbilidad asumible en el receptor es la que posibilita unos mínimos resultados (supervivencia de paciente y órgano), con una aceptable calidad de vida, y a un coste y uso de recursos proporcionales a los resultados previstos. Sin embargo, los resultados del TH dependen, además, de la calidad del órgano y de las condiciones técnicas del TH. Los scores de Comorbilidad ayudan a la toma de decisiones: prevén la complejidad y complicaciones relacionadas con procedimientos médicos, y el cálculo de supervivencia. El más difundido es el de Charlson³. El score ideal en TH, debería cuantificar y estratificar el riesgo individual en las distintas etapas del TH, ponderar el beneficio de supervivencia, la futilidad, la asignación del injerto, y la priorización, identificando además las condiciones comórbidas modificables. Volk⁴ adaptó el score de Charlson al TH; este índice ha sido validado posteriormente⁵⁻⁷: la edad y la diabetes afectan a la supervivencia precoz, y las complicaciones metabólicas y cardiovasculares constituyen las principales causas de muerte a los 5 años postTH⁷. Cardoso⁵ propuso una modificación, añadiendo otras variables del TH. Otros scores, añaden variables dependientes del estadio-gravedad de la hepatopatía o relativos al órgano⁸.

COMORBILIDAD Y SUS CONSECUENCIAS: POBLACION ESPAÑOLA TRASPLANTADA: Dos estudios españoles^{9,10} han analizado la comorbilidad y su impacto aquí: un tercio de nuestros candidatos a TH tienen alto riesgo cardiovascular (RCV), que se duplica al año postTH⁹. El score Framingham⁹, la función renal⁹ y la presencia de FRCV¹⁰ preTH condicionan la supervivencia global y la morbi-mortalidad vascular en los 5 primeros años postTH. La mortalidad perioperatoria postTH se asoció a diabetes y a hiperuricemia¹⁰.

COMORBILIDAD ESPECÍFICA PRETH: Cardiopatía Pretrasplante: es uno de los principales limitantes al TH. Cuando está presente en el TH (sin contraindicarlo), condiciona eventos cardiovasculares (ECV) mayores y muerte cardiovascular (CV) precoz postTH¹¹. El score CAR-OLT¹¹ evalúa el riesgo de ECV en el primer año postTH; en el estudio español¹⁰, la Insuficiencia Cardíaca preTH se asociaba a menor supervivencia a 5 años y la F. Auricular preTH a más riesgo de ECV postTH. La patología coronaria preTH se asocia a eventos cardíacos mayores postTH¹² (correlacionada a la gravedad de la estenosis coronaria¹³) y a mortalidad precoz (correlacionada con la enfermedad multivascular¹⁴). En nuestro medio¹⁵, la mitad de los candidatos a TH con perfil de RCV tienen patología coronaria, y ésta es significativa en el 7,7%; sin embargo, la incidencia de eventos coronarios y la supervivencia a corto y medio plazo fueron similares a las de los trasplantados sin FRCV preTH. La Diabetes (DM) y el síndrome metabólico (SM), tienen incidencia progresiva en paralelo a los cambios de estilo de vida y al envejecimiento de la población. La DM y el SM son los ejes de la hepatopatía por depósito de grasa, causa emergente de TH. En general, se ha establecido una prevalencia del 20-30% de DM PreTH^{5,16}. La DM es un factor independiente de muerte perioperatoria y postTH (precoz^{2,6}, a medio y largo plazo^{16,9,10}); su prevalencia y necesidad de soporte aumentan progresivamente postTH¹⁰, y condiciona la supervivencia al incrementar el riesgo de ECV mayores¹³. La Insuficiencia Renal (IR) es un factor predictivo independiente de mortalidad en todas las etapas postTH^{9,10,17-19}. En la serie española¹⁰ la prevalencia de IR preTH fue del 15%, y la IR fue un factor predictivo independiente de mortalidad a 5 años. Al igual que la DM y otros FRCV, la prevalencia de I.Renal aumenta progresivamente tras el TH. La Fragilidad cuantifica la reserva biológica del individuo: valora la situación global, consecuencia de la enfermedad de base, la comorbilidad, y la edad biológica. En hepatología se ha validado el LFI-Liver Frailty Index^{20,21} desarrollado con similitud a los de geriatría. La fragilidad en los candidatos a TH va ligada a la edad, pero por sí misma se asocia al riesgo de muerte preTH, y a la evolución postTH^{20, 22,23}. La cuantificación de la fragilidad en la espera del TH ha de ser una herramienta clínica para la optimización de los candidatos a TH, instaurando medidas específicas precoces^{6,24}. La Obesidad es cada vez más prevalente en candidatos a TH²⁵. Inicialmente se consideró que no impactaba en la supervivencia postTH, pero sí en el consumo de recursos y en más complicaciones postcirugía^{26,27}. Sin embargo, un reciente meta-análisis²⁸, ha mostrado que tienen menor supervivencia que los pacientes con normopeso.

CONCLUSIÓN: La comorbilidad condiciona todo el proceso de TH. Las comorbilidades que más impactan en el TH (diabetes, enfermedad cardiovascular, fragilidad, e insuficiencia renal) tienen prevalencia creciente ligada a la edad; se requiere una metodología de estimación pronóstica validada y de consenso para establecer los límites al TH y los protocolos específicos para su manejo peritTH.

BIBLIOGRAFÍA: 1. Feinstein AR. The pre-therapeutic classification of comorbidity in chronic disease. *J Chron Dis* 1970; 23,455-68; 2. Qu Z, Gwiasda J, Schrem H, Kaltenborn A, Harries L, Beneke J, Amelung V, Krauth C. Evaluation of published assessment tools for comorbidity in liver transplantation: a systematic review protocol. *BMJ Open* 2018;8:e021181. doi:10.1136/bmjopen-2017-021181; 3. Charlson ME, Pompei P, Ales KL, et al. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. *J Chronic*

Dis 1987;40:373-83; 4. Volk ML, Hernandez JC, Lok AS, et al. Modified Charlson comorbidity index for predicting survival after liver transplantation. *Liver Transpl* 2007;13:1515-20; 5. Cardoso FS, Bagshaw SM, Abraides JG, Kneteman NM, Meeberg G, Fidalgo P, Karvellas CJ. Comorbidities have a limited impact on post-transplant survival in carefully selected cirrhotic patients: a population-based cohort study. *Annals of Hepatology* 2015;14:4:505-14; 6. Wasilewicz M, Raszeja-Wyszomirska J, Wunsch E, Wójcicki M, Milkiewicz P. Modified Charlson Comorbidity Index in Predicting Early Mortality After Liver Transplantation. *Transplant Proc.* 2009;41,8:3117-8; 7. Niewiński G, Graczyńska A, Morawiec S, Raszeja-Wyszomirska J, Wójcicki M, Zieniewicz K, Głównczyńska R, Grąt M. Renaissance of Modified Charlson Comorbidity Index in Prediction of Short- and Long-Term Survival After Liver Transplantation?, *Med Sci Monit.* 2019;18,25:4521-6; 8. Blok JJ, Putter H, Metselaar HJ, et al. Identification and Validation of the Predictive Capacity of Risk Factors and Models in Liver Transplantation Over Time. *Transplant Direct.* 2018 Aug 21;4(9):e382. doi: 10.1097/TXD.0000000000000822. eCollection 2018 Sep; 9. Di Maira T, Rubin A, Puchades L, et al. Framingham score, renal dysfunction, and cardiovascular risk in liver transplant patients. *Liver Transpl.* 2015;21,6:812-22; 10. D'Avola D, Cuervas-Mons V, Martí J, Ortiz de Urbina J, Lladó L, Jimenez C, Otero E, Suarez F, Rodrigo JM, Gmez MA, Fraga E, Lopez P, Serrano MT, Rios A, Fábrega E, Herrero JI. Cardiovascular morbidity and mortality after liver transplantation: the protective role of mycophenolate mofetil. *Liver Transplantation* 2017;23: 498-509; 11. VanWagner LB, Ning H, Whitsett M, et al. A point-based prediction model for cardiovascular risk in orthotopic liver transplantation: The CAR-OLT score. *Hepatology.* 2017 ;66,6:1968-79; 12. Patel SS, Rodriguez VA, Siddiqui MB, et al. The Impact of Coronary Artery Disease and Statins on Survival After Liver Transplantation. *Liver Transpl.* 2019 Jul 25. doi: 10.1002/lt.25613. [Epub ahead of print]; 13. Skaro AI, Gallon LG, Lyuksemburg V, et al. The impact of coronary artery disease on outcomes after liver transplantation. *J Cardiovasc Med (Hagerstown).* 2016;17,12:875-85; 14. Yong CM, Sharma M, Ochoa V, et al. Multivessel coronary artery disease predicts mortality, length of stay, and pressor requirements after liver transplantation. *Liver Transpl.* 2010;16,11:1242-8; 15. Romero-Cristóbal M, Mombiola T, Caballero A, et al. Clinical Utility of a Risk-Adapted Protocol for the Evaluation of Coronary Artery Disease in Liver Transplant Recipients. *Liver Transpl.* 2019;25,8:1177-86; 16. Roccaro GA, Goldberg DS, Hwang WT et al: Sustained posttransplantation diabetes is associated with long-term major cardiovascular events following liver transplantation. *Am J Transplant,* 2018; 18,1: 207-15; 17. Nair S, Verma S, Thuluvath PJ. Thuluvath, pretransplant renal function predicts survival in patients undergoing orthotopic liver transplantation. *Hepatology* 2002; 35:1179-85; 18. Roberts MS, Angus DC, Bryce CL, Valenta Z, Weissfeld L. Survival after liver transplantation in the United States: a disease specific. Analysis of the UNOS database. *Liver Transpl* 2004;10:886-97; 19. Narayanan Menon KV, Nyberg SL, Harmsen WS, DeSouza NF, Rosen CB, Krom RA, et al. MELD and other factors associated with survival after liver transplantation. *Am J Transplant* 2004;4:819-25; 20. Lai JC, Covinsky KE, Dodge JL, Boscardin WJ, Segev DL, Roberts JP, Feng S. Development of a novel frailty index to predict mortality in patients with end-stage liver disease. *Hepatology* 2017;66:564-574; 21. Wang CW, Adrienne Lebsack A, Chau S, Lai JC. The Range and Reproducibility of the Liver Frailty Index. *Liver Transplantation,* 2019; 25, 6: 841-847; 22. Lai JC, Segev DL, McCulloch CE, Covinsky KE, Dodge JL, Feng S. Physical frailty after liver transplantation. *Am J Transplant* 2018;18:1986-1994; 23. Haugen CE, McAdams-DeMarco M, Holscher CM, Ying H, Gurakar AO, Garonzik-Wang J, Cameron AM, Segev DL, Lai JC. Multicenter Study of Age, Frailty, and Waitlist Mortality Among Liver Transplant Candidates. *Ann Surg.* 2019 Jan 18. doi: 10.1097/SLA.0000000000003207. [Epub ahead of print]; 24. Kobashigawa J, Dadhania D, Bhorade S, et al. Report from the American Society of Transplantation on frailty in solid organ transplantation. *Am J Transplant.* 2019;19:4:984-994. doi: 10.1111/ajt.15198. Epub 2018 Dec 22; 25. Selzner N, Grant D. Obesity: Weighty Challenges for the Liver Transplant Community. *Liver Transpl.* 2019;25;4:531-532; 26. Leonard J, Heimbach JK, Malinchoc M, Watt K, Charlton M. The impact of obesity on long-term outcomes in liver transplant recipients-results of the NIDDK liver transplant database. *Am J Transplant* 2008;8:667-72; 27. Giorgakis E, Tedeschi M, Bonaccorsi-Riani E, et al. The Effect of Recipient Body Mass Index and Its Extremes on Survival and Graft Vascular and Biliary Complications After Liver Transplantation: A Single Center Retrospective Study. *Ann Transplant* 2017;22:611-21; 28. Beckmann S, Drent G, Ruppert T, Nikolic N, De Geest S. Body weight parameters are related to morbidity and mortality after liver transplantation - A systematic review and meta-analysis. *Transplantation.* 2019 Jun 24. doi: 10.1097/TP.0000000000002811. [Epub ahead of print]

ABORDAJE MULTIDISCIPLINAR DE LA NEOPLASIAS EN EL ENTORNO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

Gonzalo Sapisochin, *Toronto (Canadá).*

“Transplant oncology” es un nuevo concepto que aúna las disciplinas de la medicina y cirugía del trasplante y de la oncología con el objetivo de avanzar en el tratamiento e investigación del cáncer hepatobiliar a través de un abordaje multidisciplinar. El trasplante hepático (TH) como tratamiento curativo del cáncer hepatobiliar, representa un área clave dentro del campo de “transplant oncology”. La reducción del número de pacientes candidatos a TH por enfermedad hepática debido a infección por virus de la hepatitis C junto con la optimización de técnicas quirúrgicas y de preservación, nos ofrecen la oportunidad de debatir y reconsiderar las indicaciones de TH. Actualmente, el TH constituye una alternativa terapéutica establecida y eficaz para pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) sin invasión vascular o enfermedad metastásica, con una supervivencia a los 5 años del 75% y una baja tasa de recidiva tumoral. Los criterios de TH en pacientes con CHC tradicionalmente se han basado en el número de lesiones y tamaño tumoral (criterios de Milán). Sin embargo, la comunidad científica ha puesto su atención en la extensión de los criterios tradicionales y en la identificación de indicadores pronósticos, que permitan identificar aquellos pacientes que, a pesar de tener enfermedad avanzada localizada en el hígado, puedan beneficiarse de TH manteniendo buenos resultados a largo plazo. En este contexto, un abordaje multidisciplinar es clave para minimizar el riesgo de progresión tumoral antes del TH. La resección tumoral completa sigue siendo el único tratamiento curativo del colangiocarcinoma hiliar. En aquellos casos irresecables, el TH, tras un periodo de neoadyuvancia con quimioterapia y radioterapia, ha demostrado buenos resultados de supervivencia. Algunos centros como la clínica Mayo, han desarrollado protocolos para trasplantar pacientes con este tipo de tumores. Recientemente, estudios multicéntricos nacionales e internacionales han demostrado que pacientes cirróticos con colangiocarcinoma intrahepático (CCI) en estadios iniciales, también pueden beneficiarse del TH. Actualmente, estudios prospectivos están en marcha para confirmar este hallazgo. Por otro lado, recientemente un estudio realizado en Estados Unidos, ha demostrado buenos resultados tras TH en pacientes con CCI multifocal en hígado sano en pacientes tratados con quimioterapia durante aproximadamente un año previo al trasplante. Un estudio multicéntrico prospectivo está en marcha. Finalmente, en pacientes con enfermedad metastásica en el hígado (cáncer colorectal y tumores neuroendocrinos), existen estudios demostrando resultados muy esperanzadores. Ciertos centros están explorando esta opción. Especialmente en el campo del carcinoma colorectal, el grupo de Oslo, ha demostrado excelentes resultados en pacientes bien seleccionados.

SÍNDROME HEPATOPULMONAR E HIPERTENSIÓN PORTOPULMONAR Y TRASPLANTE HEPÁTICO: MANEJO EN 2019

José Manuel Sousa, *UGC Aparato Digestivo. Unidad de Trasplante Hepático. H.U. Virgen del Rocío (Sevilla).*

El síndrome hepatopulmonar (SHP) se define como una alteración de la oxigenación sanguínea provocada por dilataciones vasculares pulmonares en el contexto de hipertensión portal y/o enfermedad hepática. El diagnóstico se basa en la gasometría arterial con Gradiente Alveolo arterial de oxígeno ≥ 15 mm Hg (≥ 20 mm Hg si la edad > 64 años) y la confirmación de dilataciones vasculares pulmonares, mediante ecocardiografía con burbujas o gammagrafía de perfusión con macroagregados de albúmina positiva. Se clasifica en leve (PaO₂ ≥ 80 mm Hg), moderado (PaO₂ 60-79 mm Hg), severo (PaO₂ 50-59 mm Hg) y muy severo (PaO₂ < 50 mm Hg). La prevalencia en candidatos

a trasplante hepático (TH) está en torno al 25 %. En la actualidad no se ha demostrado mejoría con ningún tratamiento farmacológico específico. En la valoración inicial del candidato a TH debe plantearse este diagnóstico cuando la pulsioximetría sentado sea inferior al 96 %, si bien estudios recientes recomiendan como mejor método de screening la gasometría arterial. La reversibilidad del SHP tras el TH es cercana al 100 % al año, por este motivo las formas severas o muy severas ($\text{PaO}_2 < 50\text{-}60$ mm Hg) que tienen mal pronóstico a medio plazo, deben considerarse por sí mismas una indicación de TH incluso en pacientes con función hepática preservada. Los pacientes con $\text{PaO}_2 \leq 44$ mmHg tienen incrementada la morbi-mortalidad perioperatoria, por lo que en algunos casos podría considerarse contraindicado el TH, especialmente si no hay buena respuesta a oxígeno al 100 % ($\text{PaO}_2 < 300$ mm Hg). La hipertensión portopulmonar (HTPoP) es un tipo de hipertensión arterial pulmonar (HAP) que se desarrolla en el contexto de hipertensión portal, con o sin enfermedad hepática, en ausencia de otras causas de HAP. Los criterios diagnósticos de HAP durante el cateterismo cardiaco derecho son: presión arterial pulmonar media PAPm > 20 mm Hg, resistencias vasculares pulmonares (RVP) ≥ 240 din/s/cm⁵ (3 U wood) y presión enclavada pulmonar ≤ 15 mmHg. Se clasifica en leve, moderado o severo dependiendo de la PAPm (≤ 35 mmHg, 35-45 mmHg, y ≥ 45 , respectivamente). La prevalencia de HTPoP en candidatos a TH es del 5-10 %. El impacto del TH en la evolución de la HTPoP es imprevisible, por lo tanto, a pesar de conferir una alta morbilidad y mortalidad, en sí no es una indicación para el TH. El screening de HTPoP en candidatos a TH se realiza mediante ecocardiografía. Los pacientes con presión arterial pulmonar sistólica (PAPs) estimada de > 50 mm Hg o datos ecocardiográficos sugestivos de HAP (aumento de tamaño o disfunción de aurícula derecha o ventrículo derecho) deben ser sometidos a cateterismo cardiaco derecho para confirmación de la HTPoP. La HTPoP habitualmente es considerado una contraindicación para TH si la PAPm > 35 mm Hg debido a la alta mortalidad perioperatoria, por este motivo deberían ser sometidos a tratamiento específico, habitualmente con combinación de fármacos, para obtener un descenso de PAPm por debajo de 35 mm, para que el TH pueda realizarse.

PODEMOS PREDECIR Y EVITAR LA RECAÍDA ALCOHÓLICA?

Santiago Tome, *Medico adjunto del Servicio de Medicina Interna. Unidad de trasplante abdominal. Hospital clínico de Santiago de Compostela*

El proceso de selección para trasplante hepático en la enfermedad hepática alcohólica experimenta un desafío adicional que incluye un exhaustivo examen especialmente dirigido a conocer las características del enfermo que consume alcohol, principalmente el grado de abuso y de dependencia. A pesar de este proceso de selección e identificación, el consumo de alcohol después del trasplante se sitúa entre un 8 y un 22% en el primer año pos-trasplante pudiendo llegar hasta un 30-35% al 5º año pos-trasplante. Los pacientes que recurren en el consumo de alcohol presentan distintas progresiones o trayectorias con unas características diferenciadas. Independientemente del tipo de trayectoria globalmente muestran una progresión más rápida de la fibrosis y un significativo deterioro de la supervivencia. La selección de este tipo de enfermos debería de ser lo suficientemente sensible como para poder identificar con suficiente fiabilidad los enfermos a riesgo de recurrencia grave, particularmente en aquellos enfermos que acuden al trasplante sin tiempo de abstinencia previa como por ejemplo los pacientes con Hepatitis Alcohólica. La identificación del tiempo de abstinencia antes del trasplante ha sido debatido como herramienta única de predicción y los especialistas en adicciones señalan a la situación psicosocial del bebedor como el escenario que nos puede indicar hasta que punto el enfermo se encuentra a riesgo. Recientemente se señalan otras características que nos pueden ayudar como son las variables relacionadas a la duración del consumo, intensidad del mismo y el numero de intentos de tratamiento del Alcoholismo, variables que se incluyen en cuestionarios tipo HRAR (High Risk Alcohol Relapse). La falta de validación en diferentes grupos de alcohólicos así como el carácter retrospectivo de los estudios justifican la realización de mas estudios comprobatorios. De cualquier forma, debido a que este proceso de selección y predicción no puede ser simple se encuentra fuera de duda que la incorporación de un especialista en adicciones en los equipos de trasplante es muy relevante en la evaluación de estos enfermos. Cada enfermo precisa de una evaluación individualizada así como un seguimiento pos-trasplante también individualizado especialmente cuando el enfermo sobrepasa los primeros años del trasplante y la presión del seguimiento del centro trasplantado es menor. Los objetivos no serán otros que detectar precozmente el paciente de riesgo e implementar un seguimiento acorde con el fin disminuir la morbimortalidad asociada a la recurrencia alcohólica.

CONTROL Y SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DEL PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO

Carmen Vinaixa Aunés, *Médico Adjunto Sección de Hepatología, Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario y Politécnico La Fe*

La supervivencia a corto plazo del paciente trasplantado hepático es óptima, situándose actualmente cerca del 90% al año del trasplante, gracias a avances en la técnica quirúrgica y a los progresos en la medicación inmunosupresora que se han llevado a cabo en las últimas décadas. Sin embargo, la supervivencia del paciente trasplantado hepático a largo plazo se sitúa en torno al 65-70% a los 10 años del trasplante, por lo que aún presenta margen de mejora. La causa principal de pérdida del injerto ha sido clásicamente la recurrencia de la enfermedad primaria, siendo de particular importancia en nuestro medio la hepatitis C recurrente. En los últimos años, con el desarrollo de tratamientos antivirales eficaces contra la hepatitis C, la recurrencia de la hepatitis C ya no es un problema significativo tras el trasplante. Este hecho, junto con la aceptación de candidatos cada vez más añosos y con más comorbilidades para trasplante, hace preveer que la causa más importante de morbi-mortalidad post-trasplante sea probablemente la cardiovascular, que es responsable actualmente de un 10-15% de mortalidad tras el trasplante. Los factores de riesgo cardiovascular y el síndrome metabólico son extremadamente frecuentes en la población trasplantada, en gran medida debido al uso de la medicación inmunosupresora. La gran parte de los factores de riesgo cardiovascular son modificables y susceptibles de un manejo óptimo con tratamientos médicos y cambios en el estilo de vida. La minimización de la inmunosupresión, así como el uso de regímenes con mejor perfil de efectos secundarios a nivel metabólico son estrategias indispensables. Sin embargo, también es necesario un adecuado manejo y tratamiento médico de todos los factores de riesgo cardiovascular y sus complicaciones. Así pues, es obligatorio un manejo multidisciplinar del paciente trasplantado, que involucre a médicos de atención primaria, internistas y/o endocrinólogos. Otra causa importante de morbi-mortalidad tras el trasplante hepático es la creciente incidencia de neoplasias de novo, que es 2-3 veces más frecuente en los pacientes trasplantados que en la población general, lo que hace fundamental seguir estrategias preventivas, así como de vigilancia y cribado para distintos tumores. Minimizar la carga de inmunosupresión global y usar fármacos inmunosupresores con potencial antiproliferativo, sin dejar de lado la prevención del rechazo, son estrategias posibles. Asimismo, existen ciertas subpoblaciones de pacientes, como aquellos con antecedentes de abuso de alcohol y/o tabaco, con riesgo aumentado para tumores de cabeza, cuello, y pulmón; y aquellos con colangitis esclerosante primaria que presentan un riesgo aumentado para cáncer de colon. Además de las enfermedades cardiovasculares y las neoplasias de novo, otros aspectos como la calidad de vida, el empleo, la adecuación del puesto de trabajo, o el embarazo también son de gran importancia en el seguimiento a largo plazo del paciente trasplantado hepático con supervivencia prolongada. Por tanto, el paciente trasplantado hepático es un enfermo crónico que requiere de manejo multidisciplinar con el fin de optimizar su calidad de vida, minimizar su morbilidad y mejorar su supervivencia a largo plazo.



**COMUNICACIONES
ORALES**

OS1. COMUNICACIONES ORALES I: NEOPLASIA Y TRASPLANTE HEPÁTICO

OS1-1

APLICABILIDAD Y RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL COLANGIOCARCINOMA PERIHILIAR IRRESECCABLE

Cristina Dopazo (1), Laura Llado (2), Amelia Hessheimer (3), Constantino Fondevila (3), Teresa Macarulla (4), Begoña Navalpotro (5), Emilio Ramos (3), Joan Fabregat (3), Blanca Laquente (6), Miquel Navasa (7), Itxarone Bilbao (1), Ramon Charco (1)

(1) Barcelona, Hospital Universitario Vall D'Hebrón, Universidad Autónoma de Barcelona, (2) Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplantes, Hospital Universitario de Bellvitge, Universidad de Barcelona, Hospitalet de Llobregat, (3) Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplantes, Hospital Clínic de Barcelona, Universidad de Barcelona, (4) Servicio de Oncología, Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Universidad Autónoma de Barcelona, (5) Servicio de Radioterapia Oncológica, Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Universidad Autónoma de Barcelona, (6) Servicio de Oncología, Hospital Universitario de Bellvitge, Universidad de Barcelona, Hospitalet de Llobregat, (7) Unidad de Hepatología, Hospital Clínic de Barcelona, Universidad de Barcelona.

INTRODUCCIÓN: En 2007 se consensó un protocolo asistencial entre los tres centros de trasplante hepático (TH) de Cataluña que contemplaba el TH asociado a quimio-radioterapia neoadyuvante como tratamiento alternativo del colangiocarcinoma perihiliar (CCAp) ≤ 3 cm irreseccable.

OBJETIVO: Estudiar la aplicabilidad del TH en los pacientes con CCAp incluidos en el protocolo y analizar los resultados por intención de tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo multicéntrico que incluye pacientes de edad ≤ 68 años diagnosticados de CCAp ≤ 3 cm, irreseccable, sin afectación ganglionar o metástasis a distancia. Los pacientes recibieron tratamiento neoadyuvante basado en radioterapia externa en dosis total de 45Gy, asociado a bolus de 5-Fluoracilo durante los tres primeros días de irradiación y posterior capecitabina oral.

RESULTADOS: Entre 2007 y 2018, 13 pacientes fueron incluidos en dicho protocolo. Dos presentaron progresión tumoral estando en lista de espera y un tercero se èxitus por sepsis secundaria a colangitis de repetición. En dos casos se objetivó en el momento del TH progresión tumoral por lo que se desestimó el procedimiento. Finalmente 8 de los 13 pacientes (61%) fueron trasplantados tras un tiempo en lista de espera de 122 días (rango 5-192). La supervivencia por intención de tratamiento a 1 y 5 años fue del 62% y 53%. La supervivencia global post-TH a 1 y 5 años fue del 75% y 75% respectivamente, y la supervivencia libre de enfermedad del 73% y 58% respectivamente.

CONCLUSIÓN: La aplicabilidad del trasplante hepático combinado con quimio-radioterapia neoadyuvante ha sido del 61% en nuestra serie y debe ser considerado como un tratamiento potencialmente curativo para pacientes con CCAp ≤ 3 cm, irreseccable y sin enfermedad metastásica.

OS1-2

INCIDENCIA E IMPACTO PRONÓSTICO DEL CÁNCER TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO: RESULTADOS DE UNA COHORTE MULTICÉNTRICA

Manuel Rodríguez-Perálvarez (1), Tommaso Di Maira (2), Gonzalo Crespo (3), Patricia Salvador (4), Sheila Pereira (5), Ainhoa Fernández-Yunquera (6), Trinidad Serrano (7), Ignacio Herrero (8), Rocio Gonzalez Grande (9), Ángeles Lopez Garrido (10), Javier Briceño (1), María Senosiain (3), Carmen Bernal (4), Aranzazu Caballero Marcos (5), Sara Lorente (6), Jordi Colmenero (7), Flor Nogueras (10), Mercedes Iñarrairaegui (8), Susana Lopez Ortega (9), Victoria Aguilera (2), Andrés Valdivieso (3), Cristina Borao (6), Maria Dolores Espinosa Aguilar (10), Rivera Jesús (7), Miguel Jimenez (9), Magdalena Salcedo Plaza (5), Fernando Rotellar (8), Marina Berenguer (2), Miguel Navasa (7), Manuel De la Mata (1), Miguel Ángel Gómez Bravo (4), Mikel Gastaca (3)

(1) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, Hospital Universitario Reina Sofia, IMBIC, CIBERehd, Córdoba, (2) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital La Fe e Instituto de Investigación sanitaria La Fe, CIBERehd, Valencia, (3) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERehd, Barcelona, (4) Unidad de Cirugía Hepatobiliar, Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital Universitario de Cruces, Bilbao, (5) Unidad de Cirugía de Trasplante Hepático. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, (6) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital General Universitario e Instituto de Investigación biomédica Gregorio Marañón, CIBERehd, Madrid, (7) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, (8) Unidad de Hepatología y Cirugía de Trasplante Hepático. Clínica Universitaria de Navarra, IdiSNA, CIBERehd, Navarra, (9) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital regional Universitario Carlos Haya, Málaga, (10) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital Virgen de las Nieves, Granada.

OBJETIVO: Conocer la incidencia de cáncer post-trasplante hepático (TH) y sus factores predictivos para diseñar protocolos específicos de cribado.

MÉTODOS: Estudio multicéntrico observacional en el que participaron 10 centros de TH españoles. Se incluyeron consecutivamente pacientes sometidos a TH entre Enero 2010 y Diciembre 2015 con supervivencia post-TH >1 año e inmunosupresión basada en tacrolimus. Criterios de exclusión: edad <18 años, retrasplante, VIH+ e indicación de TH por hepatocarcinoma. Se estudió la incidencia de cáncer y la mortalidad mediante curvas de Kaplan-Meier y regresión de Cox.

RESULTADOS: Se incluyeron 1.029 pacientes (edad $52,5 \pm 10,4$ años, 70,1% hombres, 51,5% cirrosis etílica, 24,3% cirrosis por virus C). Tras un seguimiento mediano de 67 meses (IQR 50-87), 148 pacientes desarrollaron cáncer: incidencia acumulada 12,3% a los 5 años, tasa de incidencia 0,031 casos por cada persona*año. La incidencia de cáncer se ha mantenido estable durante el periodo evaluado. Los pacientes que desarrollaron cáncer tuvieron menor supervivencia post-TH (76,4% vs 92% a 5 años). El fallecimiento durante el seguimiento se produjo en 51 pacientes con cáncer (34,5%), con una expectativa de vida mediana desde el diagnóstico de 6 meses (IQR 2-20). En el análisis multivariante los factores predictivos independientes de cáncer fueron: Edad >50 años (RR=3,53; $p<0,001$), tabaquismo (RR=1,47; $p=0,026$) y la etiología etílica de la cirrosis (RR=1,65; $p<0,007$). La acumulación de estos factores de riesgo se asoció a un incremento progresivo de la incidencia de cáncer a 5 años: 3,5% con 0 factores, 8,7% con 1 factor, 14,7% con 2 factores y 22,6% con los 3 factores ($p<0,001$).

CONCLUSIÓN: La incidencia de cáncer tras el TH es elevada y conlleva un pronóstico infausto. Se precisa una estrategia de cribado de cáncer post-TH que tenga en cuenta el historial de hábitos tóxicos del paciente.

OS1-3**UTILIDAD DEL SCORE DEL "MODELO AFP" PARA PREDECIR LA RECIDIVA TUMORAL EN PACIENTES TRASPLANTADOS POR CARCINOMA HEPATOCLULAR (CHC) CON CRITERIOS DE MILAN**

María Luisa Gonzalez-Dieguez (1), Valle Cadahía Rodrigo (1), Victor Jiménez Beltrán (1), Carmen Alvarez Navascues (1), María Varela Calvo (1), Carmen García Bernardo (2), Ignacio Gonzalez-Pinto (2), Manuel Rodríguez García (1)

(1) Hepatología, (2) Cirugía hepatobiliar, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

OBJETIVO: Evaluar la utilidad del score "Modelo AFP" en la recidiva tumoral (RT) en pacientes trasplantados por CHC con criterios de Milan pre-trasplante.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se incluyeron 192 pacientes trasplantados consecutivamente por CHC con criterios de Milan pre-trasplante. Se excluyeron aquellos con supervivencia < 3 meses. El 87% fueron varones, con mediana de edad de 58 años (43-67). Etiología de la enfermedad hepática: alcohol (45%), VHC (42%), VHB (6%), otras (7%). Variables analizadas: AFP basal, estadiaje tumoral, nº y tamaño de los nódulos tumorales, invasión vascular y puntuación del score "Modelo AFP".

RESULTADOS: Tras un seguimiento medio de 71±48 meses (3,6-210), la tasa de recidiva tumoral fue 10,4% (20/192). El 94% de los pacientes tenían un score ≤ 2 (137 score 0; 30 score 1; 14 score 2; 10 score 3 y 1 score 4). De aquellos con score > 2, el 45% (5/11) presentaron RT, frente al 8% (15/181) de los que tenían un score ≤ 2 (p=0,002). El explante presentaba criterios > Milan en 63% (7/11) de los pacientes con score > 2 y en 16% (29/181) con score ≤ 2 (p=0,002). Se objetivó invasión microvascular en 36% (4/11) de los explantes con score > 2 y en el 9% (17/181) con score ≤ 2 (p=0,02). El tiempo en lista de espera fue significativamente inferior en los pacientes con score > 2 (90±83 vs 43±33 días; p<0.01). La probabilidad de RT post-trasplante a 1, 3 y 5 años fue mayor en los pacientes con score > 2 (10%, 43% y 57% vs 2%, 8% y 11%; p< 0.01). La supervivencia a 1, 3 y 5 años, fue mayor en los pacientes con score ≤ 2 (97,7%, 91,1% y 82,7% vs 90%, 60% y 60%; p= 0,02).

CONCLUSIONES: En pacientes trasplantados por CHC con criterios de Milan pre-trasplante, el score "Modelo AFP" fue capaz de diferenciar 2 grupos con distinta probabilidad de recidiva tumoral postrasplante y con distinta supervivencia, lo que confirma su utilidad en la selección de pacientes para trasplante.

OS1-4**EVALUACIÓN DEL RIESGO DE DESARROLLO DE ADENOMAS COLORRECTALES EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO**

Alejandro Bojorquez (2), Juan Otegui (1), Marta Quiñones (1), Xabier Pérez (1), Lorena Mora (3), Estefanía Toledo (4), Maite Betés (4), Jose Ignacio Herrero (1)

(1) Hepatología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, (2) Servicio de Digestivo, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, (3) Servicio de Digestivo, Hospital Santiago Apóstol, Miranda de Ebro, (4) Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, Pamplona.

Las neoplasias post-trasplante son una de las principales causas de mortalidad a largo plazo. No está claro si los pacientes trasplantados tienen una mayor incidencia de cáncer colorrectal (excluyendo a los pacientes con colangitis esclerosante primaria). El objetivo de este estudio es evaluar si los pacientes trasplantados tienen un riesgo de desarrollar adenomas colorrectales (como marcador surrogado de cáncer colorrectal) que la población general.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se estudiaron 139 pacientes que habían realizado una colonoscopia (con polipectomía, en caso de encontrar pólipos) antes del trasplante y una segunda colonoscopia después. Se compararon con 367 pacientes no trasplantados que había realizado una colonoscopia como cribado de cáncer colorrectal y una segunda colonoscopia después. Se evaluaron los riesgos de desarrollar adenomas de colon y adenomas de alto riesgo, así como los factores de riesgo de desarrollarlos.

RESULTADOS: Un 40.3% de los pacientes trasplantados y un 29.9% de los no trasplantados desarrollaron nuevos adenomas entre la primera y la segunda colonoscopia (37.5% y 18.2% de ellos, respectivamente fueron adenomas de alto riesgo). En el estudio multivariado (ajustado por edad, sexo, presencia de pólipos en la colonoscopia basal e intervalo entre colonoscopias), los pacientes trasplantados tuvieron un riesgo significativamente mayor de desarrollar adenomas (OR: 1.61; P=0.03) y de desarrollar adenomas de alto riesgo (OR: 2.87; P=0.002). En los pacientes trasplantados el tratamiento con tacrolimus se asoció de forma independiente a un mayor riesgo de desarrollar adenomas (OR: 3.04; P=0.014) y de desarrollar adenomas de alto riesgo (OR: 8.56; P=0.046).

CONCLUSIÓN: Los receptores de trasplante hepático tienen un riesgo de desarrollar adenomas colorrectales significativamente mayor que la población general. El tratamiento inmunosupresor podría tener un papel importante en este riesgo.

OS1-5

CINÉTICA DE ELIMINACIÓN DE CÉLULAS TUMORALES CIRCULANTES EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA SOMETIDOS A RESECCIÓN O TRASPLANTE HEPÁTICO

Víctor Amado Torres (1), Rafael Alejandro Altamirano (1), Gustavo Ferrín (1), Sandra González Rubio (1), Rocío Fernández González (1), Marina Sánchez Frías (2), Javier Zamora Olaya (1), Rubén Ciria Bru (3), María Dolores Ayllón (3), Javier Briceño (3), Pilar Barrera Baena (1), Antonio Poyato González (1), Manuel De la Mata (1), Manuel Rodríguez-Perálvarez (1)

(1) Unidad de Gestión Clínica Aparato Digestivo. Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, (2) Unidad de Gestión Clínica Anatomía Patológica, (3) Unidad de Gestión Clínica Cirugía General y del Aparato Digestivo. Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

OBJETIVOS: Explorar el fenómeno de persistencia de células tumorales circulantes (CTCs) en pacientes con hepatocarcinoma tras la resección/trasplante hepático (TH) como posible mecanismo de recidiva tumoral.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio prospectivo que incluyó consecutivamente pacientes con hepatocarcinoma sometidos a resección o TH (Septiembre/2017-Mayo/2019). Se realizó un recuento de CTCs en muestras de sangre periférica (7 ml) mediante el sistema Isoflux (Fluxion biosciences) antes de la cirugía, al quinto día y al mes post-cirugía. Se consideró clínicamente relevante un recuento >30 CTCs.

RESULTADOS: Se incluyeron 35 pacientes (edad media 56,6±16 años, 77,8% hombres). Doce pacientes fueron sometidos a resección hepática (34,3%) y 23 pacientes recibieron TH (65,7%). La principal etiología fue la infección por el virus de la hepatitis C (63,9%), seguida por la enfermedad hepática alcohólica (50%). En la pieza quirúrgica se objetivó enfermedad multinodular en el 34,3% (nódulo mayor 2,8±1,9 cm). La eliminación incompleta de CTCs en el día 30 post-operatorio ocurrió en 15 pacientes (41,7%). La persistencia de CTCs fue más frecuente en pacientes sometidos a resección hepática (58,3%) vs TH (34,8%). La cinética de eliminación de CTCs no se vio influenciada por el sexo, la etiología de la cirrosis ni con las características histológicas del tumor. En pacientes sometidos a TH con alfa-fetoproteína basal >100 ng/mL, se observó persistencia de CTCs en todos los casos (p=0,021), no siendo así en los pacientes resecados (33,3%). El recuento total de CTCs antes del procedimiento se relacionó con su eliminación incompleta un mes después (p=0,039).

CONCLUSIÓN: La persistencia de CTCs en pacientes con hepatocarcinoma sometidos a resección o TH es un fenómeno frecuente. Se precisa prolongar el seguimiento para determinar la relación de este evento con la recidiva tumoral.

http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d52fcbee1709_AFP+vs+EliminaciCAN+CTCs+en+TH.jpg

OS1-6

DONACIÓN HEPÁTICA EN ASISTOLIA CONTROLADA Y TÉCNICA SÚPER-RÁPIDA CON DONANTES MAYORES DE 70 AÑOS

Felipe Alconchel (1), Pedro Antonio Cascales-Campos (1), David Ferreras Martínez (1), Beatriz Febrero (1), Mario Royo-Villanova (2), María Martínez (2), Antonio Ríos (1), José Manuel Rodríguez (1), Juan Ángel Fernández (1), José Antonio Pons (3), Laura Martínez-Alarcón (1), Enrique Martínez-Barba (4), Víctor López (1), Francisco Sánchez-Bueno (1), Ricardo Robles (1), Pascual Parrilla (1), Pablo Ramírez (1)

(1) Cirugía General y del Aparato Digestivo, (2) Unidad de Cuidados Intensivos, (3) Medicina del Aparato Digestivo, (4) Anatomía Patológica. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, IMIB-Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Nuestro objetivo principal fue comparar los resultados del trasplante hepático (TH) entre la donación en asistolia controlada (cDCD) y la donación en muerte encefálica (DBD) en nuestro hospital y analizar, dentro del grupo cDCD, la influencia de la edad en los resultados obtenidos con los cDCD con edades superiores a los 70 años y hasta los 80 años.

Todos los TH-cDCD realizados fueron analizados prospectivamente. Los resultados del grupo cDCD se compararon con los de un grupo control que recibió un trasplante con DBD inmediatamente después de cada trasplante con cDCD. Posteriormente, se analizaron los resultados obtenidos dentro del grupo cDCD según la edad de los donantes, considerando 2 subgrupos con un punto de corte a los 70 años.

Se estudiaron un total de 77 TH-cDCD. Al comparar las complicaciones post-TH entre los cDCD vs DBD, no hubo diferencia en las tasas de disfunción primaria del injerto (1,3% cDCD vs 2,6% DBD), trombosis de la arteria hepática y retrasplante hepático precoz entre los dos grupos (7,8% cDCD vs 9,1% DBD). En cuanto a las complicaciones biliares y la colangiopatía isquémica, a pesar del mayor porcentaje en el grupo cDCD, las diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Al comparar los 32 cDCD ≥70 años con los restantes 45 cDCD <70 años, no hubo diferencias en cuanto a las tasas de disfunción primaria del injerto, trombosis de la arteria hepática, colangiopatía isquémica, complicaciones biliares ni de retrasplante.

Por tanto, los resultados de supervivencia para el trasplante hepático con cDCD y técnica de extracción súper rápida no fueron inferiores a los obtenidos en un grupo similar de pacientes trasplantados con hígados DBD. Sin embargo, el precio de la donación en asistolia fue una tasa más alta de complicaciones biliares, incluida la colangiopatía isquémica. La edad del donante no fue un factor negativo.

OS1-7**CRITERIOS MORAL COMO PREDICTORES DE RECIDIVA Y SUPERVIVENCIA EN LOS PACIENTES TRASPLANTADOS POR HEPATOCARCINOMA**

Erik González Tolaretxipi, Enrique Toledo Martínez, Ana Lozano Nájera, Sonia Castanedo Bezanilla, Juan Andrés Echeverri Cifuentes, Roberto Fernández Santiago, Jose Ignacio Fortea Ormaechea, Federico Jose Castillo Suescun, Juan Carlos Rodríguez Sanjuan

H.U. Marqués de Valdecilla

OBJETIVOS: Los criterios de Milán siguen siendo el estándar a la hora de indicar un trasplante hepático en pacientes con hepatocarcinoma (CHC); no obstante, cada vez se tienen más en cuenta la biología del tumor. Marcadores como la proporción de neutrófilos entre linfocitos (NLR) y la alfafetoproteína (AFP) se han asociado con el riesgo de recurrencia y han sido incluidos en los criterios MORAL, asociados a parámetros radiológicos. El objetivo de esta comunicación es comprobar si los criterios pre-MORAL y post-MORAL predicen en nuestra población el riesgo de recurrencia y la supervivencia.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de pacientes trasplantados por CHC en centro de tercer nivel desde enero de 2012 y junio de 2019. Todos los pacientes cumplieron criterios de Milán en el momento de su inclusión en lista de espera. Fueron incluidos 49 pacientes y su puntuación Moral estratificada (bajo riesgo=0-2, riesgo medio=3-6 y riesgo alto=7-10).

RESULTADOS: De los 49 pacientes, 13 (26,5%) no cumplían criterios de Milán en la anatomía patológica. No se obtiene diferencia estadística en recidiva de CHC ni supervivencia entre ambos grupos. Sin embargo, la recidiva de CHC se relaciona con la escala postMoral ($p < 0,001$) y se observa una supervivencia entre estratos: bajo riesgo de 80,9 meses, riesgo medio de 56,7 y alto riesgo con 25,5.

CONCLUSIONES: Los criterios MORAL son una herramienta útil, simple y que parece predecir y estratificar tanto el riesgo de recurrencia como la supervivencia del trasplante hepático. Al incluir criterios biológicos y patológicos podrían ser de ayuda y complementar a los criterios de Milán en la selección y manejo de paciente con CHC candidatos a trasplante hepático.

Supervivencia libre de recidiva estratificada por criterios Moral post-trasplante hepático. http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d728b5646813_Moral.jpg

OS1-8**MARCADORES PRONÓSTICOS DE RECIDIVA DE HEPATOCARCINOMA EN PACIENTES TRASPLANTADO**

Jose Sanchez Segura, Francisco Javier Leon Diaz, Sara Nicolás de Cabo, Daniel Cabañó Muñoz, Belinda Sanchez Perez, Jose Antonio Perez Daga, Custodia Montiel Casado, Julio Santoyo Santoyo

UGC Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplantes, Hospital Regional Universitario de Málaga.

INTRODUCCIÓN: El trasplante hepático se emplea como tratamiento curativo en aquellos pacientes con hepatocarcinomas no susceptibles de tratamiento resectivo. Frente a los criterios clásicos para la selección de pacientes (Milan o Up-to-seven) se han propuesto en los últimos años nuevas herramientas pronósticas de recurrencia: marcadores bioquímicos como el neutrophil-lymphocyte ratio (NLR) o el platelet-lymphocyte ratio (PLR), así como scores más complejos como el "Model of Recurrence After Liver transplantation" (MoRAL), que evalúa características bioquímicas e histológicas del tumor.

Objetivo del estudio: Comparar los marcadores NLR, PLR y el score MoRAL (pre, post-trasplante y combinado) frente a los criterios empleados actualmente como son Milan y Up-to-seven en la predicción de recidiva de hepatocarcinoma en pacientes trasplantados de hígado.

MATERIAL Y MÉTODO: Se revisaron todos los trasplantes hepáticos desarrollados en nuestro Servicio entre abril de 2010 y abril de 2016, de ellos 99 pacientes presentaron diagnóstico de hepatocarcinoma. Estudio descriptivo retrospectivo donde se analizaron características del receptor, hepatocarcinoma, recurrencia y tasas de supervivencia libre de enfermedad y global. Se aplicaron los marcadores y scores a estudio para comparar su capacidad pronóstica.

RESULTADOS: Las características de los receptores fueron comparables entre los diferentes grupos. El modelo predictivo de recurrencia a 1 y 3 años después del trasplante hepático fue el score MoRAL combinado (0.684 [95% IC: 0.522-0.846]) frente a PLR (0.452 [95% IC: 0.299-0.605]), NLR (0.542 [95% IC: 0.371-0.713]), criterios de Milán (0.464 [95% IC: 0.299-0.630]) y Up-to-seven (0.399 [95% IC: 0.227-0.571]).

CONCLUSIONES: A la vista de los resultados obtenidos, el score MoRAL combinado es el mejor predictor de recurrencia a uno y tres años en los pacientes trasplantados por hepatocarcinoma. La incorporación de estos nuevos sistemas de puntuación pre y post-trasplante en nuestra práctica clínica nos ayudará a predecir la recurrencia y supervivencia en estos pacientes.

OS2. COMUNICACIONES ORALES II: RECHAZO Y SELECCIÓN DE DONANTES

OS2-1

VALIDACIÓN EXTERNA E INDEPENDIENTE DE LA FUERZA PREDICTIVA DE LA EXPRESIÓN GÉNICA DE LOS GENES *SENP6* Y *FEM1C* Y LOS MICRO RNAS *miR31* Y *miR95* EN TOLERANCIA OPERACIONAL AL TRASPLANTE HEPÁTICO

Fernando Pérez Sanz (1), Beatriz Revilla Nuin (2), Laura Martínez Alarcón (3), José Ignacio Herrero Santos (4), Pablo Ramírez Romero (5), Rocío González Sánchez (6), José Antonio Pons Miñano (6), [Alberto Baroja Mazo](#) (3)

(1) Plataforma de Informática Biomédica y Bioinformática, Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria-Virgen de la Arrixaca, El Palmar-Murcia, (2) Plataforma de Genómica, Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria-Virgen de la Arrixaca, El Palmar-Murcia, (3) Cirugía Digestiva, Endocrina y Trasplante de Órganos Abdominales, Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria-Virgen de la Arrixaca, El Palmar-Murcia, (4) Unidad de Hepatología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, (5) Departamento de Cirugía General y Trasplante de Hígado, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar-Murcia, (6) Departamento de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar-Murcia.

ANTECEDENTES: Numerosos estudios han incidido en los perfiles genéticos y fenotípicos de pacientes tolerantes al trasplante hepático. Además, diferentes grupos han definido varios biomarcadores, tratando de diferenciar a los pacientes que van a llegar a ser tolerantes de los que van a rechazar. Sin embargo, la mayoría de estos biomarcadores no han sido validados por otros grupos y menos aún establecidos para la práctica clínica.

MÉTODOS: Hemos reanalizado y estratificado la capacidad predictiva de 20 biomarcadores descritos previamente en la literatura para la tolerancia operacional en una cohorte de 17 pacientes con trasplante hepático sometidos a un estudio prospectivo, independiente, no aleatorizado, de retirada controlada de los fármacos inmunosupresores.

RESULTADOS: Sólo 4 de los 20 biomarcadores estudiados (expresión de *SENP6*, *FEM1C*, *miR31* y *miR95*) mostraron una fuerte capacidad predictiva en el presente estudio. *miR31* y *FEM1C* presentaron un área bajo la curva ROC (AUC) de 96.7%, seguida de *SENP6* con 93.3%. Finalmente, *miR95* tuvo un valor de AUC por debajo del 86.7%.

CONCLUSIONES: Aunque este análisis independiente parece confirmar la fuerza predictiva de la tolerancia al trasplante hepático de *SENP6* y *FEM1C*, también existen riesgos al establecer biomarcadores para fenotipos clínicos sin comprender su verdadera relevancia biológica. La promoción de futuras colaboraciones entre grupos será esencial para que los biomarcadores más prometedores puedan validarse e implementarse en la práctica clínica diaria.

OS2-2

MICRORNA 155-5p, 122-5p Y 181a-5p PERMITEN IDENTIFICAR PACIENTES CON DISFUNCIÓN DEL INJERTO POR RECHAZO EN LOS PRIMEROS MESES TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

[Pablo Ruiz](#), Olga Millán, Gonzalo Crespo, Mercè Brunet, Miquel Navasa

IDIBAPS, CIBERehd, Universidad de Barcelona.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El rechazo mediado por células T (RMCT) es la forma más común de rechazo en trasplante hepático (TH), pero las pruebas de laboratorio habituales no son capaces de diferenciarlo de otras causas de disfunción del injerto (DI). Los microRNA (miRNA) son moléculas de RNA no codificante detectables en plasma, cuya expresión se relaciona con determinados procesos patológicos. El objetivo de este estudio fue analizar el papel diagnóstico de 4 microRNA (155-5p, 122-5p, 181a-5p y 148-3p) para RMCT en pacientes con DI, y comparar su precisión con otros métodos basados en parámetros de uso rutinario en el control analítico del paciente con TH.

MÉTODOS: Estudio prospectivo, observacional, en pacientes adultos sometidos a TH, excluyendo trasplantes dobles de hígado y riñón. Se realizó seguimiento durante los 12 primeros meses tras el TH. Los pacientes con DI (AST, ALT y/o bilirrubina mayor de 2 veces el límite superior de la normalidad con pruebas de imagen sin hallazgos que lo justificaran) fueron sometidos a biopsia hepática, y al mismo tiempo se obtuvo plasma para el análisis de los miRNA mediante real-time PCR.

RESULTADOS: En los 145 pacientes incluidos, se diagnosticaron 49 episodios de DI: 21 fueron episodios de RMCT y 28 obtuvieron diagnósticos alternativos. Aquellos con RMCT presentaron una expresión significativamente superior de miRNA 155-5p, 122-5p y 181a-5p ($p < 0,001$). La combinación de miRNA 155-5p y 122-5p obtuvo un área bajo la curva ROC para el diagnóstico de RMCT del 0,93, con sensibilidad del 90,5%, especificidad del 92,9% y valores predictivos positivo del 90,5% y negativo del 92,9%. Esta precisión resultó significativamente superior a la de los métodos no invasivos basados en parámetros rutinarios de laboratorio.

CONCLUSIÓN: Durante los primeros meses del TH la combinación de miRNA 155-5p y 122-5p permite diferenciar el RMCT de otras causas de DI.

OS2-3

MIOCARDIOPATIA DEL CIRRÓTICO: PREVALENCIA, REPERCUSIÓN Y EVOLUCIÓN DESPUES DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

Ana Arias Milla (1), Cristina Guadalix Sánchez (2), Sergio Garcia Gomez (3), Laura Benitez-Gutierrez (1), Ana Maria Duca (1), Maria Jesus Citores Sanchez (4), Valentín Cuervas-Mons Martínez (1)

(1) Unidad de trasplante hepático. Servicio de medicina interna. Hospital universitario Puerta de Hierro, Madrid, (2) Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Madrid, (3) Servicio de cardiología. Hospital universitario Puerta de Hierro, (4) Instituto de Investigación Puerta de Hierro. Segovia de Arana IDIPHIMSA

OBJETIVOS: (1) Estudiar la incidencia de miocardiopatía del cirrótico (MCC) en pacientes en espera para trasplante hepático (TH), (2) evaluar la relación entre MCC y los eventos cardiovasculares (ECV) durante el primer mes post TH, y (3) valorar la reversibilidad de la MCC después del TH.

MATERIAL: Estudio retrospectivo de pacientes adultos trasplantados por cirrosis en nuestro centro durante los años 2008- 2018. Los ECV analizados fueron insuficiencia cardiaca, arritmia, cardiopatía isquémica, y parada cardiaca. Se correlacionaron los ECV con factores clásicos de riesgo cardiovascular pretrasplante, y con parámetros electrocardiográficos y ecocardiográficos preTH. La MCC se definió por los criterios de Nagueh 2016 para disfunción diastólica y/o fracción de eyección <50% en ausencia de cardiopatía conocida de otro origen.

RESULTADOS: Se analizaron 135 pacientes cirróticos de los cuales el 29,8% cumplían criterios de MCC en el momento de inclusión en lista. Los pacientes con MCC tenían mayor edad, mayor puntuación MELD, mayor prevalencia de hipertensión arterial y de aurícula izquierda dilatada. En el estudio multivariante, la edad fue el único factor de riesgo independiente de MCC. Durante el primer mes postrasplante 21 pacientes (15,5%) desarrollaron 23 ECV y la MCC no fue factor predictor de ECV. La supervivencia del paciente al primer mes postrasplante fue 97,1%. Cuatro pacientes (2,9%) fallecieron; ninguno de causa cardiovascular y ninguno con MCC previa. Al año del TH las alteraciones de la MCC habían revertido en la mitad de los pacientes.

CONCLUSIONES: La MCC es una entidad frecuente en pacientes cirróticos en lista de TH, siendo la mayor edad factor de riesgo relacionado con su desarrollo. La MCC no se relacionó con el desarrollo de ECV ni con la mortalidad durante el primer mes postrasplante, y revierte después del trasplante en la mitad de los pacientes.

OS2-4

RESULTADOS EN TRASPLANTE HEPÁTICO DE NOVO COMPARANDO DOS FORMULACIONES DE TACROLIMUS DE ACCIÓN PROLONGADA (ANÁLISIS INTERMEDIO DEL ESTUDIO PRETHI): ESTUDIO OBSERVACIONAL PROSPECTIVO EN CONDICIONES DE PRÁCTICA CLÍNICA HABITUAL

Itxarone Bilbao Aguirre (1), Miguel Ángel Gómez Bravo (2), Alejandra Otero Ferreiro (3), Laura Lladò Garriga (4), José Luis Montero (5), Luisa González Diéguez (6), Javier Graus (7), José Antonio Pons (8)

(1) Cirurgia Hepatobiliar i Trasplantaments Digestius, Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona, (2) Servicio Cirugía HepatoBiliar, Hospital Virgen del Rocío (Sevilla), (3) Servicio Hepatología, Complejo Hospitalario A Coruña, (4) Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitario de Bellvitge, (5) Servicio de Hepatología, Hospital Reina Sofía (Córdoba), (6) Servicio de Hepatología, Hospital Central Universitario de Asturias (Oviedo), (7) Servicio de Hepatología, Hospital Ramón y Cajal (Madrid), (8) Servicio de Hepatología, Hospital Virgen de la Arrixaca (Murcia)

OBJETIVOS: Comparar la efectividad y seguridad de Tacrolimus de administración única diaria (PR-Tac y LCP-Tac) en receptores de Trasplante hepático (TH), mediante un estudio observacional, prospectivo y multicéntrico.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se incluyeron receptores adultos de un primer TH que recibieron Tacrolimus de liberación inmediata (IR-Tac) y se convirtieron a PR-Tac o LCP-Tac antes del alta. La dosis diaria de Tac (DDT), los niveles valle (Cmin), la biodisponibilidad (Cmin/TDD), el fracaso del tratamiento (rechazo agudo (RA), muerte, disfunción del injerto ó pérdida de seguimiento), las infecciones, la función renal y los eventos adversos (EA) fueron evaluados durante 12 meses.

RESULTADOS: Entre enero 2017 y diciembre 2018, se incluyeron 168 pacientes. Este análisis intermedio recoge 74 pacientes con un seguimiento de 12 meses: 36 recibieron PR-Tac y 38 LCP-Tac. PR-Tac y LCP-Tac se iniciaron 5.7 y 5.5 días (media) desde el TH. Ocurrió fracaso del tratamiento en 28,4% de pacientes, sin diferencias significativas entre PR-Tac y LCP-Tac (p=0,251) No hubo diferencias en el filtrado glomerular estimado, la creatinina, la diabetes y la infección por CMV. La DDT inicial (semana 1) fue de 8,7 y 6,0 mg/día para PR-Tac y LCP-Tac respectivamente, con reducción significativa en LCP-Tac a los 12 meses (3,9 y 2,4 mg/día (-38,5%), p<0,001). No hubo diferencias en la Cmin (p=0,56). LCP-Tac mostró la mayor biodisponibilidad (Cmin/DDT), con un aumento del 125% frente a PR-Tac (p <0,024). Hubo 188 EA relacionados con tacrolimus en 59 (79,7%) pacientes, 30 y 29 con LCP-T y PR-Tac respectivamente.

CONCLUSIONES: En este análisis intermedio no encontramos diferencias significativas en fracaso del tratamiento y el perfil de seguridad entre las dos formulaciones de Tacrolimus de administración única diaria. La biodisponibilidad fue mayor y la DDT menor significativamente con LCP-Tac.

http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d724a915b560_PRETHI_Basales.jpg

OS2-5**LA INCOMPATIBILIDAD DONANTE / RECEPTOR PARA LOS ALELOS DE LA GLUTATION S-TRANSFERASA T1 CONSTITUYE UN FACTOR DE RIESGO PARA EL RECHAZO CRÓNICO DEL INJERTO HEPÁTICO**

José Manuel Sousa (1), Lydia Barrera Pulido (2), Miguel Ángel Gómez-Bravo (2), Álvaro Giráldez Gallego (1), María Teresa Ferrer Ríos (1), Juan Manuel Pascasio Acevedo (1), Antonio Núñez-Roldan (3), Isabel Aguilera (3)

(1) Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS), (2) Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitario Virgen del Rocío, (3) Servicio de Inmunología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS)

OBJETIVOS: La incompatibilidad para la enzima de detoxificación hepática glutatión S transferasa T1 (GSTT1) donante (D)+/receptor (R)– es un factor de riesgo para el desarrollo de la hepatitis inmune “de novo” post-trasplante hepático (TH). El objetivo del estudio fue analizar si la incompatibilidad en los alelos de la GSTT1 entre D y receptor R en el TH tiene un papel en el desarrollo de rechazo crónico (RC).

MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 611 pacientes sometidos a TH en el H. Virgen del Rocío entre 2003-16 con seguimiento medio de 7.35±4.24 años. El genotipo GSTT1 se determinó mediante PCR. Los pacientes se distribuyeron en dos grupos. El grupo 1: donante con alelo positivo para GSTT1 y receptor alelo nulo (GSTT1 D+/R-). El grupo 2 incluía el resto de combinaciones alélicas para GSTT1 (D-/R-, D+/R+ y D-/R+). Se analizó la prevalencia de RC en función de edad/sexo de D y R, etiología de enfermedad primaria e inmunosupresión ciclosporina (CsA) o Tacrolimus (Tac). Todos los diagnósticos de RC fueron confirmados con biopsia hepática.

RESULTADOS: 71/611 (11.6 %) pacientes experimentaron RC: 16/85 (18.8 %) en el grupo I y 55/526 (10.5%) en el grupo II. La prevalencia del RC fue de 26/99 (26.3 %) en el grupo de CsA vs 45/512 (8.8 %) en el grupo de Tac. En el análisis multivariante tan sólo la incompatibilidad GSTT1 D+/R- ($p=0.026$, OR 1.986, CI 1.078-3.660) y el uso de CsA/Tac ($p<0.0001$) se correlacionaron con mayor riesgo de desarrollo de RC.

CONCLUSIÓN: Los pacientes GSTT1 D+/R- casi duplican en la prevalencia de RC frente a los que presentan otras combinaciones alélicas. La proteína GSTT1 expresada de forma abundante en los colangiocitos, puede ser uno de los antígenos diana del RC. Debe explorarse el papel de células T específicas para la GSTT1 en la patogenia del RC.

OS2-6**ABSTINENCIA AL ALCOHOL EN CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO: ¿PODEMOS CONOCER MEJOR EL GRADO DE ADHERENCIA?**

Javier Tejedor Tejada (1), María Rey Hernández (1), Rodrigo Nájera Muñoz (1), Esteban Fuentes Valenzuela (1), Carlos Maroto Martín (1), Laura Sánchez Delgado (1), Fátima Sánchez Martín (1), Carolina Almohalla Álvarez (1), Félix García Pajares (1), Beatriz Calvo Antón (2), Pilar Pinto Fuentes (3), Gloria Sánchez Antolín (1)

(1) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático; Servicio de aparato digestivo, (2) Servicio de análisis clínicos, (3) Servicio de cirugía general y aparato digestivo. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid.

INTRODUCCIÓN: La cirrosis hepática avanzada de origen alcohólico es la indicación más frecuente de trasplante de hígado (TOH) en España. La recomendación en la mayoría de los grupos trasplantadores es un periodo de abstinencia enólica ≥ 6 meses pre-TOH. En los últimos años, se han desarrollado técnicas con una alta sensibilidad y especificidad para detectar la ingesta de alcohol hasta 5 días previos como la medición del etilglucuronido (ETG) en orina.

OBJETIVOS: Conocer el éxito de la abstinencia alcohólica en pacientes evaluados para TOH y determinar su correlación con la anamnesis y los datos analíticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis prospectivo de la medición del ETG en orina de los pacientes evaluados para TOH desde Enero 2017-Marzo 2019, y su correlación con la anamnesis en la consulta pre-TOH de hepatología y psiquiatría y con los parámetros analíticos. Consideramos datos analíticos compatible con el consumo de alcohol: Volumen corpuscular medio (VCM) >100 fL y gamma-glutamyl-transpeptidasa (GGT) >300 U/L.

RESULTADOS: Se incluyeron 162 pacientes remitidos a la consulta pre-TOH, 84.13% hombres con una media de 57.8 años (DE ± 7.06). La etiología de cirrosis más frecuente fue la alcohólica (64.13%) y la hepatitis C (16.55%). El ETG fue positivo en 10 pacientes (6.2%), nueve pacientes alcohólicos y uno VHC. El 80% y 70% de pacientes reconocieron su consumo en consulta de hepatología y psiquiatría, respectivamente. Los pacientes con ETG positivo presentaban niveles de transaminasas, GGT y bilirrubina mayores que pacientes con ETG negativo. Aquellos pacientes fueron excluidos del programa de pre-TOH.

CONCLUSIÓN: En nuestra serie, el 6.9% de los pacientes remitidos a consulta pre-TOH habían consumido alcohol. El 80% de los consumidores reconocen la falta de abstinencia en la entrevista clínica. La determinación de ETG es una técnica eficaz y objetiva en el cribado del consumo de alcohol para garantizar la abstinencia en el candidato a TOH.

OS2-7

ESTUDIO INMUNOHISTOLÓGICO DE LOS INJERTOS HEPÁTICOS POR DONACIÓN EN ASISTOLIA FRENTE A MUERTE ENCEFÁLICA: PROPENSITY SCORE MATCHING ANÁLISIS

Victor Lopez Lopez (1), Carlos Martinez (2), Jesus DelaPena (3), Juan DelaCruz (4), David Ferreras (1), Juan Angel Fernandez (1), Antonio Rios (1), Jose Manuel Rodriguez (1), Enrique Martinez (2), Francisco Sanchez Bueno (1), Ricardo Robles (1), Pablo Ramirez (1), Pascual Parrilla (1)

(1) Servicio de Cirugía general y del aparato digestivo, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, (2) Plataforma de patología, IMIB, Murcia, (3) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, (4) Unidad de matemáticas aplicadas a ciencia e ingeniería, Facultad de Informática, Universidad de Murcia

OBJETIVO: El objetivo fue comparar los hallazgos inmunohistológicos entre Maastrich III (DCD) y donación por muerte encefálica (DBD) para estudiar los efectos que acontecen en el injerto hepático en relación al tipo de donación, y analizar su influencia con los resultados posoperatorios.

MATERIAL Y MÉTODO: Las biopsias de los injertos hepáticos (39 DCD y 26 DBD) entre 2014 y 2018 fueron analizadas. Los injertos DCD fueron obtenidos mediante técnica superrápida. El estudio histológico incluyó hematoxilina-eosina, ácido peryódico Schiif y tinción tricrómica de Masson. El análisis inmunohistológico incluyó marcadores de envejecimiento (p21 y TERT), daño celular (caspase-3), daño endotelial (VEGF), células progenitoras (CD90), células de Kupffer (COX-2) y rechazo de injerto (CD44). Realizamos un propensity score matching (PSM) 1:1 entre DCD (n=26) y DBD (n=26).

RESULTADOS: En todas las muestras VEGF, p21 y Caspasa-3 presentó una tinción negativa. COX-2, CD44, TERT y CD90 presentaron una tinción positiva sin diferencias estadísticamente significativas entre DCD y DBD, antes del PSM ($p=1$, $p=0.27$, $p=0.42$ and $p=1$, respectivamente) y tras el PSM ($p=1$, $p=0.13$, $p=0.42$ y $p=0.21$, respectivamente). Antes del PSM, hubo una relación estadísticamente significativa entre CD90 y los varones donantes ($p=0.05$), TERT con drogas vasoactivas ($p=0.02$) y el sodio ($p=0.02$), y CD44 con el trasplante precoz ($p=0.05$) y GOT 1 semana ($p=0.02$). Tras el PSM, hubo una relación estadísticamente significativa entre CD90 y los varones donantes ($p=0.04$), TERT con el sodio ($p=0.02$) y CD44 con drogas vasoactivas ($p=0.05$) y GOT 1 semana ($p=0.02$). Figuras 1-4. La incidencia de complicaciones biliares y colangiopatía isquémica fue mayor en DCD pero sin significación estadística.

CONCLUSIÓN: En nuestra experiencia, el patrón inmunohistológico de sufrimiento hepático entre DCD y DBD es similar. Además, el mayor índice de complicaciones biliares en DCD tampoco parece presentar una relación directa con los marcadores de expresión inmunohistológicos analizados.

Relaciones entre COX-2, CD44, TERT y CD90 con los donantes antes del PSM http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d739cb876ecb_Table+1.jpg

Relaciones entre COX-2, CD44, TERT y CD90 con los donantes despues del PSM http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d739cb876ecb_Table+2.jpg

Relaciones entre COX-2, CD44, TERT y CD90 con los receptores antes del PSM http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d739cb876ecb_Table+3.jpg

Relaciones entre COX-2, CD44, TERT y CD90 con los receptores despues del PSM http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d739cb876ecb_Table+4.jpg

OS2-8

UTILIDAD DEL PDR PARA PREDECIR LA VALIDEZ DEL INJERTO HEPÁTICO DURANTE LA EVALUACIÓN INICIAL DE LOS DONANTES EN MUERTE ENCEFÁLICA

José Manuel Asencio (1), Sergio Cortese (1), Ana Matilla (2), Pablo Lozano (1), Maitane Orúe Echebarria (1), Clara Martínez (1), Ana Moreno (1), Luis Olmedilla (3), Magdalena Salcedo (3), José Ángel López Baena (1)

(1) Servicio de Cirugía General y del aparato digestivo, (2) Servicio de Medicina del Aparato Digestivo, (3) Servicio de Anestesia y reanimación. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

OBJETIVOS: No existen métodos cuantitativos para la evaluación la viabilidad de los injertos antes de la cirugía del donante. El presente estudio evalúa la capacidad del aclaramiento del verde de indocianina (ICG) en predecir la validez de los injertos hepáticos de donantes cadávericos en muerte encefálica.

MATERIAL Y MÉTODOS: Desde marzo 2017 a julio 2019, se incluyeron en el estudio 29 donantes, 17 fueron varones y 12 mujeres con una mediana de edad de 68 años $\pm 16,9$. Los donantes tuvieron mediana de estancia en UCI de 2 días ± 4 . Para la determinación del aclaramiento del verde de indocianina (PDR) se utilizó un monitor PICCO2 (Pulsion medical system, Germany). La dosis de ICG fue 0,5 mg/kg inyectada en bolo intravenoso en el quirófano antes de empezar la cirugía en el donante. El cirujano responsable de la extracción no era informado del resultado de la prueba hasta después de haber decidido la validez o no del injerto. El punto de corte de PDR utilizado fue de 10%/min.

RESULTADOS: En todos los casos se pudo obtener una medida de PDR en 10 minutos. La media de PDR obtenida fue 18 (rango 2,4 -31). El número de injertos en los que el cirujano decidió calificar como no válidos fue de 16. En 6 donantes el valor de PDR fue menor de 10. El 100% de los injertos de donantes con PDR menor de 10 fueron injertos descartados in situ por el cirujano. En 10 casos se descartó el injerto y el PDR era >10 .

CONCLUSIONES: En nuestro estudio el PDR tiene una especificidad del 100% para predecir la no validez de los injertos. Esta utilidad, debe ser demostrada en un estudio multicéntrico

OS2-9**“LIVERCOLOR”: ALGORITMO DE CUANTIFICACIÓN DE ESTEATOSIS HEPÁTICA UTILIZANDO “MACHINE LEARNING” Y PROCESAMIENTO DE IMÁGENES**

Concepción Gómez-Gavara (1), Mar Moya Giménez (2), María Teresa Salcedo (3), Gemma Piella (2), Javier Vázquez Corral (2), Rocio Martin (1), Berta Pares (1), Elizabeth Pando (1), José Andrés Molino (1), Cristina Dopazo (1), Mar Dalmau (1), Ernest Hidalgo (1), Mireia Caralt (1), Itxarone Bilbao (1), Ramon Charco (1)

(1) Servicio de Cirugía HBP y Trasplante, Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona, (2) Universitat Pompeu Fabra, Barcelona Centre for New Medical Technologies (BCN Medtech) Department of Information and Communication Technologies (3) Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Vall d'Hebrón.

INTRODUCCIÓN: Una de los principales motivos para rechazar injertos hepáticos es la existencia de macroesteatosis debido a que se ha relacionado con mayor tasa de disfunción y fallo primario del injerto. La aceptación del donante en muerte encefálica se basa en la inspección visual realizada por el cirujano, ya que los donantes con macroesteatosis adquieren una coloración amarillenta. Por ello, este criterio es subjetivo y susceptible de errores.

OBJETIVOS: Desarrollar un algoritmo “Machine Learning” para detectar y cuantificar automáticamente el grado de macroesteatosis de los injertos hepáticos de manera objetiva.

MÉTODOS: En cada injerto hepático evaluado se realizaban 5 fotografías a una distancia de 10 cm utilizando cámaras de 12 megapixels. El cirujano colocaba una tarjeta estéril de balance de grises cerca del hígado con el objetivo de homogeneizar ambientes e iluminación. Todos los injertos se biopsiaban en lóbulo hepático derecho e izquierdo. A nivel histológico la esteatosis se evaluaba en macroesteatosis leve (< 15%), moderada (15-30%) o severa (\geq 30%). Las imágenes fueron calibradas por color y se realizaron histogramas en espacio de color y textura.

RESULTADOS: Se incluyeron 42 donantes. El mejor modelo obtenido fue obtenido con la utilización cromática rojo-verde como predictor de esteatosis con una potencia del 85.3%.

CONCLUSIONES: Los resultados sugieren que el sistema “Machine Learning” utilizando información color del procesado de imágenes es una estrategia objetiva para evaluar el grado de esteatosis del injerto hepático de manera precisa.

OS2-10**VALIDEZ DEL BALANCE OF RISK COMO PREDICTOR DE LA SUPERVIVENCIA DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN NUESTRO MEDIO**

Enrique Toledo Martínez, Sonia Castanedo Bezanilla, Erik González Tolaretxipi, Ana Lozano Nájera, Emilio Fábrega García, Juan Andrés Echeverri Cifuentes, Roberto Fernández Santiago, Federico Jose Castillo Suescun, Juan Carlos Rodríguez Sanjuan

Cirugía General, H.U. Marqués de Valdecilla, Santander.

OBJETIVOS: El Balance of Risk (BAR) es un score sencillo que combina variables tanto del receptor como del donante para predecir los resultados después de un trasplante ortotópico hepático (TOH). Ha sido validado en diferentes publicaciones proponiendo puntos de corte entre 15 y 18 puntos según la población (Europa, Latinoamérica...). El objetivo de este estudio es la validación del BAR y hallar el punto de corte óptimo en nuestro medio.

MATERIAL: Cohorte retrospectiva en hospital español de tercer nivel con 165 pacientes.

MÉTODO: Se analizan todos los pacientes trasplantados hepáticos desde enero de 2012 hasta julio de 2019. Se obtienen datos demográficos, resultados y seguimiento.

RESULTADOS: La relación entre BAR y mortalidad presenta un Hazard ratio=1,121 ($p<0,001$); en el estudio multivariante es el único parámetro significativo junto con el Child-pugh ($p<0,05$), mientras que sexo, IMC, Charlson y trombosis portal previa del receptor no obtienen significación. La curva ROC ofrece un resultado de 0,65 (0,515-0,786), $p=0,028$; situando el punto de corte en ≥ 7 mediante el índice de Youden (sensibilidad 61,9%, especificidad 62,7%). Se realiza una comparación de supervivencia entre los pacientes con $BAR<7$ y $BAR\geq 7$ con una supervivencia estimada de 68,2 vs. 82,4 meses respectivamente ($p<0,001$). Hazard ratio=2,54 ($p<0,001$) para $BAR\geq 7$. Así mismo, se realizan curvas Kaplan-Meier comparando la población según el punto de corte propuesto en la literatura (≥ 15) hallando $p=0,876$.

CONCLUSIONES: El BAR parece ser una herramienta sencilla y con buena correlación con la supervivencia de los TOH. Debería de valorarse en la elección de donante-receptor, de cara a intentar su minimización. Por las características, recursos y población en nuestro medio, un $BAR\geq 7$ sería el punto de corte óptimo en nuestro medio.

Supervivencia TOH en los pacientes con $BAR<7$ vs. $BAR\geq 7$ - http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d70d1289e850_BAR.jpg

OS3. COMUNICACIONES ORALES III: CIRUGÍA Y COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

OS3-1

MANEJO LAPAROSCÓPICO DE LA EVENTRACIÓN TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO, EXPERIENCIA DURANTE MÁS DE 15 AÑOS EN NUESTRO CENTRO

Alejandro Menendez Moreno, Rajesh Haresh Gianchandani Moorjani, Eduardo Perez Sánchez, Modesto Enrique Moneva Arce, Juan Manuel Sánchez González, Carmen Díaz López, Vanessa Concepción Martín, Rafael Orti Rodríguez, Manuel Ángel Barrera Gómez

Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

INTRODUCCIÓN: La eventración es una complicación quirúrgica frecuente en los pacientes con trasplante hepático TH (5-30%), debido al empleo de corticoides, inmunosupresión, ascitis, etc. La cirugía laparoscópica produce una menor agresión quirúrgica, lo que supone una menor morbilidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de las eventroplastias laparoscópicas post-TH entre marzo de 2002 y septiembre de 2019. Hemos intervenido 37 pacientes; 5 mujeres y 32 hombres, edad media de 51 años, IMC medio de 30Kg/m². La incisión que se realizó para el TH fue la de Mercedes-Benz en 25 casos y la J en 12. El tiempo transcurrido entre el TH y la eventroplastia fue de 26.5 meses de media. El defecto herniario tenía una mediana de 14.37cm (8.5-18.5cm) de diámetro mayor, siendo la mayoría de las eventraciones W3 según la EHS. Este defecto se localiza en la mayoría de los casos en la encrucijada de ambas cicatrices. El tamaño de las mallas más utilizado fue el de 20 X 25 cm. Empleamos la malla Composix E/X de Bard durante los primeros 12 años y posteriormente la malla Ventralight ST de Bard. Ambas son mallas de doble componente, que minimiza el riesgo de adhesión de las vísceras. Fijada con la técnica de doble corona con Protack.

RESULTADOS: Se reintrodujo la alimentación oral a las pocas horas, lo que permitió no alterar su pauta de inmunosupresión. No hubo infecciones de la malla, ni sangrados. Un paciente tuvo íleo postoperatorio y dos tuvieron descompensación ascítica. Todos los pacientes experimentaron escaso dolor postoperatorio. La estancia postoperatoria fue de 2 días. En ningún paciente la operación desencadenó un rechazo agudo. Con media de seguimiento de 55.3 meses, hemos tenido dos recidivas.

CONCLUSIÓN: La corrección laparoscópica de la eventración tras TH es una técnica quirúrgica segura, eficaz y reproducible, incluso en eventraciones de gran tamaño, siendo nuestro método de elección durante los últimos 15 años.

OS3-2

RESULTADOS DEL RETRASPLANTE HEPÁTICO ¿SIGUE SIENDO JUSTIFICABLE SU INDICACIÓN?

Laura Lladó, Carme Baliellas, Emilio Ramos, Alba Cachero, Juli Busquets, Fina Lopez-Dominguez, Kristel Mils, Emma Gonzalez-Vilatarsana, Joan Fabregat

Unidad de Trasplante Hepático, Hospital U Bellvitge, Hospitalet LL (Barcelona).

El trasplante hepático (ReTH) constituye la única opción terapéutica para el fracaso irreversible de un injerto hepático. Es controvertida su indicación dados los peores resultados globales respecto un TH primario. Nuestro objetivo fue determinar la tasa de ReTH y las indicaciones, morbilidad, mortalidad postoperatoria y supervivencia actuarial del paciente retrasplantado en nuestra serie. Pacientes y **MÉTODOS:** Estudio retrospectivo de serie prospectiva de 1.645 pacientes trasplantados entre los años 1984 y 2018.

RESULTADOS: Hemos realizado 150 ReTH en 140 pacientes. La tasa de ReTH fue del 9 % y las causas más frecuentes fueron: colangitis isquémica (27 %), fallo primario del injerto (15%), trombosis de la arteria hepática (12%) y recidiva de la cirrosis por VHC (13%). 45 ReTH fueron precoces (30 %), siendo tardíos el otro 70 %. La duración media de la cirugía fue de 375 min, requiriendo transfusión el 88 % de los casos. 20 % de los casos requirieron anastomosis arteriales no standard, y 30 % hepaticoyeyunostomía. 70 % de los pacientes presentaron algún tipo de infección en el postoperatorio, se reintervinieron 26 pacientes (18 %) y la mortalidad postoperatoria fue del 13 %. La supervivencia actuarial a 1 y 5 años fue 71 % y 58 % respectivamente, habiendo mejorado de forma significativa en la última década (80 % y 64 %).

CONCLUSIONES: El trasplante es complejo y está asociado a una elevada morbilidad y mortalidad. Sin embargo, los resultados a largo plazo han mejorado en los últimos años, por lo que parece

OS3-3

VARIANTES ANATÓMICAS DE LA VACULARIZACIÓN HEPÁTICA: EXPERIENCIA CLÍNICA

Angelica Borraez Jimenez, Begoña Garcia Gomez, Juan Manuel Castillo Tuñon, Isabel Jaen Torrejimenon, Diego Lopez Guerra, Noelia de Armas Conde, Adela Rojas Holguín, Francisco Botello, Aránzazu Prada Villaverde, Gerardo Blanco Fernandez

Cirugía hepatobiliar y trasplante hepático, Hospital Universitario de Badajoz.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: La vascularización arterial hepática es una de las más variables del organismo. Su conocimiento es fundamental para reducir la iatrogenia hepática al mínimo. El objetivo principal de este trabajo es describir las variantes anatómicas de la vascularización hepática (VAVH) presentes en los injertos hepáticos válidos de nuestra muestra. Los objetivos secundarios son categorizar dichas variantes según la clasificación propuesta por Michels en 1966, y comparar la prevalencia de las mismas con la publicada.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, observacional y unicentrico diseñado a partir de una base de datos prospectiva que recoge las VAVH presentes en 207 injertos hepáticos válidos correspondientes al periodo 2011-2018, así como, el tipo de reconstrucción vascular realizada. Clasificamos nuestros hallazgos según Michels y comparamos los resultados con los publicados por el autor. Estudiamos específicamente las VAVH no Michels tipo I, consideradas como variantes de la normalidad.

RESULTADOS: La VAVH más frecuente fue la Michels tipo I, 72,9% (n=151), considerada como la vascularización hepática clásica. Evidenciamos 12 anomalías que no se adaptan completamente a ninguno de los tipos propuestos por Michels, la más frecuente la salida directa de la arteria hepática izquierda del tronco celiaco, 25% (n=5). La prevalencia de la VAVH no Michels tipo I, fue del 27,1% (n=56) en ellas la reconstrucción vascular fue requerida en el 32,7% de los casos (n=18). La arteria hepática derecha fue la más frecuentemente reconstruida, 66% (n=12). La prevalencia de la VAVH no Michels tipo I se encuentra dentro del rango publicado en la Literatura (20-50%), siendo en nuestra serie la tipo II la más frecuente, 44,4% (n=16). La tasa de reconstrucción vascular fue inferior a la publicada (42-55%).

CONCLUSIONES: El conocimiento exhaustivo de las VAVH, así como, las indicaciones de reconstrucción vascular son fundamentales para garantizar los buenos resultados en el Trasplante Hepático.

OS3-4

IMPACTO DE LA EDAD DEL DONANTE EN LA RECURRENCIA Y SUPERVIVENCIA EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS POR HEPATOCARCINOMA

Mikel Prieto (1), Mikel Gastaca (1), Patricia Ruiz (1), Alberto Ventoso (1), Jose Ignacio Pijoan (2), Javier Bustamente (3), Jose Ramón Fernández (3), Andrés Valdivieso (1)

(1) Unidad de cirugía hepatobiliar y trasplante hepático, (2) Unidad de investigación, (3) Unidad de hepatología, Servicio de gastroenterología. Hospital Universitario Cruces, Barakaldo

INTRODUCCIÓN: Dado el aumento en los trasplantes hepáticos (TH) debidos a hepatocarcinoma (HCC) y el uso más frecuente de donantes añosos en TH, nuestro objetivo es estudiar si existen diferencias en los resultados del TH para HCC, dependiendo de si el donante fue ≥ 65 años.

MATERIAL Y MÉTODOS: Desde 01/2006 hasta 12/2015, se realizaron 240 TH por HCC (seguimiento mínimo de 2 años). 8 TH fueron excluidos por mortalidad (primeros 3 meses). Se realizaron 130 TH con donantes < 65 años (Grupo A) y 102 con donantes ≥ 65 años (Grupo B). Se estudiaron variables relacionadas con características de los donantes y receptores, la cirugía, los estudios de HCC pre y postTH, la evolución posterior al TH, los datos de recurrencia y la supervivencia a 1, 3, 5 y 10 años. Se utilizó el paquete estadístico "Stata 15.1 para Windows".

RESULTADOS: Los pacientes con donantes de mayor edad pasaron menos tiempo en la lista de espera (118 frente a 147 días) ($p = 0,0065$), siendo el VHC menos frecuente como la etiología de la cirrosis, 66,2 % vs 35,7% ($p = 0,000$). No hubo diferencias en la tasa de recurrencia en función de la edad de los donantes ($p = 0,427$), pero los TH con donantes más añosos desarrollaron recurrencias más precoces (576 frente a 725 días) ($p = 0,0424$). La supervivencia a 1, 3, 5 y 10 años fue 95%, 86%, 81,5% y 77,5% en el grupo A y 94%, 89%, 86% y 80% en el grupo B, ($p = 0,5292$).

CONCLUSIÓN: El TH con donantes más añosos presentó una recurrencia más temprana. No se encontraron diferencias en la recurrencia del HCC o en la supervivencia de TH por HCC según la edad de los donantes. No parece necesario por tanto implementar un sistema de selección de donantes para pacientes con HCC.

OS3-5**¿SON LAS PRÓTESIS METÁLICAS AUTOEXPANDIBLES UN TRATAMIENTO SEGURO Y EFICAZ DE LOS PROBLEMAS BILIARES POSTRASPLANTE HEPÁTICO? EXPERIENCIA DE 10 AÑOS EN UN SOLO CENTRO**

Ana Yaiza Carbajo Lopez (1), Manuel Perez-Miranda Castillo (1), Ramon Sanchez Ocaña (1), Carlos Maroto Martin (2), Laura Sanchez Delgado (2), David Pacheco Sanchez (3), Pilar Pinto Fuentes (3), Carmen Alonso Martín (2), Carolina Almohalla Alvarez (2), Félix García Pajares (2), Gloria Sanchez Antolin (2)

(1) Unidad Endoscopia Avanzada. Unidad de Trasplante Hepático, (2) Unidad de Hepatología. Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid, (3) Unidad Cirugía HBP. Unidad de Trasplante Hepático.

INTRODUCCIÓN: Los problemas biliares (PB) representan una de las complicaciones más frecuentes tras el trasplante ortotópico hepático (TOH). La inserción de múltiples prótesis plásticas mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) es la técnica más extendida actualmente, sin embargo, requiere múltiples sesiones hasta su resolución. Las prótesis metálicas autoexpandibles (PMA) parecen ser una alternativa terapéutica.

OBJETIVOS: Describir eficacia y seguridad de las PMA en el manejo de las complicaciones biliares post-TOH

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo en que se han incluido todos los pacientes trasplantados con patología biliar anastomótica a los que se les ha realizado CPRE e inserción de PMA entre 2008 y 2018 en nuestro centro. Se analizaron datos técnicos, complicaciones y resultados. Se excluyeron los pacientes tratados inicialmente con prótesis plásticas y patología biliar isquémica

RESULTADOS: Se incluyeron 43 pacientes, el 72.09% varones; de edad media 55 ± 10.5 años. El 93% presentaban una estenosis anastomótica (40/43), 4.7% estenosis + fuga (2/43) y el 2.3% fuga (1/43). La mediana de aparición de PB fue 104 (58-567) días desde el TOH. La mediana de seguimiento de los pacientes es de 52 (rango 21-68) meses. El éxito terapéutico tras CPRE fue del 90.7% (39/43). 2 pacientes fueron trasplantados y 2 pacientes fallecieron por causas no relacionadas con el PB. Se necesitaron una mediana de 2 sesiones (puesta y retirada) y una media de 8 ± 4.6 meses con la prótesis "in situ" para la resolución de la estenosis. Se detectaron complicaciones en un 7% (3/43): un sangrado postesfinterotomía, una colangitis y una pancreatitis. La tasa de recidiva fue el 23.1% (9/39) tras una media de seguimiento de 23 ± 13 meses.

CONCLUSIONES: Las PMA son eficaces y seguras en el manejo de las complicaciones biliares post-TOH requiriendo menos exploraciones endoscópicas para su resolución que con las plásticas.

OS3-6**USO DE STENTS BIODEGRADABLES EN LA ESTENOSIS BILIAR DEL POSTRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO**

Javier Juamperez (1), Jesús Quintero (1), Mercedes Perez (2), María Mercadal (1), José Andrés Molino (3), Charco Ramón (4)

(1) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático Pediátrico, (2) Servicio de Radiología Intervencionista, (3) Servicio de Cirugía Pediátrica, (4) Servicio de Cirugía HPB y Trasplante. Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona.

OBJETIVOS: La estenosis de la anastomosis biliar (EAB) es una complicación relativamente frecuente del trasplante hepático pediátrico (THP). El objetivo de este trabajo es evaluar la eficacia y seguridad del uso de stents biliares biodegradables (SBB) para el tratamiento de EAB en pacientes con THP.

MÉTODOS: Revisión retrospectiva de pacientes que recibieron un SBB para el tratamiento de EAB desde Octubre 2014 hasta Noviembre 2018. La EAB se confirmó mediante colangiografía percutánea, procediendo a su dilatación y colocando un drenaje biliar interno-externo. Se colocó un SBB en los pacientes sin resolución de la estenosis en la colangiografía de control.

RESULTADOS: Dieciocho pacientes (8 mujeres), con edad al trasplante de 27.3 meses [15.3-66.5], recibieron un SBB. El 72% (13/18) habían recibido un injerto parcial, 12 de donante vivo. Se realizó hepaticoyeyunostomía en el 89% (16/18), con una anastomosis en 13 pacientes y múltiples en 3; dos pacientes anastomosis colédoco-coledocal. La EAB se diagnosticó a los 7.2 meses [1.5-42.2] postrasplante. Aun recibiendo una adecuada profilaxis antibiótica, un 40% presentó colangitis tras la dilatación. El SBB se colocó a los 28 días [24-66] del diagnóstico, sin complicaciones técnicas o infecciosas en este segundo procedimiento. El seguimiento tras la colocación del stent fue de 22 meses [13-32, máximo 50 meses]. Catorce pacientes continúan asintomáticos, sin signos analíticos o ecográficos de recidiva. Dos pacientes presentaron reestenosis a los 4 y 17 meses de la colocación del SBB. El primero recibió un nuevo stent, sin presentar complicaciones posteriores con un seguimiento de 21 meses; el segundo se reoperó por recidiva tras un segundo stent. Se perdió seguimiento de un paciente y un paciente falleció por causa no relacionada con la EAB.

CONCLUSIONES: La colocación percutánea de stents biliares biodegradables es una técnica segura, con una alta tasa de resolución en pacientes pediátricos con estenosis de la anastomosis biliar.

OS3-7**ANASTOMOSIS RENOPORTAL PARA REVASCULARIZACIÓN DE INJERTO HEPÁTICO EN PACIENTES CON TROMBOSIS EXTENSA DE VENA PORTA: EXPERIENCIA UNICÉNTRICA**

Jiliam Fundora (1), Amelia Hessheimer (1), Farah Adel Al Shwely (1), Fabio Ausania (1), Jordi Colmenero (2), Joana Ferrer (1), Rocío García (1), Filippo Landi (1), Miguel Ángel López-Boado (1), Ramón Rull (1), Jose Fuster (1), Juan Carlos García-Valdecasas (1), Miguel Navasa (2), Constantino Fondevila (1)

(1) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático Pediátrico, (2) Servicio de Radiología Intervencionista, (3) Servicio de Cirugía Pediátrica, (4) Servicio de Cirugía HPB y Trasplante. Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona.

La anastomosis renoportal es una opción de revascularización del injerto hepático en casos de trombosis portal extensa. Hasta el momento actual únicamente hay 50-60 casos reportados en la literatura médica.

OBJETIVO: Analizar los resultados de anastomosis renoportal como método primario de revascularización del injerto hepático en nuestro centro.

PACIENTES Y MÉTODOS: Revisamos trasplantes realizados desde 08/2013, identificando aquellos en los que se realizó una anastomosis renoportal. Registramos factores del receptor, complicaciones y resultados.

RESULTADOS: Realizamos 409 trasplantes durante el periodo de estudio. Entre ellos, se realizaron 7 anastomosis renoportales (2%). En todos se identificó una derivación esplenorenal espontánea en pruebas preoperatorias y se realizaron los trasplantes con intención de realizar anastomosis renoportal izquierda. En dos casos se realizó trasplante simultáneo hepático y renal. En todos los casos menos uno, la anastomosis renoportal se realizó sin ningún injerto vascular interpuesto. La tabla adjunta describe información demográfica de los receptores y flujos portales intraoperatorios. Después del trasplante, un paciente presentó ascitis que se resolvió antes del alta con tratamiento diurético. Hubo dos casos de trombosis portal postrasplante: una trombosis parcial que se resolvió con anticoagulación y otra que apareció a los 12 meses en un paciente que suspendió todo su tratamiento. No hubo ningún caso de hemorragia postoperatoria por varices. Con mediana de seguimiento de 12 meses, la supervivencia del paciente es del 71%. Hubo dos fallecimientos, debidos a infarto agudo de miocardio y al desarrollo de un cáncer de pulmón, a los 4,5 y 60 meses, respectivamente, ambos con injertos funcionantes.

CONCLUSIONES: Aunque no restaura el flujo hepático fisiológico, la anastomosis renoportal es una opción para el trasplante hepático en pacientes con trombosis portal extensa y presencia de un shunt esplenorenal, que ofrece buenos resultados en cuanto a su permeabilidad, resolución de síntomas de hipertensión portal y función posterior del injerto.

TABLA. Datos demográficos, flujos portales intraoperatorios y resultados de los pacientes trasplantados a los que se practicó una anastomosis renoportal como método primario de revascularización del injerto, Hospital Clínic, Barcelona, agosto 2013-presente. - http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d729f9e1aa94_Screenshot+2019-09-06+20.30.37.png

OS3-8**INFLUENCIA DE LA INCLUSIÓN HEPÁTICA Y PRESERVACIÓN DEL BAZO NATIVO EN LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE INTESTINAL PEDIÁTRICO**

Alba Bueno (1), Javier Serradilla (1), Francisco Hernández-Oliveros (2), Ane Andrés (1), Esther Ramos-Boluda (3), Alida Alcolea (3), Manuel López-Santamaría (1)

(1) Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, (2) IdiPAZ-EOC de ERN-Transplantchild, (3) Unidad de Rehabilitación Intestinal de Gastroenterología Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

OBJETIVO: Analizar los resultados de nuestra serie en función del tipo de injerto intestinal y la presencia del bazo nativo o trasplantado.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de niños trasplantados en nuestro centro (1999-2018). Se comparó la supervivencia en función de: inclusión del hígado en el injerto, presencia del bazo nativo o trasplantado, y retrasplantes vs primeros injertos. Realizamos 105 trasplantes intestinales (55 multiviscerales-MV-, 25 intestinales aislados-IA-, 22 hepatointestinales-HI- y 3 multiviscerales modificados-MVM-) en 84 pacientes (60%varones, edad media 5.3 años). Las principales indicaciones fueron intestino corto (69%), trastornos de motilidad (12%) y enfermedades epiteliales (9,5%).

RESULTADOS: La supervivencia a 1 y 5 años fue significativamente mejor en los pacientes con inclusión del hígado 20%/0% vs 68/61% ($p < 0.05$), incluso en aquellos con DSA preformados. El bazo alogénico se incluyó en 10 (18%) casos de MV, en 23 (42%) se preservó el bazo nativo, y en 22 (40%) se realizó esplenectomía. La proporción de EICH y trastornos hemolíticos fue menor en pacientes en los que se preservó el bazo ($p < 0.05$). Requirieron retrasplante 18 pacientes (42 injertos), 22 con hígado incluido (4HI y 18MV). El resultado del retrasplante fue mejor en los pacientes con inclusión del hígado.

CONCLUSIONES: La inclusión del hígado atenuó el impacto negativo de los DSA preformados y mostró una mayor supervivencia a largo plazo. La preservación del bazo nativo demostró un efecto protector frente a la EICH y los trastornos hemolíticos en los receptores de trasplante multivisceral.

OS4. COMUNICACIONES ORALES IV: COMPLICACIONES POSTRASPLANTE

OS4-1

LA REVACUNACIÓN FRENTE A LA HEPATITIS B CON TRES DOSIS DE 40µg ES MÁS EFICAZ QUE UNA DOSIS SIMILAR AISLADA, ADMINISTRADA COMO REFUERZO, EN PACIENTES CIRRÓTICOS CANDIDATOS POTENCIALES A TRASPLANTE HEPÁTICO, NO RESPONDEDORES A UN CICLO COMPLETO PREVIO DE VACUNACIÓN

Álvaro Giráldez Gallego (1), Raquel Valencia (2), Elisa Rodríguez-Seguel (3), Áurea Morillo (2), Celia Salamanca (2), Ricardo Ruiz (3), María Teresa Ferrer (1), María Cuaresma (3), Jose Manuel Sousa (1), Trinidad Desongles (4), Aitana Rodríguez (4), Lourdes Grande (5), Francisco Camino (2), Clara María Rosso (3), Manuela Fátima Domínguez (5), Antonia Gash (2), José Luis Márquez (5), Miguel Ángel Gómez-Bravo (6), Javier Ampuero Herrojo (7), Juan Pérez (5), Juan Manuel Pascasio Acevedo (7)

(1) Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS), Unidad de Hepatología, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío (HUVR), (2) Medicina Preventiva y Salud Pública (HUVR), (3) Unidad de Investigación, Servicio de Aparato Digestivo (HUVR), Fundación Pública Andaluza para la Gestión de la Investigación en Salud de Sevilla (FISEVI), (4) Farmacia Hospitalaria (HUVR), (5) Unidad de Hepatología, Servicio de Aparato Digestivo (HUVR), (6) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático (HUVR), (7) Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS), Unidad de Hepatología, Servicio de Aparato Digestivo (HUVR), Centro de Investigación Biomédica en Red en el área de enfermedades Hepáticas (CIBERehd)

INTRODUCCIÓN: La vacunación frente al virus de la hepatitis B (VHB) está indicada en el contexto del trasplante hepático (TH). Nuestro objetivo fue comparar la respuesta obtenida con dos pautas diferentes de revacunación frente al VHB (HBVAXPRO® 40µg, Aventis-Pasteur, MSD) en potenciales candidatos a TH, no respondedores previos (antiHBs<10 mUI/ml) a un ciclo de vacunación (0-1-2 meses), con tres dosis de 40µg.

MÉTODOS: Ensayo clínico unicéntrico, fase III, abierto (NCT01884415). Se incluyeron 121 pacientes que recibieron aleatoriamente: A) una dosis de refuerzo al 4º mes (n=60; pauta clásica), vs. B) un ciclo adicional similar de tres dosis de 40µg a los 0-1-2 meses (n=61; pauta experimental). Se emplearon los test de Chi-cuadrado o U de Mann-Whitney, según procediera.

RESULTADOS: La edad media fue de 56,6±7,9 años. Las variables habituales estaban balanceadas en ambos brazos: varones, 74,4%; obesos, 31,4%; diabéticos, 24,8%; antiHBc+, 9,1%; hepatocarcinoma, 14%; alcohol, 52,1%; VHC+, 32,2%; MELD≥15, 24%; MELD-Na≥15, 36,4%; y Child-Pugh (CP) B-C, 54,5%. En el análisis por intención de tratamiento la eficacia (antiHBs≥10 mUI/ml al mes de la última dosis) fue mayor en el grupo B (n=29, 47,5%) que en el grupo A (n=15, 25%): OR 2,72 [95%CI: 1,26-5,88], p=0,010. La tasa de respuesta por protocolo fue del 58% en el brazo B y del 32,6% en el brazo A: OR 2,85 [95%CI: 1,24-6,57], p=0,013. Además, en los respondedores, el título de antiHBs (mUI/ml) fue inferior en el grupo A que en el B: 27 [P25-P75: 20,2-93] vs. 108 [P25-P75: 23,6-325,8]; p=0,034.

CONCLUSIONES: La revacunación con tres dosis de 40µg es más eficaz que la pauta clásica de refuerzo con una dosis aislada de 40µg, en pacientes cirróticos potenciales candidatos a TH, no respondedores a un ciclo previo de vacunación completa con tres dosis similares.

Instituto de Salud Carlos III (EC11-452). EudraCT: 2011-005372-42.

OS4-2

RIGIDEZ ARTERIAL Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Lydia Sastre, Raquel García, Julián-Gonzalo Gándara, Marta Martínez-Picola, Pablo Ruiz, Jordi Colmenero, Miquel Navasa, Gonzalo Crespo
Unidad de Trasplante Hepático. Servicio de Hepatología, Hospital Clínic de Barcelona.

OBJETIVOS: Los eventos cardiovasculares (ECV) son frecuentes tras el trasplante hepático (TH). Antes de provocar ECV mayores, la aterosclerosis induce lesión vascular asintomática que puede ser estimada mediante la evaluación de la rigidez arterial o el índice tobillo-brazo (ITB). Nuestro objetivo fue evaluar estos marcadores y su asociación con los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) clásicos tras el TH.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio transversal unicéntrico que incluyó a todos los receptores de TH a los 12, 60 y 120 meses del TH. Se recogió la presencia de FRCV y su grado de control, y se calcularon los algoritmos clínicos Framingham, SCORE y REGICOR. La rigidez arterial se estimó con la velocidad de onda de pulso (VOP) mediante el dispositivo Mobil-O-Graph® y se calculó el ITB con un oscilómetro doble digital (WatchBP OfficeABI®).

RESULTADOS: Incluimos 122 pacientes a 12 (n=39), 60 (n=45) y 120 (n=38) meses tras el TH. La prevalencia de hipertensión arterial (HTA) se incrementó significativamente con el tiempo (51%, 68% y 82% a los 12, 60 y 120 meses, p=0.02). No encontramos diferencias estadísticamente significativas en función del tiempo post-TH en el resto de FRCV, en los algoritmos clínicos ni en el ITB. En cambio, la VOP se incrementó significativamente, siendo 8.2 m/s, 8.9 m/s y 9.4 m/s a los 12, 60 y 120 meses (p=0.014). La VOP se asoció significativamente con la edad (p<0.001), el tiempo desde el TH (p<0.001), el algoritmo Framingham (p<0.001), los antecedentes de ECV (p=0.014), el filtrado glomerular estimado (p<0.001) y el grado de control de la HTA (p<0.001).

CONCLUSIONES: La estimación de la rigidez arterial mediante la VOP se asocia con los FRCV tras el TH y por tanto podría ser un buen marcador de dicho riesgo en esta población. Se requieren estudios longitudinales para evaluar su capacidad de predecir ECV.

OS4-3**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LA HEPATITIS POR VIRUS B DE NOVO POSTRASPLANTE HEPÁTICO EN ESPAÑA. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DE 172 CASOS**

Carmen Sendra (1), Lorena Puchades (2), José Manuel Sousa (3), Lluís Castells (4), María Magdalena Salcedo (5), Sergio Rodríguez-Tajes (6), Julia Herreras (7), Isabel Campos-Varela (4), Flor Nogueras (8), Ana Arias (9), M Carme Balliellas (10), Alejandra Otero (11), Elena Otón (12), Emilio Fábrega (13), Fernando Díaz-Fontenla (5), Luisa González-Dieguez (14), Inmaculada Fernández-Vázquez (15), Xavier Fornés (6), José Antonio Pons (16), Isidoro Narvárez (17), Beatriz Mateos (18), Sonia Pascual (19), Ramón Charco (20), Martín Prieto (21), Juan Manuel Pascasio (3)

(1) UGC Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla, (2) HUP La Fé, Instituto de Investigación Sanitaria La Fé, CIBERehd, Instituto Carlos III, Río Ortega (CM1770006), Valencia, (3) UGC Aparato Digestivo, HU Virgen del Rocío, IBIS, CIBERehd, Sevilla, (4) Servicio de Medicina Interna-Hepatología, HU Vall d'Hebrón, CIBERehd, Barcelona, (5) Unidad de Trasplante hepático, HGU Gregorio Marañón, CIBERehd, Madrid, (6) Unidad de Hepatología, H. Clinic, IDIBAPS, Universidad de Barcelona, CIBERehd, Barcelona, (7) Instituto de Investigación Sanitaria La Fé, Valencia, (8) Servicio de Aparato Digestivo, HU Virgen de las Nieves, Granada, (9) Servicio de Medicina Interna, HU Puerta de Hierro-Majadahonda, IDIPHIM, Madrid, (10) Servicio de Enfermedades Digestivas, HU Bellvitge, Barcelona, (11) Servicio de Enfermedades Digestivas, HU A Coruña, (12) Servicio de Enfermedades Digestivas, HU Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife, (13) Servicio de Enfermedades Digestivas, HU Marqués de Valdecilla, Santander, (14) Servicio de Enfermedades Digestivas, HUC Asturias, Oviedo, (15) Servicio de Enfermedades Digestivas, HU 12 de Octubre, Madrid, (16) Servicio de Enfermedades Digestivas, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia, (17) Servicio de Enfermedades Digestivas, HU de Badajoz, (18) Servicio de Gastroenterología, HU Ramón y Cajal, Madrid, (19) Unidad de Hepatología, HGU, CIBERehd, Alicante, (20) Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplantes, HU Vall d'Hebrón, CIBERehd, Barcelona, (21) Servicio de Medicina Digestiva, HUP La Fé, Instituto de Investigación Sanitaria La Fé, CIBERehd, Valencia

OBJETIVOS: Conocer las características clínicas, respuesta al tratamiento y evolución de la hepatitis B de novo (HBN) post-trasplante hepático (TH).

MÉTODOS: Estudio observacional, multicéntrico, retrospectivo de pacientes diagnosticados de HBN post-TH de 17 hospitales españoles.

RESULTADOS: 172 pacientes, 68% hombres, de 53±9 años, TH (1991-2017). El 10% de los receptores tuvieron serología VHB (-) y el 79% de los donantes fueron antiHBc (+). Sólo el 32% de los pacientes habían recibido profilaxis antiviral y el 26% de ellos la habían suspendido antes del diagnóstico de HBN. La HBN fue detectada 22 meses (P₂₅-P₇₅:12-46) post-TH. La mayoría de los pacientes estaban asintomáticos y los niveles de ALT (UI/l) fueron: ≤40 (33%), 41-200 (46%), 201-400 (7%), >400 (15%). El 20% presentaron hiperbilirubinemia (>1,5mg/dl) y el 5% fallo hepático (INR>1,5 y/o descompensación). Recibieron tratamiento antiviral 167 (95%), 74% Entecavir y/o Tenofovir. Tras seguimiento de 76 meses (P₂₅-P₇₅: 28-147) desde el diagnóstico de la HBN, el 77%, 65% y 44% fueron ADN-VHB (-), HBeAg (-) y HBsAg (-), respectivamente. En 21 pacientes HBsAg (-) el tratamiento fue interrumpido y ninguno presentó reactivación del VHB. Al final del seguimiento, 2 pacientes habían desarrollado fallo hepático agudo y 31 (18%), cirrosis (en 25 casos descompensada), que sólo en el 46% fue secundaria al VHB. Ocho pacientes recibieron un re-TH (en 5 debido al VHB) y 45 (26%) fallecieron (sólo 7 casos a causa del VHB).

CONCLUSIONES: Menos del 25% de los pacientes estaban recibiendo profilaxis antiviral al tiempo del diagnóstico de la HBN, la mayoría de ellos estaban asintomáticos, un tercio con ALT normal y sólo el 5% presentaron fallo hepático. Al final del seguimiento, más del 40% de los pacientes aclararon el HBsAg, situación que se mantuvo después de suspender el tratamiento antiviral, lo que indica que ésta es una estrategia segura.

OS4-4**RECONSTITUCIÓN INMUNOLÓGICA DURANTE EL TRATAMIENTO DE LA HEPATITIS C CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA**

Maria Jesus Citores (1), Laura Benítez (2), Artur Martín-Franklin (1), Pablo Muñoz-Martin (1), Ana Arias Milla (2), Cuerva-Mons Valentín (3)

(1) Laboratorio de Medicina Interna, Instituto de Investigación Sanitaria Puerta de Hierro-Segovia de Arana, Majadahonda, Madrid, (2) Unidad de Trasplante Hepático, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid, (3) Unidad de Trasplante Hepático, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid. Departamento de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid.

La infección crónica por el virus de la hepatitis C (VHC) provoca un agotamiento del sistema inmune. El objetivo de este estudio ha sido analizar los cambios en el sistema inmune de los pacientes con respuesta viral sostenida (RVS) al tratamiento con antivirales de acción directa (AAD) frente al VHC.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio prospectivo de 13 pacientes con infección VHC crónica que recibieron tratamiento con AADs en nuestra unidad. Se caracterizaron fenotípicamente las células del sistema inmune al inicio del tratamiento, a las 4 semanas, al final del mismo y a las 12 semanas postratamiento (RVS) mediante citometría de flujo. Se analizaron las células dendríticas circulantes plasmacitoides (capacidad antiviral) y monocitoides (capacidad reguladora) y el porcentaje de LT CD8 específicos frente al VHC. Se analizó la expresión de los marcadores de inhibición PD1, TIGIT y Tim3 en LT CD4, LT CD8, células NKdim (NK con alta capacidad citotóxica) y células NKbright (con alta capacidad reguladora) y la expresión de receptores activadores (NKP30, NKP46 y NKG2D) y receptores inhibidores (NKG2A) de las células NK. Se cuantificó la concentración sérica de IP-10, IL10 e IL6 mediante cytometric bead array.

RESULTADOS: Los LT CD8 específicos frente al VHC aumentaron desde el inicio del tratamiento (p<0.05 entre cada visita) y las células dendríticas monocitoides disminuyeron a las 12 semanas postratamiento (p=0.006). La proporción de LT CD4, LT CD8, células NKdim y NKbright permaneció estable, pero en todas disminuyó de forma progresiva la densidad de expresión de Tim3 (p<0.05 en todas). A las 12 semanas postratamiento habían disminuido el porcentaje de LT CD8+PD1+ (p=0.016) y de células NKbright NKG2A+ (p=0.01) y la concentración sérica de IP-10 y de IL10 (p=0.019).

CONCLUSIÓN: El aclaramiento del VHC con los AAD se asocia con una recuperación, al menos parcial, del agotamiento de las células del sistema inmune.

OS4-5

MONOTERAPIA CON ANTIVIRALES DE 3º GENERACIÓN TRAS LA RETIRADA DE LA INMUNOGLOBULINA ANTI-VHB, COMO TRATAMIENTO PARA LA PREVENCIÓN DE LA RECURRENCIA DE HEPATITIS B EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO EN NUESTRO HOSPITAL

Karina Cárdenas-Jaén, Cayetano Fabián Miralles, José María Palazón, Pablo Bellot, María Rodríguez, Sonia Pascual

Unidad Hepática, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario de Alicante, Instituto de Salud e Investigación Biomédica (ISABIAL-FISABIO), Alicante.

INTRODUCCIÓN: Desde la aparición de los nuevos antivirales de 3º generación, Entecavir (ETV) y Tenofovir (TDF), los regímenes profilácticos libres de inmunoglobulina (Ig) anti-VHB o con pautas cortas, seguidos de monoterapia con el antiviral, han demostrado lograr bajas tasas de recidiva de la infección VHB, en pacientes sometidos a trasplante hepático ortotópico (THO).

OBJETIVO: Evaluar si la monoterapia con antivirales de 3º generación, tras la retirada de la inmunoglobulina, es eficaz evitando la recurrencia de la infección VHB en pacientes THO.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo, unicéntrico. Se incluyeron pacientes consecutivos con THO e infección VHB pretrasplante, desde Enero-1995 a Julio-2018. Los criterios para la retirada de la inmunoglobulina fueron: pacientes con bajo riesgo, tras 6 meses de tratamiento combinado; o pacientes con riesgo intermedio y ausencia de replicación activa o positividad del HBsAg tras 12 meses de tratamiento combinado. Se recogieron datos clínicos y demográficos. Se evaluó la incidencia de la recidiva VHB.

RESULTADOS: Se incluyeron 29 pacientes. El 31% (9) tenían carga viral (CV) detectable pre-THO. En el 96,6% (28) la indicación de THO fue cirrosis hepática ± hepatocarcinoma, mientras que en el 3,4% (1) fue insuficiencia hepática aguda grave. El 51,7% (15) recibieron tratamiento inicial combinado con LAM e Ig anti-VHB, mientras que el 48,3% (14) recibieron tratamiento con ETV/TDF e Ig anti-VHB. Se retiró el tratamiento con Ig en el 69% (20) de los pacientes. El 90% (18) de los pacientes a los que se les retiró la Ig continuaron la monoterapia con ETV/TDF. La tasa de recidiva (HBsAg positivo) tras la retirada de la Ig fue del 5,3% (1), presentando el único caso, una positivización transitoria con seroconversión posterior. La CV-VHB permaneció negativa en el 100% de estos pacientes.

CONCLUSIÓN: La monoterapia con los nuevos antivirales de 3º generación es eficaz en la prevención de la recidiva VHB tras la retirada de la Ig anti-VHB.

OS4-6

200 TRASPLANTES HEPÁTICOS DE DONANTE VIVO EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO: RESULTADOS SEGÚN INDICACIÓN Y TIPO DE INJERTO

Javier Serradilla (1), Alba Bueno (1), Ane Andrés (1), Alba Sánchez (1), José Luis Encinas (1), Javier Nuño (2), Loreto Hierro (3), Francisco Hernández-Oliveros (4), Manuel López-Santamaría (1)

(1) Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, (2) Cirugía General - Unidad de Trasplantes, Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid, (3) Hepatología Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, (4) IdiPAZ-EOC de ERN-Transplantchild

OBJETIVO: Analizar en una serie de 200 trasplantes hepáticos de donante vivo (THDV) pediátricos los resultados de supervivencia y complicaciones según tipo de injerto e indicación del trasplante.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de 200 THDV pediátricos realizados entre 1993-2019. Las indicaciones se estratificaron en atresia de vías biliares (ABVEH: 128 pacientes, 64%), tumores hepáticos irresecables (THI: 27, 13,5%), metabolopatías (MET: 17, 8,5%), síndromes de Alagille (SA: 11, 5,5%), colestasis intrahepáticas familiares (CIF: 5, 2,5%) y misceláneas (M: 12, 6%). Los injertos fueron 164 segmentos laterales izquierdos (SLI: segmentos 2 y 3), 20 SLI extendidos (SLIE), 14 lóbulos hepáticos izquierdos (LHI: segmentos 2, 3 y 4) y 2 hemihígados derechos (HD: segmentos 5, 6, 7 y 8). Se realizó un estudio comparativo entre los grupos diagnósticos y tipos de injerto, considerando un valor $p < 0.05$ como estadísticamente significativo.

RESULTADOS: Los grupos diagnósticos presentaron una edad y peso similares (23 meses, 10 Kg), siendo estadísticamente comparables. No se observaron diferencias significativas en el funcionamiento de los injertos según su indicación (84% [75-92]), en la tasa de retrasplante (7% [0-15]), ni en la supervivencia a 1 y 5 años de paciente (96%/92%) e injerto (87%/83%). El SLI presentó una menor tasa de pérdida del mismo (11% vs 35% SLIE vs 21% LHI vs 100% HD; $p < 0.05$), así como de complicaciones biliares (16% vs 35% SLIE vs 28% LHI vs 25% HD; $p < 0.05$) y vasculares (8% vs 30% SLIE vs 14% LHI vs 50% HD; $p < 0.05$), teniendo una tasa de supervivencia mayor de paciente e injerto ($p < 0.05$).

CONCLUSIONES: Aunque las mejores indicaciones para el THDV en la población pediátrica siguen siendo la AVBEH y los THI, su uso puede extenderse al resto de indicaciones del trasplante hepático pediátrico. El SLI es el injerto que mejores resultados ofrece tras la cirugía.

OS4-7**LA INFECCIÓN POR VIH NO SE ASOCIA CON UN RIESGO CARDIOVASCULAR AUMENTADO EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS**

Carmen Vinaixa (1), Julia Herreras (1), F Marino Blanes (2), Martín Prieto (1), Marina Berenguer (1), Victoria Aguilera (1)

(1) Sección de Hepatología y Trasplante Hepático, Servicio de Medicina Digestiva, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, (2) Unidad De Enfermedades Infecciosas, Hospital La Fe, Valencia

INTRODUCCIÓN: Las enfermedades cardiovasculares (CV) son actualmente una de las causas principales de morbilidad y mortalidad en pacientes infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia humana (VIH). De forma similar, los pacientes trasplantados hepáticos presentan una elevada prevalencia de factores de riesgo cardiovascular. Nuestro objetivo fue describir la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y eventos cardiovasculares (ECV) en pacientes VIH trasplantados, en comparación con pacientes trasplantados no infectados por el VIH.

MÉTODOS: Se incluyeron pacientes trasplantados hepáticos desde 2004 a 2016 de un solo centro, apareando a cada paciente VIH con dos no VIH. Se recogieron variables demográficas, del TH, las relacionadas con la infección VIH, y factores de riesgo CV y eventos CV pre y post-TH.

RESULTADOS: DATOS DEMOGRAFICOS: Se incluyeron 138 pacientes trasplantados (46 VIH y 92 no VIH). La etiología principal de la cirrosis fue la hepatitis C (VHC), en 85% de los pacientes VIH y 83% de los no infectados por VIH, seguida de alcohol. La media de seguimiento fue de 5,5 años en los pacientes VIH y de 6,1 años en los no VIH. CARACTERÍSTICAS PRE-TH: La mayoría de los pacientes (85%) en ambos grupos eran hombres. La edad media fue significativamente inferior en el grupo de pacientes VIH (47 vs 51 años). La prevalencia de factores de riesgo CV antes del trasplante fue similar en ambos grupos. El índice de masa corporal fue significativamente inferior en pacientes infectados por VIH. RESULTADOS POST-TH: La incidencia de eventos CV fue de 11% en ambos grupos, pero la presentación fue más precoz en el grupo VIH. La incidencia de factores de riesgo CV estaba aumentada con respecto al periodo post-trasplante, y de forma similar en ambos grupos.

CONCLUSIÓN: En el periodo post-TH, los factores de riesgo y eventos CV no son más frecuentes en los pacientes infectados por VIH, pero aparecen en edades más tempranas, en comparación con aquellos no infectados por VIH.

OS4-8**ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA NO ALCOHÓLICA TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO: PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS**

Sandra García, Borao Cristina, Manzano Carlos, Lorente Sara, Cortes Luis, Serrano Trinidad

Digestivo, Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza.

Los factores de riesgo, prevalencia y pronóstico de la enfermedad hepática grasa no alcohólica (EHGNA) tras el trasplante hepático (TH) no están tan bien estudiados.

OBJETIVO: Analizar la prevalencia, factores de riesgo y pronóstico de la EHGNA tras el TH en nuestro medio y estudiar hábitos dietéticos y estilo de vida en estos pacientes.

MÉTODOS: Análisis retrospectivo de la población trasplantada entre 2008 y 2017. La presencia de EHGNA se determinó mediante ecografía y/o biopsia hepática. Los pacientes con seguimiento menor de 6 meses y aquellos que no tenían una prueba diagnóstica fueron excluidos. Se seleccionaron 80 pacientes (40 con EHGNA y 40 sin EHGNA) a los que se les realizó una encuesta telefónica para estudiar los hábitos dietéticos y el estilo de vida.

RESULTADOS: 207 pacientes fueron incluidos en el análisis. El 33,3% presentaban EHGNA tras el TH, siendo más prevalente en mujeres que en hombres (45,1% vs 29,5%; OR 1,9; 95%IC: 1,025-3,76; p<0,05). No encontramos relación entre EHGNA y diabetes post-TH, HTA, obesidad o dislipemia. Si se han observado más eventos cardiovasculares en pacientes con EHGNA (17,4% vs 7,2%; OR= 2,7; 95%IC :1,1-6,59; p<0,05). En cuanto a hábitos nutricionales y estilo de vida, el picoteo entre comidas se asoció con EHGNA (p = 0.019, OR: 3.444, 95% IC:1.310-9.058). También la práctica de ejercicio físico, andar al menos 45 minutos al día fue asociado a una menor presencia de esta enfermedad (OR: 0.234, 95% IC: 0.084-0.653; p= 0,008).

CONCLUSIÓN: La prevalencia de EHGNA tras el TH es alta, afecta más a mujeres y se relaciona con la aparición de eventos cardiovasculares. En cuanto a los hábitos y el estilo de vida, el ejercicio físico parece un claro factor protector y por el contrario, el picoteo y no la composición de la dieta se relaciona con la EHGNA tras el TH.

PÓSTERS

P-1

LA DERIVACIÓN PORTOCAVA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO COMO FACTOR DE PROTECCIÓN FRENTE A LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA PRECOZ POSTRASPLANTE HEPÁTICO Y LA MORTALIDAD AL AÑO

Laura María Tortolero (1), Javier Nuño (2), Adolfo Buenadicha (2), Luis Gajate (2), Ana Serrano (2), Fernando Liaño (2), Roberto Peromingo (2), Pedro López Hervás (2)

(1) Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Sanitas La Zarzuela, Madrid, (2) Hospital Ramón y Cajal. Sección de Trasplante Hepático, Madrid.

OBJETIVOS: Determinar la posible influencia de la realización de la derivación portocava (DPC) sobre la incidencia de IRA precoz postrasplante hepático (TH) y la mortalidad al año.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo. Se evaluaron a 231 pacientes consecutivos, objeto de un TH. Se determinó la homogeneidad de las variables preoperatorias entre los pacientes que se les realizó una DPC durante el TH y los que no. Se determinó la influencia de la DPC sobre la IRA precoz postrasplante hepático y mortalidad al año a partir de un análisis uni y multivariante.

RESULTADOS: La DPC se llevó a cabo en 36,1% (n:79). Ambos grupos de pacientes, en los que se realizó DPC y en los que no, fueron homogéneos en la mayor parte de las variables analizadas. En el análisis univariante relacionado con el desarrollo de IRA precoz postrasplante hepático la DPC resultó ser un factor de protección reduciendo la misma en un 50%, mas no en el análisis multivariante. En cuanto al análisis de mortalidad al año, tanto el análisis univariante como el multivariante, demostraron que la DPC fue un factor de protección reduciendo su aparición en un 70%. Por otra parte, el grupo de pacientes con DPC presentó una menor tasa de síndrome de reperfusión y menor necesidad de transfusión durante la cirugía, si bien dichas diferencias carecieron de significación.

CONCLUSIONES: La DPC podría reducir la producción de elementos citotóxicos y proporcionar una mayor estabilidad hemodinámica tras la revascularización. En nuestra serie, la realización de DPC resultó ser un factor protector para el desarrollo de IRA, reduciendo su aparición en un promedio del 50% y la mortalidad al año en un 70%. Sin embargo, estos resultados deben ser interpretados con precaución debido a que éste es un estudio retrospectivo, no aleatorizado, con sesgos potenciales.

P-2

LA INSUFICIENCIA RENAL AGUDA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO. INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Laura María Tortolero (1), Javier Nuño (2), Adolfo López Buenadicha (2), Roberto Peromingo (2), Luis Gajate (2), Ana Serrano (2), Fernando Liaño (2), Pedro López Hervás (2)

(1) Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Sanitas La Zarzuela, Madrid, (2) Hospital Ramón y Cajal, Sección de Trasplante Hepático, Madrid.

OBJETIVOS: Determinar la incidencia y los factores de riesgo vinculados con el desarrollo de IRA precoz postrasplante hepático.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo sobre 231 objeto de un trasplante hepático. Se determinó la incidencia de IRA, según la clasificación de KDIGO, y se evaluaron los factores de riesgo asociados con la IRA mediante un análisis univariante y multivariante de 68 variables preoperatorias, intraoperatorias y postoperatorias.

RESULTADOS: La incidencia de IRA precoz postrasplante hepático fue del 59,8% (n: 138). Según la clasificación de KDIGO correspondió a los estadios 1: 43,5%, 2: 18,8% y 3: 37,7%. El 17,3% (n: 40) requirió terapia renal sustitutiva. Entre los factores de riesgo relacionados con el desarrollo de IRA destacaron las siguientes variables en el estudio univariante: preoperatorias (presencia o antecedente de ascitis, encefalopatía hepática, hemorragia digestiva alta, puntuación de MELD); intraoperatorias (uso de fármacos vasoactivos, síndrome de reperfusión, transfusión de hemoderivados) y postoperatorias (reintubación orotraqueal, reintervención, infección, trasfusión de hemoderivados) Dos factores demostraron un efecto protector: la derivación portocava y el uso de basiliximab. En el análisis multivariante los factores que tuvieron significación e independencia fueron: la puntuación de MELD, el uso de fármacos vasoactivos en quirófano, la trasfusión de concentrados de hematíes en las primeras 24 horas. En dicho análisis el uso del basiliximab fue un factor de protección.

CONCLUSIONES: La IRA es una complicación frecuente en el postoperatorio inmediato del trasplante hepático afectando a más de la mitad de los pacientes. En torno a la cuarta parte de los mismos pueden requerir terapia renal sustitutiva. Entre los factores analizados, los que guardaron una relación más directa con su desarrollo fueron: una puntuación MELD elevada, el uso de fármacos vasoactivos en quirófano y la transfusión de concentrados de hematíes en las primeras 24 horas postrasplante. El empleo del basiliximab supuso un efecto protector.

P-3

IMPACTO DE LA MASA MUSCULAR PREOPERATORIA MEDIDA MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA EN EL PRONÓSTICO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

Sara Nicolas De Cabo, Francisco Javier León Díaz, José Sánchez Segura, Daniel Cabañó Muñoz, Belinda Sánchez Pérez, Custodia Montiel Casado, José Antonio Pérez Daga, José Luis Fernández Aguilar., Julio Santoyo Santoyo

Cirugía general y Digestiva, Hospital Regional Universitario de Málaga.

INTRODUCCIÓN: La sarcopenia y la masa muscular preoperatoria son factores predictores independientes en los resultados a corto y largo plazo en el trasplante hepático.

OBJETIVO: Analizar el impacto del índice de masa muscular (IMM) y la sarcopenia preoperatoria en el pronóstico de los pacientes trasplantados en nuestro hospital.

MÉTODOS: Estudio de Cohortes Retrospectivo. Noventa y siete pacientes sometidos a trasplante hepático en el Hospital Regional de Málaga entre septiembre de 2013 y marzo de 2015. La sarcopenia fue definida mediante la medición del IMM utilizando el área del músculo psoas a nivel de L3 en tomografía computarizada, ajustado al sexo del paciente. Se diferenciaron dos grupos: 54 pacientes sin sarcopenia frente a 42 con sarcopenia. Se analizaron complicaciones perioperatorias y supervivencias del injerto y el paciente. El seguimiento se ha realizado a 3 años.

RESULTADOS: Las características de los receptores fueron comparables entre ambos grupos salvo en el IMM (grupo sin sarcopenia: $94,03 \pm 15,43$ cm²/m² frente al grupo con sarcopenia $56,99 \pm 13,59$ cm²/m², $p=0,001$). La incidencia de complicaciones postoperatorias (Clavien ≥ 3) fue del 39,5 al 24,1 % en pacientes con sarcopenia frente en aquellos sin sarcopenia, $p=0,08$. La sarcopenia no se asoció con peores resultados de supervivencia del injerto y paciente a largo plazo.

CONCLUSIONES: La sarcopenia mediante la medición del IMM preoperatorio se ha definido como un factor pronóstico relacionado con una mayor incidencia de complicaciones perioperatorias. Es por ello, que el IMM mediante tomografía computarizada es fácil de obtener y debería ser analizado en todos los pacientes candidatos a trasplante hepático.

P-4

NEOPLASIAS DE NOVO TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Marta Pascual (1), Manel Gimbert (1), Carmen Del Pozo (1), Roberto Fernandez (2), Federico Castillo (2), Juan Carlos Rodríguez-San Juan (2), Angela Puente (1), José Ignacio Fortea (1), Antonio Cuadrado (1), Fernando Casafont (1), Javier Crespo (1), Emilio Fábrega (1)

(1) Servicio de Aparato Digestivo, (2) Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander.

Las neoplasias de novo constituyen una de las principales causas de morbi-mortalidad a largo plazo en la población trasplantada. Por este motivo hemos querido analizar la incidencia, las características clínicas y supervivencia de las neoplasias de novo de nuestro programa de trasplante hepático (TH).

PACIENTES Y MÉTODOS: Desde noviembre de 1990 hasta diciembre de 2016 se realizaron 571 trasplantes en nuestro centro. Consideramos neoplasia de novo a todo cáncer aparecido tras el TH, que no estuviera presente previo al mismo, ni transmitido por el injerto. No se consideró para el estudio la recidiva de hepatocarcinoma ni el carcinoma de piel no melanocítico.

RESULTADOS: El seguimiento medio de todos pacientes fue de 9,6 años (rango, 3-300 meses). Se detectaron 65 neoplasias en 61 pacientes (incidencia de 12.9%, IC 95%) con una razón de incidencia estandarizada global de 2.8. El tiempo medio transcurrido entre el trasplante y el diagnóstico de neoplasia fue de 115 meses (10-260 meses). Las neoplasias más frecuentes fueron las de pulmón y colon de predominio en ascendente y transversal, seguidas de las de cabeza, cuello y esófago. Es de destacar en nuestra serie que el 50% de las neoplasias observadas estuvieron relacionadas epidemiológicamente con el consumo de alcohol y tabaco. Además, su aparición empeoró de forma significativa la supervivencia de este grupo de pacientes.

CONCLUSIONES: El desarrollo de neoplasias de novo fué superior a la observada en la población general, y su presencia impactó negativamente en el pronóstico vital del paciente trasplantado. Es de destacar respecto a las neoplasias de colon que afectaron sobre al ascendente y transversal. Por tanto, teniendo en cuenta que la mayoría de las neoplasias fueron observadas en pacientes con cirrosis alcohólica y antecedentes de consumo de tabaco es fundamental establecer programas de cribado de neoplasia y estrategias de salud que prevengan el consumo de tabaco y alcohol.

P-5

LA DISPARIDAD EN EPLETS DEL LOCUS C ENTRE DONANTE Y RECEPTOR COMO FACTOR DE RIESGO INDEPENDIENTE DE RECHAZO AGUDO MEDIADO POR LINFOCITOS T EN TRASPLANTE HEPÁTICO

Sandra Guiral (1), David San Segundo (1), Antonio Cuadrado (2), Jose Ignacio Fortea (2), Angela Puente (2), Fernando Casafont (2), Marcos López-Hoyos (1), Javier Crespo (2), Emilio Fábrega (2)

(1) Servicio de Inmunología, (2) Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Los eplets son regiones de la molécula HLA altamente polimórficas y que son diana específica de los anticuerpos anti-HLA que a su vez explica la reactividad cruzada con diferentes antígenos HLA. El estudio de la disparidad de eplets en moléculas de clase II del HLA se ha asociado a riesgo de rechazo en el trasplante renal, cardíaco y pulmonar. Sin embargo, el efecto de la disparidad de eplets en el trasplante hepático no ha sido estudiado en profundidad.

OBJETIVOS: Estudiar el grado de disparidad de eplets en pacientes trasplantados hepáticos y el efecto en la evolución del injerto.

PACIENTES Y MÉTODOS: Se realizó el tipaje de 43 parejas donante-receptor de trasplantes hepáticos consecutivos realizados desde el año 2016 en nuestro centro. El recuento de disparidad de eplets verificados por anticuerpos (VerEp) en locus-A, B, C, DRB, DQA y DQB del HLA se realizó con el programa HLA Matchmaker 2.1.

RESULTADOS: 9 pacientes presentaron un episodio de rechazo agudo mediado por linfocitos T (RAMT). No se observaron diferencias significativas en el número de VerEp en locus-A, B, DRB, DQA ni DQB del HLA. Sin embargo, se observó un aumento significativo en el número de disparidades VerEp en locus-C del HLA (VerEpC) en los pacientes que sufrieron RAMT frente a los que no lo presentaron. Al agrupar los pacientes en función de mayor número de disparidades en VerEpC (≥ 2 ; high VerEpC) y menor (< 2 ; low VerEpC), los pacientes high VerEpC tuvieron 4 veces más riesgo de RAMT. Al realizar un análisis multivariante, se objetivó que la carga de VerEpC pre-trasplante era un factor de riesgo independiente de aparición de RAMT tras el trasplante hepático.

CONCLUSIONES: El cálculo del número de disparidades VerEpC pretrasplante entre donante y receptor podría identificar los pacientes en riesgo de desarrollar RAMT tras el trasplante hepático.

P-6

IMPACTO DEL CALIBRE DE LA VÍA BILIAR EN LAS COMPLICACIONES BILIARES DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

María Pérez Reyes, José Luis Fernández Aguilar, José Sánchez Segura, Francisco Javier León Díaz, José Antonio Pérez Daga, Belinda Sánchez Pérez, Marta Pérez Rodríguez, Daniel Cabañó Muñoz, Julio Santoyo Santoyo

Cirugía general y Digestiva, Hospital Regional Universitario de Málaga.

INTRODUCCIÓN: Las complicaciones biliares (CB) tras el trasplante hepático tienen una incidencia elevada e influencia importante en la morbimortalidad. Se pueden clasificar en: fistula biliar, estenosis anastomótica, no anastomótica, colangiopatía isquémica y otras.

MATERIAL Y MÉTODOS: El objetivo principal es estudiar el impacto del tamaño de la vía biliar en la aparición de CB y si existe un tamaño crítico. El objetivo secundario identificar otros factores que condicionen CB. Análisis de 273 pacientes trasplantados hepáticos con anastomosis biliar sin tutor Kehr desde 2013 hasta 2018, excluyendo pacientes con seguimiento menor a 6 meses, excepto aquellos con CB o fallecidos por CB. Hemos recogido prospectivamente el diámetro de la vía biliar (donante y receptora), y definido la incongruencia entre ambas como diferencia entre donante y receptora mayor de 3mm. Hemos analizado la relación de todas ellas con la aparición de CB. Hemos analizado otras variables.

RESULTADOS: Hemos analizado 244 pacientes del total. El valor medio MELD es 15, y la edad media 56 años. El donante presenta 57 años de edad media, 87% muerte encefálica y 13% asistolia, 67% reperfusión portal. No hemos encontrado diferencias en: tipo de donante, solución de preservación, tipo de reperfusión, tiempo de isquemia caliente, fría, ni grado de esteatosis. No hemos encontrado diferencias en el calibre de la vía biliar donante ni receptora, y tampoco identificado un tamaño crítico para la aparición de CB. Hemos podido relacionar las CB con la incongruencia de la vía biliar ($p < 0,04$). Sí ha habido diferencias en: complicación arterial, transfusión sanguínea, tiempo de isquemia arterial y reconstrucción arterial en banco.

CONCLUSIONES: Podemos concluir que ni el tamaño de la vía biliar donante ni receptora son factores de riesgo en el desarrollo de CB, pero sí la incongruencia entre ambas vías biliares. Otros factores de riesgo asociados son: tiempo de isquemia arterial, complicación arterial, reconstrucción arterial y transfusión sanguínea intraoperatoria.

P-7

EL IMPACTO DEL TRATAMIENTO CON ANTIVIRALES DIRECTOS FRENTE AL VHC EN LAS INDICACIONES Y EVOLUCIÓN POSTRASPLANTE HEPÁTICO

Laura Benítez Gutiérrez (1), María Martín Ampuero (2), Ana Arias Milla (1), María Jesús Cítores Sánchez (3), Ana María Duca (1), Valentín Cuervas-Mons Martínez (1)

(1) Unidad de Trasplante Hepático. Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, Majadahonda, (2) Facultad De Medicina. Universidad Autónoma de Madrid, (3) Laboratorio de Medicina Interna. Instituto de Investigación Puerta de Hierro - Segovia de Arana

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: Los objetivos de este estudio fueron evaluar el impacto de la utilización de antivirales de acción directa (AAD) frente al virus de la hepatitis C (VHC) sobre (a) las indicaciones de trasplante hepático (TH), y (b) sobre la supervivencia de los pacientes a los que se les ha realizado un TH por cirrosis VHC.

PACIENTES Y MÉTODOS: Pacientes consecutivos que recibieron un primer TH en nuestro centro en el periodo 2008–2018. Se comparó la indicación de TH y la supervivencia postrasplante según los pacientes fueran trasplantados antes (grupo 1, años 2008–2014) o después (grupo 2, años 2015–2018) de la generalización del uso de los AAD.

RESULTADOS: Un total de 226 pacientes recibieron un primer TH en el periodo de estudio: 125 pacientes en el periodo 2008–2014 y 101 pacientes en el periodo 2015–2018. La indicación de TH por cirrosis VHC fue menor en el periodo 2015–2018 (28,7% de las indicaciones de trasplante) que en el periodo 2008–2014 (52,8%; $p < 0.001$). El ARN del VHC antes del trasplante fue positivo en 56 de los 66 (84,8%) pacientes trasplantados por cirrosis-VHC en el periodo 2008–2014 frente a 2 de los 29 (6,7%; $p < 0.001$) trasplantados en el periodo 2015–2018. La supervivencia de los pacientes trasplantados con cirrosis VHC a los 2 años aumentó desde un 71,2% en el periodo 2008–2014 a un 96,6% en el 2015–2018 ($p = 0.02$), mientras que la supervivencia de los pacientes trasplantados por otras etiologías se ha mantenido estable.

CONCLUSIONES: La generalización de los AAD se ha traducido en una disminución en la proporción de pacientes a los que se indica TH por cirrosis VHC y en un aumento de la supervivencia de los pacientes trasplantados por este motivo.

Probabilidad de supervivencia en trasplantados por cirrosis VHC en periodos 2008–2013 y 2014–2018. http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d2356b45b66a_SPV.jpg

P-8

UTILIDAD DEL TRASPLANTE DE PARED ASOCIADO AL TRASPLANTE HEPÁTICO

Iago Justo Alonso, Alberto Marcacuco Quinto, Oscar Caso Maestro, Alejandro Manrique Municio, Jorge Calvo Pulido, Alvaro García-Sesma, Anisa Nutu, María García-Conde, Konstantin Shirai, Isabel Lechuga Alonso, Félix Cambra Molero, Carmelo Loinaz Seguro, Carlos Jiménez-Romero

Departamento de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario "12 de Octubre", Madrid.

OBJETIVO: El trasplante de pared abdominal nace de la imposibilidad de cierre de pared en trasplantados intestinales y multiviscerales, consolidándose posteriormente como una alternativa al cierre con mallas. A pesar de que el cierre de pared abdominal no es tan trascendental en el trasplante hepático, existen ciertas circunstancias que lo hacen clave de cara al éxito del implante, especialmente aquellas complicaciones que comprometen la cavidad abdominal por espacio favoreciendo el síndrome compartimental.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisamos la experiencia del Hospital "12 de Octubre".

RESULTADOS: Caso 1: Mujer de 14 años con cirrosis Criptogénica que asocia hipertensión portal grave y severa malnutrición BMI 14.6 Kg/m². Recibe un donante de 14 años. El implante transcurre sin incidencias. En el momento del cierre se decide el implante de fascia no vascularizada del donante, suplementando la parte derecha de la incisión horizontal, que presentaba un defecto aproximado de 17x7cm. La paciente presenta en evolución una estenosis de la anastomosis biliar que precisa reintervención a los 4 meses, mostrando la fascia una integración casi completa con el resto del tejido. Caso 2: Se trata de un varón de 63 años trasplantado por cirrosis VHC+HCC+trombosis portal no oclusiva tipo I de Yerdel. El implante transcurre sin incidencias. A las 36 horas desarrolla re-trombosis portal realizándose trombectomía y cierre con malla biológica. A las 24 horas se reinterviene por síndrome compartimental con PIAs en torno a 30 realizándose cierre con bolsa de Bogotá. 6 días más tarde se realiza omentectomía y descompresión intestinal, así como separación de componentes izquierda, evidenciando un defecto de unos 25x20 cm. Para el cierre definitivo empleamos fascia no vascularizada de otro donante con disminución posterior de la PIA.

CONCLUSIÓN: El trasplante de fascia no vascularizada es una alternativa interesante en el cierre de trasplantados hepáticos con dificultades de cierre de pared

P-9

COMPARACIÓN DE LOS TRASPLANTES HEPÁTICOS CON INJERTOS PROVENIENTES DE DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA ASISTIDOS POR PERFUSIÓN EN NORMOTERMIA VS MUERTE ENCEFÁLICA

Laura Navarro-Morales, Luis Miguel Marín-Gómez, Sara Martínez-Núñez, Carmen Cepeda-Franco, Carmen Bernal-Bellido, Pablo Beltrán-Miranda, Gonzalo Suárez-Artacho, Jose María Álamo-Martínez, Javier Padillo-Ruíz, Miguel Ángel Gómez-Bravo

Cirugía General y del aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN: El desequilibrio significativo entre número de órganos disponibles y pacientes en lista de espera a suscitado la necesidad de una alternativa para aumentar el número de injertos hepáticos. El trasplante hepático (TH) con injertos provenientes de donantes en asistolia tipo III (DAC) asistido por oxigenación por membrana extracorpórea en normotermia (nECMO) ha demostrado ser una opción más eficaz y segura que el TH con injertos de DAC extraídos mediante técnica super-rápida.

OBJETIVO: Comparar la eficacia en términos de supervivencia del TH con injertos de DAC asistido por nECMO, comparado con el gold estándar (donante en muerte encefálica-ME).

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión retrospectiva de pacientes TH en el Hospital Virgen del Rocío entre el 01/01/2017 y el 31/12/2018. Realizamos 152 TH, de los cuales 17 fueron con injertos de DAC asistidos por nECMO y 135 donantes ME. Dado que se trata de un estudio retrospectivo, ajustamos los 2 grupos mediante un "Propensity Match Score" (PMS) según 5 variables (edad, sexo, MELD, etiología y tiempo de isquemia fría). Excluimos los retrasplantes. Medimos la eficacia en términos de supervivencia del paciente y del injerto (meses). Comparamos la eficacia mediante test de Kaplan-Meier.

RESULTADOS: Tras realizar el PMS obtuvimos una muestra homogénea de 45 pacientes, con 17 (37,8%) TH con injertos DAC asistidos por nECMO (casos) y 28 (62,2%) en ME (controles). La tasa cruda de mortalidad fue: casos 17,6 % (3/17) vs controles 10,7 % (3/28), $p=0,662$. La de retrasplante: casos 5,9% (1/17) vs controles 0%, $p=0,378$. La de pérdida del injerto: casos 23,5% (4/17) vs controles 10,7% (3/28), $p=0,399$. La estimación para la supervivencia del paciente (meses): casos 21,16 vs controles 24,11, $p=0,545$. De igual forma, la del injerto fue: casos 20,03 vs controles 24,11, $p=0,288$.

CONCLUSIONES: Son necesarios más estudios con más casos con el objetivo de verificar la eficacia clínica real y poder extrapolar los resultados.

Curvas de supervivencia: del paciente y del injerto. http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d2e05d59e5d6_Tablas+TOH.png

P-10

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL DOBLE TRASPLANTE SIMULTÁNEO HEPATO-RENAL: PRESENTACIÓN DE CASO CLÍNICO

Carolina Perez Bodas (1), Victor Fernandes Alonso (1), Monica Juncos Gozalo (2), Manuela Perez Gomez (1)

(1) Unidad Funcional de Trasplante Hepático, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, (2) Unidad de Reanimación

INTRODUCCIÓN: La enfermedad poliquística renal autosómica dominante es la enfermedad hereditaria más frecuente. En el 83% se observan quistes hepáticos que pueden desarrollar hepatomegalia sintomática, sin insuficiencia hepática. En el riñón se produce una disfunción renal progresiva. La indicación de tratamiento se establece cuando el paciente presenta síntomas graves, la mayoría de ellos derivados de la compresión de estructuras adyacentes por el crecimiento hepático. El doble trasplante hepato-renal es el único tratamiento curativo con una supervivencia a los 5 años de más del 92%.

OBJETIVO: Identificar, definir y describir los cuidados de enfermería específicos añadidos que supuso el trasplante simultáneo hepato-renal de acuerdo a la taxonomía NANDA.

MATERIAL Y MÉTODO: Revisión retrospectiva del proceso desde la inclusión en lista activa del trasplante hasta los tres meses posteriores al alta hospitalaria tras la cirugía. Así mismo esta información se ha apoyado con una entrevista al paciente.

RESULTADOS: Los cuidados específicos identificados durante el proceso de trasplante hepático fueron: Riesgo de infección (00004) r/c aumento de drenajes, control de sonda vesical, aumento de catéteres vasculares y herida quirúrgica de mayor perímetro. Ansiedad (00146) r/c cambio en el estado de salud; manifestaciones constantes de miedo ante lo desconocido, percepción de peligro y sentimiento de vulnerabilidad. Trastorno de la imagen corporal (00118) r/c enfermedad, biofísicos, perceptuales; reconoce su cuerpo como un "monstruo", no le gusta verse en el espejo. Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002) r/c incapacidad para absorber los nutrientes, factores biológicos; presenta síndrome compartimental por volumen hepático aumentado.

CONCLUSIONES: Se han identificado cuidados específicos en el caso del doble trasplante simultáneo hepato-renal. Se precisa un abordaje diferenciado y ampliado en las intervenciones de los cuidados de riesgo de infección y desequilibrio nutricional. Además se necesita un cuidado individualizado en lo relacionado a la ansiedad y al trastorno de la imagen corporal.

P-11

¿MEJORA EL NECMO LOS RESULTADOS DE LA DONACIÓN EN ASISTOLIA?

Daniel Cabañó Muñoz, Belinda Sánchez Pérez, Francisco Javier León Díaz, Jose Antonio Pérez Daga, Jose Luis Fernández Aguilar, Custodia Montiel Casado, Jose Manuel Aranda Narváez, Julio Santoyo Santoyo

Unidad HBP y trasplante, Hospital Regional Universitario Málaga (Carlos Haya), Málaga.

INTRODUCCIÓN: Los llamados injertos o donantes con criterios extendidos suponen un importante soporte para el desarrollo de la actividad del trasplante hepático. Una de estas fuentes proviene de la donación tras muerte circulatoria controlada. La técnica habitual para la extracción de órganos en este tipo de donantes era la técnica superrápida. Sin embargo, la denominada isquemia caliente marca importantes diferencias con otros tipos de donación hepática. Esta desventaja se controla con la oxigenación por membrana extracorpórea permitiendo mediante la perfusión regional normotérmica la evaluación de los injertos hepáticos previo a su extracción.

OBJETIVO: La hipótesis de trabajo consiste en comprobar la mejoría en cuanto a resultados comparando la donación en asistolia con técnica de extracción rápida frente a la utilización de NECMO.

MATERIAL Y MÉTODO: Para ello se realiza un estudio prospectivo que compara técnica de extracción rápida frente a la utilización de NECMO.

RESULTADOS: Se han realizado un total de 42 trasplantes con donación en asistolia de los cuales 22 han sido con técnica rápida y 20 con el uso de ECMO desde Abril de 2014 hasta Julio de 2019. Se realizó un análisis estadístico de variables del receptor como del donante apreciándose similitud entre ambos grupos. Se encontraron diferencias en cuanto a DPI (68,1% en rápida vs 25% con ECMO – $p < 0,01$) y complicaciones biliares (22,7% vs 5% - $p = 0,04$). También se hallaron diferencias aunque no estadísticamente significativas en Colangiopatía isquémica (13,6% vs 5% - $p = 0,09$), RCA (18,1% vs 15% - $p = 0,7$) y tasa de retrasplante (9,1% vs 0% - $p = 0,3$).

CONCLUSIONES: Gracias a las máquinas de perfusión normotérmica se intenta alcanzar unos resultados similares a la donación estándar con donantes en muerte encefálica en cuanto a tasa de FPI, DPI y supervivencia del paciente e injerto, disminuyendo la tasa de colangiopatía isquémica respecto a la técnica de extracción superrápida.

P-12

RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES CON DISFUNCIÓN RENAL PRETRASPLANTE TRATADOS CON TERAPIA DE INDUCCIÓN E INTRODUCCIÓN DIFERIDA Y CON DOSIS REDUCIDA DE ADVAGRAF®

Mikel Gastaca (1), Javier Bustamante (2), Alberto Ventoso (1), Patricia Ruiz (1), José Ramón Fernández (2), Ibone Palomares (1), Mikel Prieto (1), Patricia Salvador (2), Maria Senosiain (2), Milagros Testillano (2), Maria Jesús Suarez (2), Andrés Valdivieso (1)

(1) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático, (2) Unidad de Hepatología. Hospital Universitario Cruces. Baracaldo.

OBJETIVO: Describir los resultados a largo plazo del trasplante hepático (TH) en pacientes con disfunción renal pretrasplante tratados con terapia de inducción e introducción diferida con dosis reducidas de Advagraf® (ADV).

MATERIAL Y MÉTODOS: Se estudiaron retrospectivamente los pacientes con disfunción renal (filtrado glomerular estimado (FGE) < 60 ml/min) trasplantados entre Abril de 2008 y Agosto de 2011 cuyo tratamiento inmunosupresor se realizó mediante inducción y ADV de forma diferida y reducida. Se usaron esteroides y MMF en todos los casos excepto si DM o trombopenia severa, respectivamente. La función renal se estimó usando la formula MDRD-4. La inducción se realizó con anticuerpos anti CD25 en todos los casos. Advagraf se introdujo de novo cuando la función renal se consideró estable. La dosis inicial de ADV fue de 0.07 mg/kg/día.

RESULTADOS: Se incluyeron 19 pacientes en el estudio con una mediana de seguimiento de 57,1 meses (r 10,3-77,7). El FGE medio pre-TH fue $45,9 \pm 10,8$ ml/min. La mediana de inicio de ADV fue 7 días (r3-12). Usamos MMF en 16 pacientes (84,2%). El nivel medio de tacrolimus en el D15, D30, mes 12, 3 años y 5 años fue: $5,4 \pm 2,2$, $4,8 \pm 2,1$, $5,8 \pm 2,5$, $3,1 \pm 2,0$ y $4,2 \pm 2,4$ ng/mL, respectivamente. El FGE en los mismos momentos fue: $74,4 \pm 25,1$, $65,6 \pm 23,2$, $55,3 \pm 11,7$, $54,9 \pm 11,9$ y $55,3 \pm 12,7$ ml/min. La incidencia de rechazo agudo fue del 15,8%. Ningún paciente necesitó diálisis durante el seguimiento. La supervivencia de los pacientes fue del 94,7% y 78,9% al año y 5 años, respectivamente.

CONCLUSIÓN: El tratamiento con inducción y Advagraf® de novo diferido y con dosis reducidas mantenidas en el tiempo permite la preservación de la función renal y una excelente supervivencia a largo plazo en pacientes con disfunción renal pretrasplante.

P-13

RESULTADOS DE LA ANASTOMOSIS RENO-PORTAL EN EL TRASPLANTE HEATICO

Mikel Gastaca (1), Patricia Ruiz (1), Alberto Ventoso (1), Ibone Palomares (1), Mikel Prieto (1), Javier Bustamante (2), Patricia Salvador (2), Maria Senosiain (2), Andrés Valdivieso (1)

(1) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático, (2) Unidad de Hepatología. Hospital Universitario Cruces. Baracaldo.

OBJETIVOS: La reperfusión portal del injerto hepático en un paciente con trombosis portal extensa es uno de los mayores retos técnicos del trasplante hepático (TH). Presentamos nuestra experiencia en la reconstrucción del flujo portal mediante una anastomosis reno-portal.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo y descriptivo. La reconstrucción reno-portal se indicó en receptores con un shunt espleno-renal conocido por los estudios radiológicos preTH, que, o bien presentaban una trombosis portal extensa sin posibilidad de trombectomía o bien mantenían un flujo bajo en la anastomosis porto-portal incluso tras el cierre de la vena renal izda.

RESULTADOS: Entre Febrero 1996 y Agosto 2019 se realizaron 1475 TH en nuestro centro, en 7 casos la reconstrucción portal se hizo mediante anastomosis reno-portal (0,5%). Tres fueron varones, la edad media fue $57,4 \pm 8,8$ años y el MELD medio $13 \pm 6,2$. Los tiempos medios de isquemia fría y cirugía fueron $367,4 \pm 92,5$ min y $308,8 \pm 60,0$ min, respectivamente. Se usó un injerto iliaco en 6 casos. En dos pacientes se realizó inicialmente una anastomosis porto-portal que se transformó en reno-portal por bajo flujo mantenido. El flujo portal medio final fue $1291 \pm 585,4$ ml/min lo que suponía $101,5 \pm 29,1$ ml/min/100 gr. de tejido hepático. Todos los pacientes recibieron tratamiento de inducción. Cinco pacientes desarrollaron AKI y 3 disfunción precoz del injerto. No hubo casos de fallo primario. La mediana de estancia hospitalaria fue de 35 días (r 11-97). La mediana de seguimiento fue de 31 meses (2-118). Dos pacientes fallecieron a los 2 y 3 meses por recidiva agresiva del VHC y sepsis, respectivamente. La mediana de filtrado glomerular estimado a 1 año en los pacientes vivos fue 77 ml/min (r 55-95).

CONCLUSIÓN: La anastomosis reno-portal es una técnica de uso infrecuente que permite reconstruir el flujo portal con buenos resultados.

P-14

MANEJO ENDOSCÓPICO MEDIANTE "MAXIMAL STENT THERAPY" DE LA ESTENOSIS DE LA ANASTOMOSIS BILIAR TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Kristel Mils (1), Laura Lladó (1), Maria Sorribas (1), Carme Baliellas (1), Alba Cachero (1), Juan Gornals (2), Emilio Ramos (1), Josefina Lopez (1), Juan Fabregat (1)

(1) Unidad de Trasplante Hepático, (2) Unidad de Endoscopia Digestiva, Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitari de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat.

OBJETIVOS: El manejo de la estenosis anastomótica biliar (EAB) tras el trasplante hepático (TH) es controvertido. Las principales opciones terapéuticas son el manejo endoscópico mediante prótesis plásticas o percutáneo mediante prótesis reabsorbible.

MATERIAL Y MÉTODOS: Des de 2012, en nuestro centro indicamos la endoscopia con estrategia "maximal stent therapy" en todos los casos de EAB. Se ha realizado un análisis prospectivo incluyendo todos los pacientes con EAB después del TH des de 2012 (n=42). Todos fueron tratados mediante colangio-pancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) y colocación de múltiples prótesis plásticas ("Maximal stent therapy").

RESULTADOS: Fueron necesarios una media de 4,3 procedimientos por paciente. 20/42 pacientes presentaron morbilidad tras los procedimientos: Colangitis (15/42, 35,7%), hemorragia digestiva (5/42, 11,9%), pancreatitis (4/42, 9,5%) y 1 caso de perforación duodenal. Si detallamos las complicaciones en función del número de procedimientos observamos que se realizaron un total de 181 procedimientos endoscópicos en los 42 pacientes, hubo morbilidad en el 22% de los procedimientos: 17% Colangitis (31/181), 2,8% hemorragia digestiva (5/181), 2% pancreatitis (4/181), y 1 perforación duodenal. Hubo 1 exitus durante el ingreso para la endoscopia, pero se relacionó con patología de base del paciente (cirrosis por recidiva del VHC). Se consiguió un resultado satisfactorio del procedimiento en 38/42 pacientes (90%) con resolución de la estenosis anastomótica; 6/38 pacientes (15%) recidivaron durante el seguimiento, 1 se resolvió con una nueva endoscopia, y 5 requirieron cirugía. 2/38 pacientes fueron finalmente diagnosticados de Estenosis No Anastomótica, uno requirió un reTH y otro fue exitus antes del reTH. La duración media del tratamiento fue de 11 meses, con una media de $16,1 (\pm 24,5)$ días de ingreso.

CONCLUSIONES: El tratamiento endoscópico de la EAB tras el TH es efectivo y seguro, y en nuestra experiencia es considerado el tratamiento de elección para la EAB. Los procedimientos percutáneos y la cirugía se reservarían como tratamientos de segunda línea.

P-15

ANGIOPLASTIA CON BALÓN INTRAOPERATORIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS PORTAL CRÓNICA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Kristel Mils (1), Laura Lladó (1), Emilio Ramos (1), Alba Cachero (1), Ester Alba (2), Carme Baliellas (1), Josefina Lopez (1), Juan Fabregat (1)

(1) Unidad de Trasplante Hepático, (2) Unidad de Angioradiología, Servicio de Radiología. Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat.

OBJETIVOS: La trombosis portal crónica es un hallazgo frecuente en pacientes en lista de espera para un trasplante hepático. A pesar de que ya no se considera una contraindicación para el trasplante, puede suponer un reto para el cirujano. Se han descrito diferentes técnicas para restablecer el flujo portal dependiendo de la extensión de la trombosis portal, con resultados variables. Si la circulación venosa portal se restablece de forma fisiológica, los resultados del trasplante hepático en pacientes con trombosis portal son comparables a los pacientes sin trombosis portal. La angioplastia percutánea con balón para el tratamiento de una estenosis portal es un procedimiento estándar en el postoperatorio de un trasplante hepático y de otras cirugías hepáticas o pancreáticas. Proponemos el uso intraoperatorio de la angioplastia con balón para el tratamiento de una vena porta estenosada o fibrosa en el momento del trasplante hepático, permitiendo así restablecer el flujo portal de forma fisiológica.

MATERIAL Y MÉTODO: Dos pacientes con trombosis portal crónica completa fueron tratados intraoperatoriamente con una angioplastia con balón en el momento del trasplante hepático.

RESULTADOS: El procedimiento fue eficaz y seguro en ambos casos, consiguiendo un flujo portal adecuado al final del procedimiento, y de esta forma fue posible la realización de una anastomosis portal termino-terminal. No hubo episodios de disfunción primaria o encefalopatía en el postoperatorio. La permeabilidad de la vena porta se confirmó radiológicamente después del trasplante y no se observó ningún caso de re-trombosis durante el seguimiento.

CONCLUSIONES: Consideramos que el uso intraoperatorio de la angioplastia con balón para tratar una estenosis o fibrosis de la vena porta es otra herramienta a considerar durante el trasplante hepático para asegurar el correcto restablecimiento del flujo portal.

P-16

MANEJO PERIOPERATORIO DEL SHUNT ESPLENORENAL ESPONTÁNEO EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO. PRESENTACIÓN DE UN CASO Y REVISIÓN DE LA LITERATURA

Patricia García Muñoz, Jose María Álamo Martínez, Noelia García Fernández, Carmen Cepeda Franco, Carmen Bernal Bellido, Gonzalo Suárez Artacho, Luis Miguel Marín Gómez, Pablo Beltrán Miranda, Francisco Javier Padillo Ruiz, Miguel Ángel Gómez Bravo

UGC de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

OBJETIVOS: En los pacientes cirróticos con hipertensión portal es frecuente el desarrollo de conexiones vasculares portosistémicas debido al aumento de la resistencia dentro del lecho vascular hepático que conduce a la derivación del flujo sanguíneo portal. El shunt esplenorenal (SER) espontáneo está presente hasta en un 30% en los candidatos a trasplante hepático. En los casos que presenta más de 1 cm de diámetro puede condicionar un flujo portal insuficiente dando lugar a la hipoperfusión del órgano postrasplante.

MATERIAL Y MÉTODO: Varón de 66 años con cirrosis hepática criptogénica de 9 años de evolución con el desarrollo de signos de hipertensión portal con múltiples ingresos hospitalarios por descompensaciones (varices esofágicas grado III, ascitis, hiperesplenismo y encefalopatía hepática). En el estudio pretrasplante se detecta una trombosis portomesentérica completa grado IV de la clasificación de Yerdel y un SER espontáneo. El paciente fue sometido a trasplante hepático con revascularización portal mediante anastomosis renoportal con interposición de injerto de vena ilíaca, tras fracaso de la trombectomía. El postoperatorio fue favorable con controles diarios analíticos y mediante eco-doppler que mostraban buena perfusión del injerto.

RESULTADOS: El manejo del shunt esplenorenal sigue siendo motivo de controversia en pacientes candidatos a trasplante hepático, ya que no hay establecido ningún algoritmo de tratamiento, y en especial aquellos con trombosis de la vena porta que suponen todo un desafío quirúrgico. En presencia de SER con vena porta permeable se podría realizar una ligadura de la vena renal izquierda. Sin embargo, en casos de vena porta de pequeño diámetro o trombosis portal completa tras fracaso de la trombectomía se requiere una anastomosis renoportal.

CONCLUSIÓN: La permeabilidad del sistema venoso portal y la presencia de shunts portosistémicos deben ser evaluados en los candidatos a trasplante hepático para poder realizar una planificación de la técnica quirúrgica que permita una adecuada revascularización portal.

P-17

BYPASS EXTRA-ANATÓMICO PARA EL TRATAMIENTO DE PSEUDOANEURISMA MICÓTICO TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO POR COLANGIOCARCINOMA HILIAR

Laura Lladó (1), Elena Iborra (2), Emilio Ramos (1), Carme Baliellas (1), Malka Huici (2), Alba Cachero (1), Nuria Sabe (3), Kristel Mils (1), Juli Busquets (1), Fina Lopez-Dominguez (1), Joan Fabregat (1)

(1) *ClFeixa Llarga s/n, Unidad de Trasplante Hepático*, (2) *Servicio Cirugía Vasculat, Hospital U Bellvitge, Barcelona*, (3) *Servicio Enfermedades Infecciosas, Hospital U Bellvitge, Barcelona*

El trasplante hepático (TH) por colangiocarcinoma hiliar tras quimio-radioterapia neoadyuvante se asocia a complicaciones arteriales. Presentamos el caso de un paciente con pseudoaneurisma micótico aórtico tras TH, resuelto mediante bypass extra-anatómico.

CASO CLÍNICO: Varón de 47 años, diagnosticado de colangiocarcinoma hiliar, Bismuth IV, irresecable. Tras CTPH, quimioterapia y radioterapia neoadyuvante, se realizó el TH realizando anastomosis arterial directa de tronco celíaco del donante a aorta supracelíaca. Dos meses posTH, en TC de control, se objetiva pseudoaneurisma aórtico micótico a nivel de la confluencia con la anastomosis arterial. Se inició tratamiento antibiótico y antifúngico empírico, así como tratamiento endovascular mediante colocación de stent. En control a las 48 horas, se objetivó persistencia de fuga, por lo que se decidió tratamiento quirúrgico. Mediante acceso por toraco-freno-laparotomía, se accedió al retroperitoneo, donde se controló la aorta infrarenal, se realizó anastomosis T-L a dicho nivel mediante prótesis de Dacron impregnada en Rifampicina, y posteriormente a nivel torácico, se anastomosó a la aorta proximal al pseudoaneurisma. Se procedió a exéresis parcial, desbridamiento de pseudoaneurisma aórtico y sutura de ostium de arteria hepática a aorta. La evolución postoperatoria cursó sin incidencias, con correcta función hepática, renal y sin afectación medular. El cultivo del pseudoaneurisma confirmó infección por *Cándida*. Actualmente el paciente sigue vivo sin complicaciones.

P-18

SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO INMEDIATO

Patricia Abellán Alfocea, Eva Julissa Ortega Suazo, Dolores Espinosa Aguilar, Flor Noguera López, Eduardo Redondo Cerezo, María Angeles López Garrido

Servicio Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen De Las Nieves, Granada.

INTRODUCCIÓN: En síndrome hemofagocítico (SHP) se caracteriza por la activación desenfrenada de linfocitos T citotóxicos, células natural Killer y macrófagos que producen hipercitoquinemia y lesiones inmunomediadas. Puede ser primario, de etiología genética, o secundario, asociado con enfermedades malignas, autoinmunes, infecciones o como en nuestro caso, a trasplante de órgano sólido. El diagnóstico se basa en la presencia de manifestaciones clínicas y analíticas que incluyen fiebre, esplenomegalia, disfunción neurológica, coagulopatía, disfunción hepática, citopenias, hipertrigliceridemia, hiperferritinemia y hemofagocitosis. Ante la sospecha es necesario realizar una aspiración de médula ósea de forma inmediata. Se trata con inmunosupresores, quimioterápicos e incluso trasplante alogénico de células madre hematopoyéticas; con una pobre respuesta sobre todo en adultos.

CASO CLÍNICO: Mujer de 53 años con colangitis esclerosante primaria, que se somete a trasplante hepático ortotópico por colangitis de repetición. Sin incidencias y adecuada función del injerto en el postrasplante inmediato. En el séptimo día desarrolla fiebre y dolor abdominal descartándose por laparotomía complicaciones quirúrgicas. En los siguientes días desarrolla fallo hepático, renal e insuficiencia respiratoria. Analíticamente: transaminasas > 5000, LDH > 10000, factor V 4%, y pancitopenia severa. Se descartan complicaciones vasculares e infecciosas por PCR múltiple. Finalmente, la paciente fallece y se realiza necropsia, en la que destaca numerosos macrófagos estromales CD68+ con fagocitosis de hematíes maduros, células de Kupffer con apariencia similar, hemosiderosis esplénica con evidentes signos de hemofagocitosis y esplenomegalia, concluyendo que se trata síndrome hemofagocítico grave.

CONCLUSIONES: El SHP es una complicación rara del trasplante hepático, de la que existen pocos casos descritos en la literatura, pero potencialmente mortal. Es difícil de diagnosticar tanto clínica como histológicamente, con retrasos diagnósticos que conducen a una morbilidad significativa. Por tanto, ante determinados signos y síntomas es importante la sospecha clínica y la realización temprana de aspirado medular que corroboren el diagnóstico y el inicio precoz del tratamiento.

P-19

HEPATITIS AGUDA POR VIRUS DE HEPATITIS E (VHE) VS RECHAZO CRÓNICO EN RECEPTOR DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Eva Julissa Ortega Suazo, [Patricia Abellán Alfocea](#), María Dolores Espinosa Aguilar, Flor Noguerras López, Mercedes González Sánchez, Eduardo Redondo Cerezo, [María Ángeles López Garrido](#)

Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

INTRODUCCIÓN: El VHE es causa de hepatitis icterica e insuficiencia hepática aguda en países subdesarrollados. Existe una incidencia creciente en países industrializados en forma de zoonosis transmitida por alimentos. En pacientes inmunocomprometidos como receptores de trasplantes de órganos sólidos, el 60% de los casos de hepatitis aguda evolucionan a hepatitis crónica con rápida progresión a cirrosis y fallo hepático. El diagnóstico precoz por el ARN-VHE es crucial en estos pacientes. El aumento de casos de VHE en nuestro medio, su alta morbimortalidad en pacientes inmunocomprometidos y su potencial riesgo de cronicidad, hacen de interés nuestro caso.

CASO CLÍNICO: Varón de 68 años y trasplante hepático hace 10 años por cirrosis enólica, VHC y hepatocarcinoma. Presenta astenia, ictericia progresiva, coluria y acolia de 2 semanas de evolución. Exploración abdominal normal. Analítica: Bilirrubina total: 7.2 mg/dl, Bilirrubina directa: 4.68 mg/dl, Aspartatoaminotransferasa: 1703 UI/ml, alaninoaminotransferasas: 1717 UI/ml, INR 1.32, Actividad protrombina: 77%. Eco-doppler abdomen normal. Biopsia hepática: hepatitis crónica portal mixta con puentes de fibrosis interportal. Serologías: IgG e IgM VHE positivos, IgG CMV/VEB/VHA positivos, resto negativo. ARN VHE: 550,000 copias. Se administra ribavirina (400 mg/24 h) sin respuesta clínica. Eco-doppler control al mes: datos de hepatopatía del injerto y colateralidad venosa extensa. Evolución posterior tórpida con empeoramiento progresivo de la función hepática, sarcopenia importante, descompensación edematoascítica y encefalopatía hepática grave. El paciente fallece tras 2 meses de evolución.

CONCLUSIONES: La infección autóctona por VHE es un problema clínico actual en pacientes trasplantados. En toda sospecha de rechazo agudo o crónico postrasplante, es indispensable descartar el VHE a través de la carga viral. El tratamiento requiere disminuir la inmunosupresión y administrar ribavirina. Sin embargo se necesitan más estudios para establecer la dosis y duración óptima del tratamiento, así como nuevas terapias debido a los casos de fallo y resistencia al mismo.

Signos de recidiva de hepatopatía del injerto. http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d641ee6e55ca_VHETHO2.jpg

P-20

TROMBOSIS VENOSA PORTAL (TVP): INCIDENCIA Y EVOLUCIÓN EN EL 1º AÑO POSTRASPLANTE HEPÁTICO

Eva Julissa Ortega Suazo, [Patricia Abellán Alfocea](#), María Dolores Espinosa Aguilar, Flor Noguerras López, Eduardo Redondo Cerezo, [María Ángeles López Garrido](#)

Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

OBJETIVO: Determinar la incidencia de TVP pre y postrasplante y describir las características de los pacientes, tipo de donación, factores predisponentes, tratamientos y mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo, donde incluimos pacientes trasplantados hepáticos desde 2010 a Abril de 2019 en nuestro centro. Seleccionamos los pacientes con TVP pretrasplante diagnosticada por pruebas de imagen (eco-Doppler, angio-TAC abdominal) y/o diagnóstico intraoperatorio. En el postrasplante se realizó seguimiento con Eco-doppler: 1ª semana; 1º, 3º y 12º mes. Se recogieron las características clínicas y demográficas de los pacientes, tipo de donante, tabaquismo, factores predisponentes (fibrilación auricular, trombofilias), tratamiento pretrasplante y postrasplante, TVP postrasplante y mortalidad en el 1º año postrasplante.

RESULTADOS: Se trasplantaron 278 pacientes, 65 (23%) presentaron TVP pretrasplante. De éstos, 55 eran hombres (85%) y 10 mujeres (15%). La edad media fue 56±8,4 años. El 18,3% (n:51) presentaron trombosis intraoperatoria. El 43% (n:28) eran no fumadores, el 31% (n:20) ex-fumadores y el 26% (n:17) fumadores. El 94% (n:61) no tenían factores predisponentes y un 6% (n:4) sí. El 98,5% (n:64) fue donación cadavérica y un 1,5% (n:1) asistolia. El diagnóstico pretrasplante fue del 100 % (n:65) por Eco-Doppler. El 68% no recibió tratamiento pretrasplante y un 32% sí. La TVP postrasplante diagnosticada por Eco-Doppler fue del 15% (n:10), 12% (n:5), 8% (n:5) y el 4% (n:3), en la 1ª semana, el 1º mes, el 3º mes y el 12º mes, respectivamente. El 89% recibieron anticoagulación tras el trasplante. Fallecieron 8 pacientes (12%).

CONCLUSIONES: La incidencia de TVP pretrasplante fue alta (23%). Pocos pacientes tenían factores predisponentes (6%) y la mayor parte (57%) habían sido o eran fumadores. Un tercio recibieron anticoagulación antes del trasplante. La incidencia de TVP postrasplante fue baja (un 4% al año) con buena respuesta a la anticoagulación (89%). La mortalidad en el 1º año no tuvo relación con la TVP.

http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d6446029fbb4_CaracterCusticas+clCunicas+y+demogrCaficas+de+los+pacientes-1+2.jpg

P-21

VARIABILIDAD INTRAPACIENTE DE TACROLIMUS COMO NUEVO MARCADOR PRONÓSTICO POST-TRASPLANTE HEPÁTICO

Cristina Dopazo Taboada (1), Sonia Garcia (2), Bruno Montoro (2), Inmaculada Concepción Gómez-Gavara (1), Mireia Caralt (1), Isabel Campos-Varela (3), Lluís Castells (3), Ernest Hidalgo (3), Ramón Charco (1), Itxarone Bilbao (1)

(1) Servicio de Cirugía HBP Y Trasplantes, Hospital Universitario Vall D'Hebrón, Universidad Autónoma de Barcelona, (2) Servicio de Farmacología, Hospital Universitario Vall D'Hebrón, Universidad Autónoma de Barcelona, (3) Unidad de Hepatología, Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario Vall D'Hebrón, Universidad Autónoma de Barcelona

El tacrolimus (TAC) es uno de los fármacos príncipes en el manejo actual de la inmunosupresión no obstante presenta una elevada variabilidad de la concentración plasmática no sólo entre pacientes si no intrapaciente.

OBJETIVO: Analizar el impacto de la variabilidad intrapaciente (IPV) del TAC en la morbi-mortalidad al año post-trasplante hepático (TH).

MÉTODOS: Estudio de cohortes unicéntrico que analiza retrospectivamente aquellos pacientes adultos trasplantados hepáticos entre 2015-2017. Partimos de la hipótesis de que una elevada IPV de TAC durante los seis primeros meses post-TH podría resultar en un exceso de inmunosupresión, por lo que definimos el objetivo combinado del presente estudio como la pérdida del paciente y/o pérdida del injerto y/o filtrado glomerular (FG) según la fórmula $MRDR < 60 \text{ mL/min/1.73m}^2$ al año post-TH. Se excluyó del análisis los muertos antes de los 6 meses post-TH. El IPV de las concentraciones de TAC durante los primeros 6 meses fue calculado según la siguiente fórmula: $CV = \text{Desviación estándar}/\text{media de las concentraciones de TAC} \times 100\%$.

RESULTADOS: Noventa y dos pacientes fueron incluidos en el estudio de los cuales 28 pacientes (33%) presentaron disfunción renal y/o fueron éxitos al año post-TH. No hubo pérdidas del injerto durante el periodo de estudio. La mediana de CV del grupo que alcanzó el objetivo combinado durante el primer mes post-TH fue del 48% (r: 21%-98%) vs 48% (r: 12%-136%) del grupo que no (p=ns). El valor de CV se redujo entre el 1º-3º mes post-TH [26% (r:2%-105%) vs 26% (r:4%-82%)] (p=ns) hallando valores de CV estadísticamente significativos entre el 3º-6º mes post-TH [34% (r:1%-174%) vs 18% (r:2%-65%)] (p=0.002). El análisis multivariante demostró que el $CV > 30\%$ a los 6 meses post-TH fue el principal factor de riesgo de disfunción renal y/o éxitos al año post-TH [OR 6 (IC 1,9-17) p0,002].

CONCLUSIONES: El IPV puede ser una herramienta para monitorización de la inmunosupresión y poder así identificar aquellos pacientes en riesgo.

P-22

PAPEL DEL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE HEPÁTICO

Sonia Pascual (1), Javier Irurzun (2), Cayetano Miralles (1), Juan Matías Bernabé (2), Gonzalo Rodríguez (3), María Rodríguez (1), Pablo Bellot (1), Patricio Mas (4), Paola Melgar (3), Cándido Alcázar (3), Artemio Payá (5), Cristina Alenda (5), José María Palazón (1), Felix LLuis (3)

(1) Unidad Hepática. Servicio de Digestivo, HGU Alicante, (2) Servicio de Radiología, (3) Servicio de Cirugía General, (4) Servicio de Farmacia Hospitalaria, (5) Servicio de Anatomía Patológica

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: el objetivo del tratamiento del carcinoma hepatocelular (CHC) en lista de espera (LE) de trasplante hepático (TH) es evitar la progresión tumoral (PT), recomendado si $CHC > 2 \text{ cm}$ y/o múltiples, > 6 meses LE. El objetivo del estudio es analizar los factores asociados a recidiva/supervivencia y su relación con el tratamiento LE.

MATERIAL Y MÉTODOS: se incluyeron en LE 139 pacientes CHC (septiembre-2012 y diciembre-2018, seguimiento mayo-2019). 11 se excluyeron, 6 por PT intratable (3 CHILD C no tratados y 3 progresión tras TACE). Se analizaron las variables asociadas con recidiva del CHC y supervivencia. Para la respuesta a tratamiento se usó RECISTm (Enfermedad Estable y PT: No Respondedores, NR). Para el análisis de la probabilidad de recidiva y supervivencia se empleó test de Kaplan-Meier y regresión de Cox (excluidos 9 pacientes con supervivencia < 30 días postTH).

RESULTADOS: 127 pacientes con CHC recibieron TH, 92% varones, edad media 58 años (38-70), 88% BLCL A, AFP-inicial 45UI/ml, AFP-TH 17 UI/ml. 68% tratamiento en LE (92% TACE, 10% NR, 9% infraestadiaje). Supervivencia global por intención de tratamiento: 66.4 meses (ET 2.8, IC95% 60.8-72), 71.6 meses TH (ET 3.8, IC 95% 66-76) vs 13.3 excluidosTH (ET 3.8, IC 95% 5.7-20.9). Recidiva 7%, (67% el primer año, mediana de tiempo recidiva 10.6 meses, 2.4 y 19 meses). Supervivencia recidiva: 48 meses (ET 10.7 IC 95% 26.9-69.1) vs 69.8 meses sin recidiva (ET 2.6, IC 95% 64.6-74-9), $p < 0.05$. En el análisis multivariante la NR a tratamiento, tumor mal diferenciación e invasión vascular, se asociaron con mayor probabilidad de recidiva, $p < 0.05$. El estadio BCLC, el infraestadiaje, la AFP no se asociaron con recidiva.

CONCLUSIONES: la ausencia de respuesta a tratamiento en LE de TH es un factor asociados a la recidiva del CHC y condiciona un peor pronóstico en este grupo de pacientes.

P-23

EMBARAZO EN PACIENTES TRASPLANTADAS HEPATICAS. EXPERIENCIA MONOCENTRO

Itxarone Bilbao (1), Marina Sabater (2), Castells Luis (3), Caselles Manel (4), Dopazo Cristina (1), Caralt Mireia (1), Gomez Inmaculada (1), Campos Isabel (3), Hidalgo Ernest (1), Charco Ramon (1)

(1) Cirugía HBP y Trasplante Hepático, Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona, (2) Universitat Autònoma de Barcelona, (3) Medicina Interna Hepatologia. Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona, (4) Unidad de Alto Riesgo Obstétrico. Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona.

OBJETIVO: Recopilar nuestra experiencia sobre el manejo, evolución del embarazo y complicaciones materno-infantiles en pacientes gestantes trasplantadas hepáticas de nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Hemos realizado una revisión retrospectiva de todas las pacientes que han tenido un embarazo después del trasplante hepático en nuestro centro a lo largo de 30 años, analizando: funcionalismo hepático e inmunosupresión previa al embarazo; tiempo de latencia trasplante-gestación; edad en la gestación; inmunosupresión y función hepática durante el embarazo; incidencia de preeclampsia, HTA, diabetes, rechazo e infecciones; semanas de gestación en el momento del parto; tipo de parto; características del neonato y presencia o no de malformaciones congénitas.

RESULTADOS: Han sido recogidos un total de 9 gestaciones en 7 pacientes, resultando 6 nacidos vivos (75%), sin malformaciones congénitas, ni retraso del crecimiento. La edad de las gestantes oscila de 21 a 36 años con un tiempo de latencia entre el trasplante y el embarazo entre 18 meses y 30 años. Cinco pacientes recibieron inmunosupresión con Tacrolimus ± esteroides y una recibió Ciclosporina. Las complicaciones maternas fueron: rechazo leve en 2 (33%) que se resolvieron aumentando los niveles de tacrolimus, colangitis resuelta con antibióticos en 1 (17%) y diabetes gestacional en 2 (33%). No se registró ningún caso de hipertensión arterial inducida por el embarazo, preeclampsia ni eclampsia. Se realizaron 3 partos por cesárea (50%). Todos los partos fueron a término. Todas las pacientes fueron remitidas de inicio a la Unidad de Embarazo de alto riesgo. Las tres gestaciones restantes consistieron en dos interrupciones limitantes programadas y un aborto espontáneo.

CONCLUSIÓN: El manejo multidisciplinar de la paciente trasplantada junto con un seguimiento estricto tanto del trasplante hepático como de la gestación, conducen a una finalización exitosa del embarazo en el contexto de pacientes inmunosuprimidas.

P-24

TRATAMIENTO DEL RECHAZO AGUDO MEDIADO POR ANTICUERPOS. A PROPÓSITO DE DOS CASOS

Cristina Dopazo Taboada (1), Inmaculada Concepción Gómez-Gavara (1), Francisco Moreso (2), M Teresa Salcedo (3), Lluís Castells (4), Mireia Caralt (1), Isabel Campos (4), Ernest Hidalgo (1), Itxarone Bilbao (1), Ramón Charco (1)

(1) Servicio de Cirugía HBP y Trasplantes, (2) Servicio de Nefrología, (3) Servicio de Anatomía Patológica, (4) Unidad de Hepatología, Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Vall D'Hebrón, Universidad Autònoma de Barcelona, Barcelona.

INTRODUCCIÓN: El rechazo agudo mediado por anticuerpos (AMR) es una entidad poco frecuente en trasplante hepático (TH), pero cada vez mejor definida desde el punto de vista diagnóstico e histológico. No obstante, con respecto al tratamiento adecuado existe poca evidencia. CASO 1. Mujer de 46 años trasplantada por cirrosis VHC con carga viral negativa y MELD 16. El crossmatch donante-receptor fue negativo y el panel reactivo de anticuerpos (PRA) fue del 0%. Recibió tratamiento de inducción con tacrolimus (TAC) y corticoides. A los 9 días post-TH, coincidiendo con niveles de TAC entorno 4-6ng/mL, presenta disfunción hepática. La biopsia mostró intenso infiltrado inflamatorio, daño biliar ductal y depósito de C4d en el 20% del endotelio portal microvascular. El análisis de antígeno donante específico (DSA) resultó positivo para anti-HLA clase II DPB1 con unos valores de MFI > 20.000. La paciente fue tratada con 7 sesiones de plasmaféresis e inmunoglobulina endovenosa. Se objetivó una mejora progresiva de la función hepática con normalización de los niveles de MFI que se mantiene 9 meses después. CASO 2. Varón de 69 años trasplantado por cirrosis VHC y HCC con carga viral positiva pre-TH. Recibió tratamiento antiviral al mes post-TH. Siete meses post-TH estando en tratamiento con TAC en monoterapia (niveles entorno 4-6ng/mL) ingresa por disfunción hepática hallando en biopsia hepática signos de AMR y C4d en el 20% del endotelio portal. DSA positivo para anti-HLA clase II DQB1*03 con MFI > 20.000. A pesar de 9 sesiones de inmunoadsorción persistía con importante disfunción hepática por lo que se decidió retrasplante con un donante crossmatch virtual negativo y un PRA del 20%. Recibió inducción con anticuerpos policlonales y mantenimiento con triple terapia (TAC+MMF+corticoides). Correcta evolución con reducción de los niveles de MFI a los dos meses del reTH (entorno 6.000) y normalización de la función hepática a 8 meses post-reTH.

CONCLUSIÓN: Un rápido diagnóstico y una adecuada estrategia terapéutica, incluyendo el retrasplante hepático, fue crucial para alcanzar una correcta evolución en los casos presentados.

P-25

INFLUENCIA DEL TRATAMIENTO LOCORREGIONAL (TLR) DEL HEPATOCARCINOMA PREVIO AL TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA SUPERVIVENCIA GLOBAL Y LIBRE DE ENFERMEDAD

Carmen María García Bernardo, Alberto Miyar de León, Luisa González Diéguez, Valle Cadahia Rodrigo, Lorena Solar García, Daniel Fernández Martínez, María Moreno Gijón, Ignacio Glez-Pinto Arrillaga

Servicio de Cirugía General Sección HPB y Trasplante Hepático, Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo.

El tratamiento locorregional (TLR) del hepatocarcinoma (HCC) previo al trasplante permite un control del tumor en lista de espera y disminución del estadiaje para incluir casos desestimados por no cumplir criterios. El objetivo de este estudio es valorar como el TLR (RFA, TACE, etanolización y resección) en caso de respuesta (no tumor-necrosis) influye en el pronóstico y supervivencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: En este estudio retrospectivo hemos recogido los pacientes trasplantados con indicación de HCC en nuestro centro durante 15 años (Abril-2002 a Diciembre-2017). Se recogieron variables del paciente y del tumor y se compararon dos grupos: trasplantados con TLR previo y sin el. Se analizaron y compararon supervivencia global y libre de enfermedad de ambos grupos.

RESULTADOS: De los 204 trasplantes con indicación por hepatocarcinoma, 39 (19,1%) fueron sometidos a TLR previo al trasplante (8 RFA, 13 TACE, 6 etanolización, 10 resección y 2 combinación de RFA con etanolización y TACE). De ellos, 9 no presentaron HCC en el explante y 17 mostraban necrosis del tumor (7 casos-100% necrosis, 8-90% y 2-70%) con una disminución del estadiaje en 26 casos (66,6%) (TABLA1). Si comparamos ambos grupos, observamos como la mediana de supervivencia y la supervivencia a los 5, 10 y 15 años es superior en el caso de TLR (mediana: 156,42 vs 140,16 meses; 5 años: 89,1% vs 73,5; 10 años: 77,9 vs 55,2; 15 años: 77,9 vs 42,7; p=0,018). (GRAFICO1). Si comparamos la supervivencia ajustada el estadio TNM, también se observa una mayor supervivencia en los casos de TLR (medianas: T1: 163,34 vs 84,67; T2: 166,71 vs 160,79; p<0,0001) (GRAFICO2). Así como la supervivencia libre de enfermedad (5 años: 91,4% vs 92,4; 10-15 años: 91,4% vs 84,6%; p= 0,519) (GRAFICO3).

CONCLUSIONES: El TLR previo al trasplante con respuesta (downstaging), mejora la supervivencia global y libre de enfermedad.

GRÁFICO 1. Supervivencia global TLR vs no TLR. http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d67fa340e9dd_ABSTRACT_TLR_GRAFICO1_SETH+2019.gif

GRÁFICO 2. Supervivencia no-TLR vs tlr en relación con T. http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d67fa340e9dd_ABSTRACT+TLR_GRAFICO2_SETH+2019.gif

GRÁFICO 3. Supervivencia libre de enfermedad en TLR vs no TLR. http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d67fa340e9dd_ABSTRACT+TLR_GRAFICO3_SETH_2019.gif

TABLA 1. http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d67fa340e9dd_ABSTRACT+TLR_TABLA1_SETH+2019.gif

P-26

CARACTERÍSTICAS EPIDEMIOLÓGICAS Y PRONÓSTICO DE LAS HEPATITIS AGUDAS GRAVES ATENDIDAS EN UNA UNIDAD DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Sandra Baile-Maxía (1), Cayetano Miralles (1), Sonia Pascual (1), María Rodríguez (1), Pablo Bellot (1), Pedro Zapater (2), Gonzalo Rodríguez (3), Paola Melgar (3), Cándido Alcázar (3), Félix Lluís (3), Patricio Más (4), José María Palazón (1)

(1) Hepatología, (2) Farmacología, (3) Cirugía Hepatobiliar, (4) Farmacia Hospitalaria. Hospital General Universitario de Alicante.

INTRODUCCIÓN: La Hepatitis Aguda Grave (HAG) es una complicación infrecuente de la HA, con desarrollo de insuficiencia hepatocelular, ictericia y coagulopatía, que puede evolucionar hacia Hepatitis Fulminante (HF) si aparece encefalopatía hepática. En un estudio sobre 250 casos en España, la causa más frecuente fue la infección por VHB y el paracetamol solo fue responsable del 2,2% de los casos (Escorsell, Liver Transpl 2007).

OBJETIVOS: Determinar las características epidemiológicas, clínicas y pronósticas de la HAG en nuestra área. Identificar qué factores de la HAG se asocian con mayor mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo incluyendo 93 pacientes consecutivos, hospitalizados por HAG entre septiembre 2012-enero 2019 en el HGU Alicante. Se realizó un análisis descriptivo de las variables. La asociación con la mortalidad se realizó mediante un análisis univariante y análisis multivariante para variables con valores de p <0'1. Se consideró significativo un valor de p <0'05.

RESULTADOS: 51% varones, edad media 41 años. Etiologías: víricas 33% (58%VHA, 26%VHB), intoxicación paracetamol 28%, tóxico-medicamentosa 13%, autoinmune 15%, criptogenética 6%. Supervivencia global HAG: 84%; supervivencia HAG sin HF (n=70): 100%; supervivencia HAG con HF (n=23): 30%. Contraindicación para TH (n=6): mortalidad 100%. 17 pacientes (74%) entraron en lista de espera (LE); 11 (48%, 12% de la serie global) recibieron TH. Supervivencia HF con TH: 55%; supervivencia HF sin TH: 8%. Tiempo medio LE: 2,4 días, fallecieron 100% pacientes LE >2 días (independientemente de recibir o no TH). En la HF, la contraindicación para TH y bilirrubina >13mg/dl se asociaron de forma independiente con una mayor mortalidad en el análisis multivariante (p<0,05).

CONCLUSIONES: La etiología más frecuente de HA en nuestra área es vírica (VHA) seguida de intoxicación por paracetamol. La mortalidad en el TH de emergencia es muy elevada. La hiperbilirrubinemia y la contraindicación para TH se asocian con mayor mortalidad.

P-27

ANÁLISIS DE LA RECURRENCIA DEL HEPATOCARCINOMA TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO: SUPERVIVENCIA

Carmen María García Bernardo, Alberto Miyar de León, Luisa González Diéguez, Valle Cadahia Rodrigo, Lorena Solar García, Sonia Amoza País, Sandra Sanz Navarro, Ignacio Glez-Pinto Arrillaga

Servicio de Cirugía General Sección HPB y Trasplante Hepático, Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), Oviedo.

El trasplante hepático (TH) es el tratamiento de elección para el hepatocarcinoma precoz no resecable. La recidiva tras el trasplante marca el pronóstico y supervivencia. El objetivo del estudio fue evaluar el impacto de la recurrencia en la supervivencia post-trasplante y analizar factores pronósticos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio retrospectivo de trasplantados con indicación de hepatocarcinoma en nuestro hospital durante 15 años (Abril-2002 a Diciembre-2017). Se recogieron variables generales del receptor y específicas de la recidiva: fecha recidiva, localización y tratamiento. Se evaluaron factores que podrían influir en la recidiva y se compararon supervivencias.

RESULTADOS: De los 204 trasplantados con indicación de hepatocarcinoma, 17 (8,3%) presentaron recidiva en el seguimiento. La localización fue hepática en 6 casos, peritoneal-intrabdominal en otros 6, pulmonar en 4 y ósea-pulmonar en 1 paciente, con una media de aparición de la recidiva de 27,35 meses. El tratamiento de la recurrencia se realizó en 12 casos (70,5%) y fue a partes iguales cirugía y quimioterapia: 6 resección y 6 sorafenib. Si comparamos supervivencia esta es evidentemente superior en los pacientes sin recidiva: 80,3% vs 41,2% a los 5 años; 65,8% vs 0% a los 10 y 55,4% vs 0% a los 15 (GRAFICO1). Las tasas de supervivencia después de la recaída fueron del 21,7% a 1 año y del 0% a los 5 años. Los pacientes con recidiva temprana (inferior a los 24 meses) presentaron peor supervivencia (a los 2 años: 62,5% vs 100%; a los 5 años: 12,5% vs 66,7%; a los 10 y 15 años: 0% vs 20%) (GRAFICO2). No se identificaron variables como factor pronóstico, probablemente por el pequeño número de la muestra.

CONCLUSIÓN: En nuestra serie de trasplantados por hepatocarcinoma, presentaron recidiva el 8,3%, conllevando una disminución de supervivencia. Aquellos con recurrencia temprana, inferior a los 2 años, presentaron un peor pronóstico.

GRÁFICO 1. Supervivencia recidiva-no recidiva del hepatocarcinoma. http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d697b060ed9c_GRAFICO1.-+SUPERVIVENCIA+RECIDIVA-NO+RECIDIVA+DEL+HCC.gif

GRÁFICO 2. Supervivencia en relación con recidiva precoz (< 24 meses). http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d697b060ed9c_GRAFICO2.-SUPERVIVENCIA+RECIDIVA-NO+RECIDIVA+DEL+HCC.gif

P-28

AFECTACIÓN HEPÁTICA SECUNDARIA A CIRCULACIÓN DE FONTAN: EVALUACIÓN DE LA INDICACIÓN DE TRASPLANTE CARDÍACO VS DOBLE TRASPLANTE CORAZÓN - HÍGADO

Beatriz Mercedes Marqués López, María de los Ángeles Fuentes Pradera, Inmaculada Benítez Linero, Vicente Padilla Morales, María Elvira Castellanos Garijo

Anestesiología y Reanimación, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN: La afectación hepática es inherente a la cirugía de Fontan. Desconocemos la prevalencia de hepatopatía secundaria a Fontan, pero se ha visto en revisiones de series de casos de autopsias de pacientes con Fontan que todos presentaban hepatopatía.

MATERIAL: Revisamos las historias clínicas de pacientes adultos con cardiopatía congénita univentricular con corrección de Fontan en la infancia, con sospecha en la actualidad de hepatocarcinoma.

MÉTODO: Caso 1: Paciente de 31 años con Fontan fallido con lesión sugestiva de hepatocarcinoma. Se propuso biopsiar la lesión mediante laparoscopia previa a inclusión en lista de trasplante. El procedimiento se realizó bajo anestesia general, con monitorización hemodinámica avanzada (PICCO) y oximetría cerebral. Al finalizar la intervención, el paciente trasladado a UCI extubado, consciente y estable hemodinámicamente, donde permaneció durante 24 horas sin incidencias. Caso 2: Paciente de 26 años con Fontan fallido con lesión sugestiva de hepatocarcinoma, propuesta para biopsia de lesión hepática percutánea guiada por TAC. La intervención se realizó bajo sedación con propofol conservando en todo momento ventilación espontánea y estabilidad hemodinámica. Tras la finalización del procedimiento, la paciente permaneció en la Unidad de Recuperación Postanestésica 3 horas sin complicaciones.

RESULTADOS: El estudio anatomopatológico reveló datos de hiperplasia nodular focal en ambos casos, sin signos de hepatocarcinoma. Los pacientes fueron desestimados para trasplante cardiohepático, decidiéndose su inclusión en estudio pretrasplante cardíaco.

CONCLUSIONES: La enfermedad hepática secundaria a Fontan fallido puede constituir una contraindicación para el trasplante cardíaco. Presentamos dos casos en los que un equipo multidisciplinar estudió la enfermedad hepática para descartar definitivamente la presencia de hepatocarcinoma y así la indicación de trasplante cardiohepático. Es importante el trabajo de los equipos de trasplante en la detección de la afectación hepática para priorizar la lista de espera de trasplante cardíaco, evitar situaciones de enfermedad hepática avanzada que condicionen un trasplante multiorgánico y mejorar el pronóstico de esta población en expansión.

P-29

MONITORIZACIÓN DEL RECHAZO TEMPRANO MEDIANTE LA CUANTIFICACIÓN DE MARCADORES GENÓMICOS ÓRGANO-ESPECÍFICO EN EL ADN CIRCULANTE DEL RECEPTOR

Amalia Rubio (1), Noelia García-Fernández (2), Hada Macher (2), Gonzalo Suárez-Artacho (3), Miguel Angel Gómez-Bravo (3), Jose María Álamo-Martínez (3), Carmen Bernal-Bellido (3), Juan Miguel Guerrero (2), Patrocinio Molinero (1)

(1) Bioquímica Médica y Biología Molecular e Inmunología, Instituto de Biomedicina de Sevilla, Universidad de Sevilla, (2) Unidad de Bioquímica Clínica, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBiS /CSIC ISAS /Universidad de Sevilla), (3) Unidad de trasplante hepático y cirugía hepatobiliar y pancreática, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

La evaluación de la salud del órgano trasplantado mediante técnicas no invasivas podría ser abordada mediante la cuantificación de ADN específico del órgano donado en el suero del paciente que es liberado durante el rechazo. La detección de polimorfismos genéticos y secuencias de inserción/delección (InDels) que estén presentes en el donante y no en el huésped, es un abordaje que nos permitiría la monitorización tras el trasplante, ya que un aumento de los mismos en el huésped nos indicaría un posible rechazo o daño del órgano trasplantado.

OBJETIVO: La monitorización no-invasiva del paciente trasplantado de hígado mediante la cuantificación de InDels específicos del órgano trasplantado en el ADN circulante (ADNc) del huésped.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron 40 pacientes sometidos a trasplante de hígado en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. En el ADN de biopsias de donante y receptor, se detectaron, de un panel de diez polimorfismos, (GSTM1, GSTT1, SRY y RhD, DCP1, Xq28, R271, rs4399, FVII y THYR), aquellos presentes en el genoma del huésped y no en el del receptor (InDels informativos) mediante PCR. La extracción de ADNc se realizó con MagNaPure Compact Instrument. Se cuantificó durante el primer mes de seguimiento los diferentes InDels mediante PCR cuantitativa a tiempo real.

RESULTADOS: Se encontraron InDels informativos en 28 (70%) pacientes. En los 19 pacientes que evolucionaron sin complicaciones, los niveles de ADNc se elevaron tras la reperfusión del órgano disminuyendo rápidamente, manteniendo valores cercanos al basal durante el seguimiento. Los 9 pacientes que sufrieron rechazo durante el primer mes de seguimiento mostraron un aumento del InDel específico en el rechazo, aumento que fue evidente 24-48h antes del diagnóstico mediante biopsia.

CONCLUSIÓN: La cuantificación de los InDels específicos del hígado donado en el ADNc del huésped es un marcador específico que refleja el daño del mismo.

P-30

INCIDENCIA DE TROMBOSIS DE LA ARTERIA HEPÁTICA EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO PROCEDENTES DE DONANTES EN ASISTOLIA TIPO III

Inmaculada Benítez Linero (1), Guiomar Fernández Castellano (1), Vicente Padilla Morales (1), María Ángeles Fuentes Pradera (1), Juan Luis López Romero (1), Miguel Ángel Gómez Bravo (2)

(1) Anestesiología y Reanimación, (2) Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN: La trombosis de la arteria hepática (TAH) es la segunda causa de fallo del injerto después de la disfunción primaria y aparece como una complicación especialmente frecuente en el trasplante realizado con injertos procedentes de asistolia tipo III en las series iniciales, si bien las publicaciones más recientes no confirman este hallazgo.

OBJETIVO: Analizar la prevalencia de TAH en nuestro centro, comparando los pacientes que reciben un órgano de muerte encefálica (ME) con la asistolia tipo III (A).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo sobre una cohorte retrospectiva para evaluar la prevalencia de TAH en el TOH del adulto en los dos grupos descritos desde 2013 a 2018

RESULTADOS: 394 pacientes fueron incluidos (359 corresponden a ME y 35 a A). Los grupos son equiparables en cuanto a variables sociodemográficas, puntuación MELD o etiología de la hepatopatía. La incidencia de complicaciones vasculares fue mayor en el grupo de ME (10,3 % vs 5,9% p= 0.6), correspondiendo a TAH el 5,3% frente al 5,9%. Precisaron reintervención el 21% de los pacientes del grupo ME y el 19,4% en el grupo asistolia (p=0.8), siendo en el 18,8% de causa vascular frente al 16,7%. El retrasplante fue necesario en el 4,9% de los pacientes que recibieron un hígado de ME (11 pacientes), y en el 6,1% (2 pacientes) en el grupo de A (p=0.6). La TAH fue la causa en el 1,8% (6 pacientes) del primer grupo y en el segundo la causa fue la colangitis isquémica en todos los casos.

CONCLUSIONES: La incidencia en ambos grupos no difiere. El riesgo de TAH debe conocerse, prevenirse y tratarse de manera adecuada y temprana sea cual sea la procedencia del hígado donante, ya que las consecuencias son devastadoras, condicionando la supervivencia del injerto y del receptor.

P-31

CUANTIFICACIÓN DE ADN LIBRE CIRCULANTE COMO NUEVO BIOMARCADOR EN EL PACIENTE TRASPLANTADO

Patrocinio Molinero (1), Angela Niño (2), Hada Macher (2), Gonzalo Suárez-Artacho (3), Miguel Angel Gómez-Bravo (3), Luis Miguel Marín-Gómez (3), Juan Miguel Guerrero (2), Amalia Rubio (1)

(1) Bioquímica Médica y Biología Molecular e Inmunología, Instituto de Biomedicina de Sevilla, Universidad de Sevilla, (2) Unidad de Bioquímica Clínica, Instituto de Biomedicina de Sevilla (IBIS /CSIC ISAS /Universidad de Sevilla), (3) Unidad de trasplante hepático y cirugía hepatobiliar y pancreática, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

La búsqueda de nuevos biomarcadores indicadores de daño hepático en el paciente trasplantado puede suponer una mejora en la monitorización del paciente durante el seguimiento. En este sentido, la cuantificación del ADN circulante se ha postulado como una nueva herramienta diagnóstica en la evaluación del paciente tras el trasplante. La liberación de ADN debido al daño celular puede ser analizada por la cuantificación de un gen constitutivo como es el gen de la α -globina en la circulación sanguínea.

OBJETIVOS: Valorar la cuantificación del gen de α -globina en el ADN circulante en suero de pacientes trasplantados de hígado como un nuevo biomarcador de la evolución clínica.

MATERIALES Y MÉTODOS: Se incluyeron pacientes trasplantados de hígado en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla que fueron agrupados según su evolución clínica tras la intervención. La extracción de ADN libre circulante se realizó con MagNaPure Compact Instrument, la cuantificación del gen de α -globina se llevó a cabo mediante una PCR cuantitativa en tiempo real y la medida de los biomarcadores indicadores de daño hepático se realizó de manera automatizada con el COBAS 8000.

RESULTADOS: Los niveles del gen de β -globina se elevaron inmediatamente después de la reperusión del órgano trasplantado en todos los pacientes. Estos valores disminuyeron a las 24/48 h hasta alcanzar valores cercanos al basal y se mantuvieron estables durante el tiempo analizado, en el grupo de pacientes trasplantados con una evolución clínica favorable. Sin embargo, en el grupo de pacientes con una evolución clínica complicada (incluyendo el rechazo), los niveles de β -globina aunque disminuyeron tras el trasplante, no llegaron a alcanzar valores basales y se mantuvieron con oscilaciones durante el tiempo analizado.

CONCLUSIONES: La cuantificación del gen de la α -globina en el ADN circulante en suero del paciente trasplantado es un buen indicador de la evolución clínica del paciente

P-32

PAPEL DE LA ANTICOAGULACIÓN EN LA TROMBOSIS VENOSA PORTAL ANTES Y DESPUÉS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

Patricia Abellán Alfocea, Eva Julissa Ortega Suazo, Flor Nogueras López, Dolores Espinosa Aguilar, Eduardo Redondo Cerezo, Maria Angeles López Garrido

Hospital Universitario Virgen De Las Nieves, Granada.

INTRODUCCIÓN: La trombosis venosa portal (TVP) es una complicación relativamente común del trasplante hepático. Su profilaxis con anticoagulantes es un tema controvertido actualmente.

OBJETIVO: Determinar la eficacia de la anticoagulación en la TVP, antes y después del trasplante, como profilaxis en la recidiva de la TVP.

MATERIAL Y MÉTODOS: Nuestro estudio incluyó 278 pacientes sometidos a trasplante hepático desde Enero de 2010 a Abril de 2019 en nuestro centro. Se seleccionaron 65 pacientes con TVP pretrasplante diagnosticada con pruebas de imagen (Eco-Doppler/Angio-TAC) o durante la cirugía. Los pacientes sin contraindicaciones recibieron anticoagulación (anticoagulantes orales (ACO) /Heparina de bajo peso molecular (HBPM)) hasta la cirugía. Tras esta, todos los pacientes recibieron anticoagulación (ACO/HBPM) de 6 a 12 meses. Se realizó control ecográfico a la 1ª semana y al 1º, 3º, y 12º mes postrasplante.

RESULTADOS: El 23% (n:65) de los pacientes tenían TVP antes del trasplante. El 32% (n:21) de éstos recibieron anticoagulación pretrasplante, Un 15% (n:10) con HBPM y un 17% (n:11) con ACO. En pacientes tratados y no tratados, la trombosis intraoperatoria fue del 52% (n:11) y del 91% (n:40), respectivamente. Solo 3 pacientes tratados (4,6%) presentaron complicaciones hemorrágicas. La recurrencia global de TVP en el 1º año fue del 4% (n:3), del 2,5% (n:2) en los pacientes con HBPM y del 1,5% (n:1) en los pacientes con ACO.

CONCLUSIÓN: Nuestro estudio concluye que aquellos pacientes con TVP pretrasplante que recibieron terapia anticoagulante previa a la cirugía presentaron una reducción considerable en la tasa de trombosis intraoperatoria con respecto aquellos que no la recibieron. A su vez el número de complicaciones hemorrágicas fue muy baja y sin consecuencias fatales en ningún caso. La tasa de recurrencia global en el postrasplante en el primer año fue inferior al 5%, siendo más alta en aquellos pacientes que recibieron terapia anticoagulante con HBPM.

 http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d6d4e7f9a9f8_TABLA+1.jpg

P-33

PERFECCIONANDO LA PREVENCIÓN MEDICA DE LA TROMBOSIS DE LA ARTERIA HEPÁTICA EN NIÑOS

Loreto Hierro (1), Esteban Frauca (1), Lorena Fernandez Tome (1), María Alos (1), Carmen Camarena (1), Manuel Lopez-Santamaría (2)

(1) Hepatología y Trasplante Infantil, (2) Cirugía de Trasplantes. Hospital Infantil Universitario La Paz, Madrid.

La trombosis arterial (TAH) post-trasplante (TH) tiene un factor técnico principal pero también influyen la resistencia al flujo e hipercoagulabilidad. El objetivo del estudio fue mejorar el conocimiento y la profilaxis de TAH.

MÉTODOS: Desde 1/2017 a 7/2019 (n=65 TH en 60 niños) se aplicó una pauta consistente en: 1) determinar antitrombina (AT), y administrar si el valor es bajo (VN=70-120%); 2) medir el efecto de heparina iv mediante antiXa, con objetivo de antiXa=0.2-0.4.

RESULTADOS: 1) AT: fue determinada en n=45 (69%). AT media fue 66.3±20 %. Hubo n=24 (53%) con AT<70%. Se administró AT a n=16. Los niños con AT baja tuvieron la determinación más precoz (mediana día 1) que con AT normal (mediana día 4). Los niños con AT<70% tuvieron INR más alto a 24h postTH (mediana 1.6 vs 1.3 con AT normal, p=0.017). Se observó con AT baja una ALT-24h mayor (1356 vs 850, p=0.04) sin otras diferencias en analítica, transfusión intraoperatoria, tipo de injerto o edad. Con malla (injerto grande) tuvieron menos riesgo de AT baja; 2) Se administró heparina precozmente a n=51 (78%), iniciada (mediana) al día 1. Hubo sangrado en 18 (28%), lo que impidió heparina o hizo retirarla. La primera determinación de antiXa, con heparina 11/U/kg/día mostró en el 98% un valor infraterapéutico (mediana =0.05) que indicó aumentar; 3) La supervivencia fue 97%. Hubo 4 TAH (6.1%), sucedieron: intraoperatoria ,día 1,día 8 (tras retirada de malla) y día 25 (con microangiopatía). Todos tuvieron dificultad anatómica/técnica, 2 AT VN y 2 AT baja (1 administrada), 3 recibieron heparina con antiXa infraterapéutico inicial.

CONCLUSIONES: No hubo diferencia en la tasa de TAH respecto al periodo inmediatamente anterior. Un 53% de TH tienen AT baja. La decisión de administración de AT tiene que considerar el valor de INR. La heparina a dosis standard no logra el objetivo de antiXa en el postTH inicial.

P-34

RESULTADOS Y MANEJO ANESTÉSICO DEL RECEPTOR EN LA DONACIÓN MAASTRICHT TIPO III, CON LA UTILIZACIÓN DE ECMO

Veronica Perez Millon, Gonzalo Javier Perez Villarejo, Antonio Rueda Cobos

Anestesiología y Reanimación, H. Regional de Málaga.

OBJETIVOS: Los pacientes en lista de espera aumentan a mayor ritmo que los donantes, por ello ante la necesidad de nuevas fuentes de órganos, los donantes por muerte cardiocirculatoria controlada (donantes tipo 3, según la clasificación de Maastricht) ofrecen resultados alentadores. Analizamos los resultados obtenidos y las peculiaridades del receptor del trasplante hepático con donante en asistolia Maastricht tipoIII junto a la utilización del ECMO (oxigenación por membrana extracorpórea).

MATERIAL Y MÉTODOS: estudio prospectivo y descriptivo que incluyen los receptores de trasplante hepático con injerto procedente de Maastricht III+ECMO, realizados en nuestro centro en los últimos 15 meses. Las variables analizadas son: demográficas, etiología de la cirrosis, MELD, aparición de síndrome de reperfusión, fibrinólisis, coagulopatía. Supervivencia a 1°,6°y12°meses.

RESULTADOS: Se han realizado 14 implantes desde enero de 2018 a abril de 2019. Receptores de predominio masculino (12/2) con edad media: 54años (r:45-68). Etiología: 64%enólica, 28%vírica y un caso de cirrosis biliar primaria. MELD 12 (8-16). Tres pacientes presentaron síndrome de reperfusión, desarrollando además 2 de ellos fibrinólisis y coagulopatía. El sangrado intraoperatorio estimado fue de 820ml (550-2050ml) con una tasa de transfusión del 64% (9/14). La supervivencia a 1°, 6° y 12° meses: 88%-71%,-70%.

CONCLUSIONES: La donación en asistolia controlada ofrece resultados prometedores, y una ampliación del pool de órganos útiles. Este tipo de trasplante, junto a la perfusión regional normotérmica utilizando dispositivos ECMO pueden aumentar el número de injertos recuperados y mejorar el resultado de los receptores; a pesar del número limitado de nuestra serie, ha ofrecido resultados equiparables a los obtenidos con la utilización de donantes por muerte encefálica. El manejo anestésico ha de ser especialmente cuidadoso, ante una discreta mayor posibilidad de aparición de inestabilidad hemodinámica y coagulopatías tras la reperfusión del injerto.

P-35

INFLUENCIA DE LA TROMBOELASTOMETRIA INTRAOPERATORIA Y FLUIDOTERAPIA RESTRICTIVA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES CON TROMBOSIS PORTAL DE ORIGEN NO TUMORAL

Francisco Moreno Suero (1), Gonzalo Suárez Artacho (1), Inmaculada Benítez Linero (2), Pablo Beltrán Miranda (1), Carmen Cepeda Franco (1), Luis Miguel Marín Gómez (1), Carmen Bernal Bellido (1), José María Álamo Martínez (1), Francisco Javier Padillo Ruíz (1), Miguel Ángel Gómez Bravo (1)

(1) Cirugía General y del Aparato Digestivo, (2) Anestesiología y Reanimación. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

OBJETIVO: Analizar la influencia de la tromboelastometría intraoperatoria (TEM), fluidoterapia restrictiva y uso de fibrinógeno y antifibrinolíticos en los resultados del trasplante ortotópico hepático (TOH) en candidatos con trombosis venosa portal (TVP) no tumoral.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo comparando los resultados del trasplante en candidatos con TVP divididos en 2 grupos: Grupo 1 (G1): trasplantes entre enero 2002 y octubre 2010. Se valoró la hemostasia mediante estudio de coagulación, administrando plasma fresco congelado (PFC) si INR > 2 y tiempo protrombina > 1.5 del límite superior normal (LSN) o tiempo de tromboplastina parcial activada > 2 LSN. Grupo 2 (G2): trasplantes entre octubre 2010 y diciembre 2015. Se utilizó la TEM, fluidoterapia restrictiva, ácido tranexámico, corrección del fibrinógeno (si <1.5 g/L) y minimizando el uso de PFC.

VARIABLES ANALIZADAS: Supervivencia anual del paciente e injerto, tasa de retrasplante, tasa de disfunción y malfunción del injerto, así como transfusión de concentrados de hematíes (CH) y PFC.

RESULTADOS: La supervivencia al año de los pacientes del G1 fue del 74% y del 85.4% en el G2, $p=0.161$. La supervivencia al año del injerto fue del 72% en el G1 vs 77.1% del G2, $p=0.564$. Tasa de disfunción en el G1 fue 8.2% y del 14.9% en el G2, $p=0.301$. Los pacientes del G1 se transfundieron mayor número de CH (5.5 vs 3, $p=0.0001$) y PFC (3 vs 0, $p=0.0001$) que los del G2. El porcentaje de no transfundidos fue 10% en el G1 vs 22.9% en el G2, $p=0.084$.

CONCLUSIONES: En pacientes con TVP que se someten a TOH, las estrategias basadas en la utilización de TEM perioperatoria, fluidoterapia restrictiva, minimización de la transfusión de PFC, uso de antifibrinolíticos y corrección preoperatoria del fibrinógeno mejora los resultados del trasplante dado que aumenta la supervivencia anual de forma clínicamente relevante y reduce la necesidad de transfusión.

P-36

EL REINGRESO URGENTE DURANTE EL PRIMER AÑO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO ES UN PROBLEMA FRECUENTE QUE DISMINUYE LA SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE

Paula Molina (1), Ana Arias Milla (2), Laura Benitez Guetiérrez (2), Maria Jesus Citores Sánchez (3), Valentín Cuervas-Mons Martínez (2)

(1) Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda Madrid, (2) Unidad de Trasplante Hepático. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro, (3) Instituto de Investigación Puerta De Hierro. Segovia de Arana IDIPHIMSA

El objetivo del trabajo fue analizar incidencia, causas, evolución y repercusión de la atención urgente durante el primer año después del alta hospitalaria por trasplante hepático.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo de todos los pacientes adultos que recibieron consecutivamente un primer trasplante hepático en nuestro centro, durante el periodo 2011- 2015. Se analizaron todas las visitas al servicio de urgencias durante el primer año después del trasplante. La supervivencia se actualizó a 31 de diciembre de 2018.

RESULTADOS: Noventa y ocho pacientes (edad media 55,6 años, 77,6 % varones) fueron dados de alta hospitalaria después del primer TH durante el periodo de estudio. Cincuenta y seis (57,1%) de los 98 pacientes realizaron 117 visitas al servicio de urgencias del hospital durante el primer año del trasplante. Veintinueve (51,8%) de estos 56 pacientes precisaron reingreso, principalmente por complicaciones infecciosas (44%) y por problemas relacionados con la vía biliar (32%). El 42% de los 50 reingresos tuvieron lugar durante los tres primeros meses del trasplante (57% por infección). Ninguna de las variables analizadas del receptor, donante y del trasplante fueron predictivas de reingreso. La supervivencia actuarial del paciente a 1, 2 y 3 años del trasplante fue menor en los pacientes que precisaron reingreso (88,4%, 80,7% y 73%, respectivamente) que en los pacientes que no demandaron atención urgente (100%, 97,6% y 92,8%, respectivamente; $p=0.002$) o en los pacientes que no precisaron reingreso (100%, 89,6% y 89,6%, respectivamente; $p=0.079$).

CONCLUSIÓN: La tasa de reingreso urgente durante el primer año después del trasplante es muy elevada, especialmente durante los tres primeros meses. por complicaciones infecciosas y de la vía biliar. El reingreso urgente disminuye significativamente la supervivencia del paciente.

P-37

IMPACTO PRONÓSTICO DEL SISTEMA DE PUNTUACIÓN DEL MODELO DE LA ENFERMEDAD HEPÁTICA EN ETAPA TERMINAL (MELD) TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Guiomar Rosel Fernández Castellano, Vicente Padilla Morales, Inmaculada Benítez Linero, Gonzalo Suárez Artacho, Juan Luis Lopez Romero
Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla.

OBJETIVO: El sistema de puntuación del modelo de la enfermedad hepática en etapa terminal (MELD) se utiliza para evaluar la mortalidad de los pacientes en lista de espera para trasplante hepático ortotópico (THO). Sin embargo su papel para predecir la morbimortalidad después del mismo no está clara, existiendo datos controvertidos en la literatura. El objetivo es evaluar si la puntuación MELD influye en la morbimortalidad postoperatoria a corto y medio plazo.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analiza retrospectivamente una cohorte de 123 pacientes intervenidos de THO en un hospital de tercer nivel entre Enero del 2016 y Diciembre del 2017. Los pacientes se dividen en dos grupos: Grupo 1 con un puntaje MELD <23 y Grupo 2 con un puntaje MELD ≥23. Se compara la mortalidad entre ambos al 1ºmes, 3º mes y al año después THO y la morbilidad postoperatoria.

RESULTADOS: Los pacientes con un MELD ≥23 presentan mayor mortalidad al 1ºmes, al 3ºmes y al año tras el THO ($p < 0.05$). Asimismo, una mayor estancia hospitalaria ($p = 0.007$), necesidad de ventilación mecánica ($p < 0.05$), mayor tasa de transfusión de hemoderivados ($p = 0.005$), de complicaciones biliares ($p = 0.009$) y del injerto ($p < 0.05$) de terapia renal sustitutiva ($p = 0.046$) y mayor riesgo infeccioso ($p < 0.05$). Sin embargo no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la duración del ingreso en la unidad de cuidados críticos ($p = 0.31$), la necesidad de reintervención quirúrgica ($p = 0.06$) retrasplante ($p = 0.09$) ni en la incidencia de complicaciones vasculares ($p = 0.3$), respiratorias ($p = 0.99$), hemodinámicas ($p = 0.96$), digestivas ($p = 0.24$), neurológicas ($p = 0.24$), renales ($p = 0.18$), hematológicas ($p = 0.31$) y la presencia o no de ascitis ($p = 0.99$).

CONCLUSIÓN: El papel del MELD como factor pronóstico de mortalidad tras el THO debe tenerse en cuenta. Aunque nuestros resultados son similares a los publicados en la literatura deben ser tomados con cautela siendo necesarios más estudios y la evaluación de otros sistemas de puntuación pronósticos.

P-38

¿QUÉ INFORMACIÓN SOBRE DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS TIENEN LOS ESTUDIANTES DE CIENCIAS DE LA SALUD ESPAÑOLES? ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Laura Martínez-Alarcon (1), Antonio Rios (1), Pedro Ramón Gutierrez (2), Elena Santaines-Borredá (3), Francisco Javier Gomez (4), Maria Concepción Agras-Suarez (5), Jorge Iriarte (6), Guillermo Arturo Cañadas-De la Fuente (7), Rafael Herruzo (8), Bárbara Hurtado-Pardos (9), Gerardo Blanco (10), Carmen Bercena-Calvo (11), Francisco Javier Llorca (12), Catalina Perello-Campaner (13), Angel Asunsolo (14), Juan Manuel Arribas-Marin (15), Pilar Sanchez (16), Silvia García-Mayor (17), Ana Fernandez (18), Maria Nelia Soto-Ruiz (19), Maria Teresa de Jesús (20), Juan Carlos Navalón (21), Alberto Lana (22), Carme Bertran-Noguer (23), L Fuentes (24), Maria Pilar Peña-Amaro (25), JR Hernández (26), Maria Francisca Jiménez-Herrera (27), Julio Virseda (28), Rafaela Blanco-Sánchez (29), José Yelamos (30), María Dolores Calvo-Sánchez (31), JA Bondía (16), María Carmen Prado-Laguna (32), Alberto González-García (33), Adelina Martínez-Rodríguez (34), Pilar Bas-Sarmiento (35), Francisco Faus-Gabandé (3), Alicia Muiños-Álvarez (5), Loreto Peyró-Gregori (36), Helena Hernández Martínez (37), Joaquín Carrillo (1), Ana Isabel López-Navas (38), Pascual Parrilla (1), Pablo Ramírez (1)

(1) Servicio de Cirugía General. Unidad de Trasplantes. Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria IMIB-Arrixaca, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, (2) Servicio de Urología. Complejo Hospitalario Universitario de Canarias (CHUC). Tenerife. Departamento de Cirugía (Universidad de La Laguna, ULL) San Cristóbal de La Laguna. Tenerife, (3) Departamento de Enfermería. Facultad de Enfermería. Universidad de Valencia, (4) Universidad de Granada, (5) Escuela Universitaria de Enfermería POVISA. Universidad de Vigo, (6) Universidad de Navarra, (7) Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Granada, (8) Universidad Autónoma de Madrid, (9) Campus Docent Sant Joan de Deu. Barcelona, (10) Servicio de HBP, Cirugía y Trasplante Hepático, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz, Hospital Infanta Cristina, (11) Departamento de Enfermería y Fisioterapia-Área enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de León, (12) Universidad de Cantabria, Santander, (13) Departament d'Infermeria i Fisioteràpia. Universitat de les Illes Balears, (14) Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Alcalá Campus Científico-Tecnológico. Alcalá de Henares. Madrid, (15) Escuela Universitaria de Enfermería y Fisioterapia "San Juan de Dios". Departamento de Ciencias de la Salud. Universidad Pontificia Comillas. Madrid, (16) Facultad de Medicina. Universidad de Málaga, (17) Departamento de Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Málaga, (18) Departamento de Ciencias Biomédicas Básicas, Facultad de Ciencias Biomédicas. Universidad Europea de Madrid, (19) Departamento Ciencias de la Salud. Universidad Pública de Navarra. Pamplona, (20) Facultad de Medicina. Universidad Rey Juan Carlos, Madrid, (21) Hospital Vega Baja. Departamento de Cirugía General. Orihuela. Alicante, (22) Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Área de Medicina Preventiva y Salud Pública. Universidad de Oviedo, (23) Departamento de Enfermería. Universidad de Girona. Grupo de investigación Salud y Atención Sanitaria, (24) Departamento de Farmacología y Fisiología. Facultad de Ciencias de la Salud y del Deporte. Universidad de Zaragoza, Huesca, (25) Universidad de Jaén, (26) Facultad de Medicina. Universidad de las Palmas de Gran Canaria, (27) Departamento de Enfermería. Universitat Rovira i Virgili. Tarragona, (28) Facultad de Medicina. Universidad de Castilla La Mancha, Albacete, (29) Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Barcelona. Campus UAB. Bellaterra. Barcelona, (30) Departamento de Inmunología. Hospital del Mar, Barcelona, (31) Facultad de Derecho. Campus Miguel de Unamuno. Universidad de Salamanca (USAL). Salamanca, (32) Facultad Enfermería. Campus de Ciudad Real. Universidad de Castilla-La Mancha, (33) Universidad de Castilla-La Mancha. Facultad de Enfermería de Cuenca, (34) Departamento Enfermería I. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad del País Vasco UPV/EHU Campus de Leioa, Vizcaya, (35) Facultad de Enfermería. Universidad de Cádiz, (36) Enfermería. Universidad Ceu Cardenal Herrera. Valencia, (37) Departamento Enfermería y Fisioterapia. Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad Alcalá. Guadalajara, (38) Departamento de Psicología, Universidad Católica San Antonio (UCAM). Murcia.

INTRODUCCIÓN: Es importante explorar los conocimientos que tienen los futuros profesionales sobre donación y trasplante de órganos (DTO). Al estar en formación, pueden recibir una información específica que mejore sus conocimientos y actitudes sobre el tema. La información que transmiten los profesionales sanitarios sobre DTO influye en la actitud poblacional. **OBJETIVO:** Analizar el nivel de conocimientos de los estudiantes de Medicina y Enfermería españoles hacia la DTO y los factores relacionados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio multicéntrico, interdisciplinario y observacional. Población: Estudiantes universitarios españoles de Enfermería y Medicina. Base de datos: Proyecto colaborativo Internacional Donante. Tamaño muestral: Seleccionada una muestra de 10566 estudiantes de enfermería y 9598 de medicina (99% de confianza; precisión del $\pm 1\%$) estratificado por área geográfica y año académico. Instrumento: cuestionario validado de actitud hacia DTO (PCDI-DTO Ríos) autoadministrado y anónimo.

RESULTADOS: Grado de cumplimentación: 90%. Al analizar el nivel de conocimientos sobre DTO, el 20% (n=3640) consideran que su información es buena; el 41% (n=7531) creen que es normal; el 36% (n=6550) dicen que es escasa; el 2% (n=359) la consideran mala y el 1% restante considera que es nula su información. Comparando ambos grupos, existen diferencias entre los que creen que su información es buena (44% enfermería vs. 56% medicina; $p < 0.000$) y los que creen que es escasa (54% vs. 46% medicina; $p < 0.000$). Con respecto a la actitud hacia la DTO, aquellos que consideran tener buena información sobre DTO tienen una actitud más favorable hacia la DTO que los que consideran su información escasa (88% vs. 72%; $p < 0.000$).

CONCLUSIONES: Un 36% de los estudiantes de Medicina y Enfermería españoles considera que su información sobre DTO es escasa. Tener conocimientos específicos sobre el tema está relacionado con una actitud favorable hacia la DTO. Recibir una información concreta sobre el tema podría ampliar y mejorar sus conocimientos sobre DTO durante su formación

P-39

¿SON SIMILARES LOS RESULTADOS DE LA DONACIÓN EN MUERTE ENCEFÁLICA A LOS DE ASISTOLIA CON LA UTILIZACIÓN DE ECMO?

Daniel Cabañó Muñoz, Belinda Sánchez Pérez, Francisco Javier León Díaz, Custodia Montiel Casado, Jose Antonio Pérez Daga, Jose Luis Fernández Aguilar, Jose Manuel Aranda Narváez, Julio Santoyo Santoyo

Cirugía general y del aparato digestivo, Hospital Regional Universitario de Málaga.

INTRODUCCIÓN: La utilización de los donantes en asistolia es una realidad ya en nuestro país. Constituyendo más del 15% en el 2018. Sin embargo, los problemas biliares y sobre todo la colangiopatía era el gran talón de Aquiles de estos donantes. La introducción de las bombas de perfusión normotérmicas parece mejorar los resultados obtenidos, tanto en disfunción, fallo primario de injerto y fundamentalmente en el ámbito de las complicaciones biliares, llegando a alcanzar resultados similares a los donantes de muerte encefálica.

HIPÓTESIS: La utilización de la bomba de perfusión normotérmica (PAN) en los donantes a corazón parado presentan resultados similares a los donantes cadavéricos (DME)

MATERIAL Y MÉTODO: Presentamos un estudio de cohortes prospectivos desde Abril de 2014 hasta Marzo de 2019 donde incluimos un total de 60 trasplantes de los cuales 40 provienen de donación tras muerte encefálica y 20 de donación en asistolia con ECMO desde Abil de 2014 hasta Marzo de 2019 (relación 2:1).

RESULTADOS: No encontramos diferencias en las variables demográficas, ni en tiempos de isquemia fría o caliente.

Observamos mejoría en la DPI (43,7% DME vs 25% PAN; $p < 0,05$) y complicaciones biliares (DME 23% vs PAN 5%; $p < 0,05$). Encontramos resultados similares en cuanto a colangiopatía isquémica (DME 2% vs PAN 0%; $p > 0,05$), RCA (DME 17,3% vs PAN 15%; $p > 0,05$) y tasa de retrasplante (DME 6,5% vs PAN 0%; $p > 0,05$).

CONCLUSIONES: Ante los resultados obtenidos podemos decir que las bombas de perfusión normotérmica usadas en los donantes de muertes a corazón parado parecen igualar los resultados en funcionalidad hepáticas y sobre todo en complicaciones biliares respecto a los donantes de muerte encefálica

P-40

RESILIENCIA RELACIONADA CON LA CALIDAD DE VIDA PERCIBIDA EN PACIENTES AÑOSOS SOMETIDOS A TRASPLANTE ORTOTÓPICO HEPÁTICO HACE MÁS DE 10 AÑOS

Marta Jover-Aguilar (1), Laura Martínez-Alarcón (1), Guillermo Ramis (2), Beatriz Febrero (1), Jose Antonio Pons (3), Antonio Ríos (1), César Carrillo (4), Alberto Inocencio Hiciano Guillermo (5), Isabel Legaz (6), Felipe Alconchel-Gago (1), Joaquín Carrillo (1), Pascual Parrilla (1), Pablo Ramírez (1)

(1) Unidad de Trasplantes, Servicio de Cirugía, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria IMIB-Arrixaca, Murcia., (2) Departamento de Producción Animal, Facultad de Veterinaria, Universidad de Murcia, Murcia. Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria IMIB-Arrixaca, Murcia., (3) Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Unidad de Trasplantes, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia. Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria IMIB-Arrixaca, Murcia., (4) Unidad de Desarrollo Profesional. Dirección general de Recursos Humanos del Servicio Murciano de Salud, Murcia. Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria IMIB-Arrixaca, Murcia., (5) Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia. Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria IMIB-Arrixaca, Murcia., (6) Departamento de Medicina Legal y Forense, Instituto de Investigación Biomédica. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia, Murcia. Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria IMIB-Arrixaca, Murcia.

INTRODUCCIÓN: La resiliencia es la capacidad para recuperarse/enfrentar adecuadamente de situaciones adversas. Actúa como factor protector ante acontecimientos negativos y/o etapas complejas de la vida, siendo un predictor de bienestar.

OBJETIVO: Analizar el nivel de resiliencia y su relación con la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en pacientes mayores de 60 años que recibieron un Trasplante Ortotópico Hepático (TOH) hace más de 10 años.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo transversal en Hospital Clínico Universitario Virgen Arrixaca. Instrumento: 1) Para analizar nivel de resiliencia: Escala CD-RISC 17: 3 dimensiones (tenacidad-autoeficacia, control personal y competencia social) (puntuación:0-100); a mayor puntuación, mayor capacidad de resiliencia. 2) Evaluar CVRS: cuestionario Short Form-36 Health Survey (SF-36): 8 dimensiones individuales (puntuación:0-100) y dos puntuaciones resumen (sumarios físico y mental). Variables: edad, sexo y supervivencia post-TOH. Análisis estadístico no paramétrico ($p < 0.05$).

RESULTADOS: Analizados 47 pacientes, 68% hombres ($n=32$) y 32% mujeres ($n=15$); edad media $70,85 \pm 0,98$ años y media de supervivencia post-TOH: $15,79 \pm 0,78$ años. Resiliencia: Se obtuvieron puntuaciones elevadas para las 3 dimensiones: los hombres presentaron mayores puntuaciones en tenacidad-autoeficacia ($90,82 \pm 2,71$ vs. $84,79 \pm 3,49$; $p=0,029$) y control personal ($82,5 \pm 3,79$ vs. $69,33 \pm 5,23$; $p=0,023$). Sin diferencias para la edad. A mayor número de años post-TOH, menor control personal ($R=-0,298$; $p=0,042$). Respecto a la CVRS, la dimensión de control personal presenta relación positiva con: función física ($R=0,388$; $p=0,007$); salud general ($R=0,429$; $p=0,003$); vitalidad ($R=0,560$; $p=0,000$); función social ($R=0,402$; $p=0,005$); salud mental ($R=0,311$; $p=0,034$) y sumario físico ($R=0,381$; $p=0,008$). La competencia social se relacionó positivamente con la salud mental ($R=0,360$; $p=0,013$) y el sumario mental ($R=0,384$; $p=0,008$). Finalmente, la tenacidad-autoeficacia mostró una relación tendente positiva con la salud general ($R=0,277$; $p=0,059$).

CONCLUSIÓN: Los pacientes mayores de 60 años trasplantados hace más de 10 años presentan niveles adecuados de resiliencia para las 3 dimensiones evaluadas. Una mayor capacidad de resiliencia se relaciona con mayor salud general, vitalidad, funcionamiento social y salud mental.

P-41

RELACIÓN ENTRE LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS Y LA SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

Sonia Castanedo Bezanilla, Enrique Toledo Martínez, Ana Lozano Nájera, Erik González Tolaretxipi, Juan Andrés Echeverri Cifuentes, Federico José Castillo Suescun, Emilio Fábrega García, Roberto Fernández Santiago, Juan Carlos Rodríguez Sanjuan

Cirugía General, H.U. Marqués de Valdecilla, Santander.

INTRODUCCIÓN: El trasplante ortotópico hepático (TOH) es un procedimiento complejo susceptible de presentar múltiples complicaciones. El índice CCI (Comprehensive complication Index), creado por el equipo del Dr. Clavien, resume todas las complicaciones postoperatorias con una cifra de 0 a 100, siendo 0 la ausencia de las mismas y 100 el fallecimiento del paciente. El objetivo de este estudio es valorar si existe relación entre las complicaciones postquirúrgica y la supervivencia a largo plazo en los pacientes con TOH.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo-retrospectivo incluyendo los pacientes sometidos a un TOH en nuestro centro entre enero de 2012 y julio de 2019.

RESULTADOS: 165 pacientes fueron sometidos a un TOH, con 55 años de media y el 78% varones. Presentaban una puntuación media en la escala de MELD de 15,5 (6-45). En cuanto a la indicación del trasplante la primera causa fue hepatocarcinoma (35,2%), seguido de cirrosis OH (26,1%) y de cirrosis por VHC (7,9%). Se obtiene un CCI medio de 42,43 ($\sigma=25,01$), falleciendo 13 pacientes (CCI=100) durante los primeros 30 días, siendo eliminados del posterior análisis. El CCI obtiene un Hazard ratio=1,06 ($p < 0,001$) para mortalidad global. Se realiza un estudio multivariante para valorar posible sesgo por comorbilidades (índice de Charlson) sin significación ($p=0,196$). Mediante una curva ROC e índice de Youden se toma como punto de corte un CCI $\geq 35,95$ (S 64,3%, E 61,3%); obteniendo una $p=0,04$ si se comparan las supervivencias de la población CCI <36 con la de CCI ≥ 36 . Se valoró también la presencia de recidivas en pacientes con hepatocarcinoma en función del índice CCI, sin evidenciarse una relación estadísticamente significativa.

CONCLUSIONES: La presencia de complicaciones postoperatorias en pacientes sometidos a TOH parece relacionarse con una menor supervivencia a largo plazo. El cálculo de índices como el CCI puede ser útil para una mejor clasificación de los pacientes con complicaciones y valorar el riesgo de una mayor mortalidad global.

Supervivencia TOH en los pacientes con CCI <35 vs. CCI ≥ 36 . http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d70d4732b605_CCI.jpg

P-42

HALLAZGOS HISTOLÓGICOS EN LAS BIOPSIAS DE PROTOCOLO DE LOS PACIENTES PEDIÁTRICOS CON TRASPLANTE DE HÍGADO

María Mercadal-Hally (1), Javier Juampérez (1), José Andrés Molino (2), Marta Garrido (3), Alexandra Navarro (3), Cristina Molera (4), Ramón Charco (5)

(1) *Unidad Integrada de Hepatología Compleja y Trasplante Hepático Pediátrico, Sede Hospital Universitario Vall d' Hebrón.*, (2) *Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario Vall d' Hebrón.*, (3) *Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Vall d' Hebrón.*, (4) *Unidad Integrada de Hepatología Compleja y Trasplante Hepático Pediátrico, Sede Hospital Sant Joan de Déu.*, (5) *Servicio de Cirugía HPB y Trasplantes, Hospital Universitario Vall d' Hebrón.*

OBJETIVO: Evaluar los hallazgos histológicos de las biopsias de protocolo realizadas a pacientes pediátricos con trasplante hepático en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio de cohortes transversal en el que se incluyeron los pacientes de entre 2 y 20 años que realizan el seguimiento posttrasplante hepático en nuestra Unidad. Según el protocolo prospectivo de seguimiento iniciado en enero de 2018, a todos los pacientes sin alteraciones en el perfil de transaminasas y que no presentan contraindicaciones se les realiza una biopsia hepática a los 2, 5, 10 y 15 años posttrasplante. Al mismo tiempo se lleva a cabo una analítica con transaminasas, bilirrubina, niveles de inmunosupresión, auto-anticuerpos y anticuerpos donante específicos, ecografía abdominal y elastografía.

RESULTADOS: Se recogieron datos de 50 pacientes, 16 de ellos varones (53.3%), con una edad mediana en el momento de la biopsia de 9 años (7.5-13) y una edad mediana al trasplante de 6 años (1-7). La indicación más frecuente de trasplante fue la atresia de vías biliares (36.7%; 11/30). Se encontraron alteraciones histológicas en 33 biopsias (66%). De éstas, 11 pacientes presentaban signos de rechazo (22%) y 5 pacientes fibrosis (10%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la edad al trasplante, la indicación del trasplante, el tiempo post trasplante, los niveles de inmunosupresión, la presencia de rechazos previos ni los valores de la elastografía entre pacientes con o sin fibrosis o inflamación en la biopsia. Ninguno de los pacientes con fibrosis presentaba auto-anticuerpos o DSA positivos.

CONCLUSIONES: En nuestra cohorte, un 66% de pacientes pediátricos trasplantados de hígado con niveles de inmunosupresión en rango terapéutico y analítica normal presentan alteraciones histológicas en las biopsias de protocolo. Se requieren estudios con una cohorte mayor de pacientes para estudiar la correlación de dichos cambios histológicos con los diferentes factores de riesgo.

P-43

MODIFICACIÓN DE LA TÉCNICA DE SEPARACIÓN POSTERIOR DE COMPONENTES PARA EL TRATAMIENTO DE LA EVENTRACIÓN SUBCOSTAL EN EL TRASPLANTADO HEPÁTICO

Javier López-Monclús (1), Jose Luis Lucena (1), María Dolores Chaparro (1), Alberto Pueyo (1), Luis Gimenez Alvira (1), Manuel Jimenez Garrido (1), Félix Martínez Arrieta (1), Miguel Angel García-Ureña (2), Victor Sánchez Turrión (1)

(1) *Sección de cirugía Hepatobiliar, Trasplante hepático y Pared abdominal compleja, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda.*, (2) *Hospital Universitario del Henares.*

INTRODUCCIÓN: La incidencia de hernia incisional en trasplantados hepáticos oscila entre el 15-40%. La limitación anatómica que supone el reborde costal hace la reparación de estas hernias técnicamente compleja. Proponemos un video de abordaje abierto posterior con una disección hiperextendida asociando la separación posterior de componentes con liberación de músculo transversal a la desinserción completa de este músculo del reborde costal.

MÉTODOS: Varón de 63 años de edad, trasplantado hepático por cirrosis enólica, y con recidiva de una eventración subcostal bilateral tras fallo de una reparación previa retromuscular con malla de PTFE. se realiza un abordaje abierto posterior a través de la incisión subcostal con separación posterior de componentes, disecando el espacio retromuscular bajo la malla previa, sobrepasando caudalmente el ombligo hasta la sínfisis púbica, y lateralmente alcanzando la línea axilar posterior tras la liberación lateral del músculo transversal y la posterior disección preperitoneal lateral. Cranealmente desinsertamos las inserciones costales del músculo transversal, accediendo al espacio infradiaphragmático extraperitoneal disecando más allá de 10 cm sobrepasado el reborde costal. Se colocan en el espacio disecado una malla absorbible a medio plazo de 20x30 cm sin fijación como refuerzo de la pared posterior, y una malla de polipropileno de 40 x 50 cm y poro ancho fijada únicamente en línea media con 4 puntos absorbibles a largo plazo, sin fijación lateral. Se cierra completamente el plano anterior sobre la malla.

RESULTADOS: Sin complicaciones postoperatorias, siendo dado de alta al cuarto día postoperatorio. Sin recidiva tras dos años de seguimiento.

CONCLUSIÓN: La desinserción completa del transversal del reborde costal y lateralmente de la vaina de los rectos nos permite hiperextender una malla en el espacio retromuscular preperitoneal para reconstruir la integridad de la pared abdominal en las hernias incisionales subcostales bilaterales, con buenos resultados estéticos y funcionales

P-44

RECONSTRUCCIÓN ARTERIAL CON TUBULADURA AÓRTICA EN HÍGADO DONANTE CON SALIDA INDEPENDIENTE DE AORTA DE LAS RAMAS DEL TRONCO CELIACO Y DOBLE VARIANTE ANATÓMICA ACCESORIA

Javier López-Monclús, Jose Luis Lucena, Maria Dolores Chaparro, Alberto Pueyo, Luis Gimenez Alvira, Manuel Jimenez Garrido, Félix Martínez Arrieta, Carmen León-Gamez, Laura Román, Víctor Sánchez Turrión

Sección de cirugía Hepatobiliar, Trasplante hepático y Pared abdominal compleja, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda.

INTRODUCCIÓN: Las variaciones en el aporte arterial del hígado son frecuentes. El patrón más frecuente es el aporte arterial completo de las ramas del tronco celiaco (55-88%). Un patrón infrecuente sería la salida independiente de la aorta de las tres ramas del tronco celiaco, asociado a arterias hepáticas accesorias derecha e izquierda de arteria mesentérica superior y de arteria gástrica izquierda respectivamente.

CASO CLÍNICO: Varón de 51 años de edad en lista de espera para trasplante ortotópico de hígado por cirrosis biliar secundaria a lesión iatrogénica de vía biliar. Se recibe un hígado de donante cadáver isogrupo que presenta como variante anatómica del aporte arterial hepático una salida independiente de la aorta de las tres ramas del tronco celiaco, asociando arteria hepática accesoria derecha de la arteria mesentérica superior y arteria accesoria izquierda de la gástrica izquierda. Durante la cirugía de banco se evidenció una sección inadvertida de la arteria hepática accesoria derecha a ras de la mesentérica superior. Se procedió a anastomosar la arteria esplénica a la arteria hepática derecha accesoria seccionada, tubulación de la aorta, y anastomosis de la arteria mesentérica superior a la arteria hepática común del donante.

RESULTADOS: Desde el punto de vista vascular, la perfusión arterial del injerto fue óptima, con flujos arteriales normales medidos al primer y séptimo día. No obstante, el paciente falleció de una sepsis abdominal a los dos meses del trasplante hepático.

CONCLUSIÓN: La reconstrucción arterial con tubuladura de aorta es un recurso técnico eficaz en caso encontrar una salida independiente de las ramas del tronco celiaco asociada a arterias hepáticas accesorias, incluso permitiéndonos reconstruir la lesión inadvertida de una de estas ramas accesorias.

P-45

¿ES NECESARIO EL EMPLEO SISTEMÁTICO DE DRENAJE EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO? ANÁLISIS TRAS PROPENSITY SCORE MATCHING

Sara Martínez-Núñez, Luis Miguel Marín-Gómez, Noelia García-Fernández, Carmen Cepeda-Franco, Gonzalo Suárez-Artacho, José María Álamo-Martínez, Javier Padillo-Ruiz, Miguel Ángel Gómez-Bravo

Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

El empleo rutinario de drenajes en la cirugía de trasplante hepático (TH) es controvertido. El líquido ascítico es rico en proteínas, factores de la coagulación y linfocitos. La pérdida de líquido se relaciona con el fracaso renal agudo.

El objetivo principal fue comparar la morbilidad del grupo de TH con drenaje frente al grupo sin drenaje. Como objetivos secundarios comparamos la estancia post-trasplante y la variación de proteínas totales, linfocitos, INR y creatinina.

Entre el 01/01/2017 y el 31/12/2018 realizamos 152 TH, de los cuales 36 fueron SIN drenaje y 116 CON drenaje. Dado que se trata de un estudio retrospectivo, ajustamos los grupos mediante "propensity match score" según edad, sexo, MELD y etiología; excluyendo los retrasplantes. Evaluamos la tasa de complicaciones postTH, la estancia hospitalaria; y realizamos un análisis no paramétrico de la variación entre el valor preTH y el valor pico postTH de proteínas totales, linfocitos, INR y creatinina.

Tras el "propensity match score" apareamos 36 TH SIN drenaje (casos) con 57 TH CON drenaje (controles). No obtuvimos diferencias significativas en cuanto a complicaciones postoperatorias (66,7% en casos; 70,2% en controles); ni estancia hospitalaria (13 vs 14 días, casos y controles respectivamente); ni reintervención (80 vs 80,7%, casos y controles). La mediana de la pérdida de proteínas en el grupo SIN drenaje fue 2,85 g/dL vs 3 g/dL en el grupo control ($p=0,225$). Los linfocitos disminuyeron una mediana de 870/mm³ en los casos frente a 700/mm³ en los controles ($p=0,428$). La concentración plasmática de creatinina ascendió en ambos grupos 0,36 mg/dL ($p=0,581$). El INR se incrementó una mediana de 0,6 por 0,73 en el grupo control ($p=0,223$).

La NO colocación de drenaje postTH es segura en nuestra serie. Sin embargo, no parece disminuir la tasa de fallo renal agudo ni la pérdida de proteínas totales, linfocitos ni factores de la coagulación.

P-46

IMPACTO DE LA EDAD DEL RECEPTOR EN LOS RESULTADOS A LARGO PLAZO DESPUÉS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO: ANÁLISIS MEDIANTE "PROPENSITY SCORE MATCHING"

Concepción Gómez-Gavara, Ramon Charco, Ingrid Tapiolas, Nuria Ridaura, Cristina Dopazo, Isabel Campos, Pando Elisabeth, Mireia Caralt, Ernest Hidalgo, Lluís Castells, Itxarone Bilbao

Servicio de cirugía HBP y Trasplante, Hospital Vall D'Hebrón, Barcelona.

INTRODUCCIÓN: El límite de edad para los candidatos a trasplante hepático (TH) se ha establecido de manera arbitraria, basada en que las comorbilidades aumentan significativamente con el envejecimiento de la población. Actualmente existe un incremento de demanda para considerar receptores más añosos como candidatos a trasplante, ya que la población Europea vive cada vez más y con mejor salud.

OBJETIVOS: Examinar como impacta la edad avanzada en los resultados a largo plazo del TH, en dos poblaciones bien balanceadas.

MÉTODOS: De los pacientes trasplantados desde 1990-2016 se compararon los receptores jóvenes (50-65 años) frente adultos mayores (> 65 años) mediante análisis propensity score matching (PSM).

RESULTADOS: Antes del PSM, la supervivencia del injerto al año, cinco y diez años fue 81%, 65% y 54% para los jóvenes y 73%, 57% y 40% para los mayores ($p < 0.001$). La supervivencia del paciente al año, cinco y diez años fue 85%, 69% y 58% en jóvenes y de 75%, 59% y 41% en mayores ($p < 0.001$). De los 1126 trasplantes hepáticos mediante un caliper de 0.01 se realizó PSM. Se seleccionaron como variables del donante: edad, sexo, causa de muerte y días en intensivos. Del receptor: sexo, IMC, indicación para el trasplante, transfusión intraoperatoria, número de factores de riesgo cardiovascular y era pre/postMELD. Después del PSM, se seleccionaron 206 trasplantes. La supervivencia del paciente al año, cinco y diez años fue de 77%, 63% y 52% vs 80%, 64% y 45% ($p = 0.50$) para el grupo de jóvenes frente al de mayores, respectivamente. La supervivencia del injerto al año, cinco y diez años fue de 76 %, 62% y 52% vs 79%, 62% y 44% para jóvenes frente mayores ($p = 0.42$).

CONCLUSIÓN: La edad avanzada impacta en la supervivencia tras el TH, aunque la edad avanzada únicamente no puede excluir un paciente de la lista de espera.

P-47

RESULTADOS DEL RETRASPLANTE HEPÁTICO PRECOZ EN NUESTRO CENTRO

María José Cuevas López, Carmen Cepeda Franco, Gonzalo Suárez Artacho, Luis Miguel Marín Gómez, Carmen Bernal Bellido, José María Álamo Martínez, Francisco Javier Padillo Ruiz, Miguel Ángel Gómez Bravo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS: El retrasplante hepático puede clasificarse en dos tipos: urgente, aquel que se realiza en la primera semana tras el trasplante, y electivo o diferido, que a su vez podemos clasificar en precoz (primer mes post-trasplante) o tardío (después del primer mes). El carácter urgente del retrasplante viene determinado por la causa que lo hace necesario, habitualmente por complicaciones técnicas o fallo primario del injerto. El objetivo de nuestro estudio es analizar las causas y resultados del retrasplante precoz en nuestro centro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se ha realizado un análisis descriptivo y retrospectivo de los retrasplantes precoces realizados en nuestro centro entre los años 2007 y 2017. Las variables analizadas han sido las demográficas, las causas del primer trasplante y del retrasplante, y las complicaciones y mortalidad derivadas de este último.

RESULTADOS: Se realizaron 698 trasplantes hepáticos, precisando retrasplante 62 pacientes (8.9%). De ellos, 32 fueron tardíos y 30 precoces, y de estos últimos, 26 fueron urgentes y 4 electivos precoces. Dentro de los precoces, la distribución por sexos fue de 19 hombres y 11 mujeres, con una edad media de 52.2 años. Entre las causas que motivaron el primer trasplante destacan en primer lugar la cirrosis alcohólica (26.7%) y en segundo la cirrosis por VHC (16.7%). Por otro lado, los precipitantes principales del retrasplante fueron la trombosis de la arteria hepática (60%) y la disfunción primaria del injerto (13.3%). La tasa de reintervención fue elevada (50%), en la mayoría de las ocasiones por retrombosis de la arteria hepática. La mortalidad perioperatoria se produjo en 5 casos (16.7%). La supervivencia a los 2 años fue del 83.3%.

CONCLUSIÓN: A pesar de la elevada morbilidad perioperatoria del retrasplante hepático, sus resultados a largo plazo en términos de supervivencia son muy favorables y similares a los de las series globales de trasplante hepático.

P-48

EL ÍNDICE DE COMORBILIDAD DE CHARLSON COMO PREDICTOR DE LA MORTALIDAD DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL PACIENTE MAYOR DE 65 AÑOS

María Jose Cuevas López, Sandra Dios Barbeito, Carmen Bernal Bellido, Carmen Cepeda Franco, Luis Miguel Marín Gómez, Gonzalo Suárez Artacho, José María Álamo Martínez, Francisco Javier Padillo Ruiz, Miguel Ángel Gómez Bravo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN: El índice de comorbilidad de Charlson (ICC) es una herramienta clínica cuyo uso ha sido propuesto, entre otros, para predecir los resultados en términos de mortalidad a largo plazo del trasplante ortotópico hepático (TOH). En nuestro estudio pretendemos valorar su utilidad aplicándolo en un grupo de mayor riesgo teórico, los pacientes mayores de 65 años.

MATERIAL Y MÉTODO: Se ha realizado un análisis retrospectivo de los pacientes mayores de 65 años sometidos a TOH en nuestro centro entre los meses de abril de 2005 y abril de 2018 con un seguimiento a un año, calculándose el ICC en todos ellos.

RESULTADOS: Se intervinieron 71 pacientes en este periodo, 56 hombres y 18 mujeres. Las causas más frecuentes que motivaron el TOH fueron la cirrosis enólica (36.6%) y las cirrosis de origen mixto. La media del ICC fue de 6.67 con una mediana de 7. Del total de casos, 11 fueron éxitos. El subgrupo con mayor mortalidad fue el del ICC = 7 (5 casos). No hubo mortalidad en el subgrupo del ICC <4. El análisis estadístico no mostró correlación entre el ICC y la tasa de mortalidad ($r = -0.20$). Respecto a las comorbilidades asociadas, la diabetes y la HTA fueron las más comunes, presentes en el 33.8% y 32.4% de los casos respectivamente. No se encontró asociación estadísticamente significativa entre la mortalidad y ninguna de las comorbilidades revisadas con el ICC, así como con la presencia de hepatocarcinoma.

CONCLUSIONES: La ausencia de correlación estadísticamente significativa entre el valor del ICC y la mortalidad en este subgrupo de pacientes, probablemente sea una consecuencia de las limitaciones principales de este estudio: un número pequeño de pacientes, cuya selección depende del cumplimiento de unos criterios clínicos pretrasplante muy estrictos, por lo que habitualmente se trata de pacientes con escasa comorbilidad asociada.

P-49

CAUSAS DE INCLUSIÓN EN CÓDIGO 0 PARA TRASPLANTE HEPÁTICO: ESTUDIO OBSERVACIONAL EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

María Dolores Victoria Rodenas, José Luis Sanmartín Monzó, María Martínez Martínez, José Ros Martínez, Ana María Gómez del Pulgar Villanueva, María Carrillo Cobarro, Alba López Domínguez, Clara Manso Murcia, Marta Mateos Llosa, Ana Beatriz Pérez Pérez, Mónica Valer Rupérez, Marta Gosálvez Bernal

Unidad de Cuidados Intensivos, Servicio de Medicina Intensiva, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar, Murcia

OBJETIVOS: Analizar las diferentes causas de inclusión en código 0 para trasplante hepático y comprobar si el análisis anatomopatológico de la pieza extraída es una prueba diagnóstica determinante a la hora de esclarecer la etiología del fallo hepático.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudiamos un total de 326 implantes hepáticos consecutivos en un periodo de 5 años (desde enero de 2014 hasta diciembre de 2018) en la UCI de un centro de tercer nivel con alto volumen de trasplantes. Determinamos el número de pacientes trasplantados en código 0, si se encontraban en situación de fallo hepático agudo o no en el momento de trasplantarse y la etiología de la hepatopatía.

RESULTADOS: De los 326 implantes hepáticos estudiados el 15% (49 casos) se habían trasplantado en código 0, 22 de ellos en pacientes en situación de fallo hepático agudo y 27 sin insuficiencia hepática. Se observó que 37 de los implantes se realizaron en pacientes con una hepatopatía previa descrita, y en 12 de los casos los pacientes debutaron con fallo hepático agudo. La causa más común de inclusión en código 0 (en un 36,7% de los casos) fue la trombosis de arteria hepática. Hubo 3 casos en los que no se descubrió la causa del fallo hepático y el análisis anatomopatológico de la pieza extraída no pudo conseguir un diagnóstico final.

CONCLUSIONES: En nuestra serie, la causa más común de inclusión en código 0 fue la trombosis de la arteria hepática. En el 6% de los casos no se llegó a un diagnóstico etiológico de la causa que motivó el trasplante. En estos casos, el examen anatomopatológico no supuso una herramienta determinante a la hora de esclarecer el diagnóstico.

P-50

TRATAMIENTO RADIOLÓGICO ENDOVASCULAR EN LAS COMPLICACIONES ARTERIALES DIAGNOSTICADAS EN LA PRIMERA SEMANA POST TRASPLANTE HEPÁTICO

Javier Gómez Sánchez (1), Mikel Gastaca Mateo (2), Ignacio Terreros Bejo (3), Javier Izquierdo Peñafiel (3), Alexander Aguinaga Tueros (3), Mikel Prieto Calvo (2), Ibone Palomares Etxeberria (2), Alberto Ventoso Castiñeira (2), Patricia Ruiz Ordorica (2), Andrés Valdivieso López (2)

(1) Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario San Cecilio, Granada, (2) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante hepático Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Bizkaia, (3) Unidad de Radiología Intervencionista Hospital Universitario Cruces, Barakaldo, Bizkaia

OBJETIVOS: Las complicaciones de la arteria hepática tras el trasplante hepático (TOH) pueden derivar en la pérdida del injerto. Nuestro objetivo es presentar el uso de terapia endovascular (TEV) durante la primera semana postrasplante ante pacientes con complicaciones de la arteria hepática.

PACIENTE Y MÉTODOS: Presentamos estudio unicéntrico retrospectivo observacional sobre base de datos prospectiva de pacientes con TOH desde 2010 a 2018 (617 pacientes). Por protocolo, se realizó una ecografía Doppler los días 1 y 7. En caso de complicación arterial, se efectuó una tomográfica computarizada antes de la angiografía de la arteria hepática. TEV se indicó en trombosis muy precoces y en estenosis mayores del 50%. Todos los pacientes recibieron doble terapia antiagregante al menos 5 meses tras la colocación del stent.

RESULTADOS: En la primera semana post-trasplante, 7 pacientes recibieron TEV por complicaciones arteriales (1,1%). La estenosis fue la causa en 5 pacientes, y la trombosis en 2 pacientes. Los dos pacientes tratados con angioplastia sufrieron una nueva reestenosis 30 y 35 días después, tratadas mediante nueva angioplastia y stent, respectivamente. La colocación de stent fue la primera opción en los otros cinco pacientes. Dos de estos pacientes desarrollaron una nueva estenosis 7 días y 1 año después del primer TEV. La recurrencia temprana fue tratada mediante un segundo stent el mismo día del diagnóstico, mientras que el otro paciente no requirió tratamiento. No observamos complicaciones arteriales derivadas del procedimiento temprano, solo un pseudoaneurisma femoral que no necesitó tratamiento. Tras una mediana de seguimiento de 48 meses (35-85), ningún paciente fue retrasplantado, hubo un éxito por sepsis de origen respiratorio y el resto permaneció asintomático.

CONCLUSIONES: La experiencia de los tratamientos de angioradiología muy precoces es escasa pero no parece asociarse a complicaciones derivadas del procedimiento y su realización es factible con seguridad y con resultados satisfactorios.

P-51

HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELOIDE HEPÁTICO COMO INDICACIÓN INFRECUENTE DE TRASPLANTE ORTOTÓPICO DE HÍGADO

Javier López-Monclús, Jose Luis Lucena, Maria Dolores Chaparro, Alberto Pueyo, Luis Gimenez Alvira, Manuel Jimenez Garrido, Félix Martínez Arrieta, Xiana Rial, Xabier Ramirez, Victor Sánchez Turrión

Sección de cirugía Hepatobiliar, Trasplante hepático y Pared abdominal compleja, Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda.

INTRODUCCIÓN: El hemangioendotelio epitelioide hepático (HEEH) es un tumor vascular infrecuente del hígado, de presentación inespecífica y de pronóstico variable. El tratamiento de los pocos casos descritos en la literatura oscila entre regímenes de quimiorradioterapia, la resección hepática, y el trasplante hepático. Presentamos dos casos tratados en nuestro centro con trasplante ortotópico de hígado y una excelente supervivencia a largo plazo.

CASOS CLÍNICOS: Entre los años 1988 y 2019 se han realizado en nuestro centro 900 trasplantes hepáticos. En dos casos la indicación del trasplante fue HEEH con afectación bilobar no resecable (0,2% de las indicaciones). Los dos pacientes fueron un varón de 30 años y una mujer de 42 años de edad remitidos a nuestra unidad con múltiples lesiones bilobares hepáticas sin evidencia de tumor primario asociado. Pacientes sin antecedentes médicoquirúrgicos de interés. Los niveles de marcadores tumorales (CEA, Ca 19.9, AFP) se encontraban en rango normal de normalidad. La biopsia percutánea de una de las lesiones evidenció en ambos casos el diagnóstico de hemangioepitelioma epitelioide. La distribución bilobar de las lesiones y el tamaño de las mismas no permitían plantear un tratamiento resectivo, por lo que se incluyó en lista de espera para trasplante hepático.

RESULTADOS: En los dos casos se realizó un trasplante ortotópico de hígado de donante cadáver, con un posoperatorio que cursó sin complicaciones de interés. Ambos pacientes, a los 10 y a los 5 años del trasplante respectivamente, están asintomáticos, con una función hepática en rango de normalidad, y sin signos de recurrencia.

CONCLUSIÓN: El HEEH con afectación bilobar masiva que contraindique la cirugía resectiva es una indicación infrecuente de trasplante hepático, pero con aparentes buenos resultados a largo plazo.

P-52

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO EN ADOLESCENTES Y ADULTOS JÓVENES TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO. ¿ES IMPORTANTE LA TRANSICIÓN A LA CONSULTA DE ADULTOS?

María Trapero-Marugán (1), Fiona Thompson (2), James Ferguson (2), James Hodson (2), Monica Smith (2), Bridget Gunson (2), Philippa Lewis (2)

(1) Unidad Hepatología. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, CIBERehd. ISCIII, Madrid. Queen Elizabeth Birmingham Hospital, United Kingdom, (2) Liver Transplant Unit. Queen Elizabeth Hospital Birmingham, United Kingdom.

OBJETIVOS: Evaluar la adherencia a tacrolimus y el rechazo en cohorte de pacientes jóvenes (16–26 años) tras el trasplante hepático (TH) en la consulta de “transición” pediátricos-adultos.

PACIENTES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de cohorte de pacientes jóvenes (16–26 años) con supervivencia mayor de 1 año y tratados con tacrolimus que fueron transferidos a la consulta de transición de adultos entre 2008 y 2017. Se recogieron datos epidemiológicos, clínicos, asistencia, y niveles medios de tacrolimus. Pacientes adherentes: aquellos con desviación estándar (DE) de niveles medios de tacrolimus menores de 1,4ng/mL. Se analizaron episodios de rechazo y retrasplante.

RESULTADOS: Cien pacientes trasplantados en la infancia (mediana 2,3 años, IQR:1,1–8,6) fueron transferidos a la consulta de transición de adultos (mediana 19,3 años, IQR:18,6–20,3). Se programaron 466 citas de consulta (4 por paciente, IQR:3–6). El 53% acudió a todas y el 24% no asistió (NA) a múltiples citas. La mediana de controles de niveles de tacrolimus fue de 3 (IQR:1–4), con una DE de los niveles medios de tacrolimus 1,4 (IQR:0,6–1,8). Solo un paciente perdió el injerto y fue retrasplanteado tras la transición. 7/17 presentaron rechazo. Las tasas de supervivencia libre de rechazo al año, tres y cinco años tras la transición fueron 97%, 95% y 89% respectivamente. Las tasas de rechazo no difirieron entre pacientes que asistieron o no a las consultas ($p=0,617$). No hubo diferencias en cuanto a la variabilidad de niveles de tacrolimus (mayor o menor de 1,4ng/mL), con supervivencias libres de rechazo a los 5 años del 69% y 86%, respectivamente ($p=0,560$).

CONCLUSIONES: En esta cohorte de jóvenes post-TH transferidos a la consulta de adultos, no se aprecia que la falta de asistencia o la variabilidad en los niveles medios de tacrolimus se asocien con mayor tasa de rechazo del injerto hepático.

P-53

PREVALENCIA DE SOBREPESO Y OBESIDAD PRETRASPLANTE. IMPACTO EN LA SUPERVIVENCIA

Begoña García Gómez (1), Angelica Borraez Jiménez (1), Diego López Guerra (1), Isabel Jaén Torrejimenó (1), Juan Manuel Castillo Tuñón (1), Noelia De Armas Conde (1), Adela Rojas Holguín (1), Belén Pérez Gallardo (2), Gerardo Blanco Fernández (1)

(1) Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, (2) Servicio de Digestivo. Hospital Universitario de Badajoz.

INTRODUCCIÓN: Las tasas de obesidad y sobrepeso en la población general son cada vez mayores. Asimismo, en la población trasplantada hepática existe un incremento en la prevalencia de obesidad que podría generar aumento de morbimortalidad. El objetivo del estudio es analizar la prevalencia de sobrepeso y obesidad pretrasplante así como el impacto en la supervivencia.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio descriptivo retrospectivo sobre la población trasplantada entre los años 2007-2018 en nuestra unidad. Se utilizó el índice de masa corporal para dividir a los pacientes en tres grupos: Peso normal ($IMC \leq 24,9$), Sobrepeso ($IMC 25-29,9$) y Obesidad ($IMC > 30$).

RESULTADOS: En este periodo se trasplantaron 258 pacientes. El IMC medio de la serie fue de 27 Kg/m² (17-42). El 30.8% presentaban un IMC normal, 41.6% sobrepeso y 27.6% obesidad. La proporción de pacientes varones fue superior en el estadio $IMC > 25$ (87.6% vs 62%; $p = 0.001$). No encontramos diferencias entre la prevalencia de diabetes e insuficiencia renal pretrasplante en relación al IMC. Tampoco existen diferencias respecto al MELD, ni en las complicaciones globales postrasplante. Existe un ligero aumento de las complicaciones biliares en pacientes con $IMC > 25$ (13.6 vs 9%; $p = 0.3$). Evidenciamos un menor porcentaje de complicaciones arteriales en pacientes con $IMC > 25$ (4 vs 11.5 %; $p = 0.02$). A pesar de que existe un ligero aumento de la mortalidad postoperatoria en pacientes con $IMC > 25$ (12 vs 7.8%; $p = 0.3$), una vez superado el periodo postoperatorio la supervivencia a 5 años es incluso superior en el grupo $IMC > 25$ (79 vs 70 %; $p = 0.1$).

CONCLUSIONES: La prevalencia de sobrepeso y obesidad en nuestra serie es una de las mayores existentes analizando la literatura a nivel mundial. A pesar de ello no encontramos diferencias en este grupo de pacientes en la supervivencia a largo plazo.

P-54

BLOQUEO ESP. COMO ALTERNATIVA ANALGÉSICA EN CIRUGÍA DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Ignacio Jose Martin Garcia, Francisco Vela Nuñez, Jose Ruiz Neira, Juan Carlos Luis Navarro, Juan Luis Lopez Romero

Anestesia y Reanimación, H.U. Virgen Del Rocio, Sevilla.

OBJETIVO: Mejorar la analgesia perioperatoria en las cirugías de trasplante hepático, reduciendo el consumo de opioides y favoreciendo una recuperación temprana.

MATERIAL Y MÉTODO: El bloqueo del plano del músculo erector de la columna o bloqueo ESP por sus siglas anglosajonas (Erector Spinal Plane) es una técnica sencilla y barata, se puede realizar con el paciente en varias posiciones (decubito prono, lateral, sedestación) no está contraindicada en paciente con alteraciones de coagulación. A diferencia de otros bloqueos, el bloqueo ESP produce analgesia visceral además de somática debido al bloqueo de las ramas ventral y dorsal de los nervios espinales. Mediante palpación tomamos como referencia C7, localizamos la apófisis espinosa de T5. Tras la asepsia de la zona, situamos sobre ésta una sonda lineal de alta frecuencia con funda estéril y deslizamos lateralmente 3 cm hasta encontrar la apófisis transversa. Rotamos la sonda en sentido longitudinal y puncionamos en sentido craneocaudal con aguja epidural Tuohy 18 G de 80 mm, visualizando la aguja en plano. Al contactar con la apófisis transversa se inyecta 1 ml de solución anestésica para comprobando la hidrodisección del plano fascial entre el músculo erector de la columna y la apófisis transversa, de esta forma estamos seguros de la correcta localización y podemos proceder con la administración de la dosis anestésica completa.

RESULTADO: El bloqueo ESP está teniendo unos resultados excelentes intraquirúrgico con dosis que se describen en la literatura de 2,5ml de anestésico local unilateral para cubrir un dermatomo, con un máximo de 9 dermatomos en punción única de 30 ml de anestésico. Se puede colocar un catéter para el manejo postoperatorio dónde en estudios se ha dejado hasta 4 días de manera efectiva.

CONCLUSIÓN: El bloqueo ESP se comenzó utilizando en cirugías cardiorácicas, pero se ha extendido rápidamente a intervenciones abdominales mayores, siendo un candidato excelente para la cirugía de trasplante hepático.

P-55

ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES BILIARES POSTRASPLANTE Y POSIBLES FACTORES ASOCIADOS EN UNA SERIE DE 241 TRASPLANTES HEPÁTICOS CONSECUTIVOS

Isabel Jaén Torrejimo (1), Diego López Guerra (1), Noelia De Armas Conde (1), Cristina Jodar Salcedo (1), Adela Rojas Holguin (1), Arancha Prada Villaverde (1), Maribel Monge Romero (2), Gerardo Blanco Fernández (1)

(1) Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, (2) Servicio de Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

OBJETIVOS: El objetivo fue analizar la incidencia de CB, su tratamiento y los factores relacionados con las mismas.

MATERIAL Y MÉTODOS: Analizamos los pacientes con THO entre 2007-2018 con CB postoperatorias. Excluimos retrasplantes urgentes y aquellos fallecidos en el postoperatorio inmediato.

RESULTADOS: Incluimos 241 pacientes, 193 hombres (80,1%) con edad media 57 (15-71) años. IMC $27,1 \pm 4,6$, MELD 15 ± 6 puntos y tiempo de isquemia fría (TIF) $321,4 \pm 86,1$ minutos. 9 (3,7%) donación en asistolia y 15 (6,2%) complicaciones arteriales. 181 pacientes (75,1%) se utilizó tubo de Kehr en la anastomosis. 28 (11,6%) CB: 16 (57,1%) fístula y 12 (42,9%) estenosis. El tratamiento en las fístulas biliares fue: 2 (12,5%) tratamiento conservador, 2 (12,5%) drenaje percutáneo (bilioma), 3 CPRE (18,8%) y 9 (56,3%) cirugía (6 reintervenciones con reparación anastomosis y 3 hepaticoyunostomía). En las estenosis: 4 CPRE con dilatación y prótesis (33,3%) y 8 cirugía (66,7%) (7 hepaticoyunostomía y 1 recolocación del Kehr). 6 de las hepaticoyunostomías fueron tras fracaso endoscópico. No se ha observado un aumento de la mortalidad perioperatoria ($p=0,158$). El sexo, la edad del receptor y del donante, el IMC, el MELD, el TIF, la lesión isquemia-reperusión y las complicaciones arteriales no se relacionaron con la incidencia de CB. La transfusión de hemoderivados y el tiempo quirúrgico se relacionó en el análisis univariante. En el análisis multivariante se observó que el mayor tiempo quirúrgico se relacionaba con un aumento de las CB ($p=0,022$). No se observan diferencias en la supervivencia entre ambos grupos ($p=0,418$).

CONCLUSIONES: Las CB continúan siendo un problema frecuente, aunque su incidencia ha disminuido en los últimos años. A pesar de la resolución inicial con CPRE, en muchas ocasiones es preciso un tratamiento quirúrgico definitivo. En nuestros datos se observa que un mayor tiempo quirúrgico influye en las CB.

P-56

RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTES OCTOGENARIOS

Isabel Torrejimenó (1), Diego López Guerra (1), Angelica Borráez Jimenez (1), Adela Rojas Holguín (1), Noelia De Armas Conde (1), Francisco Botello Martínez (1), Ana Giberteau Sánchez (2), Gerardo Blanco Fernández (1)

(1) Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, (2) Servicio de Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

INTRODUCCIÓN: La escasez de órganos y la mortalidad en lista de espera ha llevado al incremento en la utilización de injertos marginales. El objetivo de nuestro trabajo fue analizar los resultados del uso de injertos de donantes octogenarios.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio retrospectivo de los trasplantes hepáticos (TOH) realizados en nuestro centro entre 2007-2018. Se analizaron los resultados de los injertos de donantes mayor de 80 años y se compararon con el resto de la muestra.

RESULTADOS: Se incluyeron 258 pacientes trasplantados en este periodo. La mediana de edad de los donantes fue de 61 años (15-91). 24 pacientes TOH (9,3%) fueron trasplantados con un injerto de donante ≥ 80 años. La mediana de edad fue de 81 años (80-91), 23 receptores eran varones (95,8%) con una mediana de edad de 59,5 (48-70) años. El MELD medio fue de 12 ± 3 puntos y el tiempo de isquemia medio fue de $321,1 \pm 83,5$ minutos. El 70,8% de los injertos presentaban una esteatosis $< 30\%$ y 70,8% una lesión isquemia-reperusión leve. Observamos que los injertos octogenarios fueron destinados a receptores con una edad media mayor (56 vs 59,5 años; $p=0,033$) y una puntuación MELD menor (12 vs 15; $p=0,003$). No se observó mayor morbimortalidad postoperatoria, ni mayor tasa de retrasplante, ni mayor número de complicaciones arteriales o biliares en el grupo de donantes octogenarios. Tras una mediana de seguimiento de 33 meses (0-142) no se observó diferencias en la supervivencia global a 1, 3 y 5 años, 79%,74% y 74% respectivamente, respecto al grupo de donantes no octogenarios ($p=0,893$).

CONCLUSIONES: Nuestros resultados con donantes octogenarios son similares a estudios recientes, no hallando un mayor riesgo de morbilidad postoperatorio o peor supervivencia. El matching donante-receptor podría tener una influencia en estos buenos resultados.

P-57

ESTUDIO COMPARATIVO RETROSPECTIVO ENTRE HEPATOCARCINOMA INCIDENTAL Y HEPATOCARCINOMA CONOCIDO PREVIAMENTE

Diego López Guerra (1), Isabel Jaén Torrejimenó (1), Begoña García Gómez (1), Noelia De Armas Conde (1), Angelica Borráez Jiménez (1), Adela Rojas Holguín (1), Isidoro Narvaez Rodriguez (2), Gerardo Blanco Fernández (1)

(1) Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, (2) Servicio de Digestivo. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

INTRODUCCIÓN: El hepatocarcinoma incidental (CHCi) en el explante varía de 4,2-40%. A pesar de los avances, las lesiones < 2 cm suelen infraestimarse. El objetivo fue analizar los CHCi y la correlación radiológica con los datos posttrasplante, y evaluar los resultados en comparación con los CHC diagnosticados previamente.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio descriptivo de los pacientes trasplantados entre 2011-2018 en nuestra unidad, con diagnóstico final de hepatocarcinoma. Se excluyeron los retrasplantes y los pacientes fallecidos en el postoperatorio (< 90 días). Hasta ahora la inclusión de estos pacientes seguía los criterios de Milán. Se estableció como no correlación cuando en el explante aparecieron nódulos no conocidos o el número era mayor que lo visualizado en las pruebas de imagen.

RESULTADOS: Se incluyeron 82 pacientes, 75 varones (92,6%) con una edad media de 59,64 años (43-70), un MELD 10 ± 4 puntos y un tiempo de isquemia fría $307,2 \pm 63,5$ minutos. En el 38,8% se había realizado downstaging. La morbilidad postoperatoria fue del 60,5 % (49). Un CHCi en 6 pacientes (7,3%). En el 36,6%, no correlación entre los nódulos diagnosticados previamente y los hallados en el explante. 8 (10%) recurrencia, ninguno de los CHCi, tras un seguimiento medio de 33 meses (3-100). La supervivencia global (SG) a 1, 3 y 5 años fue del 94%,77% y 63% respectivamente, con un seguimiento medio de 36 meses (3-100). La supervivencia libre de enfermedad (SLE) a 1, 3 y 5 años, 96%, 89% y 89%. No se observaron diferencias en estos parámetros entre los CHCi y los previos.

CONCLUSIONES: El diagnóstico preoperatorio del CHC es difícil en el caso de lesiones pequeñas. No obstante, el hallazgo de CHCi en el explante es infrecuente, y su pronóstico no está claramente definido aún. En nuestra serie no hemos encontrado que empeore de forma significativa el pronóstico.

P-58

TRASPLANTE HEPÁTICO AUXILIAR: NUESTRA EXPERIENCIA

Patricia Ahechu Garayoa (1), Pablo Martí Cruchaga (1), Gabriel Zozaya Larequi (1), Fernando Pardo Sánchez (1), Carlota Jordán Iborra (2), Ignacio Herrero Santos (2), Fernando Rotellar Sastre (1)

(1) Departamento de Cirugía General, (2) Departamento de Hepatología. Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

INTRODUCCIÓN: Dado que la situación clínica de fallo hepático fulminante (FHF) es potencialmente reversible, el trasplante auxiliar tiene gran interés por permitir regenerar al hígado nativo y ser un procedimiento reversible.

CASO CLÍNICO: Varón de 13 años con FHF por tratamiento antituberculoso. Inclusión en urgencia cero. Oferta hepática a las 12 horas. Se decide realizar trasplante auxiliar. En la cirugía de banco se realiza resección de segmentos II y III del injerto. En el receptor se realiza hepatectomía derecha ampliada a segmentos IVa y IVb, preservando los segmentos I, II y III. Se identifica arteria hepática derecha proveniente de la arteria mesentérica superior (AMS). Se comienza el implante por la anastomosis entre cava suprahepática donante y cava receptora, termino-lateral. Anastomosis entre porta donante y receptora termino-lateral. El hígado donante presenta una arteria hepática propia y una izquierda de la gástrica por lo que se realiza anastomosis entre tronco celíaco donante y arteria hepática derecha de la AMS, termino-terminal. Reconstrucción biliar mediante hepaticoyeyunostomía termino-lateral en Y de roux. En el postoperatorio el paciente presentó fallo renal agudo con alteración severa del medio interno, que condicionó edema cerebral con hipertensión intracraneal. En biopsia hepática realizada a los 10 días del TA se evidenció rechazo agudo, que evolucionó favorablemente tras cambios en la inmunosupresión, y hepatitis aguda con signos de regeneración en hígado nativo. El seguimiento se realizó mediante ecodoppler hepática y gammagrafía con HIDA. El patrón de captación en la gammagrafía se fue invirtiendo a favor el hígado nativo, con disminución progresiva de la inmunosupresión. En TAC seriados se confirmó la involución del injerto hasta llegar a una atrofia total y una importante hipertrofia del hígado nativo. Actualmente el paciente presenta función hepática normal, sin secuelas neurológicas y no recibe inmunosupresión.

DISCUSIÓN: El trasplante hepático auxiliar es una opción terapéutica válida en casos de fallo hepático fulminante, muy bien seleccionados.

P-59

CASO CLÍNICO: TRASPLANTE POR FALLO HEPÁTICO AGUDO SECUNDARIO A INTOXICACIÓN HIERRO

Ainhoa Fernández Yunquera, Fernando Díaz Fontenla, Mario Romero, Arantxa Caballero, Isabel Peligros Gómez, Benjamín Díaz Zorita, Magdalena Salcedo Plaza

Aparato Digestivo, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

OBJETIVOS: La intoxicación aguda por hierro en niños es causa de mortalidad de causa accidental. En el adulto es infrecuente y se asocia a intento autolítico. Describir un caso clínico de fallo hepático secundario a intoxicación masiva de hierro.

MATERIAL Y MÉTODOS: Revisión de la historia clínica e histología. Dado que es una entidad infrecuente de trasplante hepático en adulto realizamos una revisión bibliográfica.

RESULTADOS: Mujer de 21 años con dolor abdominal tras ingesta con fin autolítico de dos blíster de ibuprofeno y dos blíster de sulfato de hierro. Durante las 24 horas siguientes presentó hipotensión, fallo hepático (ALT 3423 INR 9,78), hiperlactacidemia, hierro 258 mcg/dL por lo que se inicia deferoxamina (15mg/kg). Ingreso en UCI, con coagulopatía (INR 16.25) y encefalopatía solicitando trasplante urgente en régimen de Alerta 0. Buena evolución tras el trasplante hepático. Histológicamente: necrosis pan-acinar extensa con focos de hierro intracelular con la tinción de Perls. Con microscopía electrónica: edema mitocondrial con depósito de material electrodenso en su interior.

DISCUSIÓN: La intoxicación aguda por hierro produce toxicidad gastrointestinal y sistémica por alteración de la fosforilación oxidativa y disfunción mitocondrial. A diferencia de otros agentes hepatotóxicos, inicia en zona periportal, por la presencia de sangre rica en oxígeno y hierro, substratos de radicales libres. Intoxicaciones severas ocurren con ingestiones entre 40 y 60 mg/kg y concentraciones de hierro >400 mcg/dL.

CONCLUSIONES: Es escasa la literatura publicada respecto al fallo hepático secundario al hierro, obedeciendo la mayor parte a casos de intoxicaciones en niños y describiéndose trasplante en series de casos en adultos. La gran mayoría siguen un curso benigno, con hepatotoxicidad grave en el 1%. No obstante cuando aparece la tasa de mortalidad asciende hasta el 50% por lo que se debe considerar la posibilidad de trasplante hepático.

P-60

ÍNDICE DE MASA CORPORAL COMO FACTOR PRONÓSTICO EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Noelia García Fernández, Carmen Cepeda Franco, Patricia García Muñoz, Francisco Javier Padillo Ruiz, Miguel Ángel Gómez Bravo

Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla.

OBJETIVO: La obesidad es una de las principales epidemias crecientes del último siglo, siendo responsable de gran parte de las muertes a nivel mundial. La prevalencia de obesidad en pacientes candidatos a trasplante hepático (TOH) ha aumentado en los últimos años. El objetivo de este estudio es analizar el impacto del Índice de Masa Corporal (IMC) del receptor en la supervivencia y en la morbilidad tras el TOH.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio de cohortes retrospectivo de todos los receptores trasplantados en un hospital de tercer nivel en los años 2006-2018. Se han analizado como variables del donante: edad, sexo, peso, IMC, causa de la muerte; variables receptor: edad, sexo, peso, talla, IMC, indicación; y como variables resultado: complicaciones postoperatorias, mortalidad precoz, pérdida del injerto y supervivencia global.

RESULTADOS: Analizamos los resultados de 825 de los 837 TOH realizados entre 2006-2018. Éstos se agruparon por categorías de IMC: 271 (29%) normal, 322 (34,3%) sobrepeso, 228 (24,3%) obesidad. La supervivencia global a los 5 años fue: 83% en el grupo normal, 76% en el grupo con sobrepeso y 71% en los obesos, siendo estas diferencias estadísticamente significativas ($p=0.027$). La mortalidad precoz fue del 4.42% en el grupo normopeso, 6,5% sobrepeso y 5,26% obesos. No se encontraron diferencias entre grupos en cuanto a complicaciones posquirúrgicas: hemorrágicas, vasculares, biliares, respiratorias, hemodinámicas, digestivas, renales, neurológicas, ascitis rebelde e infecciones. Tampoco se encontraron diferencias en cuanto a la necesidad de reintervenciones.

CONCLUSIONES: En este estudio, la supervivencia global en el TOH disminuye a medida que aumenta el IMC del receptor; pero el sobrepeso y la obesidad no constituyen un factor de riesgo de mortalidad precoz en el TOH.

Curvas de supervivencia en función del Índice de Masa Corporal. http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d718c1a8e7c1_Figura+1.+Supervivencia+segCln+IMC.png

P-61

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS EN TÉRMINOS DE MORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE HEPATOCARCINOMA ENTRE LAS DISTINTAS ÁREAS SANITARIAS DE UNA MISMA COMUNIDAD AUTÓNOMA

Noelia De Armas Conde (1), Francisco Onieva Gonzalez (1), Adela Rojas Holguin (1), Isabel Jaén Torrejimenó (1), Diego López Guerra (1), Aranzazu Prada Villaverde (1), Juan Manuel Castillo Tuñón (1), Cristina Corchado Berjano (2), Francisco Botello Martínez (1), Gerardo Blanco Fernández (1)

(1) Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, (2) Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario de Badajoz.

OBJETIVOS: El objetivo del estudio es analizar pacientes diagnosticados de carcinoma hepatocelular (CHC) que reciben un trasplante hepático en dos poblaciones, la perteneciente al área metropolitana, donde se localiza la unidad de trasplante hepático y el resto de áreas sanitarias, analizando posibles diferencias entre sí, supervivencia y mortalidad.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de pacientes trasplantados entre 2007-2015 en nuestro centro.

RESULTADOS: Se analizan en total 69 pacientes, de los cuales 26 pacientes (37.7%) pertenecen al Área Sanitaria Propia (ASP) y 43 pacientes (62.3%) al resto de Áreas Sanitarias (RAS). Se estudiaron variables epidemiológicas, radiológicas y terapéuticas, encontrándose diferencias en: la causa de cirrosis hepática, el motivo diagnóstico de CHC y valores de Bilirrubina total. Tanto en el grupo del ASP como en el RAS la causa primaria de cirrosis fue de etiología enólica (61.5%, 46.2% respectivamente), sin embargo, la causa secundaria fue infección por VHC (46.2%) en el ASP e infección por VHB (30.2%) en el RAS ($p=0.02$). En relación a los valores de Bilirrubina previa al trasplante, el 65.4% del ASP presentó niveles ≤ 1.2 mg/dl, mientras que en el 58.1% del RAS los valores eran >1.2 mg/dl ($p=0.05$). En términos de supervivencia, con un seguimiento medio de 36.14 ± 25.43 meses, la mortalidad es del 29.68%, siendo la supervivencia al año, tres años y cinco años 88.5%, 70.7% y 65.2% respectivamente. Los posibles factores relacionados con una menor supervivencia son: una suma >3 cm de diámetro de todas las lesiones, más de 3 LOES en la pieza quirúrgica, la recidiva tumoral hepática.

CONCLUSIONES: A pesar de las diferencias poblacionales, la supervivencia global es similar a la publicada, esto es resultado de un eficaz sistema de screening en cirróticos que permite el diagnóstico precoz de hepatocarcinoma, garantizando un óptimo tratamiento y supervivencia independientemente del área de salud de procedencia.

P-62

IMPACTO DE UNA ESTRATEGIA LOCAL DE DOWNSTAGING (DS) EN LOS PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO POR HEPATOCARCINOMA

Ainhoa Fernández Yunquera, Laura Carrión, Mario Romero, Laura Márquez, Fernando Diaz Fontenla, Arantxa Caballero, Arturo Colon, Ignacio Gómez Anta, Jose Ángel López Baena, Ana María Matilla, Magdalena Salcedo, Rafael Bañares

Ap. Digestivo, Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

OBJETIVO: Analizar el impacto de una estrategia de downstaging (DS) en la supervivencia libre de recidiva tras el trasplante por hepatocarcinoma.

MATERIAL Y MÉTODOS: Evaluación prospectiva de un protocolo DS entre 2012- 2017 adaptado a las características individuales de los pacientes. Pacientes con reducción de la masa tumoral alcanzando criterios de Milán se siguieron 3-6 meses para valorar progresión. Una vez incluidos en lista eran priorizados localmente. Análisis con modelo de Cox multivariante: edad, etiología, tamaño tumoral, alfafetoproteína pretrasplante, microinvasión en explante, grado de diferenciación, progresión dentro de Milán. Se seleccionaron para el modelo final variables con $p < 0,15$

RESULTADOS: Se trasplantaron 79 CHC, 13 (16.45 %) con DS eficaz (TACE 5; TACE + radiofrecuencia: 6; Ytrio+TACE: 1; TACE+RF+Ytrio:1). Tamaño tumoral medio en el momento de la DS de 75,7 mm (20,02). No hubo diferencias en etiología, MELD, alfafetoproteína. Los pacientes DS fueron más jóvenes [53.5 (2.8) Vs. 56,8 (5,9) años; $p=0,005$]. 14 pacientes (17.7 %) presentaron recidiva o fallecieron. La supervivencia global libre de recidiva fue de 93 % y 85 % a 1 y 3 años, sin diferencias entre los pacientes con y sin DS (92 % Vs 93 % y 64 % Vs. 89 % a 1 y 3 años; log-rank=2.44; $p=0.118$). En el análisis univariante, la invasión microvascular [(HR 2.41; IC 95 % 0.67-8.70); $p=0.15$], el alcohol [(HR 3.37; IC 95 % 1.13-10.09); $p=0.030$] y DS [(HR 2.47; IC 95 % 0.77-7.93); $p=0.13$], se asociaron a supervivencia libre de recidiva. En el análisis multivariado, únicamente el consumo de alcohol se asoció de forma independiente [(HR 3.41; IC 95 % 1.13-10.27); $p=0.030$]

CONCLUSIONES: Una estrategia selectiva de DS con reducción relevante de la masa tumoral y ausencia de progresión tumoral tras la misma, permite realizar trasplante en pacientes fuera de criterios de Milán sin impactar en la supervivencia libre de recidiva

P-63

OTRAS CAUSAS DE TRASPLANTE HEPÁTICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Noelia García Fernández, Carmen Cepeda Franco, Pablo Beltrán Miranda, Francisco Javier Padillo Ruiz, Miguel Ángel Gómez Bravo

Cirugía General y Del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla.

OBJETIVO: El objetivo de este trabajo es revisar el papel del trasplante hepático en enfermedades infrecuentes como la hemangiomatosis hepática difusa, a propósito de la presentación de un caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODO: Se presenta el caso de una mujer de 61 años con hemangiomas hepáticos (HH) conocidos y asintomáticos. Ante la presencia de dolor abdominal inespecífico y pérdida de peso, se detecta en ecografía abdominal crecimiento de dichas lesiones. La RMN con gadolinio describe grandes HH bilaterales (diámetro máximo de 20 cm) con escaso parénquima, produciendo compresión a nivel de vena suprahepática. Tras valoración en Comité de Trasplante Hepático, se incluye en lista de espera como indicación especial (hemangiomatosis hepática difusa) con MELD 8. En la intervención, se objetiva hígado con grandes HH, que sobrepasa 10 traveses de dedo el borde costal derecho (figuras 1 y 2). En el seguimiento posterior presenta buena evolución, sin ninguna complicación vascular, infecciosa ni inmunológica durante los 12 primeros meses post-trasplante.

RESULTADOS: La hemangiomatosis hepática con reemplazo del parénquima hepático en el adulto es extremadamente rara. La mayoría de los HH son de pequeño tamaño y asintomáticos, siendo adecuado un manejo conservador. El tratamiento de hemangiomas sintomáticos o gigantes, debe valorarse en comité multidisciplinar y decidirse en función de la severidad de los síntomas y el riesgo de ruptura o complicación. La presencia de hemangiomatosis hepática difusa condiciona el tratamiento quirúrgico, si la reserva de hígado sano es limitada, la resección debe evitarse, y el tratamiento indicado sería el trasplante hepático.

CONCLUSIÓN: Hay escasos casos descritos en la literatura sobre el trasplante hepático en pacientes adultos con hemangiomatosis hepática difusa, pero debe considerarse esta indicación especial cuando la cirugía no pueda ser curativa.

Hígado de gran tamaño con grandes HH que sobrepasan 10 traveses de dedo el borde costal derecho.  http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d71963283bb2_Imagen+1.png

P-64

RECONSTRUCCIÓN ARTERIAL CON INJERTO DE TRONCO CELÍACO A LA ARTERIA ESPLÉNICA COMO SOLUCIÓN A LA TROMBOSIS ARTERIAL INTRAOPERATORIA

Patricia Ahechu Garayoa, Sara Esteban Gordillo, Juan Luján Colás, Ana Almeida Vargas, Pablo Martí Cruchaga, Gabriel Zozaya Larequi, Fernando Pardo Sánchez, Fernando Rotellar Sastre

Cirugía General, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

INTRODUCCIÓN: La trombosis de la arteria hepática es la complicación vascular más frecuente tras el trasplante hepático (TH) y también la que mayor impacto pronóstico tiene en la supervivencia tanto del injerto como del paciente. Su incidencia se estima entre el 3-8%.

CASO CLÍNICO: Varón de 49 años con diagnóstico de hiperplasia nodular regenerativa con hipertensión portal. Como complicaciones había presentado ascitis refractaria con necesidad de paracentesis de repetición, varices esofágicas (colocación de bandas endoscópicas en dos ocasiones) y un episodio de peritonitis bacteriana espontánea por E. Coli. Además, el paciente presenta trombosis completa de la vena esplénica en tratamiento anticoagulante. Con un MELD de 15 se incluye en lista de espera. En agosto de 2019 se realiza TH de donante cadáver con técnica de piggy back. Al finalizar la anastomosis arterial entre la bifurcación de la arteria hepática común del receptor y la arteria hepática propia del donante, se aprecia ausencia de flujo en la misma. Se revisa la anastomosis y se aprecia disección de la íntima con trombosis asociada en la arteria del receptor. Se decide rehacer la anastomosis arterial entre la arteria hepática del donante y la arteria esplénica del receptor con interposición de un injerto arterial proveniente del tronco celíaco del donante. Nueva comprobación con ecodoppler con valor de flujo arterial adecuado. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. No evidencia en la actualidad de problemas derivados de la irrigación arterial.

CONCLUSIÓN: La medición de flujos hepáticos es imprescindible para prevenir la aparición de complicaciones postoperatorias graves que comprometen la supervivencia tanto del injerto como del paciente. La ausencia de flujo arterial en la medición intraoperatoria obliga a revisar la anastomosis. La anastomosis a la arteria esplénica, con o sin injerto vascular, es una alternativa segura en caso de arteria hepática inapropiada, con buenos resultados a corto y largo plazo, especialmente en los casos de primer trasplante.

P-65

EXPERIENCIA EN LA TRANSICIÓN DE CUIDADOS DEL PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO PEDIÁTRICO AL MEDIO ADULTO

Maria Senosiáin, Mirari San Felix, Patricia Salvador, Milagros Testillano, Jose Ramon Fernandez, Mikel Gastaca, Patricia Ruiz-Ordorica, Alberto Ventoso, Mikel Prieto, Ibone Palomares, Andres Valdivieso, Maria Jesus Suarez, Francisco Javier Bustamante

Aparato Digestivo, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

OBJETIVO: Describir nuestra experiencia con población trasplantada en la infancia/adolescencia y su evolución durante la edad adulta.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo de población trasplantada en la infancia/adolescencia seguida en la consulta de trasplante hepático de adultos en País Vasco.

RESULTADOS: En esta consulta se atienden 34 pacientes trasplantados en la infancia/adolescencia. La mediana de edad al trasplante fue de 14,3 años (IQR 3,6-22,5). Dieciséis pacientes (47,1%) se trasplantaron en nuestro centro y el resto en centros pediátricos. Las etiologías más frecuentes fueron: atresia biliar 7 (20,6%), hepatitis autoinmune 5 (14,7%), síndrome de Alagille 3 (8,8%) y tirosinemia 3 (8,8%). Cinco pacientes (14,7%) presentaban comorbilidades congénitas; cardiológicas (8,8%) y neurológicas (5,9%). Como comorbilidades adquiridas destacan: Psiquiátricas: 9 (26,5%); Insuficiencia renal crónica: 7 (20,6%); Patología ósea: raquitismo 1 (2,9%), osteoporosis 5 (14,7%), osteopenia 7 (20,6%); Neoplasias (5,9%): 1 teratoma ovárico, 1 adenocarcinoma gástrico. Hasta el último seguimiento se registraron 2 fallecimientos (5,9%) (1 rechazo crónico y 1 adenocarcinoma gástrico) y 3 retrasplantes (8,8%). 4 (11,8%) Pacientes han presentado disfunción crónica del injerto, 3 (8,8%) de ellos por rechazo crónico. Además, se han diagnosticado 2 (5,9%) episodios de rechazo agudo. Siete pacientes (20,6%) presentaron mala adherencia al tratamiento según la prescripción electrónica; además 4 (11,8%) de estos siete tuvieron mala adherencia al seguimiento. Ningún paciente refiere consumo OH o de otros tóxicos, aunque 4 (12,5%) reconocen tabaquismo. El 59,4% de los pacientes están trabajando y el 34,3% estudian. Cinco pacientes (14,7%) han tenido gestaciones a término.

CONCLUSIONES: Se trata de una población compleja y heterogénea con patologías congénitas asociadas y frecuentes comorbilidades por inmunosupresión crónica. Destaca la elevada prevalencia de patología psiquiátrica, muchas veces asociada a mala adherencia. Por todo ello es esencial una estrategia de seguimiento multidisciplinar que incluya enfermería especializada y control psicológico para optimizar su evolución a largo plazo.

P-66

TROMBOELASTOGRAFÍA Y TEST CONVENCIONALES DE COAGULACIÓN. COMPARACIÓN PREQUIRÚRGICA EN PACIENTES CIRRÓTICOS SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

Gonzalo Javier Perez Villarejo, Veronica Perez Millon, Pablo Lara Gomez

Anestesiología y Reanimación, HRU de Málaga.

OBJETIVOS: En comparación con los test convencionales de coagulación (TCC): INR, TTPa o recuento plaquetario, la tromboelastografía (TEG) ofrece información precisa e inmediata sobre la hemostasia, permitiendo intervenciones profilácticas y terapéuticas específicas tan importantes en los pacientes cirróticos que serán sometidos a trasplante hepático (TH). Dado que es común recurrir a la administración de cristaloides y hemoderivados en esta cirugía, nuestro objetivo es evaluar la hemostasia en pacientes cirróticos sometidos a TH a su llegada a quirófano, para reducir el sangrado y requerimientos transfusionales.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se analizan prospectivamente las alteraciones de los TCC y TEG previos a cirugía en 33 pacientes con cirrosis hepática de cualquier etiología.

RESULTADOS: La hemostasia fue anormal y se observaron valores anormales en los test de laboratorio de todos los pacientes, siendo el TEG normal en 11 pacientes. La alteración más común en TEG fue la hipocoagulabilidad, asociada en la mayoría de los casos a hiperfibrinolisis.

CONCLUSIONES: Las alteraciones de laboratorio de la hemostasia se presentaron en la totalidad de los pacientes, pero se acompañaron de escasas manifestaciones clínicas. Esto es concordante con lo que se ha planteado en los pacientes con cirrosis hepática y el "rebalance de la hemostasia", donde la alteración de factores anti- y procoagulantes llevan a un nuevo equilibrio clínico. El análisis del balance de transfusión de hemoderivados en ambos grupos nos dio como resultado la mayor transfusión de plasma fresco congelado y plaquetas en el grupo de los test tradicionales con relación estadística, sin embargo, fue fibrinógeno el más frecuente en ambos grupos. Continuaremos con el manejo y la implantación de algoritmos basados en la TEG para el control del sangrado perioperatorio, dado que los estudios y la evidencia disponible actualmente han demostrado reducir el sangrado y los requerimientos transfusionales, con la disminución de morbimortalidad que ello lleva asociado.

P-67

USO DE INHIBIDORES DE LA FOSFODIESTERASA EN TRASPLANTE HEPÁTICO TRAS DISFUNCIÓN MIOCÁRDICA DERECHA

Gonzalo Javier Perez Villarejo, Antonio Rueda Cobos, Veronica Perez Millon

Anestesiología y Reanimación, HRU de Málaga.

La incidencia de miocardiopatía por cirrosis enólica es frecuente y presentan hipertensión pulmonar leve e incipiente.

Se manifiesta como disfunción de ventrículo derecho, síndrome de reperfusión e insuficiencia cardíaca congestiva postoperatoria.

La monitorización presenta Hipertensión Pulmonar leve y ETE comprueba disminución contráctil de cavidades derechas.

Presentamos serie de casos con: HTP leve (Papm: 32-36), resistencias vasculares periféricas aumentadas (>1400-1600 dyn/seg/cm⁵), FE:42-47%, pinzamientos costofrénicos, y función renal conservada.

Esta decisión surge por deterioro del gasto cardíaco y aumento de las presiones pulmonares y resistencias vasculares durante el inicio de la fase anhepática.

Se procede al uso de milrinona con balance hídrico negativo y optimización del gasto cardíaco. Observamos el comportamiento hemodinámico y obtenemos estas conclusiones.

Milrinona es cardiotónico inhibidor de la fosfodiesterasa, con inicio de acción de 5-10 minutos. Usamos dosis de carga de 50mg/Kg en 10-15 minutos, y pasamos a perfusión continua entre 0.375-0.5 mg/Kg/min.

Se mantuvo desde fase anhepática hasta postoperatorio inmediato. Se consiguió retirar antes de 16 horas postintervención, sin presencia de disfunción derecha, cardiopatía congestiva ni deterioro hemodinámico.

Se observaron aumento de la frecuencia cardíaca dos horas del inicio de la perfusión sin arritmias, diuresis conservada (150-220 ml/h) sin aporte hídrico, y disminución de presiones pulmonares y resistencias vasculares.

No se produjo síndrome de reperfusión ni apoyo de otras drogas vasoactivas.

Este estudio aporta que milrinona es una alternativa como droga vasoactiva para disfunción derecha secundaria a miocardiopatía enólica.

La monitorización de las presiones pulmonares, resistencias vasculares y gasto cardíaco aconseja uso de ETE como la gold estándar.

Mantiene un estado hemodinámico óptimo para perfusión renal.

La HTP no controlada lleva a aumento de morbilidad y mortalidad y su consecuencia es disfunción derecha cardíaca.

P-68

HEPATITIS AUTOINMUNE AGUDA Y TRASPLANTE HEPÁTICO

Laura Arias, [Maria Senosiain](#), Patricia Salvador, Jose Ramon Fernandez, Milagros Testillano, Mikel Gastaca, Patricia Ruiz-Ordorica, Mikel Prieto, Ibone Palomares, Andres Valdivieso, Maria Jesús Suarez, Francisco Javier Bustamante

Aparato Digestivo, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

OBJETIVO: Describir la evolución de pacientes con hepatitis autoinmune aguda que ingresan en nuestro centro y la utilidad del delta MELD-Na con tratamiento para predecir la necesidad de trasplante.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de una base prospectiva de pacientes con HAI de presentación aguda de etiología autoinmune que ingresaron en nuestro centro entre Septiembre 2016 y diciembre 2018.

RESULTADOS: En este periodo ingresaron 30 pacientes con HAI aguda, con una mediana de seguimiento 36,1 meses (IC 95%, 7,21-65,02). 17 (56,6%) presentaban HAI aguda no severa (ictericia sin coagulopatía), 8 (26,6%) HAI severa y 5 (16,6%) FHF. La mediana de edad fue 56,6 años (IQR 39- 65,19). Al ingreso la mediana de MELD fue 17,5 (IQR 13,75-21,75). 25 (83,3%) recibieron corticoides. 5 (16,7%) precisaron trasplante sin recibir tratamiento previo. 9 (30%) desarrollaron ascitis y 5 (16,6%) EH. 8 (26,7%) precisaron trasplante, 5 por FHF y otros 3 por deterioro pese a tratamiento. Murieron 4 (13,3%), todos por aspergilosis, 2 pretrasplante y 2 post. Todos los fallecidos recibieron inmunosupresión y todos los fallecidos y trasplantados presentaban un MELD \geq 19 al inicio del tratamiento. La mediana de MELDNa al inicio tratamiento 18,5 (IQR 15,75-20,25) y al 7º día 13 (IQR 11-16). De los 23 pacientes en los que se realizó MELDNa a días 0 y 7 de tratamiento, 21 presentaron caída \geq 2 puntos MELDNa. Los 2 que no mejoraron fallecieron por aspergilosis, uno pretrasplante y otro post. Las curvas de supervivencia según respuesta resultaron significativamente diferentes (log Rank chi cuadrado 12,13 P 0,00).

CONCLUSIÓN: Casi el 50% ingresan con criterios de severidad por lo que es necesario un alto índice de sospecha para inicio precoz de tratamiento. La EH, MELD-Na \geq 19 y ausencia de mejoría de MELDNa con tto parecen asociarse a mal pronóstico y necesidad de trasplante. Los pacientes que han recibido tratamiento y precisan trasplante tienen riesgo elevado de infecciones oportunistas.

P-69

RECONSTRUCCIÓN BILIAR DIFERIDA EN TRASPLANTE HEPÁTICO: DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DE CASOS CLÍNICOS PEDIÁTRICOS

Mar Dalmau (1), Concepción Gómez-Gavara (2), José Andrés Molino (3), Cristina Dopazo (2), Elizabeth Pando (2), Mireia Caralt (2), Ernest Hidalgo (2), Itxarone Bilbao (2), Ramón Charco (2)

(1) Servicio de Cirugía General y Digestiva, (2) Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplantes, (3) Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona.

INTRODUCCIÓN: la reconstrucción biliar diferida en el trasplante hepático pediátrico es una técnica factible a considerar en casos de alta complejidad técnica y en situación clínica aguda durante el trasplante, sin añadir mayor grado de comorbilidad postoperatoria en el receptor.

MÉTODOS: análisis retrospectivo de 4 casos de trasplante hepático pediátrico con reconstrucción biliar diferida entre enero 2015 y diciembre de 2018. El objetivo es describir los casos en los cuales se ha utilizado dicha técnica en nuestro centro y sus resultados.

RESULTADOS: de los 54 trasplantes pediátricos, se completó la reconstrucción biliar en segundo tiempo en un 7,4% de los casos debido a: problemas en la vascularización, necesidad de traslado a radiología intervencionista o inestabilidad hemodinámica durante el trasplante. La reconstrucción biliar se realizó a los 7 días mediante hepatoyeyunostomía en Y de Roux en todos los casos. Como complicaciones en el postoperatorio precoz se detectan dos casos de disfunción primaria del injerto, un caso de trombosis arterial y otro de estenosis biliar. La supervivencia del injerto y del paciente durante el periodo de seguimiento fue del 100%.

CONCLUSIÓN: la reconstrucción biliar diferida en el trasplante hepático pediátrico es una técnica de recurso a considerar en situaciones de alta complejidad quirúrgica, a la que se añade un contexto de inestabilidad hemodinámica o incidencias en la permeabilidad vascular del injerto.

P-70

EMPEORAMIENTO NEUROLÓGICO PRECOZ TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTE CON ENFERMEDAD DE WILSON

Cándido Fernando Alcázar (1), Gonzalo Rodríguez Laiz (1), Paola Melgar (1), Mariano Franco (1), Carmen Díaz (2), Pablo Bellot (3), María Rodríguez (3), Sonia Pascual (3), Cayetano Miralles (3), José María Palazón (3), Patricio Más (4), Félix Lluís (1)

(1) S. Cirugía general y del Aparato Digestivo. Unidad de HBP y Trasplante Hepático, (2) S. Neurología, (3) S. Medicina Digestiva. Unidad Hepática y de Trasplante Hepático, (4) S. Farmacia Hospitalaria. Hospital General Universitario de Alicante.

La enfermedad de Wilson es una enfermedad autosómica recesiva del metabolismo del cobre (gen ATP7B, cromosoma 13, expresado en el hígado) que afecta a 1 entre 30.000-100.000 individuos. La alteración de la proteína ATP7B se traduce en un aumento del nivel de cobre hepático y plasmático, condicionando cirrosis y alteraciones neurológicas que pueden empeorar tras el inicio del tratamiento médico, como consecuencia de una movilización del cobre acumulado en el hígado hacia otros órganos.

El trasplante hepático es el único tratamiento curativo de la enfermedad, tanto si hay fallo hepático fulminante como cirrosis descompensada sin respuesta al tratamiento farmacológico, en cuyo caso se obtienen los mejores resultados de supervivencia. Las manifestaciones neurológicas suelen mejorar tras el trasplante, que está contraindicado cuando estas son severas o impiden la adherencia al tratamiento inmunosupresor.

Mujer de 59 años, sin hábitos tóxicos, diagnosticada en 2015 de leucemia linfática crónica estadio A1 sin tratamiento, y en 2018 de cirrosis hepática tras descompensación hidrópica (ascitis), aunque no consultó por síntomas neurológicos, tenía un síndrome hipocinético leve. Se detectó nivel de ceruloplasmina 5 mg/dL, cobre en orina 715 mg/dL y cobre en orina horaria de 1825 mg/24 h. Estudio genético fue positivo para enfermedad de Wilson con 3 alteraciones en el gen ATP7B. Se incluyó en lista de trasplante hepático tras empeoramiento clínico y neurológico. MELD 20, MELD Na+ 26. Recibió un implante tras donación por muerte encefálica en febrero 2019, unos días antes había comenzado tratamiento con zinc y trientina. Se indujo con basiliximab. Presentó bradicinesia grave, con mutismo, afagia y rigidez de tipo extrapiramidal. Se inició tratamiento con L-DOPA, su evolución fue satisfactoria, y fue alta al 8º día. No hemos encontrado casos descritos en los que tras el trasplante hepático, pacientes con enfermedad de Wilson desarrollen inmediatamente clínica neurológica con manifestaciones extra- y piramidales.

P-71

COMPARACIÓN ENTRE DOS FORMAS DE PRESENTACIÓN DE TACROLIMUS DE LIBERACIÓN PROLONGADA (ENVARUS Y ADVAGRAF)

Juan Antonio Otegui (1), Lorena Martínez (1), Alejandro Bojorquez (1), Félix Alegre (1), Mercedes Iñarrairegui (1), Fernando Rotellar (2), Jon Zuaznabar (1), Ignacio Herrero (1)

(1) Hepatología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona, (2) Cirugía general

En la actualidad hay dos presentaciones de Tacrolimus de liberación prolongada con diferencias farmacocinéticas entre ambas. El objetivo de este estudio es compararlas retrospectivamente.

PACIENTES Y MÉTODOS: Entre septiembre de 2016 y agosto de 2019 se trasplantaron 63 pacientes. Se estudiaron retrospectivamente 37 pacientes que recibieron tratamiento inmunosupresor inicial con Tacrolimus (Advagraf a dosis inicial de 0.12 mg/Kg/día; N = 23, o Envarsus a dosis inicial de 0.07 mg/Kg/día; N = 14) y Micofenolato Mofetil (2.000 mg/día); sin corticoides. Se compararon las dosis y niveles de Tacrolimus y evolución de función renal entre ambos grupos.

RESULTADOS: Ambos grupos fueron comparables basalmente (edad, sexo, peso, índice de masa corporal, MELD, creatinina e indicación de trasplante). Los pacientes tratados con Envarsus recibieron dosis significativamente menores en las semanas 1, 4, 12, 24 y 52 post trasplante que los tratados con Advagraf, con niveles valle de Tacrolimus y creatinina plasmática comparables entre ambas. Se inició tratamiento con Prednisona a bajas dosis (20 mg/día) por rechazo agudo o sospecha de rechazo agudo en 12 pacientes tratados con Advagraf (52%) y 6 tratados con Envarsus (43%). En ningún caso fueron necesarios bolos de corticoides.

CONCLUSIÓN: Las dosis necesarias de Envarsus para alcanzar un inmunosupresión adecuada son menores a las que se requieren con Advagraf.

P-72

TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTE CON PORFIRIA AGUDA INTERMITENTE RESISTENTE A TRATAMIENTO MÉDICO

Cándido Fernando Alcázar (1), Gonzalo Rodríguez Laiz (1), Mariano Franco (1), Paola Melgar (1), Julia Portilla (2), Sonia Pascual (3), María Rodríguez (3), Pablo Bellot (3), Cayetano Miralles (3), José María Palazón (3), Patricio Más (4), María Rosario Sánchez (2), Félix Lluís (1)

(1) S. Cirugía General y del Aparato Digestivo. Unidad HBP y de Trasplante Hepático, (2) S. Medicina Interna, (3) S. Medicina Digestiva. Unidad Hepática y de Trasplante Hepático, (4) S. Farmacia Hospitalaria. Hospital General Universitario de Alicante.

Mujer de 35 años que en 2011 inició cuadro de dolor abdominal intenso, orinas oscuras e hiponatremia. Se realizó test de Hoesch que resultó positivo y posteriormente se objetivó elevación de porfobilinógeno (PBG) y ácido aminolevulínico (ALA) en orina. Con el diagnóstico de Porfiria Aguda Intermitente (PAI), se inició tratamiento con hemina intravenosa y se logró mejoría clínica.

La paciente continuó con crisis, cada vez más frecuentes de PAI, desencadenadas por estrés o menstruación, que precisaban hemina intravenosa sin mejoría. Se intentaron terapias genéticas y farmacológicas en investigación, además de una ooforectomía profiláctica, que resultaron ineficaces. Las crisis resistentes al tratamiento desembocaron en complicaciones asociadas: polineuropatía motora axonal, alucinaciones visuales, osteoporosis y adicción a opiáceos.

Se incluyó en lista de trasplante hepático (TxH), y en 2019 recibió un órgano de donante en muerte encefálica. Las porfirinas en orina se negativizaron el 2º día postrasplante, y fue alta hospitalaria al 6º día. Desde entonces no ha presentado crisis, ni precisado tratamiento analgésico.

La PAI es una enfermedad metabólica autosómica dominante producida por una alteración de la porfobilinógeno deaminasa de la vía de síntesis del grupo hemo, provocando un acúmulo de ALA y PBG. Para realizar su diagnóstico se precisa un alto índice de sospecha clínica en pacientes con dolor abdominal. El tratamiento de elección es hemina iv. El 82% de las porfirias evolucionan satisfactoriamente, pero un 10-15% evolucionan con crisis frecuentes sin respuesta al tratamiento. Además, la infusión repetitiva de hemina puede desencadenar resistencia a la misma. En nuestro caso, se intentaron todos los tratamientos disponibles sin mejoría, y apareció resistencia al tratamiento con hemina. Se realizó un TxH como última opción terapéutica, valorando el alto riesgo de complicaciones de este tipo de intervención. Sin embargo, el TxH ha curado la PAI en nuestra paciente.

P-73

VENA PORTA PREVESICULAR, UNA VARIANTE ANATÓMICA EXCEPCIONAL

Carmen García Gutiérrez, Carmen García Bernardo, Alberto Miyar, Lorena Solar, Sandra Sanz, Aida Suárez, Tamara Diaz, Daniel Fernández, Jose Electo Granero, Ignacio González-Pinto

Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

OBJETIVOS: Poner en conocimiento de todos una variante anatómica inusual de la vena porta como posible hallazgo a la hora de realizar un trasplante hepático.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se revisó la historia clínica, procedimiento quirúrgico y evolución del caso clínico; así como la bibliografía en relación a variantes en la anatomía hepática.

RESULTADOS: Mujer de 64 años con neoplasia de endometrio tratada con cirugía y radioterapia hace 8 años, e historia de CBP de 20 años de evolución, en estadio Child Pugh B 7/15 y MELD 10, con ascitis que precisa paracentesis evacuadoras, PBE en dos ocasiones, HTP y varices esofágicas. Se propone en Comité para trasplante hepático. En estudios preoperatorios (ecografía, TAC, ileocavografía y arteriografía) se objetivó porta permeable con trayecto anómalo en posible relación con trombosis con recanalización a partir de una colateral y entrada por el segmento IV; o tratarse de una variante anatómica; así como vena cava inferior izquierda, sin identificarse cava retrohepática. Durante la intervención se localiza la porta ventral a la vesícula (imagen 1), por delante del duodeno y páncreas, objetivando también ausencia total de cava retrohepática (la cava inferior es izquierda y desemboca en la ácidos). Se realiza el implante según técnica habitual obteniendo flujos en arteria hepática de 180 ml/min y en porta 1900 ml/min. Evolución postoperatoria sin incidencias. Asintomática hasta aparición de recidiva pélvica de origen endometrial tras 9 años, intervenida actualmente.

CONCLUSIONES: Las variantes anatómicas vasculares y biliares suponen un reto para los cirujanos y es importante su conocimiento previo a la intervención para actuar en consecuencia. Si bien es cierto que su incidencia en variantes arteriales es alta, es infrecuente en las venosas, no suponiendo efectos adversos ni hemodinámicos ni médicos para el paciente, siempre y cuando el proceder técnico y quirúrgico sea el adecuado. El caso presentado como variante portal es excepcional.

 http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d726983b27f7_IMAGEN+1.JPG

P-74

UTILIDAD DE UN PROGRAMA DE SCREENING ACTIVO DE LA DETERMINACIÓN DE ETILGLUCURÓNIDO EN ORINA PARA LA CONFIRMACIÓN DE ABSTINENCIA ALCOHÓLICA PREVIO A LA INCLUSIÓN EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE HEPÁTICO

Patricio Más Serrano (1), Claudia Colomer (1), Sonia Pascual (2), María Rodríguez (2), Pablo Bellot (2), Jose María Palazón (2), Ángela Pascual (1), Josefa Boada (1), Paola Melgar (3), Cándido Alcaráz (3), Gonzalo Rodríguez Laíz (3), Mariano Franco (3), María Teresa Pomares (2), Juan Selva (1), [Cayetano Miralles](#) (2)

(1) Farmacia Hospitalaria, (2) Digestivo, (3) Cirugía Digestiva. Unidad de Trasplantes. Hospital General Universitario de Alicante.

OBJETIVO: El etilglucurónido es un metabolito del etanol que puede detectarse en orina transcurridas hasta 80 h tras la ingesta etílica. Actualmente, en nuestro centro se ha implantado utilizando dicho marcador un programa de screening activo de mantenimiento de abstinencia de pacientes con cirrosis de etiología enólica previo a su inclusión en lista de trasplante hepático. El objetivo del estudio fue determinar el porcentaje de pacientes con consumo de alcohol detectados a través de un programa de screening activo de consumo utilizando el etilglucurónido urinario como marcador de abstinencia.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Se incluyeron todos los pacientes con cirrosis alcohólica incluidos en el programa de screening activo de mantenimiento de abstinencia. Este programa consiste en el seguimiento del consumo de etanol mediante determinación seriada de etilglucurónido urinario antes y durante la inclusión en lista de espera de trasplante hepático. Se definió consumo de etanol cuando la concentración de etilglucurónido fue superior a 200 ng/mL. La determinación de etilglucurónido se realizó mediante inmunoensayo en la plataforma Indiko Plus (R) (Thermo (R)); rango de determinación: 100-2000 ng/mL.

RESULTADOS: Entre 2015 y 2019, se incluyeron 92 pacientes en el programa (edad media de 57 años; mediana MELD: 18), de los que 28.2% (n=26) de los pacientes continuaban consumiendo alcohol y, de estos, 8 pacientes cumplen la abstinencia y acceden a la lista de trasplante. En 64 pacientes todos los controles de etilglucurónido fueron negativos antes del trasplante. Del total de pacientes en el programa, 44 pacientes han sido trasplantados, de estos 30 pacientes se incluyeron en el programa de seguimiento post-trasplante y en 8 pacientes (26.6%) se detectó algún control positivo.

CONCLUSIONES: La determinación de etilglucurónido es una herramienta útil para detectar pacientes en abstinencia que puedan ser incluidos en el programa de trasplante y también para la detección de recaídas una vez trasplantados.

P-75

SEGUIMIENTO DE LA RECAÍDA ETÍLICA EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO A TRAVÉS DE LA DETERMINACIÓN DE ETILGLUCURÓNIDO EN ORINA

[Angela Pascual](#) (1), Patricio Más (1), Cayetano Miralles (2), Sonia Pascual (2), María Rodríguez (2), Pablo Bellot (2), Jose María Palazón (2), Pepa Boada (1), Paola Melgar (3), Cándido Alcaráz (3), Gonzalo Rodríguez (3), Mariano Franco (3), Claudia Colomer (1), Juan Selva (1)

(1) Servicio de Farmacia, (2) Digestivo, (3) Cirugía digestiva Unidad de Trasplante. Hospital General Universitario de Alicante.

INTRODUCCIÓN: El etilglucurónido es un metabolito estable del etanol que puede detectarse en orina transcurridas hasta 80 h tras la ingesta etílica, por lo tanto podría ser utilizado como herramienta de diagnóstico en pacientes que han sido sometidos a trasplante hepático debido a cirrosis etílica y que han vuelto a ingerir alcohol posttrasplante

OBJETIVO: Cuantificar la tasa de recaída de ingesta etílica en pacientes trasplantados hepático y analizar las complicaciones postrasplante en pacientes con etilglucurónido positivo comparándolas con aquellos pacientes en los que el etilglucurónido ha sido negativo.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio analítico intervencional en el que se incluyeron 220 pacientes trasplantados hepáticos desde septiembre de 2012 a mayo de 2018. Las variables que se analizaron fueron edad, sexo, diagnóstico y etiología de trasplante, bilirrubina total, transaminasas y pacientes en los que se le realizó la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE) en las fechas donde se analizó el etilglucurónido y complicaciones postrasplante. La determinación del etilglucurónido se llevó a cabo en el analizador Dimension (rango de detección 200 a 2000 ng/ml). Los resultados obtenidos se informaban cualitativamente como positivo o negativo.

RESULTADOS: En el análisis se incluyeron 101 pacientes (9.9% mujeres, 91.1% hombres) a los que se les realizó la determinación del etilglucurónido; con edad media de 58 años (p25-p75 54-64) y un MELD de 17 (p25-p75: 16-20). El diagnóstico principal fue hepatocarcinoma (53.5%), seguido de cirrosis (9.6%) y ascitis (12.7%). La tasa de recaída etílica en la que el etilglucurónido se informó como positivo fue de un 30.7% (31 pacientes). No se encontraron diferencias significativas entre los grupos de no recaída y recaída en cuanto a la bilirrubina, ALT y FA excepto para la AST y GGT (p > 0.05)

CONCLUSIONES: El etilglucurónido es un buen indicador de la recidiva alcohólica de los pacientes trasplantados que puede llevarse a cabo en la práctica clínica diaria de forma fácil, cómoda y segura.

P-76

EMBARAZO Y TRASPLANTE HEPÁTICO

Patricia García Muñoz, Noelia García Fernández, Carmen Bernal Bellido, Francisco Javier Padillo Ruiz, Miguel Ángel Gómez Bravo

Cirugía General y Del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla.

OBJETIVO: Determinar la incidencia de embarazos tras el trasplante hepático en nuestra serie así como analizar alteraciones del perfil hepático y complicaciones asociadas a la madre o al feto.

MATERIAL Y MÉTODOS: Presentamos un estudio de cohortes retrospectivo de 326 mujeres trasplantadas hepáticas de 1990 a 2018 en nuestra unidad. Para ello analizamos pacientes trasplantadas en edad fértil (14-45 años), número de embarazos, tipo de parto, y características del recién nacido, así como perfil hepático y tratamiento inmunosupresor durante el mismo. También se analizó la supervivencia de las mismas. Se excluyeron a las pacientes fallecidas en el primer año postrasplante. Los datos continuos se informaron como medias. Las estimaciones de supervivencia se calcularon utilizando el método de Kaplan-Meier, la comparación de resultados entre los grupos se realizó mediante la prueba de log-rank. Consideramos una p inferior a 0,05 como estadísticamente significativo.

RESULTADOS: De las 326 mujeres trasplantadas, 57 recibieron el órgano entre los 14 y 45 años, situándose la incidencia de embarazo a término en el 10,5% mientras que hubo una tasa del 5,2% de abortos. La edad media gestacional fue de 38 semanas con un peso medio de 3015mg. El intervalo medio de tiempo desde el trasplante hasta el embarazo fue de unos 36 meses. La tasa de cesárea fue del 3,5%. El perfil hepático de nuestras pacientes permaneció estable casi en su totalidad, existiendo un caso de rechazo agudo del injerto durante el embarazo. La supervivencia a los 5 años del embarazo fue del 100%.

CONCLUSIONES: Con este análisis podemos concluir que el embarazo no supone un factor de riesgo en las pacientes trasplantadas en nuestra serie, excepto en el caso único de rechazo, transcurriendo sin complicaciones y con nacidos vivos sanos.

P-77

TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS TEMPRANA DE LA ARTERIA HEPÁTICA EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO

Maria Mercadal-Hally (1), Javier Juampérez (1), Mercedes Pérez (2), Iratxe Díez (2), Juan Ortega (3), José Andrés Molino (4), Ramón Charco (5), Jesús Quintero (1)

(1) Unidad Hepatología y Trasplante hepático pediátrico, (2) Servicio de Radiología Intervencionista, (3) Unidad de Cuidados Intensivos Pediátricos, (4) Servicio Cirugía Pediátrica, (5) Servicio cirugía HBP y trasplante. Hospital Universitario Vall d'Hebrón, Barcelona

OBJETIVO: Describir la eficacia, la permeabilidad a largo plazo de la arteria hepática y la evolución a largo plazo del injerto en pacientes pediátricos con trasplante hepático que presentan trombosis precoz de la arteria hepática (TAH), tratados mediante radiología intervencionista.

MÉTODOS: Revisión retrospectiva de pacientes pediátricos trasplantados de hígado. Se incluyeron aquellos pacientes pediátricos receptores de un trasplante hepático entre Enero de 2013 y Diciembre de 2018 que presentaron TAH en el primer mes post trasplante.

RESULTADOS: Se incluyeron 154 pacientes (54% mujeres), con una mediana de edad de 2.5 años en LT (1-8). Un total de 12 pacientes (7.7%) presentaron HAT, 50% mujeres (6/12) con una edad media en LT de 4,5 años (1-7,2). Ni la edad al TH ni el tipo de injerto se presentaron como factores de riesgo estadísticamente significativos. Las etiologías más frecuentes que presentaron TAH fueron la academia propiónica y la atresia de vías biliares (3 y 2 pacientes respectivamente). Aquellos pacientes con acidemias orgánicas presentaron un riesgo estadísticamente significativo para desarrollar TAH ($P < 0.05$). Todos los pacientes se trataron mediante radiología intervencionista (fibrinólisis, vasodilatadores y angioplastia con balón). En la mitad de los pacientes se colocó un stent en un primer tiempo. Un 40% (5/12) presentaron retrombosis por lo que requirieron colocación de stent o cirugía. Con una mediana de seguimiento de 3 años (1.75-5.5) un 75% (9/12) de los pacientes presentan arteria hepática permeable. Ningún paciente requirió un trasplante de hígado. Ninguno de los pacientes presentó complicaciones significativas atribuibles a la manipulación.

CONCLUSIONES: En nuestra experiencia, el tratamiento de la TAH en pacientes pediátricos mediante técnicas de radiología intervencionista es seguro y efectivo, incluso en el postoperatorio inmediato. En nuestra muestra, los pacientes con acidemias orgánicas presentaron una mayor incidencia de TAH en comparación con otras etiologías

P-78

REVERSIÓN DEL EFECTO BETABLOQUEANTE INTRAOPERATORIO EN TOH A PROPÓSITO DE UN CASO

Francisco Antonio Vela Núñez (1), Juan Jose Morales Dominguez (1), Laura Tejeda Borralló (2), Elvira Castellanos (1), Juan Luis López Romero (1)

(1) Anestesiología, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Anestesiología, Hospital Virgen de Valme

OBJETIVO: Evaluación del betabloqueo en pacientes cirróticos avanzados

MATERIAL Y MÉTODO: Caso clínico: Paciente de 56 años que se somete a trasplante ortotópico de hígado por cirrosis de origen enólico. MELD 21 betabloqueado con propranolol para tratamiento de la HTPortal. Al inicio del procedimiento monitorizamos el índice Cardíaco (IC), Frecuencia Cardíaca (FR), Volumen Sistólico (VS), y Resistencias Vasculares Indexadas (RVSI) mediante sistema Ev1000 de Edwards. Encontramos al paciente en situación de bajo gasto con IC de 1,6 L/min/m² y una FC de 50-60 l/min. Esta situación no pudo ser revertida con la administración inicial de 2 mg de atropina, añadiéndose 5 mg de glucagón en bolo e iniciando soporte con dobutamina y noradrenalina, que durante la fase anhepática tuvo que ser sustituida por adrenalina. La dosis de adrenalina pudo disminuirse progresivamente al finalizar la intervención y ser retirada a las pocas horas de postoperatorio en UCI.

RESULTADO: El tratamiento betabloqueante es parte fundamental del manejo médico del paciente cirrótico. Sin embargo, algunos estudios sugieren que este beneficio no ocurre así en todas las fases clínicas de la cirrosis hepática, especialmente en el estadio final donde se produce un agotamiento de los mecanismos compensatorios por mantener un adecuado gasto cardíaco (sobreactivación del sistema nervioso simpático y eje renina-angiotensina-aldosterona). En este momento donde mantener un adecuado gasto cardíaco y tensión arterial resulta fundamental para la supervivencia, la evidencia sugiere que los efectos hemodinámicos del betabloqueo podrían producir hipoperfusión orgánica, favoreciendo complicaciones importantes como el síndrome hepatorenal pudiendo disminuir la supervivencia en estos pacientes.

CONCLUSIONES: En las fases finales del paciente cirrótico, como puede ser situación pre-TOH, donde el sistema cardiovascular agota su capacidad compensatoria, la evidencia sugiere que los betabloqueantes podrían resultar perjudiciales y disminuir la supervivencia en este subgrupo de pacientes

P-79

PERFIL GLUCÉMICO INTRAOPERATORIO EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO: RESULTADOS 2017-2018

Vicente Padilla-Morales, Inmaculada Benitez-Linero, Guiomar Fernández-Castellano, María Angeles Fuentes-Pradera, Miguel Angel Gomez-Bravo, Juan Luis López-Romero

Anestesiología y Reanimación, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN: La hiperglucemia en el perioperatorio tiene un efecto directo sobre la evolución de los pacientes con trasplante hepático (TH). Glucemias > a 200 mg/dL, aumentan el riesgo de desarrollar infección de la herida quirúrgica, rechazo del TH y de mortalidad. Es preciso conocer y controlar las cifras de glucemia, su tendencia y evolución en las distintas fases de la cirugía de TH.

OBJETIVO: Describir el perfil de glucemias en el intraoperatorio del TH con el fin de identificar las fases con mayor riesgo de hiperglucemia

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio observacional retrospectivo. Se recogen 93 pacientes consecutivos a los que se le realiza TH en el Hospital Universitario Virgen del Rocío. de Marzo 2017 a Agosto 2018. Variables: glucemia basal, fase anhepática, fase de reperfusión y en postoperatorio inmediato.

RESULTADOS: La media de glucemia basal fue de 116,22 mg/dL (\pm 46,88), en la fase anhepática de 124,06 mg/dL (\pm 40,30), en la de reperfusión de 160,94 mg/dL (\pm 47,73) y en el postoperatorio inmediato de 177,035 mg/dL (\pm 51,59). Los percentiles 25, 50 y 75 fueron: fase basal (90,5- 105,6- 126 mg/dL), fase anhepática (102,25- 115,5- 137 mg/dL), fase reperfusión (127- 156- 184 mg/dL) y en F. postoperatoria (135,5- 161- 216 mg/dL). Se evidencia un aumento progresivo de las cifras de glucosa, partiendo de cifras en rango de normalidad hasta cifras superiores a los 200 mg/dL en un 29,03% de los pacientes.

CONCLUSIONES: La hiperglucemia intraoperatoria en el TH está asociada con graves complicaciones; Las fases de mayor riesgo de hiperglucemia son la de reperfusión hepática y postoperatorio inmediato; Han de establecerse protocolos para la prevención y el control intra y postoperatorio de las hiperglucemias con el fin de disminuir dicho riesgo.

P-80

IMPACTO DE LA EDAD AVANZADA DEL RECEPTOR EN LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

Diego López Guerra (1), Isabel Jaen Torrejimenó (1), Adela Rojas Holguin (1), Begoña García Gómez (1), Noelia De Armas Conde (1), Nerea Rodríguez Díez (2), Gerardo Blanco Fernández (1)

(1) Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, (2) Unidad de Hepatología. Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

INTRODUCCIÓN: Los avances en el tratamiento médico de enfermedades hepáticas crónicas han ocasionado un incremento de la expectativa de vida. Debido a esto, se ha incrementado la necesidad de trasplantar a pacientes con edad más avanzada. El objetivo fue analizar los resultados morbilidad y supervivencia en función de la edad del receptor.

MATERIAL Y MÉTODOS: Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes sometidos a trasplante hepático entre los años 2007-2018 en nuestro centro. Se dividieron los pacientes en dos grupos en función de la edad mayor o menor de 65 años. El límite máximo de edad durante este periodo fue de 70 años. Analizamos la morbilidad postoperatoria y la supervivencia.

RESULTADOS: Se han incluido 258 pacientes. Un total de 53 pacientes (20.5%) pertenecían al grupo de más de 65 años. No encontramos diferencias respecto a las características demográficas y comorbilidad pretrasplante. La puntuación MELD en el grupo > 65 años fue menor (13 vs 16; $p = 0.01$). No existen diferencias en las complicaciones globales postrasplante, así como las complicaciones biliares ni arteriales. La edad media del donante fue mayor en el grupo > 65 años (64 vs 57 años; $p = 0.01$). Encontramos una mayor mortalidad postoperatoria en el grupo > 65 años (18.2 vs 9.1%; $p = 0.07$). La supervivencia a largo plazo en aquellos pacientes que superaban el postoperatorio fue similar en ambos grupos 75% en > 65 años y 77% en < 65 años ($p = 0.92$).

CONCLUSIONES: Distintos estudios han mostrado resultados comparables en pacientes mayores cuidadosamente seleccionados comparados con grupos más jóvenes. La supervivencia a largo plazo en pacientes mayores de 65 años es similar al resto de pacientes una vez superado el postoperatorio donde parece haber una mayor mortalidad.

P-81

PREVALENCIA Y FACTORES PREDICTORES DE ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA NO ALCOHÓLICA DE-NOVO AL QUINTO AÑO POST-TRASPLANTE HEPÁTICO

Javier Tejedor Tejada (1), Esteban Fuentes Valenzuela (1), Rodrigo Nájera Muñoz (1), Félix García Pajares (1), Carolina Almohalla Alvarez (1), Fátima Sánchez Martín (1), Carmen Alonso Martín (1), David Pacheco Sánchez (2), Gloria Sánchez Antolín (1)

(1) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático; Servicio de aparato digestivo, (2) Servicio de cirugía general y aparato digestivo. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

INTRODUCCIÓN: La incidencia de enfermedad hepática grasa (EHGNA) de-novo alcanza el 20-30% al quinto año post-trasplante hepático (TOH). La EHGNA se asocia con un aumento de la morbi-mortalidad cardiovascular.

OBJETIVOS: Describir la proporción de EHGNA de-novo al quinto año post-TOH e identificar sus factores predictivos.

MATERIAL Y MÉTODOS: Análisis retrospectivo unicéntrico de los TOH realizados desde Enero 2001-Diciembre 2014. Definimos EHGNA como la evidencia radiológica de esteatosis de-novo en ausencia de otras etiologías. Se recogieron variables demográficas, clínicas, analíticas e histológicas. Se analizaron los factores predictivos de EHGNA de-novo al quinto año post-TOH mediante análisis multivariante y se realizó un análisis de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier.

RESULTADOS: Se incluyeron 252 pacientes con un primer TOH que alcanzaron el quinto año post-TOH, 78.6% hombres con una edad media de 54.9 años (DE ± 9.5). El alcohol (46%) y hepatitis virales (39.7%) fueron las principales etiologías de cirrosis. La incidencia de EHGNA de-novo al quinto año fue 36.1%. La incidencia de eventos cardiovasculares fue de 24.2% y el 21.2% en pacientes con y sin EHGNA, respectivamente ($p=0.58$). En el análisis multivariante, el sexo (OR 5.40, IC 95% 1.94-15.03), la obesidad (OR 3.72, IC 95% 1.27-10.89), el síndrome metabólico (OR 4.69, IC 95% 1.98-11.14) y la diabetes de-novo (OR 2.79, IC 95% 1.19-6.53), fueron predictivos de EHGNA de-novo. El 58-86% del grupo con EHGNA desarrolló fibrosis significativa ($\geq F2$). La supervivencia media en el grupo EHGNA fue de 166,3 frente 173,6 meses en el grupo control ($p=0.502$).

CONCLUSIONES: La EHGNA de-novo al quinto año post-TOH es frecuente y se asocia con comorbilidades cardiovasculares. El sexo, la obesidad, la diabetes de-novo y el síndrome metabólico fueron factores asociados con el desarrollo de EHGNA de-novo. Una proporción significativa de pacientes con EHGNA presentaban una fibrosis avanzada con herramientas no invasivas. Este grupo de pacientes tiende a una peor supervivencia.

P-82

UTILIDAD DE LA BIOPSIA RENAL TRANSYUGULAR PARA EVALUAR LA IDONEIDAD DEL TRASPLANTE HEPATORRENAL vs. HEPÁTICO AISLADO EN PACIENTES CON CIRROSIS E INSUFICIENCIA RENAL

Domingo Pérez Palacios (1), Álvaro Giráldez Gallego (1), Blanca Villacorta Linaza (2), Verónica Nacarino Mejías (3), José Luis Ortega García (3), Macarena Naranjo Arellano (2), José Manuel Sousa Martín (1), María Teresa Ferrer Ríos (1), Álvaro Iglesias López (3), Jesús Alcalde López (3), Carmen Grande Cabrerizo (2), Juan Manuel Pascasio Acevedo (1)

(1) Aparato Digestivo, (2) Nefrología, (3) Radiología Vascular. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

OBJETIVO: La insuficiencia renal puede afectar incluso a la cuarta parte de los cirróticos descompensados. La evaluación de la función renal en este contexto es compleja pero imprescindible. Pretendimos analizar la aplicación de la biopsia renal transyugular (BRTY), alternativa a la percutánea, en pacientes hepatópatas evaluados como candidatos a trasplante hepático (TH).

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico y descriptivo de nuestra serie de casos de pacientes hepatópatas candidatos a TH sometidos a BRTY. Se analizaron variables demográficas, clínicas y de la función renal y hepática, así como relacionadas con el procedimiento (tasa de éxito y complicaciones).

RESULTADOS: Entre 2017 y 2019, 11 cirróticos (edad media 54,4±6,4 años; 90,9% hombres) candidatos a TH se realizaron una BRTY. La principal causa de cirrosis fue el alcohol (63,6%), seguida de la etiología viral (18,2%). El IMC medio fue de 28,7±7,2 Kg/m². Un 63,6% tenía DM. Todos los pacientes presentaban hipertensión portal. El 54,5% mostraba un FG<40 ml/min. La media del índice MELD fue 18,3±7,3 puntos y un 90,9% tenía un CP avanzado (B-C). Se obtuvo éxito técnico en 10/11 casos (90,9%) y el 80% de estas muestras fueron representativas (8/10). El principal diagnóstico de sospecha fue la nefropatía IgA (54,5%). Sin embargo, únicamente se confirmó ésta en el 37,5% de las BRTY válidas, similar porcentaje al representado por la nefropatía diabética (3/8). Hubo tres complicaciones autolimitadas que se manejaron de forma conservadora (27,3%): dos hematurias macroscópicas y un hematoma renal subcapsular. La BRTY permitió tomar decisiones sobre la idoneidad del trasplante hepatorrenal (THR) en 7/11 pacientes (63,6%), siendo favorable en cuatro casos (36,4%). Tras una mediana de seguimiento de 340 (98-467) días, dos pacientes fueron trasplantados (THR) y seis fallecieron.

CONCLUSIONES: La BRTY es una herramienta útil que permite tomar decisiones adecuadas, muchas veces vinculantes, sobre la idoneidad del TH (R).

P-83

TRASPLANTE HEPÁTICO E INTESTINAL PEDIÁTRICO EN EL SÍNDROME DE ALAGILLE

Javier Serradilla (1), Alba Bueno (1), Ane Andrés (1), Loreto Hierro (2), Francisco Hernández-Oliveros (3), Manuel López-Santamaría (1)

(1) Cirugía Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, (2) Hepatología Pediátrica, Hospital Universitario La Paz, Madrid, (3) IdiPAZ-EOC de ERN-Transplantchild

OBJETIVO: El síndrome de Alagille (SA) figura entre las indicaciones frecuentes del trasplante hepático pediátrico, planteando consideraciones técnicas específicas. Nuestro objetivo es analizar nuestros resultados según los tipos de trasplantes realizados con esta indicación.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo de nuestra serie histórica. Se identificaron 48 pacientes trasplantados por SA, 12 (25%) mediante un trasplante hepático de donante vivo (THDV) siendo el resto de donante cadáver (23 injertos enteros [48%]; 7 reducidos [15%]; 5 Splits [10%]; 1 paciente precisó un trasplante multivisceral por otras malformaciones asociadas). Se analizaron las complicaciones biliares y vasculares precoces y tardías, así como las tasas de supervivencia de paciente e injerto, según el tipo de injerto, habiendo descartado para el estudio estadístico el injerto multivisceral. Se consideró estadísticamente significativo un valor p<0.05.

RESULTADOS: Los receptores de THDV presentaron una edad (36 meses, [7-147]) y peso (10 Kg, [7-25]) inferiores al resto de los grupos (74 meses [13-235], 17 Kg [6-48], p<0.05) al tratarse de trasplantes programados. Si bien no se encontraron diferencias significativas en la presencia de complicaciones vasculares (13%, [0-20]) ni en la tasa de complicaciones biliares (14%, [11-20]), la tasa de supervivencia de paciente e injerto a 1 y 5 años fue significativamente mayor en el THDV (paciente 97%/94%; injerto 92%/87%) y en el Split (paciente 100%/100%, injerto 100%/100%) (p<0.05). El trasplante multivisceral no presentó ningún tipo de complicación.

CONCLUSIONES: El THDV y el Split son los tipos de injerto que presentan una mejor prognosis global en el trasplante por SA, por lo que su uso debe ser promovido. Aunque la experiencia es limitada, el trasplante multivisceral debe ser considerado como una opción terapéutica en el paciente con afectación multiorgánica puesto que no se han observado complicaciones en su uso.

P-84

¿ESTAMOS ASISTIENDO A UN CAMBIO EN EL PERFIL Y EN LA INDICACIÓN DEL CANDIDATO A TRASPLANTE HEPÁTICO? RESULTADOS DE UN ESTUDIO UNICÉNTRICO Y RETROSPECTIVO

Julia Herreras, Victoria Aguilera, Lorena Puchades, Tommaso Di Maira, Martín Prieto

Unidad de hepatología y trasplante hepático, Hospital Universitario y politécnico la Fe, Valencia.

INTRODUCCIÓN: El perfil de paciente candidato a trasplante hepático (TH) está cambiando con un aumento de la indicación por EHNA y un aumento de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) y síndrome metabólico (SM). **OBJETIVOS:** (i) Analizar cambios en la indicación de TH y del perfil metabólico en los pacientes TH del 2014-2017. (ii) Describir la incidencia de eventos cardiovasculares (ECV) post-trasplante.

MATERIAL Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo que incluye a pacientes TH entre 2014-2017 en el Hospital la Fe de Valencia seguidos hasta 01/06/2019. Se analizan variables clínicas, FRCV (Hipertensión arterial-HTA, Diabetes Mellitus-DM, dislipemia-DL, obesidad-IMC>30 kg/m², tabaquismo) SM, índice de Framingham (IF) y ECV en el contexto del TH. Se comparan las características de esta población en dos periodos: 2014-2015vs2016-2017.

RESULTADOS: El número de TH fue 326. La indicación más frecuente fue el alcohol (44.5 %), VHC (42%) y EHNA (11%). La prevalencia de FRCV pre-TH fue: 32% HTA, 29% DM, 26% obesidad, 15% DL, 15% tabaquismo. El porcentaje de SM pre-TH fue del 20% y el 20% de los candidatos a TH presentó un IF de riesgo alto. Al año post-TH la prevalencia de FRCV fue 47% HTA, 34% DM, 21% DL, 21% obesidad y 11% tabaquismo. Un 27% de los trasplantados desarrolló un SM y un 25% presentó un IF de riesgo alto un año post-TH. Se compararon dos cohortes (2014-2015/2016-2017) observándose un aumento de indicación de TH por EHNA del 6% al 26 %, un aumento de la prevalencia de la HTA (28% vs 35%) y del SM (18%vs23%) pre-TH. La incidencia de ECV fue del 8%, similar en ambas cohortes, pese a un menor tiempo de seguimiento.

CONCLUSIÓN: La indicación de TH por EHNA y el SM está en aumento. Este hecho hace que los pacientes tengan más riesgo CV pre y post-TH. Es esperable que los ECV aumenten como causa de morbimortalidad post-TH.

P-85

EXPERIENCIA CON EL SHUNT MESOPORTAL (DE REX) EN LA OBSTRUCCIÓN EXTRAHEPÁTICA DE LA VENA PORTA EN EL NIÑO

Ane Miren Andrés (1), Francisco Hernández-Oliveros (1), Paloma Triana (1), Eva Domínguez-Amillo (1), Javier Serradilla (1), Alba Bueno (1), Gema Muñoz-Bartolo (2), Esteban Frauca (2), Loreto Hierro (2), Manuel López-Santamaría (1)

(1) Cirugía Pediátrica. Sección de Trasplantes Digestivos. (2) Servicio de Hepatología Infantil. Cirugía Pediátrica. Sección de Trasplantes Digestivos. Hospital La Paz. Madrid

OBJETIVOS: El shunt mesoportal (Rex) es la técnica de elección para tratar la obstrucción extrahepática de la vena porta (OEVP) en el niño. No obstante, esta técnica fue inicialmente descrita para tratar la trombosis portal post-trasplante hepático (TH). En un Congreso de TH nos ha parecido interesante mostrar nuestra experiencia con el objeto de familiarizar al cirujano con el procedimiento.

MÉTODOS: Estudio retrospectivo de nuestra casuística, analizando resultados, complicaciones postoperatorias, y evolución de parámetros clínicos, analíticos y ecográficos.

RESULTADOS: Se realizó en 23 pacientes a una edad media de 5 años (rango 2-15), 21 por OEVP y 2 post-trasplante. 91% presentaban antecedentes de hemorragia digestiva. El estudio preoperatorio incluyó angioTAC y portografía indirecta para evaluar la posibilidad técnica. En todos los casos se utilizó injerto autólogo de yugular interna. El protocolo postoperatorio incluyó heparinización los primeros 3 meses y antiagregación otros 3 más. Tras un seguimiento medio de 62 meses (18 meses-11 años), la supervivencia fue del 100%, desapareciendo el sangrado en todos los casos. La cifra de plaquetas aumentó significativamente, la actividad de protrombina mejoró, disminuyó el tamaño del bazo ($p<0.05$), y la mayoría de los pacientes describieron una mejoría subjetiva de su rutina diaria. Excepto un caso de trombosis precoz, convertido a shunt mesocavo, todos conservan el shunt permeable, y sólo uno de ellos precisó dilatación mediante radiología intervencionista.

CONCLUSIONES: El shunt mesoportal de REX mejora la mayoría de las secuelas causadas por la hipertensión portal en niños con OEVP, con una alta tasa de éxito, y debería ser la técnica de elección en estos pacientes, ya que, a diferencia de los restantes shunts portosistémicos, es el único fisiológicamente curativo. El conocimiento de la técnica ofrece una alternativa para el tratamiento de la trombosis portal post-trasplante.

P-86

RESULTADOS COMPARATIVOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO MEDIANTE COLOCACIÓN DE SEGMENTOS 2 Y 3 E HÍGADO ENTERO

Alba Bueno (1), Javier Serradilla (1), Francisco Hernández-Oliveros (1), Ane Andrés (1), Loreto Hierro (2), Manuel López-Santamaría (1)

(1) Servicio de Cirugía Pediátrica, (2) Servicio de Hepatología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

OBJETIVO: La escasez de donantes pediátricos conlleva la necesidad de usar injertos parciales de hígado en el niño. El más frecuentemente utilizado es el sector lateral izquierdo (SLI, segmentos 2 y 3), ya sea de donante vivo (DV) o bipartición (Split). Nuestro objetivo es analizar los resultados del trasplante de SLI procedente de DV y split y compararlos con nuestra serie de injertos de hígado entero.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio retrospectivo de nuestra cohorte de pacientes pediátricos trasplantados entre 1993 (fecha de implantación del DV y Split) -2018 con SLI e hígado entero, excluyendo aquellos casos de injertos parciales de cadáver en los que no se procedió a bipartición. Analizamos las indicaciones, complicaciones y causas de pérdida de injertos así como los datos de supervivencia en los grupos de DV (n=164) y Split (n=44) y los comparamos con la serie de injertos enteros (n=262).

RESULTADOS: La indicación principal en el grupo de DV e injertos enteros fue la AVBEH, en cambio, el retrasplante agudo y la insuficiencia hepática aguda grave fue la más frecuente en el grupo de bipartición. La supervivencia del injerto a 5 años es superior en los grupos que recibieron un SLI (89% en Split y 90% en DV) respecto a la de injertos enteros, que fue de 75.1% (p<0.05). Respecto a las complicaciones biliares, tanto las precoces como las tardías fueron más frecuentes en el grupo de DV (28% y 13% respectivamente).

CONCLUSIONES: Los trasplantes de SLI, tanto en DV como en Split, presentan en el niño mejores resultados en términos de supervivencia que los injertos de hígado entero, por lo que, dado el sistema actual de adjudicación de órganos, ambas técnicas deben ser promovidas.

P-87

EXPERIENCIA CON LA PORTOPLASTIA ANTERIOR DE TANAKA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO DE DONANTE VIVO PEDIÁTRICO

Ane Andrés (1), Francisco Hernández-Oliveros (1), Alba Bueno (1), Javier Serradilla (1), José Luis Encinas (1), Esteban Frauca (2), Gema Muñoz-Bartolo (2), Loreto Hierro (2), Manuel López-Santamaría (1)

(1) Cirugía Pediátrica, (2) Hepatología Pediátrica. Hospital Universitario La Paz, Madrid.

INTRODUCCIÓN: En la atresia biliar (AVB) la porta sufre un proceso escleroatrófico que puede afectar al flujo portal tras un trasplante hepático. La dificultad se incrementa cuando se realiza con un injerto de donante vivo dada la cortedad de los pedículos. La portoplastia de Tanaka fue específicamente diseñada con este motivo. El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra experiencia con esta técnica.

METODOLOGÍA: Revisamos 18 casos de trasplante de donante vivo (THDV) por AVB en los que la reconstrucción portal fue mediante una portoplastia de Tanaka. Se describe la técnica y se analizan los resultados.

RESULTADOS: La mediana de edad y peso al trasplante fue de 13 meses (5-17 meses) y 8,3 Kg (5,7-12,4 Kg), respectivamente. En los 18 casos la portoplastia anterior se realizó con aloinjerto de vena mesentérica inferior del mismo donante que el injerto hepático. 17 de los 18 casos están vivos con injerto funcionando, y buen flujo portal tras un seguimiento de 61 ±9 meses post-trasplante. Un niño falleció por causas no relacionadas con problemas técnicos del trasplante. No se observó trombosis portal aguda, crónica, o desarrollo de cavernomatosis portal en ninguno de los 17 supervivientes. No obstante, 8 han precisado de angioplastia post trasplante, por aceleración significativa durante el seguimiento.

CONCLUSIÓN: Nuestros resultados con la portoplastia de Tanaka en el THDV por AVB y porta escleroatrófica confirman que esta técnica permite restablecer un adecuado flujo portal evitando las complicaciones agudas y crónicas relacionadas con bajo flujo portal tras la revascularización.

P-88

IMPACTO DEL PROGRAMA DE SCREENING NEOPLÁSICO EN LOS PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO EN NUESTRO CENTRO

Alba Suárez Cordero (1), Ana Guiberteau Sánchez (1), Juan Manuel Castillo Tuñón (2), Nerea Rodríguez Díez (1), Ignacio Estrada León (1), Carmen Rasero Hernández (1), María Pereira Álvarez (1), María Isabel Monge Romero (1), Isidoro Narváez Rodríguez (1), Gerardo Blanco Fernández (2), Carlos Jiménez Jaén (1)

(1) Servicio de Aparato Digestivo, (2) Servicio de Cirugía y Trasplante Hepático. Hospital Universitario de Badajoz

INTRODUCCIÓN: El despistaje oncológico en los pacientes candidatos a Trasplante Hepático (TH) es una estrategia que pretende optimizar el uso de los injertos disponibles.

OBJETIVOS: El objetivo principal de este trabajo es describir el programa de screening neoplásico que se realiza en pacientes candidatos a TH en nuestro centro. Los objetivos secundarios son analizar los hallazgos evidenciados y el impacto de los mismos en la indicación de TH.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio descriptivo, retrospectivo y unicéntrico, que analiza 174 pacientes candidatos a TH correspondiente al período entre 2014-2018. Empleando el programa SPSS versión 2.0. elaboramos una base de datos prospectiva donde se recogieron los hallazgos de las pruebas complementarias realizadas (endoscópicas, radiológicas y analíticas) así como su repercusión en la indicación de TH.

RESULTADOS: En nuestro programa de despistaje se realizan técnicas específicas para diagnosticar las neoplasias más prevalentes en la población candidata a TH. Los hallazgos patológicos más frecuentes fueron: el 62.1% de los pacientes presentaron datos endoscópicos de HTPo; en el 24.1% se hallaron adenomas colónicos; el 15.79% nevus melanocítico y el 2.82% boca séptica. El TH se contraindicó en 5 de los 174 pacientes (2.87%) por hallazgos neoplásicos en el despistaje, que fueron los siguientes: 1 neoplasia gástrica, 1 carcinoma epidermoide de cuerda vocal, 1 carcinoma epidermoide amigdalario, 1 carcinoma urotelial papilar y 1 neoplasia pulmonar.

CONCLUSIONES: El despistaje de neoplasias en los pacientes candidatos a TH permite optimizar los órganos disponibles evitando el trasplante en pacientes con patología oncológica no conocida.

P-89

¿MEJORAN LOS mTOR LA SUPERVIVENCIA EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS CON PATOLOGÍA TUMORAL? ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE SUPERVIVENCIA EN TRASPLANTADOS HEPÁTICOS CON mTOR

Carmen Alonso Martín (1), Carolina Almohalla Alvarez (1), Javier Tejedor Tejada (1), Esteban Fuentes Valenzuela (1), Laura Sanchez Delgado (1), Carlos Maroto Martín (1), Baltasar Perez Saborido (2), Fátima Sanchez Martín (1), Félix García Pajares (1), María Gloria Sanchez Antolín (1)

(1) Unidad de Hepatología. Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, (2) Unidad de Cirugía HBP. Unidad de Trasplante Hepático

La inmunosupresión (IS) es fundamental en trasplante de órganos para alcanzar supervivencias prolongadas. Sin embargo, los anticalcineurínicos por sí mismos son factor de riesgo de neoplasias que elevan el riesgo estandarizado de cáncer respecto a la población general entre 2 y 4 según tipo de tumor. Los inhibidores mTOR son una nueva familia de IS que han mostrado in vitro y en algunos tipos tumorales efectos antineoplásicos. En trasplante hepático no está claro su efecto antitumoral.

OBJETIVO: Describir la supervivencia de los pacientes trasplantados hepáticos en nuestro centro tratados con everólimus por patología neoplásica (tumores de Novo, hepatocarcinoma (CHC) de alto riesgo de recidiva, recidiva de CHC o colangiocarcinoma)

MATERIAL Y MÉTODOS: Incluimos a todos los pacientes tratados con everólimus entre enero 2013- agosto 2019. Analizamos la indicación de mTOR, tratamientos oncológicos asociados y la supervivencia de los pacientes. Se comparó la supervivencia del grupo con la supervivencia global del RETH

RESULTADOS: 111 pacientes recibieron everólimus y en 49 (44%) la indicación fue por patología neoplásica: 14 (28,5%) CHC alto riesgo recidiva, en 10 (20,4%) recidiva CHC, en 8 (16,3%) colangiocarcinoma y en 17 (34,7%) tumor de Novo. La supervivencia del grupo con mTOR fue comparable a la del RETH: 83% frente 85% en el primer año, 65% frente 72,6% al 5º año. 11 pacientes estuvieron en monoterapia con mTOR. El inicio de mTOR en 19 (38,7%) pacientes fue precoz (<3 meses). No se encontró asociación significativa con la monoterapia con mTOR ni con el uso de terapia oncológica. La supervivencia fue mayor cuando everólimus se inició de manera precoz (en los 3 primeros meses desde del diagnóstico de tumor) 89% vs 67%.

CONCLUSIONES: En nuestra serie, los inhibidores de mTOR son una opción eficaz en trasplantados con patología tumoral consiguiendo supervivencias globales similares a los datos globales del RETH. El inicio precoz de mTOR se asocia a una mejor supervivencia

Supervivencia global desde el trasplante, desde el inicio de mTOR, y según indicación. http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d72a50194aa8_Figuras+ComunicaciAn+Everolimim.pdf

P-90

ACTITUD HACIA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS ENTRE LOS CUBANOS RESIDENTES ENTRE LAS PRINCIPALES CIUDADES CUBANAS

Antonio Ríos Zambudío (1), Ana Lopez Navas (2), [Joaquín Carrillo](#) (1), Laura Martínez Alarcón (1), Marco Antonio Ayala-García (3), Pascual Parrilla (1), Pablo Ramírez (1)

(1) Unidad de Trasplante, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, (2) Departamento de Psicología, Universidad Católica de Murcia, (3) Escuela de Medicina de la Universidad de Quetzalcoatl en Irapuato, México.

INTRODUCCIÓN: En la actualidad, Cuba es uno de los países Latinoamericanos con mayores tasas de donación de órganos. Las diferencias sociales y culturales entre la población a lo largo del país también podrían variar las actitudes hacia la donación. El conocimiento de dichas características facilitaría la sensibilización de la población más reticente hacia la donación y el trasplante.

OBJETIVO: Analizar las diferencias en la actitud hacia la donación de órganos entre los cubanos residentes en las principales capitales de Cuba.

MÉTODO: Población a estudio: Población cubana residente en las ciudades de Cienfuegos (n=636), La Habana (n=920) y Santiago de Cuba (n=455), extraída de la base de datos del Proyecto Colaborativo Internacional Donante. Muestra de población mayor de 15 años estratificada por área geográfica, edad y sexo. Instrumento de valoración: Cuestionario validado de actitud hacia la donación de órganos para trasplante "PCID-DTO-Ríos", de cumplimentación anónima y autoadministrada.

RESULTADOS: La actitud favorable entre los habitantes en Cienfuegos es del 71.2% (n=453), en La Habana es 68.3% (n=628) y en Santiago de Cuba 69.5% (n=316) ($p<0.05$). El perfil de los encuestados favorable hacia la donación de órganos es similar el análisis de los siguientes factores: Variables relacionadas con la donación y el trasplante; Variables de interacción social; Variables religiosas y pro-social; y Variables de actitud hacia el cuerpo. Los resultados muestran diferencias en la agrupación de variables de tipo sociales y personales.

CONCLUSIÓN: La actitud hacia la donación de órganos entre la población de las principales ciudades de Cuba es similar, si bien hay diferencias en el perfil socio-personal.

P-91

¿QUÉ CARACTERÍSTICAS SOCIO-PERSONALES PUEDE JUSTIFICAR LAS DIFERENCIAS DE LA ACTITUD HACIA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS ENTRE LOS LATINOAMERICANOS RESIDENTES EN ESPAÑA Y USA?

Antonio Ríos (1), Ana Lopez Navas (2), Juan Flores Medina (2), [Joaquín Carrillo](#) (1), Laura Martínez Alarcón (1), Marco Antonio Ayala-García (3), Pascual Parrilla (1), Pablo Ramírez (1)

(1) Unidad de Trasplante, Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia, (2) Departamento de Psicología, Universidad Católica de Murcia (UCAM), Murcia, (3) Escuela de Medicina de la Universidad de Quetzalcoatl en Irapuato, México

INTRODUCCIÓN: Existen diferencias claras en la actitud hacia la donación de órganos y las tasas de donación entre los Latinoamericanos residentes en residentes en España y USA. Sin embargo, los Latinoamericanos que emigran a España presentan un perfil social diferente a los que emigran a USA.

OBJETIVO: Analizar si las diferencias en la actitud pueden ser debidas a factores socio-personales.

MÉTODO: Población a estudio: Latinoamericanos residentes en España (Grupo 1; n=1237) y en USA (Grupo 2; n=1450). Base de datos del Proyecto Colaborativo Internacional Donante. Muestra de población mayor de 15 años estratificada por área geográfica, edad y sexo. Instrumento de valoración: Cuestionario validado de actitud hacia la donación de órganos para trasplante "PCID-DTO-Ríos", de cumplimentación anónima y autoadministrada.

RESULTADOS: De entre los participantes, la actitud a favor de los latinoamericanos residentes en España (Grupo-1) es del 60% (n=745) frente al 33% (n=485) de los residentes en USA (Grupo-2). En el análisis multivariante realizado, las variables independientes que persisten en ambos grupos son: Grupo-1. Actitud hacia la donación de órganos de un familiar (OR=4.405); Realizar actividades pro-sociales (OR=3.787); Hablar con la familia sobre la donación (OR=1.577); Actitud hacia el tratamiento del cuerpo tras el fallecimiento: incineración (OR=2.040); autopsia (OR=1.445); mutilación (OR=3.194). Grupo-2. Sexo: (OR=1.538); Estado civil (OR=4); Nivel de estudios (OR=58.823); Actitud hacia la donación de órganos de un familiar (OR=4.807); Realizar actividades pro-sociales (OR=3.058); Hablar con la familia sobre la donación (OR=14.084); Aceptación de la realización de la autopsia tras el fallecimiento, si fuera necesario (OR=45.454); Miedo a una posible mutilación del cuerpo por la donación (OR=71.428); Tener relación previa con la donación y el trasplante (OR=200); Las creencias religiosas del encuestado (OR=27.027).

CONCLUSIÓN: El perfil socio-personal entre los Latinoamericanos residentes en España y en USA es diferente, en cuanto a la actitud favorable hacia la donación de órganos.

P-92

IMPACTO DEL DIÁLOGO SOBRE LA DONACIÓN Y TRASPLANTE EN EL ÁMBITO FAMILIAR EN EL EFECTO DE UNA CAMPAÑA DE PROMOCIÓN DE LA DONACIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE

Antonio Ríos (1), Ana Isabel López-Navas (2), Mariano Rigabert (3), [Joaquín Carrillo](#) (4), Laura Martínez-Alarcón (3), Guadalupe Ruiz-Merino (5), Pascual Parrilla (1), Pablo Ramírez (1)

(1) Proyecto Colaborativo Internacional Donante. Unidad de Trasplantes. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia; Departamento de Cirugía. Universidad de Murcia, (2) Proyecto Colaborativo Internacional Donante. Departamento de Psicología. Universidad Católica de Murcia, (3) Proyecto Colaborativo Internacional Donante. Unidad de Trasplantes. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia, (4) Proyecto Colaborativo Internacional Donante, (5) Unidad de Estadística. Fundación para la Formación e Investigación Sanitarias de la Región de Murcia (FFIS).

INTRODUCCIÓN: Se presupone que las campañas de promoción de la donación de órganos en adolescentes fomentan el diálogo familiar y que este debate en el entorno familiar puede tener un efecto positivo en la actitud hacia la donación entre los adolescentes.

OBJETIVO: Valorar la influencia del diálogo en el ámbito familiar sobre la actitud hacia la donación de los adolescentes tras participar en una Campaña de Promoción de la donación.

MÉTODO: Población: Adolescentes que participan en una Campaña de promoción de la donación organizada por la Coordinación de Trasplantes, la Universidad y la Unidad de Trasplantes. Instrumento: Cuestionario validado de actitud hacia la donación de órganos para trasplante "PCID-DTO-Ríos". Variables analizadas: la actitud del adolescente hacia la donación previa a la campaña, al mes y a los 6 meses. Los adolescentes se agrupan en función de si ha existido debate sobre la donación y trasplante de órganos en el ámbito familiar.

RESULTADOS: Han participado 992 adolescentes. Al mes, el 32.5% han comentado el tema de la donación en el ámbito familiar. Al analizar los cambios de actitud hacia la donación se objetiva que estos son significativos en función de haber comentado con la familia el tema de la donación ($p<0.001$). A los 6 meses, se siguen manteniendo los mismos porcentajes de adolescentes que han comentado el tema de la donación en el ámbito familiar y los cambios de actitud hacia la donación que se objetivan son significativos en función de haber comentado con los amigos el tema de la donación ($p<0.001$).

CONCLUSIONES: El debate sobre donación y trasplante en el ámbito familiar condiciona cambios significativos de actitud entre los adolescentes que participan en una campaña de promoción de la donación de órganos para trasplante. La mayoría de adolescentes no comentan el tema de la donación de órganos con la familia.

P-93

IMPACTO DE LA CATOLIZACIÓN EN LA ACTITUD HACIA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS ENTRE LOS AFRICANOS RESIDENTES EN ESPAÑA

[Joaquín Carrillo Ortega](#) (1), Antonio Ríos (2), Ana I. López-Navas (3), Laura Martínez-Alarcón (1), Marco Antonio Ayala-García (4), Pascual Parrilla (1), Pablo Ramírez (1)

(1) Proyecto Colaborativo Internacional Donante, Murcia, (2) Proyecto Colaborativo Internacional Donante, Murcia. Unidad de Trasplantes. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. Departamento de Cirugía. Universidad de Murcia, (3) Proyecto Colaborativo Internacional Donante, Murcia. Departamento de Psicología. Universidad Católica de Murcia, (4) Escuela de Medicina de la Universidad de Quetzalcoatl en Irapuato, México

INTRODUCCIÓN: La población africana es uno de los mayores grupos inmigrantes en España en estos momentos. Como potenciales donantes y receptores de órganos, es interesante conocer aquellos factores que influyen en la aceptación de la donación de órganos. Las creencias religiosas están muy arraigadas en la mayoría de las sociedades africanas, siendo las musulmanas y las católicas las más habituales entre aquellos que emigran y se establecen en nuestro país.

OBJETIVO: Analizar la influencia del catolicismo en la actitud hacia la donación de órganos entre los africanos residentes en España.

MÉTODO: Población a estudio: Población africana residente en España ($n=3618$), extraída de la base de datos del Proyecto Colaborativo Internacional Donante. Muestra de población mayor de 15 años estratificada por área geográfica, edad y sexo. Instrumento de valoración: Cuestionario validado de actitud hacia la donación de órganos para trasplante "PCID-DTO-Ríos", de cumplimentación anónima y autoadministrada.

RESULTADOS: De los encuestados, se consideran católicos el 13% ($n=475$), musulmanes el 80% ($n=2896$) y ateos/agnósticos el 6.8% ($n=247$). Entre los que se consideran religiosos, la actitud favorable hacia la donación de órganos propios de cadáver es del 53.7% ($n=255$) entre los católicos frente al 25.6% ($n=742$) entre los musulmanes ($p<0.001$). Además, los católicos que consideran que su doctrina acepta la donación y el trasplante de órganos, aceptan la donación de cadáver el 70.6% ($n=132$) frente al 35% ($n=7$) que consideran que el posicionamiento católico es en contra ($p<0.001$).

CONCLUSIÓN: El catolicismo facilita la actitud a favor hacia la donación de órganos propios entre los inmigrantes africanos en España. Sin embargo, la actitud es menor que en la población receptora.

P-94

UTILIDAD DE LA BIOPSIA POSTREPERFUSIÓN EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO COMO PREDICTOR DE MORTALIDAD A CORTO Y MEDIO PLAZO

Esteban Fuentes Valenzuela (1), Beatriz Madrigal Rubiales (2), Rodrigo Nájera Muñoz (1), Javier Tejedor Tejada (1), Carlos Maroto Martín (1), Laura Sánchez Delgado (1), Carolina Almohalla Álvarez (1), Félix García Pajares (1), Carmen Alonso Martín (1), Baltasar Pérez Saborido (3), Enrique Asensio (3), M. Ángeles Torres Nieto (2), Gloria Sánchez Antolín (1)

(1) Unidad de Hepatología. Unidad de trasplante hepático, (2) Servicio de Anatomía patológica. (3) Unidad de cirugía hepatobiliar. Unidad de trasplante hepático. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid

INTRODUCCIÓN: La biopsia postreperfusión (BPR) en el trasplante hepático (TOH), permite valorar los cambios secundarios al daño por isquemia reperfusión (DIR), aunque se desconoce su influencia en la supervivencia del injerto a medio plazo.

El objetivo de nuestro estudio fue determinar la correlación de los resultados histopatológicos de la BPR con la función del injerto a corto, a medio plazo y sus factores predictores.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio retrospectivo unicéntrico de todos los pacientes trasplantados hepáticos entre 2001-2014 a los que se realizó una BPR. Se determinaron los factores independientes de desarrollo de DIR mediante regresión de Cox y la supervivencia mediante Kaplan Meier. La disfunción primaria temprana del injerto (DPTI) fue definida como BrT >10 mg/dl, INR >1,6 o GPT >2000 UI/L durante la primera semana postrasplante.

RESULTADOS: Se realizaron 280 BPR en 433 TOH realizados en este periodo, el 77,5% varones. La indicación más frecuente fue la función hepática CHILD B-C (47,9%). Los hallazgos de la BPR se encuentran detallados en la tabla 1. Los pacientes con DIR severo presentaban una mayor tendencia a desarrollo de DPTI y mala función inicial. El tiempo de isquemia fría fue un factor predictivo independiente [HR 1,006 (IC 95% 1,001-1,011)] de desarrollo de DIR severo. La supervivencia fue significativamente inferior a los 5 años en los pacientes que presentaron DPTI ($p < 0,02$) (figura 1). En el análisis de supervivencia según el tipo de DIR, se objetivó una tendencia a una menor supervivencia en los pacientes con DIR severo, respecto a DIR leve o moderado ($p = 0,06$) (figura 2).

CONCLUSIÓN: La isquemia fría es un factor independiente asociado al desarrollo de DIR severo. Los pacientes con DIR severo, presentan tendencia a una menor supervivencia y mayor desarrollo de DPTI. La aparición de DPTI se asoció en nuestra serie a menor supervivencia a los cinco años.

FIGURA 1 Y 2. http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d72adcb6bd4f_Figura+1+y+2.+Abstract+SETH.jpg

TABLA 1. http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d72adcb6bd4f_Tabla+1.+Abstract+SETH.jpg

P-95

PANCITOPENIA GRAVE EN EL POSTRASPLANTE INMEDIATO

Esteban Fuentes Valenzuela (1), Ana Campano García (2), Rodrigo Nájera Muñoz (1), Javier Tejedor Tejada (1), Laura Sánchez Delgado (1), Carlos Maroto Martín (1), Félix García Pajares (1), Carolina Almohalla Álvarez (1), Fátima Sánchez Martín (1), Eduardo Bernabé Angomas Jiménez (2), Gloria Sánchez Antolín (1)

(1) Unidad de Hepatología. Unidad de trasplante hepático, (2) Servicio de hematología. Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

INTRODUCCIÓN: La pancitopenia es un hallazgo frecuente en el postrasplante. Una causa infrecuente pero potencialmente mortal es el síndrome hemofagocítico.

CASO CLÍNICO: Presentamos aquí el caso de una paciente de 48 años con cirrosis hepática descompensada secundaria a síndrome de solapamiento que fue sometida a trasplante hepático. Durante el postoperatorio inmediato presenta un empeoramiento clínico al séptimo con fracaso multiorgánico, acompañado plaquetopenia de hasta $4 \times 10^9/L$. Se inicia antibioterapia de amplio espectro y se realizan cultivos, objetivando una PCR positiva para Virus de Epstein Barr (VEB). Dada la ausencia mejoría se realizó un aspirado de médula ósea, donde se observa la presencia macrófagos con actividad fagocítica (figura 1). Siendo diagnosticado de síndrome hemofagocítico en el día 12 postTOH. Un tratamiento con etopósido con ciclosporina y altas dosis de corticoides es iniciado. Sin embargo, la paciente presenta mala evolución falleciendo finalmente una semana más tarde.

DISCUSIÓN: Esta entidad se caracteriza por una proliferación de macrófagos fagocíticos en la médula ósea, ganglios linfáticos y bazo. Clínicamente los pacientes presentan fiebre elevada ($>38,5^\circ C$) durante más de una semana y citopenia al menos de dos líneas celulares. El diagnóstico es clínico, apoyado en los hallazgos del aspirado de la médula ósea. Se ha asociado a múltiples condiciones con alteración de la inmunidad, sobre todo infecciones y neoplasias linfoproliferativas. 15 casos en el postrasplante se han publicado en la literatura, en un tercio secundario a infecciones virales. El tratamiento debe ir dirigido al factor desencadenante. En caso contrario se ha ensayado con inmunosupresores como ciclosporina, corticoides e inmunoglobulinas intravenosas, quimioterapéuticos (etopósido), plasmaféresis y cloroquina. Presenta una elevada mortalidad en el postrasplante, con una supervivencia 4/15 en los casos publicados en la literatura.

CONCLUSIÓN: Es importante reconocer el síndrome hemofagocítico de manera precoz, dada la elevada mortalidad que presenta en el postrasplante.

P-96

INCIDENCIA DE COMPLICACIONES PRECOSES EN TRASPLANTE HEPÁTICO Y VARIABLES QUE PUEDEN INFLUIR PARA SU DETECCIÓN PRECOZ DURANTE SU INGRESO EN UCI EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Alicia Muñoz Cantero, Demetrio V Pérez Civantos, Alberto Córdoba López, María Dolores Pérez Frutos, Manuel Robles Marcos, Baldomero Jimeno Torres

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario de Badajoz.

Objetivo. Complicaciones en trasplante hepático y variables que pueden preverlas de forma precoz.

MÉTODO: Estudio retrospectivo, observacional durante 28 meses de pacientes sometidos a trasplante hepático. Se han recogido datos demográficos, antecedentes personales, escalas de gravedad APACHE II y SOFA, tiempos de isquemia fría y caliente, índice cardiaco al ingreso y durante las primeras 24 horas, hemoglobina (Hb) al ingreso, necesidad de transfusiones y complicaciones precoces que puedan originar disfunción del injerto.

RESULTADOS: Se incluyen 50 pacientes sometidos a trasplante hepático. La media de edad fue de 57,34 años con predominio de sexo masculino (41 hombres, 9 mujeres). EL tiempo medio de isquemia fría fueron 5 horas 40 minutos; y el de isquemia caliente 1 hora 17 minutos (DE= 5.21). Respecto a las escalas de gravedad, el APACHE II medio al ingreso era 11.88 (DE=5.70) y SOFA, 5.74 (DE=2.59). La Hb media al ingreso en UCI era 10,77 mg/dl, con IC medio de 3.65, ascendiendo a 4.2 en las primeras 24 horas; coincidiendo con Hb 9.577 mg/dl de media, sin existir correlación estadísticamente significativa entre la Hb y IC registrado por catéter Swan-Ganz ($p=.597$ y $p=.128$ respectivamente). 11 pacientes necesitaron transfusión de hemoderivados (una media de 1.17 concentrados de hematíes de media por paciente). Los efectos adversos se clasificaron en vasculares y cardiológicos. Se registraron 4 eventos vasculares: 1 trombosis portal (con realización de trombectomía), 1 trombosis parcial, 1 paciente con disección de arteria hepática del donante y 1 dificultad en la anastomosis del donante. En referencia a los eventos cardiogénicos, se registraron 5: 2 eventos arritmogénicos, 1 síndrome de bajo gasto, 1 disfunción cardiaca (miocardiopatía de estrés) y 1 shock cardiogénico (Éxitus).

CONCLUSIÓN: No hemos encontrado resultados estadísticamente significativos que relacionen la transfusión de hemoderivados con disfunción precoz del injerto ni con las complicaciones cardiológicas.

P-97

ESTUDIO RETROSPECTIVO SOBRE LA INCIDENCIA DE HERNIA INCISIONAL EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

Javier López-Monclús, Laura Román García de León, Gonzalo Gutierrez-Baiget, Javier Serrano, Jose Luis Lucena, Maria Dolores Chaparro, Carmen León Gamez, Xiana Rial Justo, Manuel Jimenez Garrido, Victor Sánchez Turrión

Sección de cirugía Hepatobiliar, Trasplante hepático y Pared abdominal compleja, Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda.

OBJETIVO: Describir la tasa de eventración en los pacientes sometidos a trasplante hepático en nuestro centro, y analizar los posibles factores de riesgo relacionados

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio descriptivo, retrospectivo, de los pacientes trasplantados hepáticos en nuestro hospital entre los años 2009 y 2015; recogiendo datos demográficos, comorbilidades asociadas, causa del trasplante, complicaciones postquirúrgicas, del injerto y de la herida, así como seguimiento posterior; evaluando la tasa de eventración como variable principal del estudio

RESULTADOS: De los 164 trasplantes hepáticos realizados se analizaron 144. 40 fueron mujeres (28%) y 104 varones (72%), con una edad media de 54,3 años (rango 20-71). La mediana de seguimiento fue de 49 meses (rango 1-108). Todos los pacientes fueron intervenidos a través de una incisión subcostal bilateral, con cierre estándar biplano con cuatro suturas loop de monofilamento absorbible a largo plazo. La tasa de eventración fue del 28,5% (41 pacientes en total). El diagnóstico de eventración fue clínico en el 39% de los casos, y mediante prueba de imagen (TC o RM) en el resto. La principal variable asociada fue el haber presentado complicaciones postquirúrgicas de la herida, que ocurrieron en el 44% de los trasplantados y el 53% de los que posteriormente desarrollaron eventración ($p<0,05$). Así mismo, se observó que el 15% recibieron durante los primeros meses tratamiento con inhibidores de m-Tor, y el 20% con dosis altas de corticoides, como consecuencia de rechazo agudo o disfunción primaria del injerto.

CONCLUSIONES: La hernia incisional es una complicación frecuente tras la realización de laparotomías subcostales en pacientes sometidos a un trasplante hepático. El principal factor relacionado con su aparición en nuestra serie fue el desarrollo de complicaciones locales. Parece razonable plantear otras formas de cierre en estos pacientes bien mediante la técnica de sutura, el material empleado, o el uso de una malla profiláctica.

P-98

ELEVADA INCIDENCIA DE ANTICUERPOS ANTI-HLA DONANTE ESPECÍFICOS DE NOVO CLASE-II A TÍTULOS ALTOS EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON RECHAZO CELULAR MEDIADO POR CÉLULAS T

Jordi Colmenero (1), Alba Díaz (2), Monica Vasquez (1), Nayelli Flores (1), Carla Fuster (2), Pablo Ruiz (1), Gonzalo Crespo (1), Lydia Sastre (1), Jaume Martorell (3), Miguel Navasa (1)

(1) Unidad de Trasplante Hepático, IDIBAPS, CIBEREHD, (2) Anatomía Patológica, IDIBAPS, (3) Servicio Inmunología, IDIBAPS. Univ. Barcelona, Hospital Clínic de Barcelona.

La presencia de anticuerpos antiHLA donante específicos (dnDSA) en trasplantados hepáticos (TH) con rechazo celular mediado por células T (RMCT) o con daño hepático NO-aloinmune activo (no-ALO) y su correlación con datos histológicos es desconocida.

MÉTODOS: Estudio transversal de casos y controles en TH con RMCT y no-ALO confirmados por biopsia vs TH sin lesión hepática (CONT: biopsia normal vs pruebas hepáticas y elastografía normales durante >6 meses). Se realizó cribaje Luminex y antígeno aislado.

RESULTADOS: Se incluyeron 96 TH (RMCT, n=25; no-ALO, n=16; CONT, n=55) a los 30 (300) meses postTH (32%<12m, 25%>5 años). No hubo diferencias en edad, género, etiología, tiempo postTH o tipo de inmunosupresión (Tacrolimus 70%). El RMCT fue moderado-grave en el 64% sin diferencias en la ALT entre RMCT vs no-ALO (125 vs 138, p=0,8). Tomando una MFI≥1000, la positividad de dnDSA clase-II en RMCT vs no-ALO fue 44% vs 19% (p=0,136) vs 4% en CONT (p=0,004). Tomando una MFI≥5000, la positividad de dnDSA clase-II fue 32% vs 6% (p=0,052) vs 0% (p=0,004), respectivamente. La MFI media de dnDSA clase-II en RMCT vs no-ALO fue 9132 vs 6026 (p=0,067), todos contra el locus DQ. La prevalencia de dnDSA clase I fue de 0% vs 5% vs 6% en RMCT vs no-ALO vs CONT, respectivamente. La infiltración pericentral por células de plasmáticas fue más común en RMCT con dnDSA clase-II positivos que en RCMT y dnDSA negativos (78% vs 22%, p=0,018). No hubo diferencias en el depósito de C4d entre los pacientes RMCT con dnDSA positivos vs dnDSA negativos (58% vs 65%, respectivamente).

CONCLUSIONES: Los dnDSA clase-II a títulos altos son frecuentes en pacientes con TH y RMCT, si bien su significado es incierto. Es necesario necesita ampliar la serie y el seguimiento para investigar sus posibles consecuencias clínicas e histológicas a corto y largo plazo.

P-99

UTILIDAD DE LOS SCORES D-MELD Y DONOR RISK INDEX EN DONANTES AÑOSOS EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Pablo Beltran Miranda, Gonzalo Suarez Artacho, Carmen Cepeda Franco, Luis Miguel Marín Gomez, Jose María Álamo Martínez, Carmen Bernal Bellido, Francisco Javier Padillo Ruiz, Miguel Ángel Gomez Bravo

Unidad de Cirugía HBP y Trasplante Hepático, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN: Existe un aumento global del uso de donantes añosos en el trasplante hepático. La evidencia actual parece mostrar seguro el uso de donantes mayores de 70 años, sin embargo, existe poca evidencia cuando se superan los 80 años de edad. Existen varios scores pronósticos para identificar de forma genérica aquellos donantes más desfavorables como son el Donor-Meld (D-Meld) y el Donor Risk Index (DRI) en los que la edad juega un valor importante.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un estudio retrospectivo de los trasplantes hepáticos realizados en nuestro centro con donantes mayores de 80 años comparados con un grupo de control menor de 65 años para evaluar la eficacia de los scores D-Meld y DRI en pacientes añosos. Se incluyeron 60 pacientes en total (30 en cada grupo) controlados en cuanto a edad, sexo del receptor, año de trasplante (categorizado en 3 grupos) e indicación del trasplante. No se encontraron diferencias significativas entre grupos en cuanto al tiempo de isquemia fría ni otros factores de riesgo excepto tabaquismo (mayor en el grupo control). 13 pacientes de 30 (43,3%) del grupo añoso presentaron un D-Meld superior a 1600 comparado con 1 de 30 pacientes (3,33%) en el grupo control. Se objetivaron diferencias significativas respecto al valor D-Meld y DRI entre grupos. No se objetivaron diferencias significativas entre grupos en cuanto a la supervivencia del paciente (p=0,250) como del injerto (p=0,773) a los 1, 3 y 5 años. Se objetivaron 4 re-TOH en el grupo añoso, sin embargo, estos pacientes no presentaron valores de D-Meld o DRI superior a el resto de pacientes.

CONCLUSIONES: Los scores D-Meld y DRI parecen carecer de utilidad cuando aplicados en base a la edad del donante, dado el aumento de la seguridad y buenos resultados objetivados con el uso de estos.

P-100**RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA**

Pablo Beltrán Miranda (1), Alberto Montes Montero (2), Luis Miguel Marín Gomez (1), Jose María Álamo Martínez (1), Carmen Bernal Bellido (1), Carmen Cepeda Franco (1), Gonzalo Suarez Artacho (1), Francisco Javier Padillo Ruiz (1), Miguel Ángel Gomez Bravo (1)

(1) Unidad de Cirugía HBP y Trasplante Hepático, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, (2) Hospital Universitario de Canarias, San Cristóbal de La Laguna

INTRODUCCIÓN: La colangitis esclerosante primaria (CEP) es una enfermedad inflamatoria progresiva que afecta a las vías biliares tanto intra como extra hepáticas. En su fase avanzada el único tratamiento eficaz es el trasplante hepático. En nuestra área supone una indicación poco frecuente, lo que dificulta adquirir una amplia experiencia. Realizamos una revisión de nuestra serie histórica de más de 1400 pacientes trasplantados en los que 17 fueron trasplantados por CEP para valorar factores de riesgo y resultados.

MATERIAL Y MÉTODOS: Realizamos un análisis retrospectivo de todos los pacientes trasplantados por CEP en nuestro centro. Realizamos un análisis descriptivo y comparativo con un grupo de control apareado por edad y fecha de trasplante (categorizado en 3 periodos) para evaluar resultados. Se incluyeron 34 pacientes en total (17 en cada grupo). En el grupo de colangitis esclerosante, 5 pacientes (29,4%) presentaron enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y ninguno fue intervenido por esta causa previo al trasplante. 2 pacientes presentaron recidiva de la enfermedad primaria (11,7%), presentando ambos pacientes EII concomitante. Con respecto al grupo de control, no se observaron diferencias en cuanto a edad, sexo del receptor, tiempo de isquemia fría, régimen de inmunosupresión recibida, valores de GGT y Bilirrubina ni de estenosis biliar. La supervivencia a los 1, 3 y 5 años fue similar ($p > 0,05$) entre ambos grupos tanto del injerto (94%, 88% y 64% en el grupo CEP y 87%, 81% y 62% en el grupo control) como del paciente (88%, 76% y 58% en el grupo CEP vs 82%, 76% y 64% en el grupo control).

CONCLUSIONES: La CEP aunque supone una indicación infrecuente de trasplante hepático, presenta unos buenos resultados tras el mismo con tasas de supervivencia tanto del paciente como del injerto similares a otras indicaciones y una baja tasa de recidiva de la enfermedad primaria.

P-101**RELACIÓN DE NIVELES DE TACRÓLIMUS EN EL PRIMER MES POST-TRASPLANTE HEPÁTICO Y APARICIÓN DE EFECTOS ADVERSOS ASOCIADOS**

Gregorio Anguiano Díaz, Anabel García León, Carmen Bernal Bellido, Carmen Cepeda Franco, Pablo Beltrán Miranda, Luis Miguel Marín Gómez, José María Álamo Martínez, Gonzalo Suárez Artacho, Francisco Javier Padillo Ruiz, Miguel Ángel Gómez Bravo

Cirugía General, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN: El tacrólimus (FK) se ha convertido en el inmunosupresor fundamental tras el trasplante hepático para prevenir el rechazo. Sin embargo, no está exento de efectos adversos tales como la disfunción renal o la neurotoxicidad en la fase precoz así como las alteraciones metabólicas o la patología neoplásica recidivante o de novo a largo plazo. Con la utilización de la triple terapia con inhibidores de la calcineurina + micofenolato de mofetilo + prednisona se está consiguiendo una reducción de las dosis de FK utilizadas. Estudios recientes han analizado la estrategia de "minimización de tacrólimus" y la aparición de efectos secundarios asociados.

OBJETIVO: Analizar la relación entre los niveles de FK en el primer mes post-trasplante hepático con la aparición de efectos adversos asociados al tratamiento a corto y largo plazo.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de 142 pacientes (101 hombres) que recibieron un trasplante hepático entre diciembre de 2017 y junio de 2015 con seguimiento hasta la actualidad en el Hospital Universitario Virgen del Rocío. Según los niveles medios de FK durante el primer mes post-trasplante se ha estratificado a los pacientes en 4 grupos: $< 5 \text{ ng/ml}$; $5-7 \text{ ng/ml}$; $7-10 \text{ ng/ml}$; $> 10 \text{ ng/ml}$. Se ha realizado un análisis comparativo de la aparición en el post-trasplante de alteraciones metabólicas, renales, neoplasias, rechazos y reintervención quirúrgica.

RESULTADOS: En el presente estudio se objetivó un 31% de los pacientes sufrieron alteraciones metabólicas, 13,4% renales, 14,9% neoplasias, 17% rechazo de injerto y 20,71% de reintervención quirúrgica. Se realizó análisis bivariante comparativo entre los 4 grupos establecidos, sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas entre los 4 grupos de pacientes ($p < 0,05$).

CONCLUSIÓN: Los niveles de tacrólimus en el primer mes post-trasplante no están asociados a mayor aparición de alteraciones metabólicas, renales, neoplasias, rechazos y reintervención a largo plazo.

P-102

RELACIÓN DE NIVELES DE TACRÓLIMUS EN EL PRIMER MES POST-TRASPLANTE HEPÁTICO Y SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO

Anabel García León, Gregorio Anguiano Díaz, Carmen Bernal Bellido, Carmen Cepeda Franco, Pablo Beltrán Miranda, Luis Miguel Marín Gómez, José María Álamo Martínez, Gonzalo Suárez Artacho, Francisco Javier Padillo Ruiz, Miguel Angel Gómez Bravo

Cirugía General, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

INTRODUCCIÓN: El desarrollo de los fármacos inmunosupresores ha llevado a la cirugía del trasplante a mejores tasas de supervivencia del injerto. El tacrólimus (FK) se ha convertido en el inmunosupresor fundamental tras el trasplante hepático para prevenir el rechazo. Sin embargo, no está exento de efectos en la fase precoz así como las alteraciones metabólicas o neoplásicas en relación con la supervivencia. Con la utilización de la triple terapia se está consiguiendo una reducción de las dosis de FK utilizadas. Estudios recientes han analizado la estrategia de "minimización de tacrólimus" y la relación con la supervivencia a largo plazo de los pacientes.

OBJETIVO: Investigar el efecto de la "minimización del tacrólimus" en la supervivencia a largo plazo de los pacientes tras el trasplante hepático.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio retrospectivo de 142 pacientes (101 hombres) que recibieron un trasplante hepático entre diciembre de 2017 y junio de 2015 con seguimiento hasta la actualidad en el Hospital Universitario Virgen del Rocío. Según los niveles medios de FK durante el primer mes post-trasplante se ha estratificado a los pacientes en 4 grupos: <5ng/ml; 5-7ng/ml; 7-10 ng/ml; >10 ng/ml. Se ha realizado un análisis de supervivencia en función a estos factores estudiando la mortalidad entre ellos y diseñando una curva de Kaplan-meier.

RESULTADOS: En nuestro estudio, hemos encontrado un total de 16 éxitos que suponen el 11,35% de la muestra. Se ha objetivado una disminución de la supervivencia en el grupo de <5ng/ml y >10 ng/ml, respecto a los otros 3 grupos con 4 y 2 éxitos respectivamente, aunque en el estudio de log Rank las diferencias no son estadísticamente significativas con $p=0,619$.

CONCLUSIÓN: En nuestro estudio, no encontramos asociación entre los niveles de tacrólimus en el primer mes post-trasplante y la supervivencia media media, aunque existe una tendencia a mantener menores supervivencias los valores medios <5ng/ml y >10 ng/ml.

P-103

IMPACTO DE LA EXPANSIÓN DE LOS CRITERIOS DE MILÁN EN LA SUPERVIVENCIA LIBRE DE ENFERMEDAD EN TRASPLANTADOS DE HÍGADO POR HEPATOCARCINOMA. SERIE UNICENTRICA DE 92 CASOS

Luis Alberto Martínez Insfran, Pablo Ramírez Romero, Pedro Cascales Campos, Tatiana Nicolas Lopez, Beatriz Febrero, Lopez Alarcon, David Ferreras, Francisco Sanchez Bueno, Ricardo Robles, Pascual Parrilla Paricio

Cirugía General, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, El Palmar.

OBJETIVO: Los Criterios de Milán (MC) son reconocidos internacionalmente como parámetro para valorar la indicación de Trasplante Hepático (TH) por Hepatocarcinoma (HCC). Sin embargo, se han publicado trabajos describiendo que su expansión podía obtener supervivencias globales semejantes. El objetivo de este estudio es analizar el impacto de excederse de dichos criterios sobre los resultados y la Supervivencia Libre de Enfermedad (SLE).

MÉTODOS: Una vez excluidos los casos de mortalidad intrahospitalaria de una serie de 100 casos consecutivos, desde enero del 2011 a noviembre del 2017, se han analizado datos perioperatorios y de seguimiento, realizando un análisis descriptivo, univariante y de Supervivencia Libre de Enfermedad mediante Kaplan Meyer y análisis del Log-Rank. Se ha considerado una variable estadísticamente significativa si la $p<0,05$.

RESULTADOS: De los 100 pacientes, 8 han fallecido antes del alta y fueron excluidos. De los 92 restantes, 67 cumplieron los CM y 25 fueron expandidos. En una media de seguimiento de 33,2 meses, se han detectado 9 pacientes con recidiva tumoral en el injerto hepático, cuyos datos basales se observan en la tabla 1, en los que hemos visto una mayor tasa infección por Virus de Hepatitis C, mayor uso de Quimioembolización intraarterial como terapia Puente (TACE), mayor suma de diámetros de los nódulos tumorales encontrados en el explante (tabla 2) y menor supervivencia libre de enfermedad que los que cumplieron los CM ($p<0,05$) como se puede observar en las tabla 3 y figura 1.

CONCLUSIÓN: Si bien la TACE puede infraestadificar el tumor, hemos visto que el cumplimiento de los CM al momento del TH suponen una mayor SLE. El estudio anatomopatológico del explante es fundamental para valorar el pronóstico de los pacientes, debido a que actualmente no existe un estudio que garantice el cumplimiento de los CM antes del trasplante.

http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d77a4d3dce34_Figura+1.jpg

http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d77a4d3dce34_Tabla+3.jpg

http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d77a4d3dce34_tabla1.jpg

http://www.aopc.es/abst2/files/seth2019/absref5d77a4d3dce34_tabla2.jpg

P-104**IMAGEN POSTQUIRÚRGICA DEL TRASPLANTE HEPÁTICO**

A.J. Rodríguez Rodríguez, C. Asensio Moreno, E. Soriano Redondo, C. Gálvez García, H. Pérez Vega

Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

OBJETIVOS: teniendo en cuenta los procedimientos más importantes empleados en la cirugía del trasplante hepático nuestro objetivo es mostrar en imagen los cambios postquirúrgicos normales y describir las potenciales complicaciones asociadas al procedimiento, para poder elegir la técnica radiológica diagnóstica y/o terapéutica más adecuada.

MATERIAL: mostramos con distintas técnicas de imagen, sometidas a postprocesado (reconstrucciones multiplanares, volume rendering, maximum intensity projection) los hallazgos habituales y patológicos asociados al trasplante hepático y sus posibles tratamientos.

MÉTODO: revisión de casos de nuestro centro hospitalario.

RESULTADOS: la cirugía del trasplante hepático es una técnica que se realiza cada vez con mayor frecuencia en nuestro medio. La ecografía (incluyendo estudios con contraste sonográfico y técnica Doppler) es la primera exploración ante la sospecha de una complicación, valorando el parénquima hepático, el árbol biliar y la vascularización. El siguiente paso es la realización de TC, de gran utilidad para identificar los cambios postquirúrgicos: colecciones líquidas en el postoperatorio temprano, trombosis vascular y posible recurrencia tumoral (en el caso de existir previamente). La colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM), es la técnica no invasiva indicada para las lesiones de los ductos biliares (postoperatorio temprano), además de poder valorar igualmente la recurrencia tumoral (postoperatorio tardío). El conocimiento de las técnicas empleadas y el tiempo transcurrido tras la intervención es esencial para el radiólogo, de cara a reconocer y discernir entre cambios postquirúrgicos y posibles complicaciones.



**ÍNDICE DE
PONENTES
Y AUTORES**

ÍNDICE DE PONENTES

Álamo	José María
Baños	Isolina
Ciria	Rubén
Crespo	Gonzalo
Fernández	Inmaculada
Gómez	Inmaculada
Gómez-Bravo	Miguel Ángel
Lladó	Laura
Marini	Milagros
Quintero	Jesús
Rodríguez-Laiz	Gonzalo
Ruiz	Patricia
Salcedo	Magdalena
Sánchez-Antolín	Gloria
Sapisochin	Gonzalo
Sousa	José Manuel
Tomé	Santiago
Vinaixa	Carme

ÍNDICE DE AUTORES

A

Abellán-Alfocea, P. P-18, P-19, P-20, P-32
 Adel-Al-Shwely, F. OS3-7
 Agras-Suarez, M.C. P-38
 Aguilera, I. OS2-5
 Aguilera, V. OS1-2, OS4-7, P-84
 Aguinaga-Tueros, A. P-50
 Ahechu-Garayoa, P. P-58, P-64
 Álamo-Martínez, J.M. P-9, P-16, P-29, P-35, P-45, P-47, P-48, P-99, P-100, P-101, P-102
 Alba, E. P-15
 Alcalde-López, J. P-82
 Alcaráz, C. P-74, P-75
 Alcázar, C. P-22, P-26
 Alcázar, C.F. P-70, P-72
 Alcolea, A. OS3-8
 Alconchel, F. OS1-6
 Alconchel-Gago, F. P-40
 Alegre, F. P-71
 Alejandro-Altamirano, R. OS1-5
 Alenda, C. P-22
 Almeida-Vargas, A. P-64
 Almohalla-Alvarez, C. OS2-6, OS3-5, P-81, P-89, P-94, P-95
 Alonso-Martín, C. OS3-5, P-81, P-89, P-94
 Alos, M. P-33
 Alvarez-Navascues, C. OS1-3
 Amado-Torres, V. OS1-5
 Amoza-País, S. P-27
 Ampuero-Herrojo, J. OS4-1
 Andrés, A. OS3-8, OS4-6, P-83, P-86, P-87
 Andrés, A.M. P-85
 Angomas-Jiménez, E.B. P-95
 Anguiano-Díaz, G. P-101, P-102
 Aranda-Narváez, J.M. P-11, P-39
 Arias, A. OS4-3
 Arias, L. P-68
 Arias-Milla, A. OS2-3, OS4-4, P-7, P-36
 Arribas-Marin, J.M. P-38
 Asencio, J.M. OS2-8
 Asencio, E. P-94
 Asencio-Moreno, C. P-104
 Asunsolo, A. P-38
 Ausania, F. OS3-7
 Ayala-García, M.A. P-90, P-91, P-93
 Ayllón, M.D. OS1-5

B

Baile-Maxía, S. P-26
 Baliellas, C. OS3-2, P-14, P-15, P-17
 Balliellas, M.C. OS4-3
 Bañares, R. P-62
 Baroja-Mazo, A. OS2-1
 Barrera-Baena, P. OS1-5

Barrera-Gómez, M.A. OS3-1
 Barrera-Pulido, L. OS2-5
 Bas-Sarmiento, P. P-38
 Bellot, P. OS4-5, P-22, P-26, P-70, P-72, P-74, P-75
 Beltrán-Miranda, P. P-9, P-16, P-35, P-63, P-99, P-100, P-101, P-102
 Benítez, L. OS4-4
 Benítez-Gutierrez, L. OS2-3, P-7, P-36
 Benítez-Linero, I. P-28, P-30, P-35, P-37, P-79
 Bercena-Calvo, C. P-38
 Berenguer, M. OS1-2, OS4-7
 Bernabé, J.M. P-22
 Bernal, C. OS1-2
 Bernal-Bellido, C. P-9, P-16, P-29, P-35, P-47, P-48, P-76, P-99, P-100, P-101, P-102
 Bertran-Noguer, C. P-38
 Betés, M. OS1-4
 Bilbao, I. OS1-1, OS2-9, P-21, P-23, P-24, P-46, P-69
 Bilbao-Aguirre, I. OS2-4
 Blanco, G. P-38
 Blanco-Fernandez, G. OS3-3, P-53, P-55, P-56, P-57, P-61, P-80, P-88
 Blanco-Sánchez, R. P-38
 Blanes, F.M. OS4-7
 Boada, J. P-74
 Boada, P. P-75
 Bojorquez, A. OS1-4, P-71
 Bondía, J. P-38
 Borao, C. OS1-2, OS4-8
 Borraez-Jimenez, A. OS3-3, P-53, P-56, P-57
 Botello, F. OS3-3
 Botello-Martínez, F. P-56, P-61
 Briceño, J. OS1-2, OS1-5
 Brunet, M. OS2-2
 Buenadicha, A. P-1
 Bueno, A. OS3-8, OS4-6, P-83, P-85, P-86, P-87
 Busquets, J. OS3-2, P-17
 Bustamante, F.J. P-65, P-68
 Bustamente, J. OS3-4, P-12, P-13

Carbajo-Lopez, A.Y. OS3-5
 Cárdenas-Jaén, K. OS4-5
 Carrillo, C. P-40
 Carrillo, J. P-38, P-40, P-90, P-91, P-92
 Carrillo-Cobarro, M. P-49
 Carrillo-Ortega, J. P-93
 Carrión, L. P-62
 Casafont, F. P-4, P-5
 Cascales-Campos, P. P-103
 Cascales-Campos, P.A. OS1-6
 Caselles, M. P-23
 Caso-Maestro, O. P-8
 Castanedo-Bezanilla, S. OS1-7, OS2-10, P-41
 Castellanos, E. P-78
 Castellanos-Garijo, M.E. P-28
 Castells, L. OS4-3, P-21, P-23, P-24, P-46
 Castillo, F. P-4
 Castillo-Suescun, F.J. OS1-7, OS2-10, P-41
 Castillo-Tuñón, J.M. OS3-3, P-53, P-61, P-88
 Cepeda-Franco, C. P-9, P-16, P-35, P-45, P-47, P-48, P-60, P-63, P-99, P-100, P-101, P-102
 Chaparro, M.D. P-43, P-44, P-51, P-97
 Charco, R. OS1-1, OS2-9, OS4-3, OS4-6, P-21, P-23, P-24, P-42, P-46, P-69, P-77
 Ciria-Bru, R. OS1-5
 Citores, M.J. OS4-4
 Citores-Sanchez, M.J. OS2-3, P-7, P-36
 Colmenero, J. OS1-2, OS3-7, OS4-2, P-98
 Colomer, C. P-74, P-75
 Colon, A. P-62
 Concepción-Martín, V. OS3-1
 Corchado-Berjano, C. P-61
 Córdoba-López, A. P-96
 Cortes, L. OS4-8
 Cortese, S. OS2-8
 Crespo, G. OS1-2, OS2-2, OS4-2, P-98
 Crespo, J. P-4, P-5
 Cuadrado, A. P-4, P-5
 Cuaresma, M. OS4-1
 Cuervas-Mons-Martínez, V. OS2-3, P-7, P-36
 Cuevas-López, M.J. P-47, P-48

C

Caballero, A. P-59, P-62
 Caballero-Marcos, A. OS1-2
 Cabañó-Muñoz, D. OS1-8, P-3, P-6, P-11, P-39
 Cachero, A. OS3-2, P-14, P-15, P-17
 Cadahía-Rodrigo, V. OS1-3, P-25, P-27
 Calvo-Antón, B. OS2-6
 Calvo-Pulido, J. P-8
 Calvo-Sánchez, M.D. P-38
 Camarena, C. P-33
 Cambra-Molero, F. P-8
 Camino, F. OS4-1
 Campano-García, A. P-95
 Campos, I. P-24, P-23, P-46
 Campos-Varela, I. OS4-3, P-21
 Cañadas-De-La-Fuente, G.A. P-38
 Caralt, M. OS2-9, P-21, P-23, P-24, P-46, P-69

D

Dalmau, M. OS2-9, P-69
 De-Armas-Conde, N. OS3-3, P-53, P-55, P-56, P-57, P-61, P-80
 De-Jesús, M.T. P-38
 Delacruz, J. OS2-7
 De-La-Mata, M. OS1-2, OS1-5
 Delapena, J. OS2-7
 Del-Pozo, C. P-4
 Desongles, T. OS4-1
 Diaz, A. P-98
 Diaz, C. P-70
 Diaz, T. P-73
 Díaz-Fontenla, F. OS4-3, P-59, P-62
 Díaz-López, C. OS3-1
 Díaz-Zorita, B. P-59

Díez, I. P-77
 Di-Maira, T. OS1-2, P-84
 Dios-Barbeito, S. P-48
 Domínguez, M.F. OS4-1
 Domínguez-Amillo, E. P-85
 Dopazo, C. OS1-1, OS2-9, P-23, P-46, P-69
 Dopazo-Taboada, C. P-21, P-24
 Duca, A.M. OS2-3, P-7

E

Echeverri-Cifuentes, J.A. OS1-7, OS2-10, P-41
 Encinas, J.L. OS4-6, P-87
 Espinosa-Aguilar, D. OS1-2, P-18, P-19, P-20, P-32
 Esteban-Gordillo, S. P-64
 Estrada-León, I. P-88

F

Fábrega, E. OS4-3, P-4, P-5
 Fábrega-García, E. OS2-10, P-41
 Fabregat, J. OS1-1, OS3-2, P-14, P-15, P-17
 Faus-Gabandé, F. P-38
 Febrero, B. OS1-6, P-40, P-103
 Ferguson, J. P-52
 Fernandes-Alonso, V. P-10
 Fernández, A. P-38
 Fernández, D. P-73
 Fernández, J.A. OS1-6, OS2-7
 Fernández, J.R. OS3-4, P-12, P-65, P-68
 Fernández, R. P-4
 Fernández-Aguilar, J.L. P-3, P-6, P-11, P-39
 Fernández-Castellano, G. P-30, P-79
 Fernández-Castellano, G.R. P-37
 Fernández-González, R. OS1-5
 Fernández-Martínez, D. P-25
 Fernández-Santiago, R. OS1-7, OS2-10, P-41
 Fernández-Tome, L. P-33
 Fernández-Vázquez, I. OS4-3
 Fernández-Yunquera, A. OS1-2, P-59, P-62
 Ferrer, J. OS3-7
 Ferrer, M.T. OS4-1
 Ferreras, D. OS2-7, P-103
 Ferreras-Martínez, D. OS1-6
 Ferrer-Ríos, M.T. OS2-5, P-82
 Ferrín, G. OS1-5
 Flores, N. P-98
 Flores-Medina, J. P-91
 Fondevila, C. OS1-1, OS3-7
 Forns, X. OS4-3
 Fortea, J.I. P-4, P-5
 Fortea-Ormaechea, J.I. OS1-7
 Franco, M. P-70, P-72, P-74, P-75
 Frauca, E. P-33, P-85, P-87
 Fuentes, L. P-38
 Fuentes-Pradera, M.A. P-30, P-28, P-79
 Fuentes-Valenzuela, E. OS2-6, P-81, P-89, P-94, P-95

Fundora, J. OS3-7
 Fuster, C. P-98
 Fuster, J. OS3-7

G

Gajate, L. P-1, P-2
 Gálvez-García, C. P-104
 Gándara, J. OS4-2
 García, R. OS3-7, OS4-2
 García, S. OS4-8, P-21
 García-Bernardo, C. OS1-3, P-73
 García-Bernardo, C.M. P-25, P-27
 García-Conde, M. P-8
 García-Fernández, N. P-16, P-29, P-45, P-60, P-63, P-76
 García-Gomez, B. OS3-3, P-53, P-57, P-80
 García-Gomez, S. OS2-3
 García-Gutiérrez, C. P-73
 García-León, A. P-101, P-102
 García-Mayor, S. P-38
 García-Muñoz, P. P-16, P-60, P-76
 García-Pajares, F. OS2-6, OS3-5, P-81, P-89, P-94, P-95
 García-Sesma, A. P-8
 García-Ureña, M.A. P-43
 García-Valdecasas, J.C. OS3-7
 Garrido, M. P-42
 Gash, A. OS4-1
 Gastaca, M. OS1-2, OS3-4, P-12, P-13, P-65, P-68
 Gastaca-Mateo, M. P-50
 Gianchandani-Moorjani, R.H. OS3-1
 Giberteau-Sánchez, A. P-56
 Gimbert, M. P-4
 Gimenez-Alvira, L. P-43, P-44, P-51
 Giráldez-Gallego, A. OS2-5, OS4-1, P-82
 Gómez, F.J. P-38
 Gómez, I. P-23
 Gómez-Anta, I. P-62
 Gómez-Bravo, M.A. OS1-2, OS2-4, OS2-5, OS4-1, P-9, P-16, P-29, P-30, P-31, P-35, P-45, P-47, P-48, P-60, P-63, P-76, P-79, P-99, P-100, P-101, P-102
 Gómez-Del-Pulgar-Villanueva, A.M. P-49
 Gómez-Gavara, C. OS2-9, P-21, P-24, P-46, P-69
 Gómez-Sánchez, J. P-50
 González-Diéguez, L. OS2-4, OS4-3, P-25, P-27
 González-Dieguez, M.L. OS1-3
 González-García, A. P-38
 González-Grande, R. OS1-2
 González-Pinto, I. OS1-3, P-73
 González-Pinto-Arrillaga, I. P-25, P-27
 González-Rubio, S. OS1-5
 González-Sánchez, M. P-19
 González-Sánchez, R. OS2-1
 González-Tolaretixipi, E. OS1-7, OS2-10, P-41
 Gonzalez-Vilatarsana, E. OS3-2
 Gornals, J. P-14
 Gosálvez-Bernal, M. P-49
 Grande, L. OS4-1
 Grande-Cabrerizo, C. P-82

Granero, J.E. P-73
 Graus, J. OS2-4
 Guadalix-Sánchez, C. OS2-3
 Guerrero, J.M. P-29, P-31
 Guiberteau-Sánchez, A. P-88
 Guiral, S. P-5
 Gunson, B. P-52
 Gutierrez, P.R. P-38
 Gutierrez-Baiget, G. P-97

H

Hernández, J. P-38
 Hernández-Martínez, H. P-38
 Hernández-Oliveros, F. OS3-8, OS4-6, P-83, P-85, P-86, P-87
 Herreras, J. OS4-3, OS4-7, P-84
 Herrero, I. OS1-2, P-71
 Herrero, J.I. OS1-4
 Herrero-Santos, I. P-58
 Herrero-Santos, J.I. OS2-1
 Herruzo, R. P-38
 Hessheimer, A. OS1-1
 Hessheimer, A. OS3-7
 Hiciano-Guillermo, A.I. P-40
 Hidalgo, E. OS2-9, P-21, P-23, P-24, P-46, P-69
 Hierro, L. OS4-6, P-33, P-83, P-85, P-86, P-87
 Hodson, J. P-52
 Huici, M. P-17
 Hurtado-Pardos, B. P-38

I

Iborra, E. P-17
 Iglesias-López, A. P-82
 Iñarrairaegui, M. OS1-2, P-71
 Iriarte, J. P-38
 Irurzun, J. P-22
 Izquierdo-Peñafiel, J. P-50

J

Jaén-Torrejimenó, I. OS3-3, P-53, P-55, P-57, P-61, P-80
 Jiménez, M. OS1-2
 Jiménez-Beltrán, V. OS1-3
 Jiménez-Garrido, M. P-43, P-44, P-51, P-97
 Jiménez-Herrera, M.F. P-38
 Jiménez-Jaén, C. P-88
 Jiménez-Romero, C. P-8
 Jimeno-Torres, B. P-96
 Jodar-Salcedo, C. P-55
 Jordán-Iborra, C. P-58
 Jover-Aguilar, M. P-40
 Juamperez, J. OS3-6, P-42, P-77
 Juncos-Gozalo, M. P-10
 Justo-Alonso, I. P-8

L

Lana, A. P-38
 Landi, F. OS3-7
 Laquente, B. OS1-1
 Lara-Gomez, P. P-66
 Lechuga-Alonso, I. P-8
 Legaz, I. P-40
 Leon-Diaz, F.J. OS1-8, P-3, P-6, P-11, P-39,
 León-Gamez, C. P-44, P-97
 Lewis, P. P-52
 Liaño, F. P-1, P-2
 Llado, L. OS1-1, OS3-2, P-14, P-15, P-17
 Lladò-Garriga, L. OS2-4
 Llorca, F.J. P-38
 Lluís, F. P-22, P-26, P-70, P-72
 Loinaz-Segurola, C. P-8
 López, J. P-14, P-15
 López, V. OS1-6
 Lopez-Alarcon P-103
 López-Baena, J.A. OS2-8, P-62
 López-Boado, M.A. OS3-7
 López-Buenadicha, A. P-2
 López-Domínguez, A. P-49
 Lopez-Dominguez, F. OS3-2, P-17
 Lopez-Garrido, A. OS1-2
 López-Garrido, M.A. P-19, P-18, P-20, P-32
 Lopez-Guerra, D. OS3-3, P-53, P-55, P-56, P-57, P-61, P-80
 López-Hervás, P. P-1, P-2
 López-Hoyos, M. P-5
 Lopez-Lopez, V. OS2-7
 López-Monclús, J. P-43, P-44, P-51, P-97
 Lopez-Navas, A. P-90, P-91
 López-Navas, A.I. P-38, P-92, P-93
 Lopez-Ortega, S. OS1-2
 López-Romero, J.L. P-30, P-37, P-54, P-78, P-79
 López-Santamaría, M. OS3-8, OS4-6, P-33, P-83, P-85, P-86, P-87
 Lorente, S. OS1-2, OS4-8
 Lozano, P. OS2-8
 Lozano-Nájera, A. OS1-7, OS2-10, P-41
 Lucena, J.L. P-43, P-44, P-51, P-97
 Luis-Navarro, J.C. P-54
 Luján-Colás, J. P-64

M

Macarulla, T. OS1-1
 Macher, H. P-29, P-31
 Madrigal-Rubiales, B. P-94
 Manrique-Municio, A. P-8
 Manso-Murcia, C. P-49
 Manzano, C. OS4-8
 Marcacuco-Quinto, A. P-8
 Marín-Gómez, L.M. P-9, P-16, P-31, P-35, P-45, P-47, P-48, P-99,
 P-100, P-101, P-102
 Maroto-Martín, C. OS2-6, OS3-5, P-89, P-94, P-95
 Marqués-López, B.M. P-28

Márquez, J.L. OS4-1
Márquez, L. P-62
Martí-Cruchaga, P. P-58, P-64
Martin, R. OS2-9
Martín-Ampuero, M. P-7
Martínez, C. OS2-7, OS2-8
Martínez, E. OS2-7
Martínez, L. P-71
Martínez, M. OS1-6
Martínez-Alarcón, L. OS1-6, OS2-1, P-38, P-40, P-90, P-91, P-92, P-93
Martínez-Arrieta, F. P-43, P-44, P-51
Martínez-Barba, E. OS1-6
Martínez-Insfran, L.A. P-103
Martínez-Martínez, M. P-49
Martínez-Núñez, S. P-9, P-45
Martínez-Picola, M. OS4-2
Martínez-Rodríguez, A. P-38
Martin-Franklin, A. OS4-4
Martin-García, I.J. P-54
Martorell, J. P-98
Mas, P. P-22, P-26, P-70, P-72, P-75
Más-Serrano, P. P-74
Mateos, B. OS4-3
Mateos-Llosa, M. P-49
Matilla, A. OS2-8
Matilla, A.M. P-62
Melgar, P. P-22, P-26, P-70, P-72, P-74, P-75
Menendez-Moreno, A. OS3-1
Mercadal, M. OS3-6
Mercadal-Hally, M. P-42, P-77
Millán, O. OS2-2
Mils, K. OS3-2, P-14, P-15, P-17
Miralles, C. P-22, P-26, P-70, P-72, P-74, P-75
Miralles, C.F. OS4-5
Miyar, A. P-73
Miyar-De-León, A. P-25, P-27
Molera, C. P-42
Molina, P. P-36
Molinero, P. P-29, P-31
Molino, J.A. OS2-9, OS3-6, P-42, P-69, P-77
Moneva-Arce, M.E. OS3-1
Monge-Romero, M. P-55
Monge-Romero, M.I. P-88
Montero, J.L. OS2-4
Montes-Montero, A. P-100
Montiel-Casado, C. OS1-8, P-3, P-11, P-39
Montoro, B. P-21
Mora, L. OS1-4
Morales-Dominguez, J.J. P-78
Moreno, A. OS2-8
Moreno-Gijón, M. P-25
Moreno-Suero, F. P-35
Moreso, F. P-24
Morillo, A. OS4-1
Moya-Giménez, M. OS2-9
Muiños-Álvarez, A. P-38
Muñoz-Bartolo, G. P-85, P-87
Muñoz-Cantero, A. P-96
Muñoz-Martin, P. OS4-4

N

Nacarino-Mejías, V. P-82
Nájera-Muñoz, R. OS2-6, P-81, P-94, P-95
Naranjo-Arellano, M. P-82
Narváez, I. OS4-3
Narvaez-Rodriguez, I. P-57, P-88
Navalón, J.C. P-38
Navalpotro, B. OS1-1
Navarro, A. P-42
Navarro-Morales, L. P-9
Navasa, M. OS1-1, OS1-2, OS2-2, OS3-7, OS4-2, P-98
Nicolás-De-Cabo, S. OS1-8, P-3
Nicolas-Lopez, T. P-103
Niño, A. P-31
Nogueras, F. OS1-2, OS4-3
Nogueras-López, F. P-18, P-19, P-20, P-32
Núñez-Roldan, A. OS2-5
Nuño, J. OS4-6, P-1, P-2
Nutu, A. P-8

O

Olmedilla, L. OS2-8
Onieva-Gonzalez, F. P-61
Ortega, J. P-77
Ortega-García, J.L. P-82
Ortega-Suazo, E.J. P-18, P-19, P-20, P-32
Orti-Rodriguez, R. OS3-1
Orúe-Echebarria, M. OS2-8
Otegui, J. OS1-4
Otegui, J.A. P-71
Otero, A. OS4-3
Otero-Ferreiro, A. OS2-4
Otón, E. OS4-3

P

Pacheco-Sanchez, D. OS3-5, P-81
Padilla-Morales, V. P-28, P-30, P-37, P-79
Padillo-Ruiz, F.J. P-16, P-35, P-47, P-48, P-60, P-63, P-76, P-99, P-100, P-101, P-102
Padillo-Ruiz, J. P-9, P-45
Palazón, J.M. OS4-5, P-22, P-26, P-70, P-72, P-74, P-75
Palomares, I. P-12, P-13, P-65, P-68
Palomares-Etxeberria, I. P-50
Pando, E. OS2-9, P-46, P-69
Pardo-Sánchez, F. P-58, P-64
Pares, B. OS2-9
Parrilla, P. OS1-6, OS2-7, P-38, P-40, P-90, P-91, P-92, P-93
Parrilla-Paricio, P. P-103
Pascasio, J.M. OS4-3
Pascasio-Acevedo, J.M. OS2-5, OS4-1, P-82
Pascual, A. P-74, P-75
Pascual, M. P-4
Pascual, S. OS4-3, OS4-5, P-22, P-26, P-70, P-72, P-74, P-75

- Payá, A. P-22
 Peligros-Gómez, I. P-59
 Peña-Amaro, M.P. P-38
 Pereira, S. OS1-2
 Pereira-Álvarez, M. P-88
 Perello-Campaner, C. P-38
 Pérez, J. OS4-1
 Pérez, M. OS3-6, P-77
 Pérez, X. OS1-4
 Perez-Bodas, C. P-10
 Pérez-Civantos, D.V. P-96
 Pérez-Daga, J.A. OS1-8, P-3, P-6, P-11, P-39
 Pérez-Frutos, M.D. P-96
 Pérez-Gallardo, B. P-53
 Pérez-Gómez, M. P-10
 Pérez-Millon, V. P-34, P-66, P-67
 Pérez-Miranda-Castillo, M. OS3-5
 Pérez-Palacios, D. P-82
 Pérez-Pérez, A.B. P-49
 Pérez-Reyes, M. P-6
 Pérez-Rodríguez, M. P-6
 Perez-Saborido, B. P-89, P-94
 Perez-Sánchez, E. OS3-1
 Pérez-Sanz, F. OS2-1
 Pérez-Vega, H. P-104
 Pérez-Villarejo, G.J. P-34, P-66, P-67
 Peromingo, R. P-1, P-2
 Peyró-Gregori, L. P-38
 Piella, G. OS2-9
 Pijoan, J.I. OS3-4
 Pinto-Fuentes, P. OS2-6, OS3-5
 Pomares, M.T. P-74
 Pons, J.A. OS1-6, OS2-4, OS4-3, P-40
 Pons-Miñano, J.A. OS2-1
 Portilla, J. P-72
 Poyato-González, A. OS1-5
 Prada-Villaverde, A. OS3-3, P-55, P-61
 Prado-Laguna, M.C. P-38
 Prieto, M. OS3-4, OS4-3, OS4-7, P-12, P-13, P-65, P-68, P-84
 Prieto-Calvo, M. P-50
 Puchades, L. OS4-3, P-84
 Puente, A. P-4, P-5
 Pueyo, A. P-43, P-44, P-51
 Redondo-Cerezo, E. P-18, P-19, P-20, P-32
 Ramirez, X. P-51
 Revilla-Nuin, B. OS2-1
 Rey-Hernández, M. OS2-6
 Rial, X. P-51
 Rial-Justo, X. P-97
 Ridaura, N. P-46
 Rigabert, M. P-92
 Ríos, A. OS1-6, OS2-7, P-38, P-40, P-91, P-92, P-93
 Ríos-Zambudio, A. P-90
 Rivera, J. OS1-2
 Robles, R. OS1-6, OS2-7, P-103
 Robles-Marcos, M. P-96
 Rodríguez, A. OS4-1
 Rodríguez, G. P-22, P-26, P-75
 Rodríguez, J.M. OS1-6, OS2-7
 Rodríguez, M. OS4-5, P-22, P-26, P-70, P-72, P-74, P-75
 Rodríguez-Díez, N. P-80, P-88
 Rodriguez-Garcia, M. OS1-3
 Rodriguez-Laiz, G. P-70, P-72, P-74
 Rodríguez-Perálvarez, M. OS1-2, OS1-5
 Rodríguez-Rodríguez, A. P-104
 Rodríguez-Sanjuan, J.C. OS1-7, OS2-10, P-4, P-41
 Rodríguez-Seguel, E. OS4-1
 Rodriguez-Tajes, S. OS4-3
 Rojas-Holguín, A. OS3-3, P-53, P-55, P-56, P-57, P-61, P-80
 Román, L. P-44
 Román-García-De-León, L. P-97
 Romero, M. P-59, P-62
 Ros-Martínez, J. P-49
 Rosso, C.M. OS4-1
 Rotellar, F. OS1-2, P-71
 Rotellar-Sastre, F. P-58, P-64
 Royo-Villanova, M. OS1-6
 Rubio, A. P-29, P-31
 Rueda-Cobos, A. P-34, P-67
 Ruiz, P. OS2-2, OS3-4, OS4-2, P-12, P-13, P-98
 Ruíz, R. OS4-1
 Ruiz-Merino, G. P-92
 Ruiz-Neira, J. P-54
 Ruiz-Ordorica, P. P-50, P-65, P-68
 Rull, R. OS3-7

Q

- Quiñones, M. OS1-4
 Quintero, J. OS3-6, P-77

R

- Ramírez, P. OS1-6, OS2-7, P-38, P-40, P-90, P-91, P-92, P-93
 Ramírez-Romero, P. OS2-1, P-103
 Ramis, G. P-40
 Ramos, E. OS1-1, OS3-2, P-14, P-15, P-17
 Ramos-Boluda, E. OS3-8
 Rasero-Hernández, C. P-88

S

- Sabater, M. P-23
 Sabe, N. P-17
 Salamanca, C. OS4-1
 Salcedo, M. OS2-8, P-62
 Salcedo, M.M. OS4-3
 Salcedo, M.T. OS2-9, P-24
 Salcedo-Plaza, M. OS1-2, P-59
 Salvador, P. OS1-2, P-12, P-13, P-65, P-68
 Sánchez, A. OS4-6
 Sánchez, M.R. P-72
 Sanchez, P. P-38
 Sánchez-Antolín, G. OS2-6, OS3-5, P-81, P-94, P-95
 Sanchez-Antolin, M.G. P-89

Sánchez-Bueno, F. OS1-6, OS2-7, P-103
 Sánchez-Delgado, L. OS2-6, OS3-5, P-89, P-94, P-95
 Sánchez-Frías, M. OS1-5
 Sánchez-González, J.M. OS3-1
 Sánchez-Martín, F. OS2-6, P-81, P-89, P-95
 Sanchez-Ocaña, R. OS3-5
 Sanchez-Perez, B. OS1-8, P-3, P-6, P-11, P-39
 Sanchez-Segura, J. OS1-8, P-3, P-6
 Sánchez-Turrión, V. P-43, P-44, P-51, P-97
 San-Felix, M. P-65
 Sanmartín-Monzó, J.L. P-49
 San-Segundo, D. P-5
 Santaines-Borredá, E. P-38
 Santoyo-Santoyo, J. OS1-8, P-3, P-6, P-11, P-39
 Sanz, S. P-73
 Sanz-Navarro, S. P-27
 Sastre, L. OS4-2, P-98
 Selva, J. P-74, P-75
 Sendra, C. OS4-3
 Senosiain, M. OS1-2, P-12, P-13, P-65, P-68
 Serradilla, J. OS3-8, OS4-6, P-83, P-85, P-86, P-87
 Serrano, A. P-1, P-2
 Serrano, J. P-97
 Serrano, T. OS1-2, OS4-8
 Shirai, K. P-8
 Smith, M. P-52
 Solar, L. P-73
 Solar-García, L. P-25, P-27
 Soriano-Redondo, E. P-104
 Sorribas, M. P-14
 Soto-Ruiz, M.N. P-38
 Sousa, J.M. OS2-5, OS4-1, OS4-3
 Sousa-Martín, J.M. P-82
 Suárez, A. P-73
 Suarez, M.J. P-12, P-65, P-68
 Suárez-Artacho, G. P-9, P-16, P-29, P-31, P-35, P-37, P-45, P-47,
 P-48, P-99, P-100, P-101, P-102
 Suárez-Cordero, A. P-88

T

Tapiolas, I. P-46
 Tejeda-Borrillo, L. P-78
 Tejedor-Tejada, J. OS2-6, P-81, P-89, P-94, P-95
 Terreros-Bejo, I. P-50
 Testillano, M. P-12, P-65, P-68
 Thompson, F. P-52
 Toledo, E. OS1-4
 Toledo-Martínez, E. OS1-7, OS2-10, P-41
 Torrejimenó, I. P-56
 Torres-Nieto, M.A. P-94
 Tortolero, L.M. P-1, P-2
 Trapero-Marugán, M. P-52
 Triana, P. P-85

V

Valdivieso, A. OS1-2, OS3-4, P-12, P-13, P-65, P-68
 Valdivieso-López, A. P-50
 Valencia, R. OS4-1
 Valentín, C. OS4-4
 Valer-Rupérez, M. P-49
 Varela-Calvo, M. OS1-3
 Vasquez, M. P-98
 Vázquez-Corral, J. OS2-9
 Vela-Núñez, F. P-54
 Vela-Núñez, F.A. P-78
 Ventoso, A. OS3-4, P-12, P-13, P-65
 Ventoso-Castiñeira, A. P-50
 Victoria-Rodenas, M.D. P-49
 Villacorta-Linaza, B. P-82
 Vinaixa, C. OS4-7
 Virseda, J. P-38
 Yelamos, J. P-38

Z

Zamora-Olaya, J. OS1-5
 Zapater, P. P-26
 Zozaya-Larequi, G. P-58, P-64
 Zuaznabar, J. P-71

