



P-518 - ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA Y DE LAS CARACTERÍSTICAS CLÍNICO-PATOLÓGICAS DE LOS PACIENTES CON POLIQUISTOSIS HEPÁTICA Y TOH EN ARAGÓN

Lete Aguirre, Noelia; Carramiñana Nuno, Ruben; Soriano Liébana, Maria del Mar; Delfau Lafuente, Daniel; Valero Lázaro, Maria Isabel; Medina Mora, Laura; Borrego Estella, Vicente Manuel; Palacios Gasos, Pilar

Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Existen diversas estrategias invasivas en PQH (drenaje-aspiración-esclerosis percutáneo, fenestración y resección hepática) pero en casos avanzados el TOH es la solución curativa. Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de la PQH mediante TOH abordando los aspectos más controvertidos: criterios inclusión/priorización en lista espera trasplante-LET, momento del TOH, aspectos técnicos de la hepatectomía-receptor y resultados a corto/largo plazo.

Métodos: Estudio retrospectivo de una base de datos prospectiva con 700 TOH y con 9 pacientes sometidos a TOH por PQH (1,3%) en hospital de tercer nivel (mediana seguimiento 82 meses). Codificación de 95 variables: datos donante, receptor, diagnóstico analítico-radiológico, criterios inclusión LET, datos técnicos trasplante hepático/renal, datos histopatológicos, terapia inmunosupresora, seguimiento corto/largo plazo. Se realizó análisis estadístico programa-SPSS™-15.0 obteniendo para variables cualitativas/cuantitativas porcentaje, medida tendencia central y medida dispersión con intervalo confianza-95%. Las complicaciones posoperatorias fueron a 90 días según clasificación Clavien-Dindo.

Resultados: Edad media $52,3 \pm 4,1$ años con 88,9% mujeres. La hepatomegalia masiva asociada a dolor abdominal-astenia-incapacidad para tareas cotidianas fueron los criterios que determinaron la inclusión en LET. El valor del sistema priorización Model-End-Stage- Liver-Disease-MELD fue bajo ($11,5 \pm 5,5$, 6-23) pues la funcionalidad hepática estuvo conservada. No hubo casos de intervenciones quirúrgicas previas. En 2 pacientes no hubo trasplante renal, 2 pacientes lo tuvieron posterior al hepático, en 3 anterior y en 2 sincrónico. Tiempo quirúrgico fue $342 \pm 89,3$ min. En todos los casos se realizó TOH donante cadáver con disección-control-sección inicial de elementos del hilio hepático, con técnica de *piggy-back* durante la hepatectomía del receptor sin *bypass* veno-venoso, sin resear VCI y en 3 casos se realizó fenestración de algún quiste para obtener mejor acceso-control a VCI. Se transfundieron $3,8 \pm 3,1$ concentrados hematíes (en 2 casos ninguno). Una paciente presentó síndrome de reperusión transitorio. 3 pacientes presentaron complicaciones grados III-IV Clavien-Dindo (33,3%), 2 relacionadas con la anastomosis biliar (una requirió CPRE-IIIb y otra reintervención por coleperitoneo-IVa) y otra por trombosis de la arteria hepática que precisó retrasplante a los 60 días-IVa. Nuestra tasa de mortalidad (grado V) a los 90 días fue nula. La estancia media-UCI fue $10,9 \pm 1,9$ días y hospitalaria $18,1 \pm 9,1$ días. El peso medio del hígado extraído del receptor fue de $6.334,4 \pm 2.234,6$ gramos (3.420-10.750). Tras el seguimiento a largo plazo (mediana 82 meses) todos los pacientes están vivos, no hubo ningún caso de disfunción primaria del injerto ni de rechazo agudo/crónico y no hubo retrasplante hepático a ningún paciente (un caso de retrasplante renal).

Conclusiones: A pesar de las limitaciones de nuestro estudio recomendamos al TOH como el tratamiento de elección en la PQH sintomática no candidata a otras estrategias ofreciendo una morbilidad baja, paliación de síntomas y supervivencias paciente/injerto excelentes. La técnica de *piggy-back* es factible, segura y aplicable frente a la técnica clásica. La evaluación preoperatoria permite decidir trasplante hepatorenal combinado y evitar situaciones límite en estado clínico-psíquico-nutricional. El momento adecuado para efectuar el TOH así como la utilización del MELD en la priorización de LET sigue siendo controvertido dado que no existe ningún síntoma-signo aislado que indique TOH y la función hepática suele mantenerse conservada.