

CIRUGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA

COMUNICACIONES ORALES

7 NOVIEMBRE 2006
15.30 – 17.00

SALA ARANJUEZ
O-007 – O-015

O-007

EVALUACIÓN ECONÓMICA DE LA DEMORA QUIRÚRGICA EN EL TRATAMIENTO DE LA COLECISTITIS AGUDA

J.L. Rodicio Miravallés, E. Carles Sicilia, L. Sanz Álvarez,
J.J. González González y E. Martínez Rodríguez
Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Objetivo: Evaluar en términos económicos, con los elementos actuales al uso, el gasto adicional que genera la cirugía diferida como forma de tratamiento de la colecistitis aguda (CA) litiasica.

Material y métodos: Mediante el registro de altas hospitalarias en el Conjunto Mínimo Básico de Datos (CMBD) y su Grupo Relacionado por Diagnóstico (GRD) correspondiente, se realizó un estudio retrospectivo de las altas por CA a lo largo del año 2001 en el Servicio de Cirugía General I del Hospital Universitario Central de Asturias (79 casos/73 pacientes). Se recogieron variables clínicas, epidemiológicas, pruebas de imagen y de laboratorio, consumo farmacológico y evolución durante el ingreso. Se hizo uso de los GRDs y "Coste por Proceso" para conocer el gasto que supone el tratamiento diferido, y compararlo con un hipotético tratamiento quirúrgico en el mismo ingreso; para ello realizamos un *modelo teórico*.

Resultados: En el año 2001 el servicio de Cirugía General I atendió 79 casos de CA, para un total de 73 pacientes, ya que seis de ellos regresaron en el mismo año, por el mismo motivo. Su edad media fue de 68,8 años (DS = 14,8). La estancia media fue de 14,6 días (DS = 9,4). Se realizaron 20 intervenciones durante el ingreso (25,3%), en la mayoría de los casos por complicación. El abordaje quirúrgico fue en su mayoría, 14 de los 20 pacientes, por cirugía abierta; seis laparoscópica (con una conversión) en los que no se presentó complicación postoperatoria y la estancia media postoperatoria fue de 5,3 días. Los GRDs para la CA fueron, por orden de frecuencia: 208 41 (51,9%), 207 14 (17,7%), 198 8 (10,1%), 197 4 (5%), 494 3 (3,7%), 493 2 (2,5%), 556 2 (2,5%), 557 2 (2,5%), 555 1 (2,5%), 541 1 (2,5%). No codificado: 1. El coste que generaron aquellos pacientes cuyo tratamiento fue médico y posterior cirugía programada (32 pacientes) fue de 24.124.322 pesetas. El tiempo hasta la intervención quirúrgica de estos pacientes tuvo una media de 228,82 días (rango 15 días - 3 años). La mediana fue de 180 días. El cálculo mediante el *modelo teórico*, estima un gasto con una política asistencial de cirugía en el mismo ingreso, para esos 32 pacientes, de 12.342.321 pesetas.

Conclusiones: La CA en nuestro medio refleja: Una población envejecida; una política terapéutica de cirugía diferida, con un tiempo medio hasta la intervención, prolongado; así como buenos resultados en aquellos casos en los que se realizó un tratamiento quirúrgico laparoscópico precoz. El registro de las altas hospitalarias en la CMBD y

su GRD correspondiente, representa una fuente de información fiable y fácil de manejar; siendo de gran utilidad para el análisis de muestras grandes, por la rapidez con la que obtenemos y hacemos uso de la información. Su limitación está en la información clínica, y en todo acontecimiento más allá del ingreso hospitalario. El gasto estimado con nuestro *modelo teórico*, para cerca de la mitad de pacientes ingresados con colecistitis aguda en el año 2001 y candidatos a ser intervenidos, nos muestra que la demora quirúrgica en el tratamiento de la colecistitis aguda prácticamente duplica el coste de la misma.

O-008

COLECISTOSTOMÍA PERCUTÁNEA EN PACIENTES DE ALTO RIESGO QUIRÚRGICO

A. Arruabarrena Oyarbide L. Sánchez Moreno, J.C. Rodríguez Sanjuán, M. Silvan Delgado, F. González Sánchez, C. Juanco Pedregal, L. Herrera Noreña, A. Naranjo Gómez y M. Gómez Fleitas
Hospital Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: evaluar la resolución del episodio agudo de colecistitis en pacientes de alto riesgo así como la morbilidad asociada a la Colectostomía percutánea (CP).

Material y métodos: estudio retrospectivo de 15 casos consecutivos tratados mediante CP (grupo 1) entre 1998-2006, 10 hombres y 5 mujeres con edad media de 82,3 años (62-93) con importante comorbilidad asociada. La valoración del riesgo quirúrgico se estableció según el índice ASA (II: 2 ; III: 10; IV: 3), índice Charlson (media: 3) y Possum fisiológico (media 24,5). La colocación del catéter (7 F) se realizó guiado por ecografía por vía transhepática. El grupo control (grupo 2) consta de 52 pacientes ASA II-III mayores de 60 años (edad media 73,8 años) intervenidos quirúrgicamente por colecistitis aguda en 2005. Los criterios de resolución del episodio agudo consistieron en desaparición de la clínica sin necesidad de cirugía urgente.

Resultados: la CP resuelve el episodio agudo en 14 de los casos (93,3%). Únicamente 1 paciente requirió colecistectomía por mala evolución. En 3 de los casos se realizó colecistectomía diferida, 2 por nuevos cólicos biliares y otro por salida accidental del catéter. No hubo otras complicaciones relacionadas con el catéter. Un paciente reingresó una semana después del alta por nueva sepsis biliar y falleció. Tras un seguimiento medio de 21 meses, 8 pacientes se mantienen asintomáticos y los 6 restantes fallecieron por causas no relacionadas con patología biliar. En el grupo control no se registró mortalidad. La tasa de morbilidad ascendió a 24,5%: complicaciones médicas en 13,2% y quirúrgicas en 11,3%, entre las que destaca una fistula biliar y una lesión de colédoco.

Conclusión: la CP permite resolver el episodio inflamatorio en la mayoría de los casos de forma segura. No suele ser precisa la colecistectomía diferida. Aunque la colecistectomía constituye una opción terapéutica relativamente segura y es de elección en la colecistitis aguda, la CP tiene un papel en pacientes de edad avanzada y patología asociada.

O-009**EVOLUCIÓN DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA: CIRUGÍA DEL QUISTE Y CIRUGÍA RESECTIVA**

A. García Ruiz de Gordejuela, J. Altet Torne, L. Lladó Garriga, E. Ramos Rubio, J. Torras Torra, J. Fabregat Prous, J. Figueras Felip y A. Rafecas Renau

Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La hidatidosis hepática ha dejado de ser una patología endémica en nuestro entorno. Los tratamientos quirúrgicos clásicos se limitan a un abordaje completo o incompleto de los quistes, con riesgo de recidiva de la enfermedad y de elevada morbilidad.

Material y métodos: Se revisan de forma retrospectiva los pacientes intervenidos por hidatidosis hepática desde 1994 en nuestro centro. Se estudian datos relativos a la forma de presentación de la patología, tratamiento quirúrgico, morbilidad, mortalidad y recidiva de la enfermedad. Se plantea un estudio comparativo entre los abordajes clásicos y la cirugía resectiva.

Resultados: En el período de tiempo revisado se han intervenido 116 pacientes, 80 hombres y 36 mujeres, con una edad media de 51 años (rango de 19 a 79). En 45 enfermos (38,79%) se indica la cirugía por recidiva de la enfermedad, con un tiempo de latencia medio superior a 5 años. En 11 casos (9,3%) también se presenta extensión extrahepática. La técnica quirúrgica más empleada fue la quistoperiquistectomía (62 casos, 52,5%), realizándose cirugía resectiva reglada en 27 pacientes (23,2%) y en los otros 27 casos se realizaron otras cirugías (Lagrot, marsupialización,...). En 32 casos (32,59%) se observan complicaciones postoperatorias, siendo la más frecuente la fistula biliar (14 pacientes), seguido de las colecciones intraabdominales (11 pacientes). Se han reintervenido 4 enfermos (3,45%). La mortalidad de la serie ha sido de 4 enfermos (3,45%), siendo sólo un caso relacionado con la cirugía. En el 63% de los casos el seguimiento postoperatorio es superior a 6 meses, diagnosticándose 3 recidivas (2 post quistoperiquistectomía y 1 tras Lagrot). Comparando las cirugías del quiste y las cirugías resectivas regladas no se observan diferencias significativas, aunque sí se aprecia que la proporción de las complicaciones y recidiva es inferior. La morbilidad global de las cirugías resectivas es del 4,38% (5 casos) y del 23,68% (27 casos) en las cirugías del quiste ($p = 0,206$). En cuanto a las recidivas, se observan en 2 pacientes intervenidas de quistoperiquistectomía y Lagrot; por ninguna de las cirugías resectivas ($p = 0,582$). Sí se observa que la cápsula residual se relaciona de forma significativa con mayor incidencia de fistula biliar ($p = 0,001$), pero no con la recidiva con la incidencia de abscesos intraabdominales.

Conclusiones: Las complicaciones más importantes de la cirugía de la hidatidosis son la fistula biliar y la recidiva. La fistula se relaciona de forma significativa con dejar cápsula residual, hecho que sólo ocurre con las técnicas quirúrgicas que abordan el quiste. La técnicas resectivas regladas realizadas en unidades quirúrgicas con experiencia son una buena alternativa. Son cirugías seguras y eficaces.

O-010**QUISTES DE LOS CONDUCTOS BILIARES DEL ADULTO. EXPERIENCIA EN LA RESECCIÓN QUIRÚRGICA DURANTE 15 AÑOS Y SEGUIMIENTO POSTERIOR**

J. Altet Torné, J.R. Frago Montanuy, A. Rafecas Renau, J. Torras Torra, M. Miró Martín, F.J. García Borobia, L. Lladó Garriga, R. Jordà Martín, E. Ramos Rubio, J. Fabregat Prous, y L. Secanella Medayo

Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: Describir nuestra serie de pacientes intervenidos de quistes de los conductos biliares en los últimos 15 años y comparar nuestros resultados con los obtenidos en las series más relevantes de la literatura.

Material y métodos: Se han revisado retrospectivamente las historias clínicas de los pacientes intervenidos por esta patología, en nuestro hospital, entre 1990 y 2002, y de forma prospectiva, entre 2002 y 2005. Se analizan variables de métodos de diagnóstico, de técnica quirúrgica, de morbilidad y mortalidad postoperatoria y de seguimiento posterior.

Resultados: En los últimos 15 años han sido intervenidos 18 pacientes (6 varones, 12 mujeres). La edad media de aparición de los síntomas

ha sido de 45,8. Trece casos presentaron dolor abdominal, 7 colangitis, 2 ictericia sin fiebre, 3 pancreatitis, 1 masa abdominal, 1 hallazgo casual, 1 hemorragia digestiva alta. Como métodos diagnósticos, se realizó ecografía abdominal en 15 casos, TAC abdominal en 11 casos, colangiografía por resonancia magnética en 9 casos, colangiopancreatografía retrógrada endoscópica en 7 casos. La técnica quirúrgica ha sido resección total del quiste, con derivación biliointestinal en el 100% de los casos. El diagnóstico anatomo-patológico ha sido de quiste coledocal en 12 casos, enfermedad de Caroli en 5 casos, quiste coledocal malignizado (adenocarcinoma) en 1 caso. La complicación postoperatoria más frecuente ha sido la fistula biliar (3 casos, 16,6%). Se ha registrado una reintervención quirúrgica (desbridamiento de un absceso intrabdominal), en 1 caso (5,5%). La mortalidad postoperatoria ha sido del 0%. En el seguimiento tardío, no se ha evidenciado recidiva del quiste en ningún caso (0%). El caso de adenocarcinoma permanece libre de enfermedad, tras tratamiento con quimioterapia y radioterapia adyuvantes. Se ha registrado el fallecimiento de dos pacientes (1 caso de enfermedad de Caroli, tras dos trasplantes hepáticos por cirrosis biliar secundaria y trombosis portal, 1 caso por leucemia mieloide aparecida tres años tras la intervención quirúrgica).

Conclusiones: Los quistes de los conductos biliares constituyen una patología poco prevalente, pero tiene una forma de presentación clínica común a otros procesos del árbol biliopancreático. El tratamiento quirúrgico de elección es la resección total del quiste con derivación biliointestinal asociada. Los resultados globales de nuestra serie son equiparables a los de los equipos que practican esta técnica resectiva radical, siendo a su vez mejores a los de las series que practican resecciones parciales.

O-011**ULTRASONOGRAFÍA ENDOSCÓPICA (USE) VS COLANGIOPANCREATOGRÁFIA POR RESONANCIA MAGNÉTICA (CPRM) EN EL DIAGNÓSTICO DE LA PATOLOGÍA BILIOPANCREÁTICA EN PACIENTES CON Y SIN DILATACIÓN DE LA VÍA BILIAR: RESULTADOS DEFINITIVOS DE UN ESTUDIO COMPARATIVO, PROSPECTIVO Y CIEGO**

G. Fernández-Esparrach, M. Pellisé Urquiza, M.A. López-Boado Serrat, F. Feu Caballé, C. Ayuso Colella, J. Llach Vila, L. Fernández-cruz Pérez y A. Ginés Gibert

Hospital Clínic, Barcelona.

Objetivos: Comparar de forma prospectiva y ciega la utilidad de la USE y CPRM en el diagnóstico de la patología biliopancreática en pacientes con y sin dilatación de la vía biliar.

Material y métodos: Desde marzo 2001 hasta junio 2004 se incluyeron de forma prospectiva los pacientes que cumplían alguno de los siguientes criterios: 1) dilatación del coledoco sin causa objetivada en la ecografía abdominal (EA) (Grupo I; n = 74) y 2) sospecha de coledocolitiasis (fiebre y dolor abdominal con alteración de las pruebas hepáticas o pancreatitis aguda de probable origen biliar) con una vía biliar no dilatada en la EA (Grupo II; n = 82). Los pacientes con antecedentes de clausurofobia y los portadores de marcapasos o gastroenteroanastomosis se excluyeron. El orden de realización de la USE y la CPRM se decidió de forma aleatorizada (con un tiempo máximo entre las dos de 24 horas) siendo los exploradores ciegos a los resultados de la otra prueba. Como patrón oro se utilizó la CPRE (n = 86), cirugía con/sin colangiografía intraoperatoria (n = 23) o seguimiento clínico (n = 26).

Resultados: De los 156 pacientes incluidos inicialmente (69 H/87M, edad media 68 ± 15) se excluyeron 21 por no disponer del patrón oro (n = 8), USE (n = 6) o CPRM (n = 7). Por tanto, un total de 63 y 72 pacientes fueron evaluados en los Grupos I y II, respectivamente. El tiempo medio entre la USE/CPRM y la CPRE o cirugía fue de 11 ± 3 y 31 ± 32 días, respectivamente, y el tiempo medio de seguimiento fue de 5,8 ± 3,9 meses. El diagnóstico final fue: coledocolitiasis (Grupo I/II: n = 31/30), cáncer de páncreas (Grupo I/II: n = 14/2), colelitiasis sin coledocolitiasis (Grupo I/II: n = 2/5), cáncer biliar (Grupo I/II: n = 5/3), ampuloma (Grupo I/II: n = 3/0), otros (Grupo I/II: n = 2/0) y ausencia de patología (Grupo I/II: n = 6/32). La concordancia entre las dos pruebas; medida con un test de Kappa, fue del 84 % en el Grupo I y 72 % en el Grupo II ($p < 0,05$ en los dos casos). No hubo diferencias significativas entre los valores de la sensibilidad, especificidad, VPP, VPN y precisión diagnóstica de la USE y CPRM (tabla):

	Grupo I				Grupo II				
	Se	E	VPP	VPN	Precisión	Se	E	VPP	VPN
USE	100%	62%	95%*	100%	95%	91%	78%	80%	91%
			85%						
CPRM	93%	87%	98%	64%	92%	86%	92%	91%	89%
			90%						

Conclusiones: USE y CPRM son igual de eficaces en el diagnóstico de la patología biliopancreática en los pacientes con y sin dilatación de la vía biliar extrahepática.

O-012

CALIDAD PERCIBIDA Y CALIDAD ASISTENCIAL EN COLECISTECTOMÍA LAPAROSCÓPICA AMBULATORIA

M. Planells Roig, A. Sanahuja Santafe, R. García Espinosa, J. Bueno Lledo, R. Martí Obiol y M. Oviedo Bravo
ICAD. Clínica Quirón Valencia, Valencia.

Objetivo: análisis prospectivo de la calidad percibida por el paciente y la calidad asistencial del proceso Colecistectomía Laparoscópica Ambulatoria en una serie de 504 pacientes consecutivos.

Ambiente: ICAD Clínica Quirón de Valencia

Pacientes: pacientes sometidos a CLA programada.

Método: estudio prospectivo observacional. Análisis de variables relacionadas con la percepción por el paciente y variables relacionadas con los efectos secundarios del procedimiento anestésico quirúrgico.

Resultados: se muestran en la siguiente tabla

Índice de sustitución	448/504 (88,8%)
Ingresos no esperados	
Estancia nocturna	51 (10,1%)
Ingreso hospitalario	5 (0,99%)
Reingresos	6 (1,2%)
Encuestas postoperatorias excluidas	n = 100
Efectos indeseables del procedimiento anestésico quirúrgico	
Dolor abdominal	
Nauseas	161/404 (39,9)
Vómitos	95/404 (23,5)
Inestabilidad a la deambulación	39/404 (9,7)
105/404 (26,0)	
Contacto sanitario suplementario no planeado	55/404 (13,3)
Aceptación positiva de la ambulatorización	281 (74,3)
Consideración negativa de la ambulatorización	97 / (25,7)
Consideración de ambulatorización insegura	129 (31,9)
Puntuación de la atención médica excelente o muy buena	327 (80,9)

Conclusiones: La CLA tiene un escaso porcentaje de efectos secundarios anestésico quirúrgicos, es fiable y segura aunque mantiene una no aceptación "cultural" del 25 por ciento, a pesar de que se considera el tratamiento recibido como excelente o muy bueno en el 81 por cien de los casos.

O-013

CLIPLESS LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY

I. Beckingham y T. Palser
Queens Medical Centre, Nottingham (UK).

The introduction of the Harmonic Scalpel has allowed the development of new techniques in laparoscopic cholecystectomy. We describe the technique of clipless cholecystectomy using the harmonic scalpel and avoiding the use of diathermy. 200 consecutive laparoscopic cholecystectomies were performed using either the harmonic scalpel (HS) or diathermy and clips (DC). There were no conversions in either group and one reoperation in each group – one for a minor bile duct injury requiring T-tube insertion (2 mm hole in CBD presenting on d.8 in DC group) and one negative laparoscopy (HS group). The operation time in the HS group was shorter than in the DC group. There were no cystic duct bile leaks in either group. Conclusion – The harmonic scalpel offers a number of advantages to diathermy and clip usage in laparoscopic cholecystectomy and its use to seal the cystic duct is safe.

O-014

HIDATIDOSIS HEPÁTICA POR VÍA LAPAROSCÓPICA

S. Martínez Cortijo, R. Calderon Duque, R. Garrido Escudero, J.C. Aparicio Medrano, J. Timon Peralta, F. Santome Argibay y M. de Mingo Martín
Hospital Nuestra Señora del Prado, Talavera de la Reina.

Introducción: La cirugía laparoscópica ha sido aceptada prácticamente en todos los campos de la cirugía, pero en determinadas áreas, como la cirugía hepática, su introducción ha sido más lenta. El registro Nacional de cirugía hepática laparoscópica, ha puesto de manifiesto el aumento progresivo de estas técnicas con ventajas importantes, aunque debemos seguir considerando que las series todavía son cortas. El objetivo de nuestra comunicación es presentar nuestra serie de 7 casos de hidatidosis tratados por vía laparoscópica.

Pacientes y métodos: Desde Abril de 2005 a Abril de 2006 hemos intervenido 7 quistes hidatídicos por vía laparoscópica, 4 mujeres y 3 hombres con una mediana de edad de 58 años(46-71). Cuatro casos eran quistes doble y en 3 simples. Las localizaciones fueron las siguientes, en dos casos seg II-III en 3 casos seg VIII, uno segmentos VII-VIII y unos en segmento VI-VIII. La media del tamaño de los quistes fue de 7 cm (9-4). Todos los pacientes ingresaron el día de la cirugía, se pautó profilaxis con mefoxitin preoperatorio. La cirugía se realizó en posición francesa en dos casos se utilizaron 5 trócares en 4 pacientes se utilizaron 4 trócares y en uno tres. En todos los casos se procedió a la esterilización previa del quiste con suero hipertónico y aislamiento de la zona periquística.

Resultados: La técnica realizada en todos los pacientes fue quisto periquistectomía parcial, excepto un caso que se realizó quistoperiquistectomía total (seg. II-III). El tiempo medio operatorio fue de 140 min (90-180), en uno de los casos hubo que reconvertir por el difícil acceso al seg. VIII y por las múltiples adherencias del quiste. Se asociaron a la cirugía dos colecistectomías, una de ellas con colangiografía y una herniorrafia. La estancia media fue de 7,5 días (5-11). La tolerancia oral se inició en todos los casos a las 24 horas. La analgesia se realizó con Metamizol y Paracetamol alternando durante las primeras 72 horas, no precisando posteriormente, excepto en uno de los casos que se precisó durante 7 días. La morbilidad fue nula. La media de seguimiento es de 4 meses (1-11). No habiéndose detectado ninguna complicación y con un alto índice de satisfacción por parte de los pacientes.

Discusión: El tto laparoscópico de los quistes hidatídicos se ha dado por la evolución técnica de los cirujanos que venían resolviendo esta patología por vía abierta. Dado que la HH es una enfermedad benigna, muchos autores defienden su tto. por procedimientos laparoscópicos conservadores. Los criterios para la selección de casos para laparoscopia son quiste único no calcificado, menores de 7 cm de diámetro mayor y de localización en segmentos hepáticos antero laterales (III-VII), pero varían de acuerdo a la experiencia. Las contraindicaciones son quistes calcificados de localización central y quistes con estrecha contingüidad a la circulación portal o biliar. El tratamiento laparoscópico de los quistes hepáticos hidatídicos en nuestro medio, es una opción segura y efectiva pues se asocia con mínima morbilidad y mortalidad. El enfoque laparoscópico es interesante, novedoso y comprometedor por lo que es necesario una experiencia previa en cirugía convencional de la hidatidosis hepática y en cirugía laparosc.

O-015

TRATAMIENTO PALIATIVO DEL COLANGIOPAPILLOMA.

ANÁLISIS DE RESULTADOS EN UNA SERIE DE 135 PACIENTES

I. Arjona Medina, D. Serralta Decolsa, D. Martínez Baena, C. Rey Valcarcel, J. Carlin Gatica, M.D. Perez Diaz, L.E. Bernardos, P. Dujovne, J. Calleja, M. Sanz Sanchez y F. Turegano Fuentes
Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivo: analizar los resultados obtenidos en los pacientes diagnosticados de colangiocarcinoma, sometidos a tratamiento paliativo, y compararlos en función de la alternativa terapéutica empleada (tratamiento con prótesis tipo wall-stent o cirugía).

Material y métodos: estudio retrospectivo de los pacientes ingresados en nuestro hospital, desde 1996 hasta 2005, con diagnóstico de colan-

giocarcinoma tributario de tratamiento paliativo. Hemos analizado las características demográficas, clínicas, datos de laboratorio y morbilidad, así como la supervivencia en función del tipo de tratamiento.

Resultados: nuestra población estaba constituida por 135 pacientes, 68 hombres y 67 mujeres. Se distribuyeron en dos grupos: a) 87 tratados mediante prótesis metálica tipo wall-stent y b) 48 intervenidos quirúrgicamente (28 cirugía derivativa y 20 cirugía resectiva). La edad media en el grupo de cirugía fue menor ($65,62 \pm 29,5$) que en el de prótesis ($76,19 \pm 10,44$) $p < 0,001$. No hubo diferencias significativas en morbilidad ni mortalidad durante el primer ingreso en ambos grupos. Sin embargo, entre los que fallecieron, el 71,4% pertenecían al grupo de prótesis ($p > 0,05$). No hubo diferencias significativas en la estancia hospitalaria media durante el primer ingreso, ni en el tiempo transcurrido hasta el segundo ingreso. El tiempo asintomático medio (283,9 días) y supervivencia media (292,92 días) fue mayor para el grupo de cirugía que para el de prótesis, que fueron respectivamente: 149,88 y 152,06 días ($p < 0,01$). Se analizó la morbilidad precoz (en los primeros 30 días): el 93,8% de las complicaciones quirúrgicas tuvieron lugar en los primeros 30 días, a diferencia del grupo de prótesis que sólo fue el 56,3% ($p < 0,001$). El porcentaje de mortalidad en grupo de endoprótesis fue mayor (20,5%) frente al grupo de cirugía (8,7%) $p > 0,05$. Se calculó el índice de confort como medida de calidad de vida, no hallándose diferencias entre ambos grupos. La necesidad de reingreso fue mayor en el grupo quirúrgico ($p < 0,01$). También se observaron diferencias entre la causa de reingreso: pancreatitis y colangitis en grupo de prótesis, frente a aumento de ictericia en el grupo de cirugía. Sin embargo, aunque reingresan más los pacientes operados, lo hacen en mayor número los portadores de prótesis.

Si atendemos al tipo de técnica quirúrgica usada, no se observaron diferencias significativas en evolución, necesidad de reingreso, estancia media, tiempo asintomático ni supervivencia entre los dos grupos (resectiva o derivativa).

Conclusiones: los pacientes intervenidos quirúrgicamente, presentaron una supervivencia y tiempo asintomático superior al del grupo de prótesis; sin embargo, la cirugía paliativa no mejoró la calidad de vida respecto a dicho grupo. La cirugía derivativa y resectiva paliativa ofrecieron los mismos porcentajes de supervivencia y calidad de vida.

7 NOVIEMBRE 2006
17.30 – 19.00

SALA ARANJUEZ
O-016 – O-023

O-016

EL CORSETAJE CON MALLA REABSORBIBLE, UNA ALTERNATIVA AL PACKING EN LOS TRAUMATISMOS HEPÁTICOS GRAVES

M.T. Albiol Quer, S. López Ben, E. Garsot Savall, J. Gironés, N. Aragón, B. Pardina, J. Sirvent, A. Codina Barrera, J. Figueras Felip y A. Codina Cazador

Hospital Universitari Dr Josep Trueta, Gerona.

Objetivos: Análisis de los casos de traumatismo hepático (TH) que precisaron cirugía urgente con la colocación de una malla reabsorbible como técnica hemostática.

Material y métodos: Desde julio de 2004 a enero de 2006 se trataron en nuestro centro 49 TH. Cuarenta evolucionaron correctamente mediante tratamiento conservador. Un paciente fue derivado a otro centro para embolización. Ocho fueron intervenidos; practicándose: 2 suturas de las fisuras, 1 packing y 4 corsetajes. Un paciente falleció debido al arrancamiento de las tres suprahepáticas.

Resultados: Los pacientes tratados con corsetaje son 2 mujeres y 2 hombres con edad media de 35,5 (rango 18-53) con TH grado III ($n = 2$) y grado IV ($n = 2$). Tres presentaban traumatismo torácico asociado y uno pérvico. La transfusión durante las primeras veinticuatro horas fue de 12,75 concentrados de hematies (rango 15-9) y la duración de la intervención de 200 minutos (rango 150-230). Dos pacientes precisaron reintervención por otras causas. Los días de ventilación mecánica fueron de 10,75 (rango 5-26) y la estancia hospitalaria fue de 30,75 (rango 16-50). Actualmente tres pacientes están de alta y una presenta una fistula duodenal.

Conclusiones: El objetivo principal en el TH es estabilizar al paciente controlando el sangrado. Si para este cometido se precisa cirugía, se deberán evitar los procedimientos que precisen de un mayor tiempo quirúrgico y tecnología compleja. En este sentido el packing es una buena técnica quirúrgica para conseguir una hemostasia eficaz de manera rápida. Sin embargo no son pocas las complicaciones sépticas, síndrome compartimental abdominal y la necesidad de reintervención. Con la colocación del corsetaje alrededor del hígado no existe la necesidad de reintervención ni aumento de la presión intraabdominal. Además de tratarse de una técnica aplicable por un cirujano medio con una corta curva de aprendizaje.

O-017

NUEVOS CONCEPTOS EN EL TRATAMIENTO DEL FALLO INTESTINAL. UNIDADES DE REHABILITACIÓN INTESTINAL. RESULTADOS DE UN PROGRAMA PEDIÁTRICO

M. López Santamaría, M. López Santamaría, F. Hernández Oliveros, J. Murcia Zorita, M. Gámez Arance, E. Frauca, P. Jara Vega, M. Molina y J. Sarriá, G. Prieto

Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Introducción: Aunque se han producido importantes avances en el terreno del fallo intestinal (FI), su tratamiento es a menudo aplicado por grupos compartmentados, con escasa interrelación, y ello influye negativamente sobre los resultados.

Objetivo: analizar los resultados en el tratamiento del FI en el niño a cargo de un programa multidisciplinar de "Rehabilitación Intestinal" que integra los tres procedimientos básicos: 1º.- técnicas de soporte nutricional; 2º.- farmacoterapia; 3º.- cirugía (que incluye reconstrucción autóloga del intestino y trasplante intestinal -TI-).

Material y métodos: 71 casos de FI prolongado (40 niñas, 31 niños), entre Julio 1997 y Abril 2006. Solo se incluyen casos de FI considerados candidatos potenciales a TI.

Resultados: Las causas de FI fueron síndrome de intestino corto 52; trastornos de motilidad 16; diarreas intratables 3. En 56 casos el FI era de comienzo neonatal, asociado a prematuridad en 18. El 76% de los niños ($n = 54$) fueron referidos desde otros centros. Se obtuvo adaptación intestinal en 14 niños, en 7 tras reconstrucción autóloga (asociada en uno a hormona de crecimiento -HC-) y optimización de la dieta en 5 (uno asociada a HC); otro niño referido para TI por pseudoobstrucción y pérdida de accesos venosos adaptó tras comprobar que padecía una enfermedad de Hirschsprung. Cuatro niños fallecieron antes de poder ser incluidos para TI; otros 3 presentaban comorbilidades que contraindicaron el TI; nueve permanecen estables con nutrición parenteral domiciliaria y 43 fueron puestos en lista (incluye dos niños que adaptaron tras ser incluidos y salieron de la lista). De ellos, 8 fallecieron en lista (todos candidatos a trasplante combinado incluyendo hígado), y 25 recibieron un total de 29 injertos (16 de hígado-intestino, 9 de intestino aislado, 3 multiviscerales y 1 hepático). Dieciséis de los niños trasplantados (64%) están vivos, de los cuales 14 libres de NP (incluyendo los 4 niños retransplantados), y dos están anentéricos en espera de retrasplante. La mortalidad en los niños trasplantados se relacionó principalmente con el mal estado previo al TI. Dos niños fallecieron por linfoma.

Conclusiones: La integración de todas las modalidades de tratamiento del FI por un grupo multidisciplinar de profesionales con interés en el FI optimiza los resultados, gracias a la concentración de la experiencia, la posibilidad de interacción entre las distintas modalidades de tratamiento, y la agilidad para poder realizar cambios rápidos de indicación. La posibilidad de realizar trabajos clínicos experimentales útiles se ve igualmente favorecida por la implementación de centros de Rehabilitación Intestinal.

O-018

EFECHO DEL PRECONDICIONAMIENTO ISQUÉMICO SOBRE LA LESIÓN Y LA REGENERACIÓN HEPÁTICAS TRAS RESECCIÓN HEPÁTICA MASIVA EN RATAS

N. Pelaez Serra¹, J. Busquets Barenys¹, I. Ben Mosbah², C. Peralta², J. Rosello Catafau² y L. Grande Posa¹

Hospital del Mar, Barcelona¹, Instituto Investigaciones Bioquímicas, Barcelona².

Introducción: La mayoría de las hepatectomías se realizan bajo oclusión vascular con el fin de disminuir las pérdidas hemáticas. Sin embar-

go esta maniobra induce una importante lesión por isquemia-reperfusión (I/R). El precondicionamiento isquémico (PI) es un mecanismo de protección frente a la lesión por I/R, que ha demostrado su utilidad en modelos clínicos y experimentales de I/R, pero se desconoce su implicación sobre los mecanismos de regeneración hepática.

Objetivo: El objetivo del estudio fue investigar el efecto del PI sobre la lesión por I/R hepática y su influencia en los mecanismos de regeneración.

Material y métodos: Ratas Sprague-Dawley sometidas a una resección hepática mayor (70% del peso del hígado) distribuidas en dos grupos: con y sin PI (grupos RH y PI, respectivamente). El PI utilizado constaba de 10 minutos de isquemia seguida de 10 minutos de reperfusión. En cada uno de los grupos se consideraron 4 subgrupos atendiendo al tiempo de sacrificio del animal (6 h, 24 h, 3 días y 7 días). Se determinaron, en el momento del sacrificio, los niveles de alanina y aspartato transferasa (ALT y AST), de malonildialdehido (MDA) y de actividad mieloperoxidasa (MPO) como marcadores de citolisis, estrés oxidativo y estado inflamatorio, respectivamente. Además se determinó, también en el momento del sacrificio, el peso del animal y del remanente hepático.

Resultados: 1. Lesión hepática: los grupos de animales sometidos a PI presentaban unas cifras significativamente menores de transaminasas a las 6 y 24 horas de la hepatectomía respecto al grupo RH (ALT: 509 vs 921 y 715 vs 881 U/l; AST: 436 vs 830 y 715 vs 881 U/l, respectivamente). Los niveles de MDA a las 24 de la intervención fueron significativamente superiores en el grupo de animales sometido a PI (0,25 vs 0,09 nmol/mg proteína, $p < 0,05$), mientras que los niveles de MPO fueron significativamente menores (3,4 vs 13,9 U/mg proteína, $p < 0,05$). 2. Regeneración hepática: El peso del remanente hepático siempre fue superior en el grupo sometido a PI, pero solo logró la significación estadística en los valores del tercer día (4,05 g vs 3,6 g; $P = 0,02$).

Conclusión: En el modelo experimental realizado, el PI protege al hígado tras la resección al reducir la lesión hepática y el estrés oxidativo y aumenta la capacidad de regeneración.

O-019

RESULTADOS DEL ENSAYO PRECLÍNICO DE XENOTRASPLANTE HEPÁTICO DE CERDO A BABUINO

P. Ramírez, A. Ríos, M. Montoya, P. Cascales, C. García Palenciano, M. Majado, A. Muñoz, R. Robles, F. Sánchez Bueno y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El propósito de este estudio es analizar si los hígados procedentes de cerdos transgénicos para proteínas reguladoras del complemento hDAF y CD 59 protegerían del rechazo hiperagudo tras el xenotrasplante a babuino (XTOH) y estudiar la función del hígado porcino en un primate no humano.

Animales y métodos: Se han realizado 15 XTOH de cerdo a babuino en dos grupos: un grupo control ($n = 5$) y otro experimental utilizando como donantes cerdos transgénicos hDAF (cortesía de IMUTRAN, Cambridge, UK) ($n = 5$) y transgénicos CD55, CD59 y HT (cortesía del St. Vincent's Hospital, Melbourne, Australia) ($n = 5$).

En el grupo control, los lechones fueron obtenidos por histerectomía y mantenidos en condiciones libres de patógenos específicos. La selección de los cerdos donantes fue realizada en base a la demostración por biología molecular de la transgénesis en biopsias hepáticas.

Resultados: Todos los animales del grupo control presentaron un rechazo hiperagudo con sobrevidas inferiores a las 12 horas. En el grupo hDAF, ninguno de los 5 animales presentó rechazo hiperagudo. La máxima supervivencia fue de 4 y 8 días. Las causas de la muerte en estos animales fue la sepsis y una CID (8 días) y una neumonía aspirativa (4 días), Disfunción primaria del injerto (24 horas), distress respiratorio y fallo técnico (18 horas), y trombosis mesentérica (24 horas). Con los animales CD55-CD59 tampoco se desarrolló rechazo hiperagudo. Tres de estos hígados funcionaron con cifras de protrombina superiores al 50% y producción de bilis normal. Las causas de muerte fueron la trombosis de la vena cava inferior (3 casos), un volvulo intestinal (15 horas de supervivencia) y un caso con disfunción primaria del injerto.

Conclusión: Los hígados transgénicos h-DAF y CD55-CD59 previenen el rechazo hiperagudo cuando son xenotrasplantados en un babuino. Además, si no se presentan fallos técnicos, son capaces de mantener

la coagulación y la hemostasia al menos durante 8 días. En el grupo hDAF-CD59 se observó una tendencia a la hipercoagulabilidad con aparición de trombosis, posiblemente en relación con el desarrollo de rechazo agudo retardado.

O-020

LIGADURA PARCIAL DE LA VENA PORTA ASOCIADO A TIOACETAMIDA: UN MÉTODO PARA OBTENER UN NUEVO MODELO DE HIPERTENSIÓN PORTAL EN LA RATA

I. Prieto Nieto³, M. Méndez López¹, M. Méndez¹, F. Sánchez-Patán⁴, M. Paz Nava², L. López Álvarez¹, M.A. Aller Reyero⁴, J. Arias Pérez⁴ y J.L. Arias Pérez¹

Laboratorio de Psicobiología. Facultad de Psicología. Universidad de Oviedo, Oviedo¹, Departamento Fisiología Animal (Fisiología II). Facultad de Biológicas. Universidad Complutense de Madrid, Madrid², Hospital La Paz, Madrid³, Cátedra De Cirugía. Departamento Cirugía I. Facultad De Medicina. Universidad Complutense De Madrid, Madrid⁴.

Objetivos: Se asocian dos métodos clásicos para producir hipertensión portal (HTP) en la rata: la ligadura parcial de la vena porta y la administración oral de Tioacetamida, para obtener un nuevo modelo de hipertensión portal

Material y métodos: Se utilizaron 39 ratas Wistar macho, divididas en cuatro grupos:

I-Control ($n = 10$)

II- Triple ligadura parcial de la vena porta ($n = 9$)

III-Tioacetamida v.o. (0,4%) durante tres meses ($n = 11$)

IV- Triple ligadura parcial de la vena porta y tioacetamida ($n = 9$)

A los tres meses de evolución se estudiaron la presión portal, los tipos de circulación colateral portosistémica, la función y la histopatología hepática hepática.

Resultados: Las ratas con HTP (Grupo II) presentaron circulación colateral portosistémica extrahepática, asociada con vasculopatía venosa mesentérica sin desestructuración hepática ni hipertensión portal.

Las ratas tratadas con Tioacetamida (Grupo III) presentaron cirrosis e hipertensión portal (14 ± 5 vs 7 ± 3 mmHg, $p < 0,001$), pero no circulación colateral portosistémica extrahepática ni vasculopatía venosa mesentérica.

Las ratas del grupo IV, con HTP y Tioacetamida, presentaron cirrosis, hipertensión portal, circulación colateral portosistémica y vasculopatía venosa mesentérica.

Conclusiones: El uso simultáneo de Tioacetamida y la triple ligadura parcial de la vena porta en la rata permite obtener un modelo de hipertensión portal crónica que incluye todas las alteraciones que suelen presentar pacientes con cirrosis hepática. Por lo tanto, éste modelo experimental puede ser de gran utilidad para estudiar los mecanismos fisiopatológicos involucrados en ésta patología.

O-021

ALTERACIONES HEMODINÁMICAS DURANTE UN TRASPLANTE HETEROTÓPICO HEPÁTICO CON ARTERIALIZACIÓN PORTAL EN UN MODELO PORCINO

O. Fernández Rodríguez, C. García Palenciano, A. Ríos, B. Segura, M. Arance, R. Martín-Gil, L. Martínez Alarcón, C. Conesa, F. Acosta, P. Ramírez y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: El trasplante heterotópico hepático ha surgido como alternativa al ortotópico para casos de insuficiencia hepática aguda, y tiene como objetivo permitir la recuperación posterior del hígado nativo. Nos proponemos estudiar las consecuencias hemodinámicas de esta intervención en un modelo experimental con arterialización de la vena porta.

Material y métodos: Realizamos 15 trasplantes hepáticos heterotópicos con arterialización portal para los que empleamos 30 cerdos White-Landrace inmunológicamente compatibles de 13 Kg. los donantes y de 25 los receptores. Otros 15 cerditos de 15 kg fueron empleados como donantes de sangre completa, uno en cada procedimiento. Para el estudio hemodinámico se empleó un catéter venoso central en vena yugular interna derecha y un catéter en arteria femoral que se conectó al monitor de gasto cardíaco mediante el contorno de pulso PiCCO (Pulsión).

Se determinaron el índice cardiaco (IC), índice de resistencias vasculares sistémicas (IRVS), presión arterial media (PAM), volumen telediastólico global (GEDV) y volumen intratorácico total (ITBV) en los siguientes momentos de la intervención: basal (A) tras el pinzamiento de la vena cava inferior (B), 15 minutos tras la reperfusión del injerto (C) y al final de la intervención (D).

Resultados: Se exponen en la siguiente tabla:

Basal	Post-pinjam	Reperfusión	Cierre
PAM 96,15 ± 18,38	81,17 ± 16,71*	81,80 ± 24,75	93,9636 ± 13,39
PVC 8,45 ± 3,17	8,36 ± 3,50	8,36 ± 3,69	10,36 ± 3,26**
IRVS 1363,87 ± 147,97	1678,37 ± 372,40*	1183,25 ± 437,89*	1293,12 ± 293,79
GEDV 260,11 ± 67,41	222,67 ± 59,59*	276,89 ± 93,92	258,00 ± 54,38
ITBV 333,10 ± 84,06	282,00 ± 71,71*	338,70 ± 112,94	329,10 ± 68,16
IC 5,05 ± 1,20	4,01 ± 0,94*	5,09 ± 1,87	5,93 ± 1,49^

Significación estadística respecto valor precedente (*) y basal (^); p < 0,05

Conclusiones: En el THAH-AVP el punto hemodinámico crítico se presenta durante la reperfusión del injerto, aunque los mecanismos fisiológicos y la terapia intraoperatoria compensan los cambios en la hemodinámica. Al final de la intervención el IC se encuentra significativamente aumentado. El patrón hemodinámico de nuestro modelo podría condicionar su aplicación clínica en receptores hemodinámicamente inestables (insuficiencia hepática aguda) en los que la vasodilatación y elevación del IC previamente instaurada, pueden comprometer la respuesta fisiológica compensatoria y necesaria en el modelo descrito.

O-022

ESTUDIO HISTOLÓGICO EN HÍGADOS EXPLANTADOS DE LA EFECTIVIDAD DE LA RADIOFRECUENCIA EN HEPATOCARCINOMA

J.C. Rodríguez Sanjuán, M. Silván, L. Herrera, F. González, C. Juanco, J. Figols, F. Casafont, M. Gómez Fleitas
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: Analizar la respuesta histológica tras ablación por radiofrecuencia (ARF). Correlacionar el grado de respuesta con el tamaño preoperatorio, determinado por TAC o ecografía. Analizar la evaluación de la respuesta mediante TAC.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de 25 pacientes transplantados por hepatocarcinoma entre 2000 y 2006, a quienes previamente se había realizado ARF de uno o más nódulos. Tras el transplante hepático, se realizó un estudio histológico convencional de la totalidad del hígado explantado y se clasificó la respuesta a la ARF como completa, parcial o ausente. La indicación del transplante fue en todos los casos por hepatocarcinoma sobre hígado cirrótico. La edad media de los pacientes fue de 57 años (41-66). El tamaño de la lesión se determinó mediante ecografía y/o TAC. Se consideró la mayor de las dos medidas del diámetro mayor que fue 1,5-6 cm (media: 3,2). La ARF se realizó mediante un equipo Radionic, en 19 casos mediante aguja de punta frína y en 6, mediante aguja en paraguas. La mayoría se realizó de forma percutánea. En 3 casos se realizó de forma quirúrgica (2 a través de laparotomía y en 1 de forma laparoscópica). Se evaluó la respuesta mediante TAC a las 24 h y 30 días. El intervalo entre ARF y transplante osciló entre 15 días y 15 meses (media: 5,9). Sólo en 2 casos fue inferior a 1 mes.

Resultados: En todos los casos se observó respuesta histológica. Fue completa (ausencia de tumor viable) en 12 casos (48%) y parcial en 13 (52%). El tamaño preoperatorio en los casos con respuesta completa fue de 3 cm (ds: 1,4) y en los casos con respuesta parcial fue de 3,4 cm ($p = 0,365$). En tumores mayores de 4 cm no existió respuesta completa en ningún caso; si existió en 45,5% de los menores de 4 cm. En tumores mayores de 3 cm la respuesta fue completa en 50%, mientras que fue de 60% en menores de 3 cm. En los casos con respuesta parcial, los controles de TAC habían sido interpretados como respuestas completas en todos excepto en uno.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la ARF en hepatocarcinoma produce respuesta en todos los casos, aunque se asocia a una baja tasa de respuesta completa; esta respuesta completa no se asocia significativamente a un menor tamaño tumoral. La evaluación de la respuesta mediante TAC puede ser errónea.

O-023

FORMAS DE PRESENTACIÓN CLÍNICA Y TOMA DE DECISIONES EN EL TRATAMIENTO DE LA HIPERPLASIA NODULAR FOCAL HEPÁTICA

M.A. Suárez Muñoz, J. Santoyo, J.L. Fernández Aguilar, P. Florez Rial, B. Sánchez Pérez, A. Rodríguez Cañete, J.A. Pérez Daga, A. González Sánchez, M. Ruiz López, A. Álvarez Alcalde y A., Maté Hurtado
Hospital Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: La hiperplasia nodular focal (HNF) es una lesión hepática benigna cuyo tratamiento sigue siendo tema de controversia, especialmente en relación con las dificultades para un correcto diagnóstico preoperatorio. En ocasiones, el diagnóstico diferencial por imagen incluye no sólo el adenoma hepático, sino también otros tumores sólidos, por lo que no es infrecuente que estos pacientes sean intervenidos con el diagnóstico genérico de tumor hepático.

El objetivo del presente trabajo es analizar la experiencia de nuestra unidad en relación con la HNF hepática, sus formas de presentación clínica y los criterios en base a los cuales se tomaron las decisiones terapéuticas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes intervenidos en nuestro servicio en los que existiera un diagnóstico final anatomo-patológico de hiperplasia nodular focal hepática, en un periodo de 10 años (1997-2006). Registraron 18 casos, 15 mujeres y 3 hombres, de edad comprendida entre 26 y 69 años (media 43).

Resultados: Desde el punto de vista clínico, en el 66% de los casos, el diagnóstico de la lesión fue como consecuencia de un hallazgo casual, presentando síntomas el 34% restante, especialmente en forma de molestias en hipocondrio derecho. Hubo 3 de casos en que la HNF coexistía con otras lesiones hepáticas (metástasis) que fueron las que motivaron la decisión terapéutica en dichos pacientes. En un caso, una biopsia percutánea de la lesión aportó el diagnóstico de neoplasia papilar hepática. En relación con el diagnóstico por imagen (TAC, RM), sólo en el 40% de casos se describió la cicatriz central típica de esta lesión. En tres pacientes el diagnóstico preoperatorio fue de hiperplasia nodular focal. Otros diagnósticos diferenciales fueron: tumor hepático (sin otra especificación), tumor hepático complicado con hemorragia intralesional, lesión sugestiva de metástasis, masa hepática compatible con adenoma, bazo accesorio o hepatocarcinoma fibrolamellar. El tratamiento quirúrgico consistió en la resección en todos los casos. Quince lesiones fueron únicas (83%), y tres múltiples (2, 3 y 4 nódulos respectivamente). Se practicaron 4 hepatectomías derechas, 2 hepatectomías izquierdas, 3 bisegmentectomías, y el resto fueron resecciones parciales, en tres de los casos vía laparoscópica. La estancia media postoperatoria fue de 7 días y la morbilidad mínima.

Conclusiones: La hiperplasia nodular focal hepática es una lesión oligosintomática, cuya indicación quirúrgica se relaciona en muchos casos con un incorrecto diagnóstico preoperatorio. Sin embargo, la posibilidad de aparición de complicaciones (hemorragia en uno de nuestros casos, formas pseudotumorales...) debe hacernos valorar la posibilidad de aplicar criterios quirúrgicos en relación con el tamaño o la localización de la lesión.

8 NOVIEMBRE 2006

15.00 – 16.30

SALA ARANJUEZ

O-151 – O-158

O-151

EFICACIA DE LA QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE A RESECCIÓN HEPÁTICA EN METÁSTASIS HEPÁTICAS INICIALMENTE IRRESECTABLES

J.F. Noguera Aguilar, A. Arrivi, J.C. Vicens, J. Ibarra, R. Morales, A. Cuadrado, M. Dorao y J.J. Puigol
Hospital Son Llàtzer, Palma de Mallorca.

Objetivo: Evaluar la eficacia de la quimioterapia neoadyuvante a resección hepática en metástasis hepáticas de origen colorectal inicialmente no resecables.

Pacientes y métodos: Entre Enero de 2004 y Diciembre de 2005, se incluyeron en la evaluación prospectiva 23 pacientes con metástasis hepáticas de adenocarcinoma colorectal inicialmente irresecables a causa de su tamaño, localización o número elevado de lesiones. La mayoría fueron varones, 78,2%. La edad media fue de 61 años (rango 37-79). Las causas de irresecabilidad fueron la localización desfavorable de la lesión, cercana a la cava, al hilio hepático o a dos venas suprahepáticas; el número elevado de lesiones (mayor o igual a 5) y el tamaño del tumor. Todos los pacientes iniciaron quimioterapia sistémica en un régimen basado en infusión continua de 5-FU, asociado a oxaliplatin (91%, 21 pacientes) o a irinotecan (26%, 6 pacientes). En 4 pacientes se alternaron oxaliplatin e irinotecan, por respuesta pobre, y se asoció cetuximab en 3 pacientes jóvenes (13%).

La respuesta fue evaluada por TAC y RMN hepáticos. Todos los pacientes continuaron con quimioterapia adyuvante tras la resección hepática.

Resultados: La causa más frecuente de irresecabilidad fue la localización desfavorable de la lesión (73,9%). Atendiendo a criterios RECIST la respuesta se consideró completa en un caso (4,3%), respuesta parcial (más del 30%) en 12 casos (52,2%), enfermedad estable en 8 (34,8%) y progresión en 2 casos (8,7%). Se consideraron resecables tras la quimioterapia neoadyuvante 15 pacientes (65,2%), que correspondían a los que habían obtenido respuesta completa, respuesta parcial y en 2 casos con enfermedad estable, pero respuesta de alrededor del 20% que hizo posible la indicación quirúrgica. Se practicaron 11 resecciones mayores, siendo la más frecuente la hepatectomía derecha en 6 casos y la hepatectomía derecha ampliada en 4 casos. El 73,3% de las resecciones fueron R0 (11 casos). No existió mortalidad operativa en el primer mes. Se detectaron 6 recurrencias tras la resección, 4 recurrencias extrahepáticas (peritoneo y pulmón) y dos hepáticas (éstas sobre resecciones R0). La supervivencia libre de enfermedad se sitúa en el 62,5% de los pacientes resecados. Con un seguimiento medio de 11,3 meses (rango 5-39), la supervivencia actuarial es del 74%.

Conclusiones: Con la administración de quimioterapia neoadyuvante algunos pacientes con metástasis hepáticas considerados inicialmente irresecables se pueden hacer resecables. La respuesta radiológica alcanza hasta el 70% de los pacientes tratados, pudiendo ser resecados el 62% y practicado resecciones R0 en el 48%. Estas resecciones con margen microscópicamente y focalmente afecto han tenido un impacto nulo sobre la recurrencia hepática a corto plazo. La seguridad de la resección hepática tras la neoadyuvancia es similar a la de la resección inicial sin tratamiento previo.

O-152

QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE EN METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CCR. RESCATE E ÍNDICE DE RESECABILIDAD

S. López Ben, J. Figuera Felip, A. Codina Barreras, M.T. Albiol Quer, I. Juez, B. Queralt, X. Hernández Yague, J. Soriano, M. Osorio, R. Ortiz y A. Codina Cazador

Hospital Universitario Dr Josep Trueta, Gerona.

Objetivos: Analizar los resultados en términos rescate quirúrgico y resecabilidad de los pacientes con metástasis hepáticas (MH) de carcinoma colorrectal tratados con quimioterapia neoadyuvante.

Materiales y métodos: Desde mayo de 2003 hasta abril de 2006 se recogieron de forma prospectiva 118 pacientes consecutivos con MH, que fueron remitidos a nuestro servicio para valorar resección hepática. Los datos demográficos, quimioterapia, resultados intra y postoperatorios fueron incluidos prospectivamente en una base.

Resultados: Se trataba de 84 hombres y 34 mujeres. Treinta y tres (28%) pacientes se consideraron resecables de entrada y se realizó cirugía. En los 85 pacientes restantes, que forman la base del estudio, se decidió quimioterapia neoadyuvante por presentar factores de mal pronóstico 20 (24%) o, por ser técnicamente irresecables 65 (76%). Despues de una mediana de 4 meses y 8 ciclos de tratamiento 44 pacientes (52%) se rescataron para cirugía, 28 (33%) se han considerado definitivamente irresecables y 13 (20%) están pendientes de revaloración.

En los pacientes operados ($n = 44$), 4 pacientes se consideraron irresecables (resecabilidad del 91%), 36 (81%) presentaban MH sincrónicas, realizándose cirugía simultánea del tumor primario en 6 casos (17%). Se realizaron 27 hepatectomías mayores, asociando radiofrecuencia en 9 ocasiones. La mediana de lesiones fue de 5 (1-40) siendo bilaterales en 30 casos (68%). Doce pacientes (27%) presentaban enfermedad ex-

trahepática resecable. El 70% de los pacientes continuaron con quimioterapia adyuvante tras la cirugía hepática. La mortalidad se situó en el 4,5%. La morbilidad global fue del 47% (5 grado I, 7 grado II, 5 grado III y 2 grado IV). La supervivencia global media fue de 15 meses y la actuarial del 76% a los 12 meses, siendo la supervivencia libre de enfermedad del 66% a los 12 meses.

Conclusiones: El índice de resecabilidad fue del 91% (40/44). La utilización de quimioterapia neoadyuvante permitió el rescate del 52% (44/85) de pacientes con MH. Por otra parte considerando solo los técnicamente irresecables el índice de rescate fue del 37% (24/65).

O-153

IMPACTO DE LA INCIDENCIA DE LOS FACTORES DE MALA EVOLUCIÓN EN LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO MULTIDIPLINAR DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CANCER COLORECTAL (MHCCR)

J. Torras Torra, L. Llado Garriga, E. Ramos Rubio, A. Rafecas Renau, R. Jordà, F. García Borobia, S. Comi, R. Memba y J. Fabregat Prous
Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Demostrado el beneficio de la resección hepática incluso en pacientes con factores de mal pronóstico, actualmente la única premisa necesaria para indicar cirugía en pacientes con metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal (MHCCR) es la de poder practicar una resección R0 dejando un hígado remanente suficiente.

Objetivo: Análisis de la incidencia de los factores de peor pronóstico en los pacientes intervenidos de MHCCR en dos períodos de tiempo (1990-2000 vs 2001-2005) y su impacto en el tratamiento, morbilidad, mortalidad y supervivencia.

Material y métodos: En el periodo 1990-2005 se han practicado 566 resecciones hepáticas por MHCCR. Se analizan por separado los períodos 1990-2000 con 250 pacientes y el periodo 2001-2005 con 313 pacientes. Se compara en ambos grupos la incidencia de los factores de mala evolución, el score de Nordlinger, la frecuencia de los procedimientos quirúrgicos más complejos, radiofrecuencia complementaria y otros aspectos quirúrgicos. Se compara asimismo el tipo de quimioterapia neoadyuvante y adyuvante en ambos períodos. Se analizan la morbilidad y mortalidad en ambos períodos y la supervivencia actuarial.

Resultados: La incidencia de factores de mal pronóstico fue mayor en el periodo 2001-2005: (PN2 (28% vs 18%; $p = 0,0084$); Sincronicidad (50% vs 35% $p = 0,0005$); Bilobularidad (46,5% vs 32% $p = 0,0004$); Margen de resección hepática invadido (18% vs 10% $p = 0,016$); nº MH ≥ 4 (25% vs 18,6% $p = 0,064$). Asimismo la puntuación según el score de Nordlinger fue significativamente mayor: (5-6-7:24% vs 10,4% $p < 0,0001$).

El tratamiento mediante radiofrecuencia de mh contralaterales complementaria a la resección (15% vs 5,5% $p < 0,0001$) y la necesidad de triseccorectomia o hepatectomía mayor con resección contralateral (21% vs 9% $p = 0,0002$) fue mayor en el segundo periodo. A pesar de ello la necesidad de transfusión y el periodo de oclusión vascular fueron menores. (10,5% vs 24% $p < 0,0001$) y $32,1 \pm 24$ vs 42 ± 17 $p < 0,0001$). El tratamiento neoadyuvante (24,5% vs 15,1% $p = 0,005$), adyuvante (68% vs 55% $p = 0,0022$), así como los esquemas basados en oxaliplatin o irinotecan fueron significativamente más frecuentes en el segundo periodo.

Los índices de mortalidad y morbilidad fueron parecidos en ambos períodos. La supervivencia actuarial a 5 años en el año 2000 fue del 36% mientras que la calculada el 2005 es del 44%.

Conclusion: A pesar de que la indicación de resección hepática se ha extendido a pacientes de peor pronóstico, el aumento de procedimientos quirúrgicos más complejos, la posibilidad de radiofrecuencia asociada y el tratamiento de fármacos quimioterápicos más efectivos, han mejorado la supervivencia.

O-154

EXPERIENCIA Y RESULTADOS DE 100 CIRUGÍAS EN PACIENTES CON METÁSTASIS HEPÁTICAS DE ORIGEN COLORECTAL

A. Tarifa Castilla, J. Herrera Cabezón, C. Zazpe Ripa, B. Oronoz Martínez, E. Balén Rivera y J.M. Lera Tricas
Hospital de Navarra, Pamplona.

Introducción: Según la evidencia científica disponible, actualmente se acepta que la cirugía es el tratamiento de primera elección en el mane-

jo de las Metástasis Hepáticas de origen colorectal (MHCR), cuando es posible la extirpación completa de las lesiones.

Objetivo: Presentamos nuestra experiencia, en un hospital terciario y con un volumen intermedio de MHCR, en el tratamiento quirúrgico de esta patología y la supervivencia de nuestra serie.

Pacientes y métodos: Incluimos 81 pacientes, 50 varones y 31 mujeres, tratados quirúrgicamente, con resección de MHCR, entre 1994 y 2006. 15 pacientes se intervinieron en dos ocasiones y 2 pacientes fueron operados tres veces, sumando así un total de 100 intervenciones. Los criterios de selección para la cirugía fueron: la posibilidad de extirpación de todas las lesiones con margen libre, sin producir insuficiencia hepática y en los casos que presentaban enfermedad extrahepática, que ésta fuera resecable. La cirugía se realizó con los mismos criterios, ateniéndonos a un protocolo multidisciplinar y por los mismos cirujanos a lo largo de la serie. La valoración preoperatoria se realizó con TC abdominal y se utilizó sistemáticamente la ecografía intraoperatoria, realizada por los mismos cirujanos. No se realizó de rutina TC de tórax, ni PET. A todos los pacientes tratados desde el año 2000 en adelante, se les ofreció tratamiento adyuvante con quimioterapia.

Resultados: De las 100 intervenciones realizadas, en 97 casos se realizó una hepatectomía (53,54% resecciones limitadas y 46,46% hepatectomías mayores) y en tres casos se suspendió la resección intraoperatoriamente, dos por diseminación tumoral intrabdominal y uno por inestabilidad hemodinámica. Dos de los pacientes no resecados y otros seis a los que si se les realizó hepatectomía, fueron tratados con radiofrecuencia intraoperatoria. En seis ocasiones se planteó una hepatectomía en dos tiempos y en 11 casos se realizó embolización portal, para conseguir resecciones libres de enfermedad. En 10 casos además existía enfermedad extrahepática al diagnóstico que se consideró resecable. La localización de las metástasis hepáticas fue en un 72% de los diagnósticos, unilateral y en el resto bilateral. El 51% de los casos presentaban una lesión hepática única y el resto presentaban múltiples lesiones. El 52,32% de las metástasis hepáticas fueron sincrónicas y el 45,68% fueron diagnosticadas en el seguimiento tras la cirugía del tumor primario. La mortalidad en el postoperatorio inmediato fue del 3% y la supervivencia global a cinco años fue del 34% después de la cirugía del tumor primario y del 35% después de la primera hepatectomía.

Conclusiones: La supervivencia conseguida es comparable a la de las grandes series, a pesar de un alto porcentaje de pacientes con criterios de mal pronóstico: metástasis sincrónicas, bilaterales y múltiples.

O-155

VALOR PREDICTIVO DEL CEA POSTOPERATORIO AL MES DE LA RESECCIÓN HEPÁTICA EN LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CARCINOMA COLORRECTAL (MHCCR)

C. Marín, R. Robles, A. López Conesa, M.D. Morales, D. Pérez Flores, T. García, P. Cerezo, A. Navarrete, J. Luján y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivo: Determinar de forma prospectiva el CEA preoperatorio (CEA pre) y postoperatorio (CEA post) (al mes de la cirugía) en todos los pacientes intervenidos de metástasis hepáticas de cáncer colorrectal (MHCCR), éste ultimo como medida de la eficacia del tratamiento quirúrgico. Se analizan otros factores de supervivencia en la serie presentada.

Pacientes y método: Entre Enero de 1996 y Diciembre de 2003 se evaluaron 151 pacientes con MHCCR, de los cuales, en 100 se pudo realizar la resección de dichas metástasis realizando 122 resecciones hepáticas (RH). El seguimiento medio fue de 53 meses (rango 12-96 meses). La edad media de los pacientes fue de 52 ± 10 años (rango 23-81) con predominio de los varones ($n = 68$). Se determinó el CEA pre y post al mes de la intervención con la finalidad de conocer la eficacia del tratamiento quirúrgico. Además, analizamos una serie de variables correspondientes a los 100 pacientes: 1) variables dependientes del paciente (edad, sexo); 2) variables del CCR (localización del tumor, T del tumor 1º, invasión ganglionar, grados de Dukes, estadio (A, B, C, D), grado de diferenciación del CCR, tiempo medio de aparición de las MH; 3) variables dependientes de las MH (distribución, tamaño, número, forma de presentación, nódulos satélites, margen de resección, invasión vascular y grado de diferenciación); 4) grado de diseminación de la enfermedad; 5) variables dependientes de la intervención quirúrgica

(tipo de resección, re-resecciones, transfusión, tiempo quirúrgico, morbi-mortalidad); 6) variables dependientes de la QMT

Resultados: No hubo mortalidad postoperatoria. Morbilidad del 18%. El CEA pre medio fue de 68 ± 7 ng/ml; el CEA post medio fue $5,5 \pm 1,3$ ng/ml. El CEA pre fue inferior a 5 ng/ml en 13 casos y en 87 fue patológico, con una supervivencia similar a 5 años en ambos grupos (48% vs 46%), no existiendo tampoco diferencias cuando el CEA pre fue inferior ($n = 24$) o superior a 20 ng/ml. De los 87 pacientes con CEA pre elevado en 66 se normalizaron las cifras al mes postoperatorio, con una supervivencia media a 5 años del 59%, mientras que los 21 que no normalizaron el CEA post presentaron una supervivencia muy inferior (24% a 5 años), con diferencias e.s. ($p = 0,002$). Cuando establecimos el CEA post superior ($n = 11$) o inferior a 10 ng/ml ($n = 89$), las diferencias continuaron siendo e.s. En el análisis multivariante los factores analizados, el CEA post fue un factor e.s. de mal pronóstico ($p = 0,04$), junto a la edad > 65 años ($p = 0,004$), la satelitosis ($p = 0,006$) y la invasión vascular ($p = 0,005$).

Conclusiones: El CEA post determinado al mes de la cirugía, discrimina mejor que el CEA pre. La normalización del CEA puede indicar la eficacia del tratamiento realizado, por lo que pacientes que no normalicen su CEA al mes postoperatorio deben ser revisados exhaustivamente en busca de enfermedad hepática o extrahepática permanente, y en estos los tratamientos alternativos tienen que ser más agresivos.

O-156

¿PUEDE PREDECIRSE LA EVOLUCIÓN DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A RESECCIÓN HEPÁTICA POR METÁSTASIS DE CARCINOMA COLORRECTAL?

M. Jiménez Fuertes, E. Montalvá Orón, R. López Andújar, S. Deusa, J. Bertelli Puche, F. Mingol Navarro, A. Moya Herráiz, F. Sanjuan Rodríguez, M. de Juan Burgueño, E. Pareja Ibars y J. Mir Pallardó

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: La experiencia adquirida en los últimos años en el tratamiento de las metástasis hepáticas de origen colorrectal ha permitido mejorar los resultados de la técnica, la supervivencia y el periodo libre de enfermedad de estos pacientes. El estudio de los factores pronósticos de las metástasis de carcinoma colorrectal resecadas es útil para tomar decisiones clínicas en cada paciente y mejorar los resultados globales de las series.

Material y métodos: Se estudian todos los pacientes intervenidos en la Unidad de Cirugía y Trasplante Hepático del Hospital Universitario La Fe de Valencia con el diagnóstico de metástasis hepáticas de origen colorrectal durante los 10 últimos años (desde Enero 1995 a Diciembre 2005) ($n = 250$). El análisis estadístico se realizó en el programa informático SPSS 12.0, centrándonos especialmente en análisis uni y multivariante.

Resultados: De los 250 pacientes intervenidos, se realizaron 79 (31,6%) hepatectomías mayores. Los indicadores de calidad fueron: 171 (85%) resecciones con margen libre (R0), transfusión sanguínea en el 22% de pacientes, tasa de morbilidad del 18,9% y mortalidad operatoria nula. La estancia hospitalaria media fue de 6,6 días. Con un seguimiento medio de 22 meses (mediana de 17), la supervivencia media fue de 67 ± 6 meses. La supervivencia actuarial a 12, 36 y 60 meses es de 97%, 69% y 52% respectivamente. La supervivencia actuarial libre de enfermedad en los mismos períodos es de 57%, 32% y 24%. En el estudio univariante las variables pronósticas significativas en la mortalidad fueron el número de metástasis > 3, la bilateralidad, la resección R1, la presencia de enfermedad extrahepática en el momento de la resección hepática y la recidiva de la enfermedad. Las variables pronósticas significativas en la recidiva fueron las mismas salvo la última.

En el estudio multivariante la única variable significativa en la predicción de mortalidad de forma independiente fue la recidiva y, cuando se excluyó ésta, fue el número de metástasis > 3. Las variables significativas en la predicción de recidiva de forma independiente fueron el número de metástasis > 3, la presencia de enfermedad extrahepática en el momento de la resección y el tipo de resección R1.

Conclusiones: Los datos presentados avalan que la resección de las metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal representa actualmente un tratamiento efectivo y seguro y los resultados pueden ser mejorados detectando el riesgo individual en cada paciente.

O-157

INFLUENCIA DE LA ECOGRAFÍA INTRAOPERATORIA EN LA CIRUGÍA DE METÁSTASIS HEPÁTICAS. CORRELACIÓN CON EL TC HELICOIDAL Y LOS HALLAZGOS ANATOMOPATOLÓGICOS

M.T. Albiol Quer, J. Figueras Felip, A. Codina Barreras, S. López Ben, R. Ortiz, M. Adrados, E. Balliu, I. Peláez, S. Torres y A. Codina Cazador
Hospital Dr Josep Trueta, Gerona.

Objetivos: Reevaluar el papel de la ecografía peroperatoria en la cirugía de las metástasis hepáticas (MH) y su correlación con el TC helicoidal y los hallazgos anatomopatológicos.

Material y métodos: Desde febrero de 2005 a abril de 2006 se analizaron prospectivamente 45 pacientes con MH. A cada uno de los pacientes se les realizó un TC helicoidal en tres fases. Cada caso fue sometido a análisis en una sesión multidisciplinar clínico radiológica. Todos los pacientes fueron explorados intraoperatoriamente mediante exploración manual y ecografía. Las piezas de hepatectomía fueron estudiadas por los mismos 2 patólogos.

Resultados: De los 45 pacientes (41 con MH de carcinoma colorectal), 17 presentaron metástasis sincrónicas. Tres de ellos fueron irresecables. Se realizaron 23 resecciones mayores (12 hepatectomías derechas, cuatro de ellas con ressecciones contralaterales asociadas, 4 hepatectomías izquierdas, una ampliada a caudado y 4 de ellas con procedimientos asociados en el derecho; 4 trisegmentectomías izquierdas; 9 bisegmentectomías y 12 resecciones limitadas). Practicando radiofrecuencia en 5 pacientes con un total de 15 metástasis destruidas. El número medio de metástasis diagnosticadas por TC preoperatorio fue de 2,6, mientras que las diagnosticadas por ecografía intraoperatoria fue de 2,95 y las halladas por el patólogo fue de 3,27. (El número medio de metástasis total, incluyendo las destruidas por radiofrecuencia fue de 3,93). Los falsos positivos del TC fueron 6 (13%) siendo 2 quistes, dos MH no encontradas y dos imágenes informadas como 2 metástasis que resultaron ser una sola. Los falsos negativos fueron de un 32%. La ecografía determinó un cambio de actitud en 5 pacientes, tres de ellos fueron irresecables, una paciente fue sometida a una hepatectomía izquierda en vez de la resección limitada del SIV programada debido a la proximidad del pedículo izquierdo a la MH y en otra paciente se asoció una resección limitada del SIII a la hepatectomía derecha ampliada.

Conclusiones: La ecografía intraoperatoria contribuye a detectar un mayor número de metástasis aunque, en nuestro grupo, en pocos casos implica un cambio de actitud quirúrgica, siendo el estudio y consentimiento previo al acto quirúrgico los determinantes en la toma de decisiones.

O-158

COMPARACIÓN DE TASAS DE RECIDIVA Y SUPERVIVENCIA ENTRE CIRUGÍA HEPÁTICA POR LAPAROSCOPIA Y ABIERTA EN PACIENTES CON METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CARCINOMA COLORRECTAL. RESULTADOS PRELIMINARES

R. Robles Campos, C. Marín, M.C. Morales, D. Pérez Flores y P. Parrilla
Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Las metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal (MHCCR), en casos seleccionados por su tamaño y localización, se pueden resecar por vía laparoscópica con la misma seguridad que por vía abierta. Sin embargo, existen pocos estudios que analicen, en estos pacientes seleccionados, si la eficacia curativa (recidivas locales, supervivencia a 5 años) de la CHL es comparable a la que se obtiene por vía abierta.

Objetivo: Analizar las recidivas locales y supervivencia a 1 y 3 años en pacientes con CHL por metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal (MHCCR), comparando sus resultados con un grupo de pacientes homogéneos, operados por vía abierta, seleccionados al azar.

Pacientes y métodos: Entre Enero 1996-Abril 2006 hemos realizado 370 resecciones hepáticas en nuestra Unidad, de las cuales 228 fueron por MHCCR 18 de ellas, por vía laparoscópica, todas estas desde Enero 2003. Este subgrupo de MHCCR resecadas por vía laparoscópica, se compara con un grupo control (Caso-control 1: 2) de 36 pacientes, intervenidos mediante cirugía abierta (CA) elegidos de forma que fueran homogéneas en cuanto a número de segmentos resecados, número de lesiones y localización bilobar. Se analiza el margen de resección,

la recidiva local de la enfermedad, el tiempo quirúrgico y la supervivencia a 1 y 3 años. El seguimiento medio fue inferior en el grupo de CHL ($30,89 \pm 2,75$) que el grupo CA ($67,98 \pm 5,36$).

Resultados: Las dos series fueron homogéneas en cuanto a edad y sexo, número de segmentos resecados, número de lesiones, localización bilobar, comorbilidad, estadio tumoral del tumor primario, presencia de MH sincrónicas, quimioterapia neoadyuvante y adyuvante recibida. El margen de resección fue inferior a 1 cm en el 11,1% del grupo de CHL y 33% en el grupo de cirugía abierta, sin diferencias E.S. El 11,1% del grupo CHL presentó complicaciones frente al 13,9% en el grupo de CA (sin diferencias E.S.). El tiempo quirúrgico fue superior en el grupo de CHL (el 72,2% tenían un tiempo quirúrgico superior a 180 min frente al 50% en el grupo CA). A los mismos meses de seguimiento, en el grupo CHL fallecieron 2/18 (11%) y en el grupo de CA fallecieron 7/36 (19,4%), sin diferencias E.S. La supervivencia actuaria a 1 y 3 años fue similar en ambos grupos (100% y 80%, respectivamente, en el grupo de CHL, y del 93% y 75%, respectivamente, en el grupo de CA).

Conclusiones: En un grupo seleccionado de pacientes, la CHL de los pacientes con MHCCR reproduce los resultados de la CA. Es decir, no incrementa las recidivas locales y tiene una supervivencia a 1 y 3 años similar a la CA. La diferencia fundamental reside en que el tiempo quirúrgico con la CHL fue superior que con CA.

8 NOVIEMBRE 2006

17.00 – 18.30

SALA ARANJUEZ

O-159 – O-167

O-159

UTILIDAD DE LA EXPRESIÓN DE LOS GENES REGULADORES DEL CICLO CELULAR COMO PREDICTORES DE INVASIÓN VASCULAR Y RECIDIVA TUMORAL EN PACIENTES INTERVENIDOS POR HEPATOCARCINOMA

E. Ramos Rubio, L. Llado Garriga, T. Serrano, R. Lastra, A. Rafecas Renau, J. Fabregat Prous, J. Torras Torra, R. Memba y J. Figueras Felip

Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivo: Los resultados del tratamiento quirúrgico del hepatocarcinoma podrían ser mejorados mediante una selección basada en un mayor conocimiento de la agresividad tumoral. En este estudio se analiza el valor pronóstico de la expresión de diversos genes implicados en el control del ciclo celular en un grupo de pacientes diagnosticados de hepatocarcinoma y tratados mediante resección o trasplante.

Pacientes y Métodos: En este estudio retrospectivo se incluyen 93 pacientes (67 trasplantes hepáticos y 26 resecciones) intervenidos en el periodo 1996 a 2000. En microsecciones del tejido tumoral obtenidas de los bloques de parafina se estudió la expresión de la p53, pRb, p16 y Ciclina D1. Un modelo de regresión logística se empleó para detectar las variables predictivas de invasión vascular. El modelo de regresión de Cox se aplicó para detectar las variables anatomicopatológicas y los marcadores moleculares del hepatocarcinoma capaces de predecir la recidiva tumoral.

Resultados: Sólo el tamaño tumoral > 3 cm (OR 3,4 (CI 95% 1,2-9,9 / $p = 0,019$) y la expresión de pRb (> 10 cel/campo) (OR 4,1 CI 95% 1,02-17/ $p = 0,053$) se asociaron a un aumento significativo de incidencia de invasión vascular en el análisis multivariante. En el modelo de regresión de Cox aplicado a los pacientes trasplantados, tres variables mantuvieron la significación: la invasión vascular (OR 7,5 CI 95% 1,1-51,8/ $p = 0,039$), la expresión de pRb (OR 11 CI 95% 1,2-96,9/ $p = 0,03$) y la expresión p16 (OR 69,7 CI 95% 5,1-944 / $p = 0,001$). Entre los pacientes resecados, la expresión de pRb se asoció a una mayor incidencia de recidiva en el análisis univariante ($p = 0,037$). En el estudio multivariante sólo el tamaño tumoral (\leq o > 3 cm) (OR 6,1 CI 95% 1,05-35,3/ $p = 0,044$) y la invasión vascular (OR 5,5 CI 95% 1,22-24,8/ $p = 0,026$) mantuvieron la significación estadística.

Conclusiones: De los marcadores moleculares estudiados, sólo la expresión del gen Rb parece ser útil como factor predictivo de invasión vascular en pacientes con hepatocarcinoma sobre hígado cirrótico y como factor pronóstico de recidiva tumoral en pacientes tratados con trasplante hepático. Este dato podría ser relevante en la selección de

pacientes para tratamiento quirúrgico y además permitiría identificar a pacientes trasplantados con elevado riesgo de recidiva tumoral.

O-160

CIEN RESECCIONES HEPÁTICAS CONSECUTIVAS EN EL HOSPITAL DR JOSEP TRUETA

S. Lopez Ben, J. Figueras Felip, A. Codina Barreras, M.T. Albiol Quer, B. Pardina, S. Torres, B. Queralt, I. Juez, A. Maroto, R. Ortiz y A. Codina Cazador

Hospital Universitari Dr Josep Trueta, Gerona.

La Cirugía hepática se asocia a un alto índice de complicaciones y sus resultados están directamente relacionados con el volumen del Centro y la experiencia del cirujano. El objetivo de este estudio es analizar la morbimortalidad de las primeras 100 resecciones hepáticas en una nueva Unidad de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática.

Pacientes y métodos: Desde agosto de 2003 hasta abril de 2006 se recogieron de forma prospectiva 101 pacientes consecutivos candidatos a resección hepática. Los datos demográficos, resultados intra y postoperatorios fueron incluidos prospectivamente en una base. Para el análisis de las complicaciones se utilizó la clasificación de Clavien. Para valorar los resultados se utilizaron los GRD.

Resultados: 64 hombres y 37 mujeres con una edad de 60 ± 10 años, fueron intervenidos de neoplasias primarias ($n = 14$) o secundarias ($n = 77$) y en 10 por enfermedades benignas. Cuatro pacientes fueron irresecables, siendo el índice de resecabilidad del 96%. Se realizaron 29 hepatectomías ampliadas, 23 resecciones mayores y 45 resecciones limitadas. En 6 pacientes se realizó resección simultánea del tumor primario y de las metastasis hepáticas. En 24 casos se asoció otro procedimiento quirúrgico. En 15 pacientes se utilizó radiofrecuencia complementaria. La pérdida hemática mediana fue de 560 ml y solo el 21% de los pacientes recibieron transfusión. La estancia mediana fue de 8 días. La morbilidad fue del 46% (8 grado I, 13 grado II, 13 grado III y 3 grado IV). La mortalidad operatoria ha sido del 2%. Los factores relacionados con la morbilidad fueron la resección mayor, la presencia de 4 o más nódulos tumorales, la resección en hígado esteatósico y el sangrado intraoperatorio superior a 300 cc. El análisis de los GRD demostró un ahorro de 489 estancias/año con respecto a otros hospitales del mismo Consorcio Sanitario.

Conclusión: Los resultados en términos de morbimortalidad están dentro de los límites de excelencia establecidos y son equiparables a los de las series publicadas.

O-161

RESULTADOS DEL TRANSPLANTE HEPÁTICO EN LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS DE ORIGEN NEUROENDOCRINO

C. Marín Hernández, R. Robles, J.A. Fernández, P. Ramírez, F. Sánchez Bueno, M. Miras, J.A. Pons, F. Acosta y P. Parrilla

Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivo: El empleo del transplante hepático (TH) como tratamiento de las metástasis hepáticas (MH) de cualquier origen es muy discutido debido a la temprana recurrencia tumoral. Sin embargo y debido a su mejor comportamiento biológico, el TH es una opción terapéutica aceptada en las metástasis de tumores neuroendocrinos (MHTNE), por la mayoría de los grupos.

Pacientes y método: Entre Enero de 1996 y Abril 2006, 10 pacientes recibieron un TH por MH irresecables de origen neuroendocrino siendo 5 de ellos varones. La edad media fue de 42 años (rango: 30-62). Los tumores primarios se localizaron en cola de páncreas en 3 casos (1 carcinoide, 1 gastrinoma y 1 NE-no funcionante); en cabeza de páncreas en 3 casos (NE-no funcionantes), en ileon (carcinoide), en válvula ileocecal (carcinoide) y con origen bronquial en los 2 casos restantes (1 carcinoide y 1 NE-no funcionante). En 5 casos existían síntomas relacionados con una producción hormonal excesiva (4 carcinoideos y 1 gastrinoma). En 7 casos las metástasis hepáticas fueron sincrónicas respecto al tumor primario. En 5 de ellos se realizó la exérésis del tumor primario y el TH de forma secuencial (2 pancreatectomías corporo-caudales y 3 procedimientos de Whipple) y en 2 casos de forma simultánea (resección de intestino delgado por carcinoide en 1 caso y pancreatectomía corporo-caudal en el caso restante). En los 3 pacientes

que presentaron metástasis metacrónicas se realizaron 2 lobectomías pulmonares superiores derechas y el TH 3 y 10 años después tras la aparición de MHTNE irresecables y en el caso que presentó el carcinoide en la válvula ileocecal se realizó una hemicolectomía derecha, a los 3 años resección de 2 MH en segmento V y VI y 5 años más tarde el TH por recidiva irresecable de las MH.

Resultados: La supervivencia global media fue del 86%, 57% y 57% a 1, 3 y 5 años. Un paciente falleció por complicaciones técnicas relacionadas con el TH (gastrinoma de cola de páncreas) y dos pacientes fallecieron por recurrencia de la enfermedad tumoral a los 15 (TNE-no funcional de cabeza de páncreas) y 17 meses (carcinoide de cola de páncreas) post-TH. El resto de pacientes, 7 casos, tras un seguimiento medio de 4 años (rango: 6 años-1 mes) están vivos y libres de enfermedad.

Conclusión: El TH se puede considerar como una alternativa terapéutica potencialmente curativa en los pacientes con MH por tumores neuroendocrinos ya que, en nuestra experiencia, obtiene supervivencias similares a otras indicaciones aceptadas de TH.

O-162

RESECCIÓN QUIRÚRGICA DEL HEPATOCARCINOMA EN PACIENTES CIRRÓTICOS SELECCIONADOS. RESULTADOS DE DOS PERÍODOS DE ESTUDIO EN UNA SERIE EUROPEA

J. Ferrer Fábrega, J. Fuster Obregón, C. Fondevila Campo, J. Martí Sánchez, D. Calatayud, J.M. Llovet, R. Charco Torra, J. Bruix y J.C. García-Valdecasas Salgado

Hospital Clinic, Barcelona.

Objetivo: Analizar los resultados obtenidos en una serie de pacientes cirróticos sometidos a una resección hepática por hepatocarcinoma. Con objeto de evaluar el impacto de la optimización de los criterios de selección junto con la adquisición de una extensa experiencia técnica se ha estudiado la serie global y estratificándola en dos períodos de tiempo.

Material y métodos: De diciembre de 1989 a junio 2005, se han realizado 125 resecciones hepáticas por hepatocarcinoma. La serie se ha dividido en dos períodos de estudio: Grupo A: diciembre 1989- marzo 1994 con 48 pacientes y Grupo B: abril 1994- junio 2005 con 77 pacientes.

Se han incluido pacientes con un nódulo único y de tamaño inferior a 5 cm. A partir de 1996 y basados en estudios realizados en la propia unidad, se restringió la indicación de resección a pacientes con cirrosis hepática compensada (Child-Pugh A) con gradiente de presión en vena suprahepática < 10 mmHg. La distribución por sexos fue de 34 varones /14 mujeres (grupo A) y 62 varones/15 mujeres (grupo B). La edad media fue de $60,4 \pm 7$ años y $64,5 \pm 8$ años respectivamente en ambos grupos. El valor de la mediana del GVPH fue de inferior en grupo B. En el estudio histológico se analizó el tamaño tumoral, nº de nódulos, presencia de cápsula, satélites, invasión vascular y márgenes de resección.

Resultados: El tipo de resección realizada en ambos grupos fue: resección local (18/25), segmentectomía (30/47) y bisegmentectomía (0/5). El tiempo de clampaje medio fue de $57,7 \pm 24,2$ min. en el grupo A frente a $42,2 \pm 21$ minutos en el grupo B ($p < 0,05$). La mediana de pérdidas hemáticas y necesidad de transfusión sanguínea fue significativamente menor en el grupo B ($p < 0,01$). La estancia hospitalaria fue de 14/10 días en ambos grupos respectivamente. La morbilidad quirúrgica fue de 14,5% (grupo A) y 16% (Grupo B). La morbilidad médica fue de 31,2% (grupo A) y 19,4% (grupo B). La distribución de las complicaciones relacionadas con la enfermedad hepática fue del 60% en el grupo A, mientras que en el período B tan sólo 18 de 77 casos presentaron esta eventualidad (23,7%) ($p < 0,01$). La mortalidad postoperatoria de la serie global fue del 2,4% (3/125). En la serie global, la supervivencia actuaria libre de recidiva fue del 77% al año y del 31% a los 5 años, con una supervivencia actuaria de los pacientes del 88,7% al año y del 68% a los 5 años. Tras realizar un análisis univariado, la invasión vascular y la satélites se han relacionado con la recidiva.

Conclusiones: La resección hepática parcial en pacientes cirróticos seleccionados (Child-Pugh A sin hipertensión portal) con un nódulo único inferior a 5 cm, presenta una mínima mortalidad postoperatoria con una baja morbilidad. La supervivencia alcanzada a los cinco años es alta y la probabilidad de recidiva está relacionada con la invasión vascular y la satélites.

O-163

¿DEBEMOS PLANTEAR LA RESECCIÓN HEPÁTICA EN LOS PACIENTES CON METÁSTASIS DE CARCINOMA NO COLORRECTAL NO NEUROENDOCRINO?

M. Jiménez Fuertes, E. Montalvá Orón, R. López Andújar, C. Redondo, F. Mingol Navarro, J. Bertelli Puche, A. Moya Herráiz, F. Sanjuan Rodríguez, M. de Juan Burgueño, E. Pareja Ibars y J. Mir Pallardó
Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: El papel de la resección hepática en las metástasis de carcinomas de origen no colorrectal no neuroendocrino todavía está por definir, aunque debe ser reconsiderado por la mejoría en los resultados en la cirugía de la resección hepática obtenidos en los últimos años.

Material y métodos: Presentamos la experiencia de la Unidad Hepática del Hospital Universitario La Fe de Valencia en el tratamiento de este tipo de metástasis en los últimos 10 años.

La serie consta de 32 pacientes, que suponen el 10,7% de todos los pacientes tratados por metástasis hepáticas en el mismo periodo y hospital.

Resultados: La etiología de los tumores primarios fue carcinoma de mama (n = 12), tumor primario desconocido (n = 4), tumores del estroma gastrointestinal (n = 4), ovárico (n = 3), renal de células claras (n = 2), ampuloma (n = 2) y otros (sarcoma óseo, epidermoide pulmonar, cloacogénico de ano, de células transicionales de vejiga urinaria y melanoma) (n = 4).

En el 34,4% de casos (n = 11) las metástasis fueron sincrónicas. De las metacrónicas, en el 95,2% de casos (n = 20) hubo un intervalo libre de enfermedad con el tumor primario superior a 1 año. En dos casos había antecedentes de resección de metástasis en otro centro hospitalario.

En el momento del diagnóstico eran únicas en el 75% de casos, unilaterales en el 93,7% de pacientes y con tamaño < 5 cm en el 65,7% de casos.

Todos los pacientes se consideraron resecables con las pruebas de diagnóstico por imagen, pero sólo fueron resecables el 46,9% de casos (n = 15). En 1 paciente la resección se realizó en dos tiempos. Las principales causas de irresecabilidad fueron el número de metástasis (n = 8) y la presencia de enfermedad extrahepática (n = 6). La resección simultánea a la del tumor primario se programó en 3 casos, siendo todos ellos irresecables.

Se realizaron resecciones hepáticas mayores (> 3 segmentos) en 5 casos y menores en 12 pacientes. Se consiguió un margen de resección adecuado (R0) en 15 ocasiones (88,2%) y R1 en 2 casos. 6 pacientes precisaron transfusión sanguínea. Se registró morbilidad postoperatoria tras la resección en 3 pacientes (17,6%) con mortalidad nula.

El seguimiento medio de los pacientes fue de 25 meses, con una mediana de 17 meses. La supervivencia media fue de 62 ± 10 meses. La supervivencia actuarial libre de enfermedad fue del 71% al año, del 27% a los 3 años y del 13% a los 5 años.

En 2 pacientes se realizó una segunda laparotomía para resección de la recidiva consiguiéndose ésta en 1 solo caso.

Conclusiones: Las resecciones de metástasis hepáticas de carcinomas de origen no colorrectal no neuroendocrino deben considerarse en pacientes seleccionados y en el ámbito de unidades quirúrgicas con buenos resultados en resección hepática.

O-164

METÁSTASIS HEPÁTICAS DE TUMORES NEUROENDOCRINOS GASTROENTEROPANCREÁTICOS: RESULTADOS DE LA RESECCIÓN Y DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN UNA SERIE DE 23 CASOS

A. Rafecas Renau, L. Secanella Medayo, R. Frago Montanuy, J. Torras Torra, E. Ramos Rubio, L. Lladó Garriga, F. García Borobia, R. Jordà Martín y J. Fabregat Prous
Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivo: Analizar la experiencia de 15 años en resección hepática o trasplante como tratamiento de las metástasis hepáticas de tumores neuroendocrinos gastroenteropancreáticos (TNEGEP).

Introducción: Los TNEGEP presentan metástasis hepáticas con una frecuencia que oscila entre el 46 y el 93%. Pueden presentarse de forma sincrónica o metacrónica. El tratamiento quirúrgico de las metástasis hepáticas debe perseguir no solo aliviar los síntomas, sino aumentar la supervivencia, dado que la supervivencia sin tratamiento no supera el 30 % a 5 años.

Pacientes y métodos: Durante el período febrero 1990 – septiembre 2005 fueron tratados 23 pacientes afectos de metástasis hepáticas de TNEGEP: 15 varones y 8 mujeres con una edad media de 53,4 + 11,8 (29-71) años. El 43% de los tumores eran no funcionantes. La localización del tumor primario fue: páncreas en 15 ocasiones, ileon en 4, colon en 2, estómago 1 y duodeno 1. Las metástasis hepáticas fueron sincrónicas en 13 ocasiones (57%) y metacrónicas en las otras 10. El tipo de resección hepática fue mayor en 12 ocasiones: 4 hepatectomías derechas, 3 hepatectomías derechas ampliadas al S IV (una de las cuales realizada tras embolización portal), 2 con resección limitada contralateral, 1 hepatectomía izquierda y 2 sectorectomias laterales izquierdas. Resección hepática menor en 6: 4 segmentectomias y 2 resecciones limitadas. En los casos de metástasis hepáticas sincrónicas se realizó cirugía simultánea: resección pancreática en 5 ocasiones con bazo, estómago, yeyuno, colon y segmento de vena porta en una ocasión; 3 colectomías; una linfadenectomía, una enucleación de tumor duodenal, y una resección de nódulos peritoneales.

Se realizó trasplante hepático de cadáver a 5 pacientes (uno de ellos en situación de insuficiencia hepática aguda tras la resección del tumor pancreático).

Resultados: Siete de los pacientes resecados (39%) presentaron complicaciones: 2 fistulas biliares, 2 abscesos intraabdominales, fistula pancreática, fistula yeyunal e insuficiencia renal. Uno de los 18 pacientes resecados falleció en el postoperatorio inmediato por anoxia cerebral secundaria a hipotensión intraoperatoria mantenida (mortalidad 6%). Con una mediana de seguimiento de 21 meses la supervivencia actuarial de los pacientes resecados a 12, 36 y 60 meses es de 88,5, 67,4 y 67,4% respectivamente.

Dos de los pacientes transplantados fallecieron en el postoperatorio inmediato por sepsis intraabdominal. De los 3 pacientes transplantados que sobrevivieron al trasplante dos fallecieron a los 26 y 34 meses respectivamente por recidiva de la enfermedad neoplásica. Solamente una paciente transplantada por metástasis hepáticas múltiples de insulinoma está viva y libre de enfermedad a los 60 meses.

Conclusión: Nuestros resultados confirman que la resección hepática en las metástasis de tumores neuroendocrinos ofrece una buena supervivencia. En cambio en nuestra serie, si bien se trata de pocos casos, el trasplante hepático no ha confirmado los resultados de otras series.

O-165

CIRUGÍA TOTALMENTE LAPAROSCÓPICA VS ASISTIDA DE TUMORES HEPÁTICOS SÓLIDOS. PRESENTACIÓN DE 27 CASOS

R. Robles, C. Marín, B. Abellán, P. Ramírez, A. López Conesa y P. Parrilla
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

La cirugía hepática laparoscópica (CHL) del hígado es sencilla de realizar en los quistes hepáticos, teniendo más dificultades para la realización de hepatectomías en tumores hepáticos sólidos (THS). Dentro de los THS, para la mayoría de autores las indicaciones fundamentales son las lesiones localizadas en lóbulo izquierdo y segmentos anteriores del lóbulo derecho, siempre que sean menores de 5 cm.

Objetivo: Analizar las ventajas e inconvenientes de la cirugía totalmente laparoscópica (CTL) y cirugía laparoscópica asistida (CLA) para el tratamiento de los tumores hepáticos sólidos (THS) y presentar una nueva técnica de CLA (1). Con la CLA, al introducirse la mano en el abdomen y tener mayor seguridad, estas indicaciones pueden ser ampliadas.

Pacientes y métodos: Entre Enero 2003-Abril 2006, hemos realizado el abordaje laparoscópico en 27 pacientes con THS (sobre un total de 370 resecciones hepáticas): 22 casos de metástasis hepáticas (21 de origen colorrectal y 1 de leiomiosarcoma uterino) y 5 tumores benignos (2 adenomas hepáticos, 2 hemangiomas y una hiperplasia nodular focal). El abordaje laparoscópico se realizó mediante CTL en 9 casos y

CLA en los 18 restantes. La resección laparoscópica se completó en 24 casos (88,8%), en los cuales se extirparon 35 lesiones (11 en lóbulo izquierdo y 24 en lóbulo derecho).

Técnica quirúrgica realizada ($n = 24$): 1 hepatectomía derecha en un paciente con MHCCR, 1 hepatectomía izquierda por hemangioma de 16 cm; 5 lobectomías izquierdas, una con resección de una metástasis en S. VIII; 3 bisegmentectomías (2 de los S. VI y VII y una de los S. III y VI, esta última asociada a metastasectomía en el S. VIII); 12 segmentectomías (2 del S. II, 1 del S. IVb, 3 del S. V, 1 del S. VIII y 5 del S. VI, dos de estas asociada a metastasectomía de otra lesión); y 2 resecciones locales de tumores benignos.

Resultados: No existió mortalidad intra ni postoperatoria. La morbilidad fue del 5% (1 paciente). Con la CTL se completó la resección en 6/9 casos (66%) (2 por adherencias firmes en pacientes intervenidos de carcinoma colorrectal y un caso de hemorragia), mientras que con CLA se completó la resección vía laparoscópica en el 100%. Se transfundió 1/24 pacientes (5%). Tiempo quirúrgico medio 180 min. (rango 120-360, tiempo éste último de la hepatectomía derecha). La estancia media fue de 4,3 días (3-14 días).

Conclusión: La CHL de THS es una vía de abordaje útil que reproduce los resultados de la cirugía abierta en indicaciones muy concretas. En nuestra experiencia, al realizarse con mayor seguridad, la CLA presenta mayores tasas de resecabilidad que la CTL, lo que ha permitido ampliar las indicaciones de resección, permitiendo abordar los segmentos posteriores del lóbulo derecho y realizar una hepatectomía derecha y otra izquierda regladas.

O-166

EXPERIENCIA INICIAL EN UNA UNIDAD DE CIRUGÍA HEPÁTICA

A. Amador Marchante, N. García Monforte, A. Corcueras Amill, N. Bejarano González, E. Artigau Nieto, J. Hermoso y S. Navarro Soto
Hospital de Sabadell, Sabadell.

Introducción: En la actualidad no debería emprenderse ningún tipo de resección hepática si no se dispone de la tecnología adecuada y de un equipo humano capacitado para ello. Solo así se garantizarán unos estándares de calidad que actualmente se pueden cifrar en unas tasas de mortalidad < 3% y de morbilidad < 30%. Presentamos la experiencia inicial en cirugía hepática de una unidad de cirugía HepatoBilioPancréatica perteneciente a un Hospital de tercer nivel.

Pacientes y método: Entre Marzo de 2005 y Febrero de 2006 se realizaron 39 resecciones hepáticas. Excluimos en este análisis las resecciones hepáticas sobre hígado cirrótico. Analizamos las indicaciones, técnica quirúrgica, pérdidas hemáticas, necesidad de transfusión, tiempo total de clampaje, tiempo operatorio, complicaciones quirúrgicas y la estancia hospitalaria. Relacionamos la morbilidad y mortalidad obtenida en nuestra serie con los estimados mediante los scores Possum y p-Possum.

Resultados: Fueron intervenidos 20 varones (58,8%) y 14 mujeres (41,2%) con edad media de 64 ± 14 . Las indicaciones más frecuentes fueron metástasis hepáticas en 24 casos (70,6%), tumores hepáticos primarios en 6 casos (17,6%), enfermedades benignas en 3 casos (8,8%) y un politraumático (2,9%). La técnica quirúrgica consistió en 6 Segmentectomías (17,6%), 14 Bisegmentectomías más resecciones atípicas (41,2%), 2 resecciones de Caudado (5,9%), 3 Hepatectomías laterales izquierdas (8,8%), 6 Hepatectomías izquierdas (17,6%) y 3 Hepatectomías derechas (8,8%). En 9 casos (26,5%) se realizaron intervenciones asociadas, una reconstrucción de Hartmann (2,9%), un cierre de ileostomía (2,9%) y 6 eventraciones (17,6%). En un caso la resección se asoció a radiofrecuencia intraoperatoria. El tiempo operatorio medio fue de 231 ± 71 minutos, rango (90-385). Las pérdidas hemáticas fueron de < 100 ml en 21 casos (61,8%), de 100-500 ml en 10 casos (29,4%) y de > 500 ml en 3 casos (8,8%). Un paciente recibió una transfusión durante el postoperatorio (2,9%). El número medio de clampajes fue de $1,3 \pm 1$, rango (0-4). Las complicaciones quirúrgicas consistieron en dos fugas biliares autolimitadas (5,9%), una insuficiencia hepática (2,9%), una dehiscencia de anastomosis intestinal (2,9%), 1 colección intrabdominal (2,9%), 3 seromas (8,8%), una infección de herida quirúrgica (2,9%) y un neumotórax iatrogénico (2,9%). No hubo mortalidad postoperatoria y ningún paciente ha fallecido durante el seguimiento. La estancia hospitalaria media fue de 10 días, rango

(4-27). La morbilidad estimada para Possum fue 73,5% frente a la observada que resultó ser 23,5%. La mortalidad estimada para Possum fue 21,85% y para p-Possum 5,8% frente a la observada que resultó ser 0%.

Conclusión: Nuestros resultados iniciales se adecuan a los estándares de calidad establecidos, con una mortalidad del 0% y una morbilidad < 30%. Las resecciones hepáticas se pueden realizar con una morbimortalidad baja siempre que sean llevadas a cabo en un Centro con los medios técnicos adecuados para ello y en el contexto de una unidad multidisciplinar subespecializada en este tipo de patología.

O-167

LA APLICACIÓN DE COLA DE FIBRINA SOBRE LA SUPERFICIE DE SECCIÓN HEPÁTICA TRAS LA HEPATECTOMÍA. RESULTADOS DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO

M. Miró Martín¹, L. Lladó Garriga¹, J. Figueras Felip², E. Ramos Rubio¹, J. Torras Torra¹, J. Fabregat Prous¹ y A. Rafecas Renau¹
Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat¹, Hospital Josep Trueta, Girona².

El uso de cola de fibrina se ha popularizado con la finalidad de mejorar la hemostasia peroperatoria y reducir la fistula biliar tras la cirugía hepática. Sin embargo, su verdadero papel no ha sido correctamente demostrado.

Objetivo: Evaluar la eficacia de la cola de fibrina tras una resección hepática sobre la hemorragia, fistula biliar, complicaciones y evolución postoperatoria.

Material y métodos: 300 pacientes a los que se les practicó una resección hepática fueron randomizados en dos grupos: aplicación de cola de fibrina (CF) o control (C). El débito y características del drenaje, pérdidas sanguíneas, parámetros bioquímicos hepáticos, presencia de fistula biliar así como otras complicaciones y evolución postoperatoria fueron analizadas.

Resultados: No se observaron diferencias respecto al volumen del drenaje (1180 ± 2528 vs 960 ± 1253) o los días de drenaje precisados ($7,9 \pm 5$ vs $7,1 \pm 4,7$) respectivamente para el grupo CF o C. Las complicaciones relacionadas con la hepatotomía (hemorragia y/o absceso y/o fistula biliar) fueron similares en ambos grupos (23% vs 23% $p = 1$). No hubo diferencias sobre el volumen de transfusión postoperatoria ($0,15 \pm 0,66$ vs $0,17 \pm 0,63$ PRCU; $p = 0,7234$) o el número de pacientes transfundidos (18% vs 12%; $p = 0,2$) entre los dos grupos. La incidencia de fistula biliar fue similar en el grupo CF y C (10% vs 11%). Tampoco se observaron diferencias en la mortalidad postoperatoria (1,3% vs 0,7%; $p = 0,56$).

Conclusiones: En nuestra experiencia, la aplicación de cola de fibrina en la superficie de sección hepática no parece justificada. Las pérdidas sanguíneas, transfusión, e incidencia de fistula biliar son comparables a los pacientes control.

8 NOVIEMBRE 2006
11.30 – 13.00

SALA LA MANCHA
O-177 – O-184

O-177

ALTERACIONES FUNCIONALES PANCREÁTICAS TRAS DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA POR NEOPLASIA: PANCREATO-GASTROSTOMÍA VERSUS PANCREATO-NEYUNOSTOMÍA

L. Sabater Ortí³, J. Calvete Chornet³, L. Aparisi Quereda³, B. Camps Vilata¹, P. Ivorra García-Monco³, C. Sala Palau³, R. Cánovas de Lucas³, J. Sastre Belloc² y S. Lledó Matoses³
Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia¹, Facultad de Farmacia, Universidad de Valencia, Valencia², Hospital Clínico Universitario, Valencia³.

Introducción: Existe controversia sobre el mejor tipo de reconstrucción del remanente pancreático tras duodenopancreatectomía cefálica (DPC) y hay muy pocos estudios que comparen funcionalmente dos ti-

pos de reconstrucción tras **DPC.** **Objetivo:** Valorar las alteraciones funcionales endocrinas y exocrinas tras DPC y comparar dos técnicas quirúrgicas de reconstrucción: pancreateo-gastrostomía (PG) y pancreateo-yeyunostomía (PY).

Pacientes y métodos: Se han incluido prospectivamente 59 pacientes intervenidos por neoplasia de páncreas o periamplares en los que se ha realizado DPC y que han tenido al menos una supervivencia de 6 meses. La anastomosis pancreática ha sido en 44 casos pancreateo-gastrostomía y en 15 casos pancreateo-yeyunostomía. La valoración funcional pancreática se ha realizado a partir de 6 meses de la intervención, la endocrina mediante el test de sobrecarga oral a la glucosa y la exocrina mediante la valoración de grasas en heces y elastasa pancreática E-1 fecal. También se ha valorado la variación del estado nutricional mediante el índice de masa corporal.

Resultados: De los 59 pacientes incluidos (35 varones, 24 mujeres, edad media $63,6 \pm 12,2$ años), 20 (34%) tenían algún tipo de alteración endocrina preoperatoria (4 IH, 8 DMNID, 8 DMID), que aumenta a 40 (68%) tras la intervención ($p = 0,008$). De un 13,5% de DMID precirugía se asciende a un 39% postintervención. En cuanto a la función exocrina el 57% de los pacientes presentaba esteatorrea con un valor medio de grasas en heces de $17,25 \pm 13,6$ gr/24 h y 86,4% elastasa fecal patológica (media = $26,4 \pm 48,0$ µg/gr). El descenso porcentual medio del IMC tras la intervención fue de $13,7 \pm 7,5\%$. Cuando los pacientes se han agrupado en función de la anastomosis pancreática, PG vs PY, las alteraciones endocrinas en PG ascienden del 32% pre-cirugía (3 IH, 5 DMNID, 7 DMID) al 72% tras la intervención (5 IH, 8 DMNID, 19 DMID), y en PY del 33% (1 IH, 3 DMNID, 1 DMID) al 53% (3 IH, 1 DMNID, 4 DMID) ($p = 0,20$). La aparición de esteatorrea, tras PG fue de 64,3% vs 50% tras PY ($p = 0,31$) y elastasa fecal patológica en el 88,1% tras PG y en el 93,3% después de una PY ($p = 0,49$). En cuanto a la reducción del IMC tras la cirugía fue del $13,7 \pm 7,3\%$ en las PG y del $13,9 \pm 8,4\%$ tras PY ($p = 0,86$).

Conclusiones: La DPC afecta en la mayoría de los casos y de forma muy notable tanto la función endocrina como exocrina. No hemos encontrado diferencias en cuanto al funcionalismo y reducción ponderal con respecto al tipo de reconstrucción de la anastomosis pancreática, PG y PY.

IH: Intolerancia Hidrocarbonada; DMNID: Diabetes Mellitus No Insulin Dependiente; IDDM: Diabetes Mellitus Insulina

O-178

DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA EN PACIENTES MAYORES DE 70 AÑOS

M. Caralt Barba, A. Escartín Arias, J.J. Olsina Kissler, J. Naval, J. Balsells Valls y M. Armengol Carrasco
Hospital Universitario de Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: Históricamente la duodenopancreatectomía cefálica (DPC) se practicaba sólo a pacientes jóvenes dada la morbilidad de dicha intervención. Estudios recientes demuestran que también se puede practicar en pacientes mayores sin aumentar la incidencia de morbilidad.

Objetivos: Comparar las complicaciones quirúrgicas y supervivencia entre los enfermos mayores y menores de 70 años sometidos a una DPC.

Material y métodos: En el periodo comprendido entre 1998 y 2006 se han realizado en la Unidad de Cirugía Pancreática de nuestro centro 109 DPC, siendo 85 (77%) por causa neoplásica (adenocarcinoma, amíloma o colangiocarcinoma intrapancreático) y el resto por patología benigna. Del total de pacientes, 73 (70%) eran menores de 70 años y 35 (30%) mayores de 70 años, mientras que de los enfermos con patología maligna, 53 (62%) eran menores de 70 años, y 32 (38%) mayores de 70 años.

Resultados: Se han analizado las complicaciones quirúrgicas propias de la DPC (necesidad de drenaje de la vía biliar previa a la cirugía, reintervención, fistula pancreática, hemoperitoneo, hemorragia digestiva, colección/absceso intrabdominal, complicaciones médicas, atonía gástrica en los casos de preservación pilórica, muerte en el postoperatorio) en los menores y mayores de 70 años. De la misma forma se han analizado la supervivencia actuarial y la supervivencia libre de enfermedad a los 6, 12, 18 y 24 meses.

	Drenaje vía biliar	Reintervención	Fistula pancreática	Hemoperitoneo
< 70 años	36,6%	15,3%	15,5%	11%
> 70 años	44%	2,9%	22,9%	11,4%

	Hemorragia digestiva	Colección/absceso intrabdominal	Médicas	Atonía	Muerte
< 70 años	11%	15,1%	11%	21,7%	8,7%
> 70 años	20%	8,6%	22,9%	43,8%	8,5%

	Supervivencia Actuarial				Supervivencia Libre de Enfermedad			
	6 m	12 m	18 m	24 m	6 m	12 m	18 m	24 m
< 70 años	79%	70%	65%	65%	70%	62%	54%	50%
> 70 años	84%	60%	41%	41%	70%	44%	44%	44%

Conclusiones: De todos los parámetros analizados en relación a las complicaciones quirúrgicas, sólo tiene significancia estadística la mayor atonía gástrica en los pacientes mayores de 70 años, aunque tienen una supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad menor. Podemos concluir por lo tanto que la DPC puede practicarse en pacientes mayores de 70 años seleccionados sin aumentar la morbilidad.

O-179

DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA CON RESECCIÓN VASCULAR ARTERIAL Y VENOSA EN EL CÁNCER DE PÁNCREAS LOCALMENTE AVANZADO

J. Romero Marcos, J. Comas Isus, C. Mestres Lucio, M.A. López-Boado Serrat, E. Astudillo Pombo y L. Fernández-Cruz Pérez Hospital Clínic, Barcelona.

La resección de estructuras vasculares puede ser necesaria en un 15-30% de los casos de duodenopancreatectomía cefálica (DPC) por cáncer de páncreas (CP).

Objetivo: Justificar las indicaciones de la resección vascular extensa en el cáncer de páncreas localmente avanzado.

Material y métodos: En un estudio retrospectivo de 100 DPC por CP se identificaron 18 pacientes a los que fue necesario la extirpación de un segmento venoso mesentérico-portal (grupo 1) y 2 pacientes con cáncer de páncreas localmente avanzado (ICPLA) con invasión de las estructuras vasculares arteriales y venosas (grupo 2).

Resultados: En el grupo 1 mortalidad nula, la morbilidad fue el 25% y la supervivencia media 16,8 meses. Grupo 2: un caso, varón, 44 años con CPLA que invadió el eje mesentérico-portal y la arteria mesentérica superior. Se realizó tratamiento neoadyuvante con quimiorradioterapia. La resección fue Ro ausencia de metástasis linfáticas y en la pieza quirúrgica se identificaron un foco de células neoplásicas en un tejido fibro-escleroso. Otro paciente, varón 64 años con CPLA que invadió la arteria hepática común de origen la arteria mesentérica superior y la vena porta. En ambos casos se hizo DPC en bloque con resección vascular arterial y venosa. En ambos pacientes la reconstrucción vascular se hizo con injertos arteriales liofilizados de cadáver; no tuvieron complicaciones postoperatorias.

Conclusión: la DPC con resección en bloque de estructuras vasculares venosas o arteriales y venosas es una alternativa técnica válida en el tratamiento del CPLA.

O-180

DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA EN LOS TUMORES DE LA CABEZA DEL PÁNCREAS Y REGIÓN PERIAMPULAR; DE LA EUFORIA INICIAL A LA REALIDAD

M. Martí Gallostra¹, E. Cugat Andorrà¹, E. Herrero Fonollosa¹, L. Cirera¹, J.M. Roca¹, I. Guasch² y C. Marco Molina¹
Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa¹; Hospital Sant Joan de Deu, Manresa².

Objetivo: Analizar la morbilidad peri operatoria, la estancia hospitalaria y la supervivencia de los pacientes con neoplasias de páncreas y de la región periampular sometidos duodenopancreatectomía.

Material y métodos: De Marzo del 2000 a Diciembre del 2005 se han intervenido 79 pacientes de cirugía pancreática, 49 Duodenopancreatectomías (DP), 19 Pancreatectomías distales y 11 otros procedimientos. 45 DP por neoplasia de páncreas y de la región periampular (19 mujeres/26 varones). La edad media era de 62,7 años (35-83). El riesgo quirúrgico ASA fue: I: 18%, II: 50%, III: 32%, IV: 0%. Las técnicas quirúrgicas empleadas fueron la duodenopancreatectomía cefálica sin preservación pilórica en 25 pacientes, duodenopancreatectomía cefálica con preservación pilórica en 16 pacientes, duodenopancreatectomía total en 4 pacientes. La histología fue: 31 neoplasias del páncreas (21 adenocarcinomas, 4 neuroendocrinos, 3 papilar intraductal mucinoso y 3 otros), 14 neoplasias de la región periampular (6 adenocarcinomas de la ampolla, 2 colangiocarcinomas y 6 otros). Las complicaciones recogidas fueron: hemorragia postoperatoria, fistula pancreática, fistula biliar, absceso intrabdominal, retraso del vaciamiento gástrico e infección de herida. La mortalidad perioperatoria se valoró dentro de los 30 días postoperatorios. 14 pacientes (31%) recibieron tratamiento adyuvante. El seguimiento se realizó mediante analítica y marcadores tumorales cada 3 meses y TAC abdominal cada 6 meses. Se ha valorado la recidiva por la presencia de recidiva local o a distancia en el TAC y/o cifras elevadas de CA 19,9.

Resultados: 27 pacientes (60%) no presentaron ninguna complicación. La morbilidad fue: 3 hemorragias (2 hemorragias digestivas y un hemoperitoneo), 1 fistula pancreática, 3 fistulas biliares, 3 abscesos intrabdominales, 8 (17%) retraso del vaciado gástrico y 6 infecciones de herida. En 14 pacientes las complicaciones se manejaron de forma conservadora y 4 pacientes (8,8%) precisaron reintervención; 2 hemorragias de la anastomosis pancreaticoyeyunal que requirieron pancreatectomía total de urgencias, 1 hemoperitoneo y 1 absceso intrabdominal. La estancia mediana hospitalaria fue de 20,2 días (8-40). Un paciente falleció en el postoperatorio de la reintervención por shock séptico y fallo multiorgánico (mortalidad postoperatoria 2,2%). La supervivencia media fue de 20,08 meses. En los pacientes sometidos a tratamiento adyuvante fue de 20,42 meses.

Conclusiones: A pesar de la excelencia en la cirugía y del mejor manejo de las complicaciones posquirúrgicas en la duodenopancreatectomía cefálica, no se consigue mejorar la supervivencia a largo plazo en los tumores de la cabeza de páncreas y de la región periampular. Los tratamientos complementarios deberían mejorar la supervivencia de estos pacientes.

O-181

LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA EN EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES DE LA REGIÓN PERIAMPULAR Y LA ESPECIALIZACIÓN COMO FACTOR DE INFLUENCIA SOBRE LOS RESULTADOS OBTENIDOS

A. Codina-Barreras, J. Figueres Felip, S. López Ben, M. Pujadas de Palol, M.T. Albiol, R. García Jiménez y A. Codina Cazador
Hospital Dr Josep Trueta, Gerona.

Objetivo: Presentar los resultados obtenidos tras la duodenopancreatectomía cefálica (DPC), en el tratamiento de los tumores periampulares tratados por la unidad de cirugía hepatobilíopancreática (HBP) de nuestro centro en el periodo comprendido entre la creación de la unidad y la actualidad.

Pacientes y método: Serie de 29 pacientes operados entre los años 2000-06. Parámetros estudiados: edad, sexo, clínica, presencia de tumor (TAC), riesgo quirúrgico, analítica, drenaje biliar y histología preoperatorias, diagnóstico, técnica quirúrgica (DPC o DPC con preservación pilórica -DPCPP-), resección vena porta, complicaciones y mortalidad postoperatoria, radicalidad, estadio TNM, estancia, y evolución de los resultados según la experiencia adquirida.

Resultados: Se trata de 29 pacientes, 16 H y 13 M, con una mediana de edad de 61 años. La ictericia fue el síntoma de más frecuente presentación, 15 (52%) y la TAC demostró una masa en el 55% de los casos. El 62% de los pacientes eran ASA III. La bilirrubina preoperatoria de los enfermos operados con ictericia y no drenados fue, de mediana, 11 mg/dl y CA 19,9 estaba elevado en 10 de los 27 carcinomas. Catorce enfermos fueron operados con una endoproteesis biliar (48%). Se obtuvo muestra histológica preoperatoria en 20, 18 de ellas positiva a carcinoma. Distribución según origen tumoral: ampulomas 10 (34%), colangiocarcinomas 9 (31%), adenocarcinoma de cabeza pancreas 7 (24%), tumor endocrino 2 (7%) y carcinoma duodenal 1 (3%). Se han realizado 20 DPC y 9 DPCPP con 2 resecciones segmentarias de la

vena porta. La mortalidad ha sido de un caso (3,4%) y las complicaciones se presentaron en el 65% de los enfermos habiendo de ser reintervenidos 8. Estas complicaciones han descendido con la consolidación de la unidad HBP. El retraso en el vaciado gástrico fué la complicación más frecuente (30%) y la fistula pancreática afectó a 4 enfermos (14%).

Conclusiones: Nuestros resultados se encuentran entre los considerados standard tomando como referencia las unidades especializadas en cirugía HBP. La existencia de tales unidades, es un factor más determinante en la disminución de la morbi/mortalidad que el nivel tecnológico de un determinado Hospital.

O-182

FUNCIONALISMO PANCREÁTICO POSTOPERATORIO: DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA FREnte A RESECCIÓN CÓPOROCAUDAL POR NEOPLASIA

R. Cánovas De Lucas¹, L. Sabater Ortí¹, J. Calvete Chornet¹, L. Aparisi Quereda¹, B. Camps Vilata², P. Ivorra García-Moncó¹, C. Sala Palau¹, J. Sastre Belloch² y S. Lledó Matoses¹
Hospital Clínico Universitario, Valencia¹, Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia².

Introducción: La cirugía oncológica pancreática conlleva necesariamente la exéresis de parénquima pancreático, y en consecuencia se espera un cierto grado de alteraciones funcionales, tanto endocrinas como exocrinas.

Objetivo: Valorar las alteraciones funcionales endocrinas y exocrinas tras cirugía pancreática tumoral, comparando la duodenopancreatectomía cefálica (DPC) frente a la resección córporo-caudal (RCC).

Pacientes y métodos: Se han incluido prospectivamente 79 pacientes intervenidos por neoplasia de páncreas o periampulares y que han tenido, al menos, una supervivencia de 6 meses. Se han realizado 59 DPC y 20 RCC. La valoración funcional pancreática se ha realizado a partir de 6 meses de la intervención; la endocrina mediante el test de sobrecarga oral a la glucosa y la exocrina mediante la valoración de grasas en heces y elastasa E-1 fecal. También se ha valorado la variación en el índice de masa corporal tras la intervención.

Resultados: De los 79 pacientes incluidos (41 varones, 38 mujeres, edad media 62 ± 13 años), 24 (30,4%) tenían algún tipo de alteración endocrina preoperatoria, que aumenta a 52 (65,8%) tras la intervención ($p = 0,0001$). De un 11,4% de DMID precirugía se asciende a un 35,4% postintervención. En cuanto a la función exocrina, el 46,7% de los pacientes presentaba esteatorrea y el 73,7% elastasa fecal patológica. El descenso porcentual medio del IMC tras la intervención fue de $12 \pm 7\%$. Cuando los pacientes se agrupan en función de la intervención, DPC vs RCC, las alteraciones endocrinas tras DPC ascienden del 34% (4 IH, 8 DMNID, 8 DMID) al 68% (8 IH, 9 DMNID, 23 DMID), y en RCC del 20% (1 IH, 2 DMNID, 1 DMID) al 60% (1 IH, 6 DMNID, 5 DMID) ($p = 0,280$). La aparición de esteatorrea, tras DPC fue de 60,7% vs 5,3% tras RCC ($p = 0,0001$), y elastasa fecal patológica en el 89,5% tras DPC y en el 26,3% después de una RCC ($p = 0,0001$). En cuanto a la reducción del IMC tras la cirugía fue del $13,79 \pm 7,56\%$ en las DPC y del $7,66 \pm 5,66\%$ tras RCC ($p = 0,002$).

Conclusiones: La cirugía oncológica pancreática afecta en la mayoría de los casos y de forma muy notable tanto la función pancreática endocrina como la exocrina. Mientras que la función exocrina se ve afectada más en las DPC, la función endocrina se altera de forma similar tanto en las DPC como en las RCC.

IH: Intolerancia Hidrocarbonada; DMNID: Diabetes Mellitus No Insulin-Dependiente; DMN: Diabetes Mellitus Insulin-Dependiente.

O-183

DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA POR ADENOCARCINOMA DE CABEZA DE PÁNCREAS. EXPERIENCIA Y RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE UNA UNIDAD ESPECIALIZADA

Z. Madrazo González, J. Fabregat Prous, R. Jordà Martín, F.J. García Borobia, R. Frago Muntanuy, L. Silvio Estaba, C. Valls Duran, M.T. Serrano Piñol y A. Rafecas Renau
Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: Analizar los resultados de una unidad de Cirugía Bilio-Pancreática en la realización de duodenopancreatectomía cefálica (DPC)

por adenocarcinoma de cabeza de páncreas (ADC), con especial énfasis en la modalidad de cirugía, morbilidad y mortalidad hospitalarias y supervivencia.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de 186 pacientes con diagnóstico clínico y radiológico de ADC entre 1991 y 2006 a los que se practicó DPC. Seguimiento de pacientes realizado por consultas externas y vía telefónica.

Resultados: Entre Mayo de 1991 y Marzo de 2006 se practicaron 186 DPC por ADC. La edad media fue de 61,7 años (63,4% hombres y 36,6% mujeres). Las técnicas quirúrgicas empleadas fueron: DPC tipo Whipple 64,5% (120 casos), DPC con preservación pilórica 31,7% (59 casos) y pancreatectomía total 3,8% (7 casos). El tipo de anastomosis pancreático-yeunal realizada fue: Ducto-Mucosa 56,5%, Término-Lateral 30,6% y Término-Terminal 12,9%. Se colocó stent en 24 anastomosis pancreático-yeunales (12,9%). Se practicó resección venosa en 25 casos e injerto venoso en 3 casos. El tiempo operatorio medio fue de 378 minutos. El número medio de concentrados trasfundidos fue de 2,3 en < 48 horas postoperatorias. Se produjeron complicaciones postoperatorias en 82 pacientes (44%), con la siguiente distribución porcentual: Vaciamiento gástrico retardado 18,8% (35 casos), infección de herida quirúrgica 14,5% (27 casos), fistula pancreática 10,2% (19 casos), absceso intraabdominal 8,6% (16 casos), hemorragia digestiva alta 5,4% (10 casos), infección urinaria 5,4% (10 casos), hemoperitoneo 4,8% (9 casos), fistula biliar 4,8% (9 casos), infección de catéter 4,8% (9 casos), peritonitis 3,8% (7 casos), dehiscencia de gastroenteroanastomosis 3,8% (7 casos), infección respiratoria 3,2% (6 casos), pancreatitis aguda 1,6% (3 casos). En total, 22 pacientes (11,8%) precisaron reintervención. La mortalidad hospitalaria fue de 6,5% (12 casos). La estancia hospitalaria mediana fue de 16 días (rango: 6-96 días). El 63% de los pacientes recibió quimioterapia postoperatoria. La supervivencia media es de 16,7 meses. La supervivencia actuarial media a los 5 años en nuestra serie es del 20%.

Conclusiones: La cirugía resectiva (DPC) por ADC en una unidad especializada, a pesar de una elevada morbilidad (44%) y una aceptable mortalidad hospitalaria (6,5%), consigue una supervivencia a 5 años del 20%.

O-184

PANCREATECTOMÍA CEFÁLICA CON PRESERVACIÓN DUODENAL. INDICACIONES DE LA TÉCNICA Y RESULTADOS

R. Jorba Martín, J. Fabregat Prous, F. García Borobia, R. Frago Montanuy, C. Valls Durán, T. Serrano Piñol, L. Silvio Estaba, M. Miro Martín, D. Julia Bergkvist y A. Rafecas Renau
Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La resección de la cabeza del páncreas preservando el duodeno (PCPD) es una intervención con demostrada seguridad y eficacia en el tratamiento de la pancreatitis crónica, sin embargo, su utilidad en otras enfermedades supuestamente benignas localizadas en la cabeza del páncreas ha sido objeto de pocas publicaciones.

Objetivos: Revisar nuestra experiencia con 17 pacientes sometidos a PCPD y analizar la morbilidad y los resultados a largo plazo.

Métodos: Entre noviembre de 2001 y noviembre de 2005 se efectuaron 17 PCPD. Se recogieron las variables en una base de datos prospectiva. Se indicó la intervención en pacientes con patología inflamatoria y/o supuestamente benigna localizada en la cabeza del páncreas.

El motivo de la intervención fue en los casos de pancreatitis crónica por dolor intratable y en las tumoraciones quísticas de la cabeza del páncreas por sospecha preoperatoria de lesión premaligna (de estirpe mucinosa) o tumoraciones quísticas benignas sintomáticas. El diagnóstico definitivo de las lesiones fue: pancreatitis crónica ($n = 10$), cistoadenoma seroso ($n = 3$), tumoración mucinosa intraductal papilar ($n = 3$) y páncreas divisum ($n = 1$).

Resultados: Mortalidad hospitalaria nula. Se presentaron complicaciones postoperatorias en 10 pacientes (59%): infección herida ($n = 3$), fistula pancreática ($n = 3$), fistula biliar ($n = 2$), infección respiratoria ($n = 1$) y hemoperitoneo ($n = 1$). Estancia hospitalaria media: 14 días (R: 7-43 días). Actualmente todos los pacientes permanecen vivos. De los 10 pacientes con pancreatitis crónica, una paciente presentó un nuevo episodio de pancreatitis aguda a los 2 años de la intervención, y dos pacientes requirieron tratamiento con Metadona en el postoperatorio por

dependencia a drogas de largo tiempo de evolución. El resto de pacientes pudo reincorporarse a su actividad física y/o laboral habitual sin problemas.

En los siete pacientes con lesiones no inflamatorias, el seguimiento no ha evidenciado recidiva de la enfermedad y todos ellos están asintomáticos.

Conclusiones: La PCPD en las lesiones supuestamente benignas localizadas en la cabeza del páncreas es una alternativa a la duodenopancreatectomía cefálica, con un riesgo postoperatorio asumible y excelentes resultados a largo plazo.

8 NOVIEMBRE 2006

SALA LA MANCHA

15.00 – 16.30 O-185 – O-192

O-185

TUMORACIÓN PAPILAR MUCINOSA INTRADUCTAL DEL PÁNCREAS. RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

R. Jorba Martín, J. Fabregat Prous, F. García Borobia, R. Frago Montanuy, C. Valls Durán, T. Serrano Piñol, Z. Madrazo González, J. Altet Torne y A. Rafecas Renau
Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La neoplasia papilar intraductal y mucinosa del páncreas (NPIM) es una entidad clínico-patológica cuyo diagnóstico ha ido en aumento en los últimos años, gracias al avance de las técnicas de imagen, mientras que el manejo terapéutico sigue siendo controvertido.

Objetivos: Analizar los resultados del tratamiento quirúrgico, identificar los factores preoperatorios predictivos de malignidad y determinar el manejo óptimo de estos tumores teniendo en cuenta el tipo morfológico y la biopsia intraoperatoria del margen de resección ductal.

Métodos: Estudio de 12 pacientes intervenidos entre los años 2000 y 2005. Se recogieron las variables clínico-patológicas en una base de datos prospectiva.

De los 12 pacientes estudiados, cinco casos presentaron la lesión localizada en el ducto principal, cinco casos en las ramas secundarias y dos en ambas localizaciones (forma mixta).

Resultados: Se efectuó duodenopancreatectomía cefálica en 6 pacientes (en 3 de ellos preservación pilórica), resección de la cabeza del páncreas con preservación duodenal en 3, pancreatectomía cíorpocaudal en 2, de los que uno precisó extensión en un 2º tiempo a pancreatectomía total, y resección limitada del proceso uncinado en una paciente.

El estudio del grado tumoral informó en un caso de adenoma, en cuatro borderline, un carcinoma no invasivo y seis carcinomas invasivos. Todos los carcinomas invasivos se presentaron en las localizaciones: "ducto principal" o "mixta".

En 11 pacientes se efectuó análisis intraoperatorio del margen de resección del ducto, que coincidió con el diagnóstico definitivo en todos ellos. En una paciente no se valoró el ducto intraoperatoriamente por error diagnóstico (fue diagnosticada de cistoadenoma mucinoso en el preoperatorio e intraoperatoriamente), requiriendo extensión de la pancreatectomía en un 2º tiempo por invasión del margen por carcinoma no invasivo.

No hubo mortalidad hospitalaria. La estancia media fue de 15 días (R: 4-43d). Hubo 4 complicaciones postoperatorias: un hemoperitoneo que se resolvió mediante embolización por arteriografía, una insuficiencia renal aguda, una fistula biliar y una infección de herida. No hubo reintervenciones. El seguimiento medio fue de 15 meses (2-39 m), durante el cual, dos pacientes (con diagnóstico de carcinoma invasivo) fallecieron a los 2 y 10 meses por recidiva tumoral. El resto de pacientes sigue vivo y libre de enfermedad.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que en el estudio preoperatorio es importante determinar el tipo de localización de la lesión (ducto principal, ramas o mixto) para planificar el tratamiento quirúrgico: resecciones limitadas o extendidas, y que el análisis del margen de resección del ducto pancreático intraoperatoriamente debe utilizarse sistemáticamente para determinar, y si es preciso modificar, la extensión de la resección.

O-186**TRATAMIENTO ENDOVASCULAR PERCUTÁNEO DE LA TROMBOSIS VENOSA DEL INJERTO PANCREÁTICO**

E. Astudillo, M.A. López-Boado, R. Rull, F.X. González, A. López, M. Real, J. Romero, A. Ibarzábal, M.J. Ricart y L. Fernández-Cruz
Hospital Clínic, Barcelona.

A pesar de los avances que se han producido, en los últimos años, en el trasplante de páncreas, todavía se pierden por problemas técnicos más del 6% de los injertos pancreáticos. La trombosis, fundamentalmente venosa, del páncreas transplantado es la responsable de más de la mitad de estas pérdidas.

Objetivo: Evaluar la eficacia del tratamiento endovascular, por vía percutánea, de las trombosis parciales del injerto pancreático.

Material y métodos: Desde febrero de 1983 se han realizado en la Universidad de Barcelona 312 trasplantes simultáneos de riñón y páncreas. Se analiza la experiencia entre enero de 1997 (introducción de las técnicas endovasculares en el tratamiento de la trombosis del injerto pancreático) y julio de 2005. En este periodo se han realizado 157 trasplantes simultáneos de riñón y páncreas en la Universidad de Barcelona. En todos los casos se realizó la reconstrucción arterial del injerto mediante anastomosis esplenomesentérica termino-terminal y derivación entérica de la secreción exocrina pancreática. Todo los pacientes fueron sometidos a inmunosupresión cuádruple, efectuándose de forma sistemática profilaxis frente a gérmenes virus y hongos. Asimismo se realizó en todos los casos profilaxis de la trombosis con heparina de bajo peso molecular y ácido acetil-salicílico. Todos los pacientes, partir de las 24-48 h, fueron estudiados, de forma periódica, mediante eco-grafía Doppler.

Resultados: En 10 pacientes (6,3% de los casos), en la ecografía Doppler, se objetivó un trombo venoso parcial, que afectaba a más de 2/3 de las venas esplénica y/o porta y mesentérica del injerto. La edad media de estos pacientes fue de 38,5 años y la duración de la diabetes de 25,8 años. El diagnóstico de la trombosis se realizó entre el 2º y el 12º día. El diagnóstico ecográfico se confirmó de forma inmediata mediante arteriografía selectiva. En todos los pacientes se realizó tratamiento endovascular percutáneo. En 6 casos se realizó una trombectomía mecánica, mediante un catéter tipo Angiojet. En 2 pacientes se llevó a cabo una trombolisis local con uroquinasa a dosis de 2200 U/h/Kg/6 h. En los 2 pacientes restantes se realizaron ambos procedimientos, trombectomía mecánica y trombolisis con un bolus de uroquinasa de 3000000 U/15 min. Todos los tratamientos endovasculares fueron seguidos de heparinización y anticoagulación oral. El tratamiento fue satisfactorio en todos los casos, no produciéndose complicaciones relacionadas con el procedimiento. Los pacientes no han requerido insulina durante el periodo de seguimiento, que oscila entre 2 meses y 8 años, con una media de 27 meses.

Conclusiones: El tratamiento endovascular de la trombosis parcial del injerto pancreático es un procedimiento mínimamente invasivo, seguro y eficaz.

O-187**TRASPLANTE PANCREÁTICO-RENAL EN CANARIAS**

A.F. Bravo Gutiérrez, M.M. Meneses Fernández, A. Martín Malagón, J.C. García Hernández, J.M. González Posadas, A. Rahy Martín y A. Alarcó Hernández
Hospital Universitario de Canarias, La Laguna

Introducción: Hoy en día el trasplante combinado de riñón y páncreas es la mejor opción terapéutica para el tratamiento de los pacientes con diabetes mellitus insulino-dependiente e insuficiencia renal. La normalización de las cifras de glucemia que se consigue con el trasplante va a frenar, e incluso revertir, las complicaciones a largo plazo de la diabetes, mejorando la calidad de vida de los pacientes. El objetivo de nuestro estudio fue analizar de forma prospectiva la experiencia y los resultados del programa de trasplante pancreático en nuestro centro.

Material y métodos: De mayo de 2002 a abril de 2006 se han realizado en el Hospital Universitario de Canarias en Tenerife 33 trasplantes simultáneos de riñón y páncreas (31 con más de un año de evolución) dentro de un programa regional donde colaboran todos los Hospitales de la Comunidad Autónoma Canaria. En todos los pacientes se ha utilizado la solución de Wisconsin para la preservación, el drenaje entéri-

co para la secreción exocrina y drenaje venoso sistémico (a cava inferior) para la endocrina, e inmunosupresión con ATG, Tacrolimus, CCT, MMF.

Resultados: De los 33 trasplantes realizados se analizan los resultados de 31 con más de un año de evolución. En todos los casos se consiguió la normalización inmediata en las cifras de glucemia, hemoglobina glucosilada y la elevación del péptido C. La supervivencia del paciente y del injerto pancreático han sido del 93 y del 87%, respectivamente. Las causas de pérdida del injerto han sido en un 6% por causa médica y en 9% por complicación quirúrgica, con una tasa de reintervenciones del 35%.

Conclusiones: Los resultados obtenidos por nuestro grupo son equiparables a lo publicado por otros grupos españoles y las grandes series mundiales.

O-188**RESECCIÓN CONSERVADORA DE LA REGIÓN DUODENO-PANCREÁTICA EN EL TRATAMIENTO DEL TUMOR PAPILAR MUCINOSO INTRADUCTAL**

J. Romero Marcos, J. Comas Isus, M.A. López-Boado Serrat, E. Astudillo Pombo, J. Bollo Rodríguez y L. Fernández-Cruz Pérez
Hospital Clínic, Barcelona.

La técnica quirúrgica standard para el tratamiento del tumor mucinoso papilar intraductal (TMPI) de las variedades del conducto dilatado (TMPI-CD) o ramificado (TMPI-R) es la duodenopancreatetectomía céfala (DPC). El TMPI-R tiene un crecimiento lento y con menor incidencia de malignidad. **Objetivo:** Evaluar la utilidad de la cirugía conservadora, resección parcial de la cabeza pancreática con preservación duodenal RTPC-PD, y la resección total de la cabeza pancreática con duodenectomía segmentaria (RTCP-DS) en pacientes con TMPI-R.

Material y métodos: Los resultados de la cirugía fueron evaluados en 8 pacientes a los que en 4 se realizó la técnica RTCP-PD y en 4 la técnica RTCP-DS. También se incluyeron 13 pacientes a los que se realizó la DPC según técnica de Whipple.

Resultados: La incidencia de complicaciones postoperatorias fue del 38% después de Whipple, 100% después de RTPC-PD y 25% después de RTCP-DS. La estancia hospitalaria media fue 27 días después de RTPC-PD, 22 días después de Whipple y 16 días después de RTCP-DS. TMPI-invasivo se encontró en 38% después de Whipple y TMPI-no invasivo en el 100% de los pacientes sometidos a cirugía conservadora.

Conclusión: La DPC constituye la técnica de elección para pacientes con TMPI-invasivo. La RTCP-DS parece ser un procedimiento seguro y de gran eficacia en el tratamiento de pacientes TMPI-R localizado en la cabeza del páncreas.

O-189**OPCIONES TÉCNICAS EN LA CIRUGÍA DEL TUMOR PAPILAR MUCINOSO INTRADUCTAL**

J. Romero Marcos, J. Comas Isus, M.A. López-Boado Serrat, E. Astudillo Pombo y L. Fernández-Cruz Pérez
Hospital Clínic, Barcelona.

El TPMI es premaligno (adenoma, carcinoma in situ) o maligno (carcinoma invasivo) por lo que el tratamiento quirúrgico es controvertido: cirugía abierta vs cirugía laparoscópica, cirugía radical vs cirugía conservadora.

Objetivo: justificar la extensión de la cirugía (técnica quirúrgica) en relación a los resultados de la anatomía patológica del tumor extirpado.

Material y métodos: Desde enero 2000 hasta enero 2005 se han intervenido 30 pacientes con TPMI: localización en la cabeza pancreática (17 casos), en cuerpo-cola (7 casos), asociación tumor quístico en la cabeza y dilatación difusa del Wirsung (6 casos). La decisión de la técnica quirúrgica se estableció según la localización del tumor en el páncreas y la biopsia preoperatoria.

Resultados: La duodenopancreatetectomía céfala se realizó en 13 pacientes y la anatomía patológica (AP) demostró carcinoma invasivo en 5 casos (38%); la resección de la cabeza pancreática con preservación duodenal se efectuó en 4 pacientes y la AP demostró 3 adenomas y 1 adenocarcinoma in situ. En 6 pacientes se realizó la duodenopancrea-

tectomía total y la AP demostró en todos los casos lesiones premalignas. En 7 pacientes se realizó una pancreatectomía distal por vía laparoscópica y la AP demostró lesiones premalignas en 6 casos y en 1 caso adenocarcinoma invasivo (14%). En un seguimiento medio de 22 meses todos los pacientes están vivos y sin recidiva de la enfermedad.

Conclusiones: La frecuencia de carcinoma invasivo en pacientes con TPMI es del 20% por lo que está justificada la cirugía conservadora: cirugía laparoscópica en tumores del páncreas izquierdo y resecciones limitadas en los pacientes con tumores en la cabeza pancreática. La cirugía radical debería realizarse tan solo en pacientes con carcinoma invasivo.

O-190

RETRASPLANTE DE PÁNCREAS

M.A. López-Boado, E. Astudillo, F.X. González, R. Rull, S. García, M.J. Ricart y L. Fernández-Cruz
Hospital Clínic, Barcelona.

El trasplante de páncreas es la única terapéutica que permite la auto-regulación del metabolismo de la glucosa en pacientes afectos de diabetes tipo I. Desde 1966 se han efectuado más de 23.000 trasplantes en todo el mundo. Sin embargo, existen escasos estudios sobre retraspantes de páncreas (segundo trasplante realizado en un receptor que había recibido previamente un injerto pancreático).

Objetivo: Análisis de la experiencia de nuestra serie de pacientes con un retraspante de páncreas.

Pacientes y método: Se analizaron retrospectivamente 13 pacientes sometidos a un retraspante de páncreas que forman parte de la casuística del Hospital Clínic de Barcelona, que inició su programa de trasplante de páncreas en febrero de 1983, habiendo realizado hasta la actualidad 312 trasplantes reno-pancreáticos.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 34 ± 5 años. El tiempo medio de evolución de su diabetes, antes del primer trasplante, fue 20.6 ± 4.5 años y el de diálisis 16.2 ± 11 años. En todos los casos el injerto pancreático se colocó en los vasos ilíacos derechos y en la misma zona en ambos procedimientos; el injerto primario se extirpó en las primeras semanas del trasplante primario en 7 pacientes y en 6 en el momento del retraspante, en los que la cirugía fue de gran dificultad técnica.

aso	Tipo 1er trasp.	Días pérdida	Causa pérdida	Fallo riñón	Tipo retrasp.	Meses entre trasplantes
1	P + R	0	Mala perfusión	No	P.ais.	11
2	P.ais.	1	Trombosis Venosa	No	P + R	41
3	P.ais.	3	Trombosis Arterial	-	P.ais.	40
4	P + R	3	Trombosis Venosa	No	P.ais.	28
5	P + R	4	Trombosis Venosa	No	P.ais.	68
6	P + R	6	Tromb.+dehisc.Anast	No	P.ais.	12
7	P.ais.	60	Absceso injerto	No	P + R	162
8	P + R	99	Rechazo	No	P.ais.	28
9	P + R	408	Rechazo + absceso	Sí	P + R	66
10	P + R	520	Linfoma	Sí	P + R	54
11	P + R	670	Recidiva Diabetes	No	P.ais.	39
12	P + R	1825	Rechazo	No	P.ais.	100
13	P + R	3160	Recidiva Diabetes	No	P.ais.	112

Se produjo el éxito en dos casos (4 y 7) por infecciones a los 2,7 años y a los 3,3 meses del retraspante, respectivamente. El resto siguieron un postoperatorio correcto y permanecen actualmente insulina-independientes y con una función renal conservada.

Conclusión: El retraspante de páncreas es una opción clínica válida, con resultados similares al trasplante primario.

O-191

TUMORES NEUROENDOCRINOS NO FUNCIONANTES DE PÁNCREAS. ESTRATEGIA QUIRÚRGICA Y RESULTADOS

R. Frago Montanuy, J. Fabregat Prous, F. García Borobia, R. Jorba Martín, L. Silvio Estava, S. Comí Codina, A. Rafecas Renau, L. Secanella, C. Valls, T. Serrano y R. Salazar
Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: A través de la descripción de una serie quirúrgica realizar una revisión de los tumores neuroendocrinos no funcionantes de páncreas.

Material y métodos: Se realizó un estudio descriptivo de los casos que recibieron tratamiento quirúrgico con intención curativa de los pacientes diagnosticados en una Unidad de Cirugía Pancreático-Biliar de un Hospital Universitario durante el periodo comprendido entre enero de 1993 y febrero de 2006.

Resultados: La incidencia fue de 34 casos, 32 esporádicos y 2 asociados a MEN 1. La edad media fue de 52 años. Todos los pacientes fueron diagnosticados por TAC abdominal. La localización dentro de la glándula pancreática más frecuente fue la cabeza en el 47% de los casos, seguida del cuerpo-cola en el 32%, cola en el 6%, ampolla de Vater en el 6% y proceso uncinado y cuello en el 3% cada uno de ellos. El tamaño tumoral medio fue de 5 cm de diámetro. El 23% presentaron metástasis hepáticas sincrónicas en el momento del diagnóstico.

La técnica quirúrgica empleada en 17 pacientes fue la duodenopancreatectomía céfálica, en 13 pacientes lo fue la pancreatectomía corporo-caudal (8 con esplenectomía) y en otros 4 pacientes se realizaron resecciones más económicas. Ocho pacientes precisaron la resección de uno o más órganos por infiltración tumoral. Se practicaron 6 resecciones de una porción de vena mesentérica superior. La cirugía de las metástasis hepáticas se realizó de forma sincrónica en 7 pacientes con 2 hepatectomías derechas y 5 resecciones limitadas de las metástasis, a 1 paciente se le practicó un trasplante hepático al mes siguiente de la cirugía pancreática. La morbilidad global fue del 47%, mientras que la mortalidad fue del 2,94%.

En base a la clasificación anatomopatológica de la Organización Mundial de la Salud, hubo 10 pacientes con tumor endocrino de los cuales ninguno presentó recidiva. De los 5 pacientes con carcinoma endocrino mal diferenciado 4 fallecieron antes del año del diagnóstico y 1 es de reciente diagnóstico. De los 19 pacientes con carcinoma endocrino bien diferenciado, a los 5 años el 28,01% de los mismos estaban libres de enfermedad, siendo la supervivencia en ese periodo del 58,61%. Durante el seguimiento, hubo 6 pacientes que presentaron recidiva localizada en forma de metástasis hepáticas u óseas, realizándose tratamiento de las mismas mejorando la supervivencia de la enfermedad y la calidad de vida de los pacientes.

Conclusiones: La cirugía tiene un papel fundamental en el tratamiento de los tumores neuroendocrinos de páncreas localizados. El tratamiento quirúrgico agresivo de los tumores locorregionalmente avanzados y con metástasis hepáticas, parece mejorar la supervivencia. La cirugía no es la única opción terapéutica y el manejo de estos tumores necesita un enfoque multidisciplinario.

O-192

NEOADYUVANCIA EN CANCER DE PÁNCREAS LOCALMENTE AVANZADO. EXPERIENCIA INICIAL.

J. Fernández, F. Sánchez-Bueno, J.C. Castañer, R. Robles, A. Sánchez, M. Ramírez, J.C. Navalón y P. Parrilla
Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El cáncer de páncreas localmente avanzado (CPLA) queda definido como aquel que sin presentar enfermedad a distancia es irremediable debido a su avanzado estadio local. El empleo de quimio y radioterapia (QMT/RT) en estos enfermos han logrado incrementos sustanciales en su supervivencia, lo que junto a la posibilidad del "down-stage" y resección posterior, ha reavivado el interés por su empleo.

Pacientes y métodos: Se revisaron retrospectivamente los historiales clínicos de 16 pacientes (14 varones) con CPLA que fueron sometidos a tratamiento neoadyuvante con posterior evaluación de respuesta con intento de resección entre enero 2004 y enero 2006. En 13 casos el tumor se localizaba en cabeza de páncreas y en 3 a nivel de cuerpo pancreatico. Sólo en 2 casos (1 en cabeza y otro en cuerpo) el diagnóstico se hizo no-operatoriamente mediante PAAF. Tan sólo 2 pacientes con tumores en cabeza de páncreas fueron paliados de forma percutánea (prótesis biliar). El resto lo fueron de forma operatoria (3 casos con derivación biliar aislada y 8 casos con derivación biliodigestiva). Todos los pacientes fueron sometidos al mismo régimen QMT (Gemcitabina, 1000 mg/m²) y RT (50,4 Gy en dosis de 1,8 Gy/día). Ningún paciente reingresó por complicaciones relacionadas con el tratamiento oncológico. La valoración de la respuesta se efectuó en 3 niveles: clínico (mejora subjetiva del enfermo, ganancia ponderal, desaparición de síntomas

generales neoplásicos); analítico (normalización niveles Ca 19.9); y radiológico (reducción tamaño tumoral). Para ello, todos los pacientes fueron sometidos a reevaluación completa al mes de haber finalizado el tratamiento, mediante historia clínica, niveles de Ca 19.9 y TC helicoidal 3D. **Resultados:** De los 16 pacientes de los que consta la serie, 5 (31%) respondieron al tratamiento. Tres de ellos mostraron RC (20%) y fueron posteriormente resecados sin complicaciones p.o. (2 casos de cáncer de cuerpo de páncreas tratados mediante sendas esplenopancreatectomías corporo-caudales, y 1 caso localizado en cabeza de páncreas que fue sometido a una resección de Kausch-Whipple clásica), 1 paciente mostró respuesta parcial pero insuficiente para ser sometido a cirugía de rescate, y 1 paciente con RC rechazó la posibilidad de reintervención. La anatomía patológica de los enfermos resecados mostró en todos los casos intensa fibrosis y necrosis tumoral con presencia de escasos nidos celulares malignos viables. Tras la cirugía todos los pacientes fueron sometidos a nuevas tandas de tratamiento QMT con gencitabina. La supervivencia media del grupo fue de 20 meses. Todos los pacientes con RC resecados están vivos y libres de enfermedad salvo 1 caso que presenta metástasis hepáticas.

Conclusión: Los resultados del tratamiento neoadyuvante en CPLA, si bien pobres, son esperanzadores. Se observa una mayor supervivencia, y en un pequeño grupo de pacientes, una suficiente regresión tumoral como para permitir una resección tumoral posterior. La evaluación de estos enfermos sólo debe de hacerse en el seno de unidades especializadas.

8 NOVIEMBRE 2006

SALA LA MANCHA

17.00 – 18.30 O-193 – O-198

O-193

PANCREATITIS CRÓNICA LINFOPLASMOCITARIA (PCLP): TRATAMIENTO EFICAZ CON CORTICOESTEROIDES TRAS DESCARTAR NEOPLASIA PERIAMPULAR (NP). EXPERIENCIA DE UNA UNIDAD DE CIRUGÍA BILIOPANCREÁTICA

F.J. García Borobia, R. Jorba Martín, R. Frago, J. Altet Torne, L. Secanella Medallo, C. Valls Durán, T. Serrano Piñol, J. Fabregat Prous y A. Rafecas Renau

Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat

La pancreatitis crónica linfoplasmocitaria (PCLP) es un proceso infrecuente. Se presenta como ictericia obstructiva indolora y su diagnóstico diferencial debe hacerse con las neoplasias periampulares (NP).

Objetivo: Exponer nuestra experiencia en pacientes con PCLP, presentar un posible algoritmo de manejo y plantear el tratamiento médico tras descartar NP.

Pacientes: Entre 1999 y 2005 hemos diagnosticado a 11 pacs. de PCLP. La presentación clínica en todos fue de ictericia, en 2 casos transitoria. Cuatro fueron remitidos tras la colocación de endoprótesis y con biopsia periampular negativa para NP. Uno fue diagnosticado de NP y colocada una endoprótesis. Otro remitido tras la realización de una derivación biliar por sospecha de NP irresecable. En 3 pacs. se hizo el diagnóstico de sospecha mediante TAC, colangiRNM, Ecoendoscopia transduodenal (EE) y biopsias (2 PAAF negativas para NP y un trocet que sugirió el diagnóstico).

Resultados: El diagnóstico de sospecha de la PCLP se hace mediante la TAC abdominal, con ausencia de masa tumoral y con agrandamiento global o focal de la glándula, con Wirsung irregular y fino. La colangiRNM confirma la irregularidad y estrechez del Wirsung. La EE permite una mayor sensibilidad en la detección de pequeñas NP y realizar biopsias. A nivel bioquímico puede observarse hipergammaglobulinemia, elevación de la IgG4 y la determinación de la anhidrasa carbónica II. Si bien, el diagnóstico definitivo es histológico con infiltrado linfoplasmocitario de predominio periductal y fibrosis intersticial. La edad media fue de 61,2 años (24-77). Con un predominio en varones (8/3). En 7 pacientes el diagnóstico se hizo tras la resección pancreática. De ellos, en uno se sospechó PCLP y fue tratado sin éxito con corticoides, se realizó CPRE con biopsia y prótesis, y posteriormente resecado. En 2 se realizaron paliación de la ictericia (una quirúrgica y otra mediante endoprótesis) el diagnóstico se hizo por biopsia pancreática. En otros 2

pacientes con sospecha de PCLP, uno con biopsia trocet sugestiva, fueron tratados con éxito mediante prednisona, con un seguimiento de 30 y 6 meses. Dos pacientes presentaron colangitis esclerosante primaria, uno tras la resección pancreática, que requirió un trasplante hepático, y otro tras la derivación biliar (4 meses) que respondió al tratamiento esteroideo.

Conclusiones: La PCLP es un proceso autoinmune infrecuente cuyo diagnóstico de certeza es histológico. Generalmente se presenta aislado y puede simular una NP. Deben realizarse biopsias mediante EE o radiodirigidas para descartar neoplasia y pueden, en ocasiones, apreciar infiltración por linfocitos y células plasmáticas y sugerir el diagnóstico. La respuesta clínica de la ictericia y de las alteraciones morfológicas del Wirsung al tratamiento con esteroides pueden considerarse diagnóstico de este proceso. Puede mejorar incluso la diabetes y la insuficiencia pancreática exocrina. Sin embargo, la duda diagnóstica de una NP o la respuesta escasa al tratamiento médico, obliga a realizar una cirugía resectiva.

O-194

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RESECTIVO EN PACIENTES CON PANCREATITIS CRÓNICA, CON ENFERMEDAD LOCALIZADA EN LA CABEZA PANCREÁTICA Y DOLOR INTRATABLE

L. Silvio Estaba, L. Secanella Medayo, R. Jorba Martín, J. Fabregat Prous, F. García Borobia, J.R. Frago Montanuy, Z. Madrazo González, M. Miró y A. Rafecas Renau
Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: Analizar la utilidad de la resección pancreática en pacientes con pancreatitis crónica, con enfermedad localizada en la cabeza pancreática y dolor intratable.

Material y métodos: Estudio prospectivo desde diciembre de 1989 hasta marzo de 2006. Los criterios de inclusión fueron: pacientes con clínica compatible con alteración anatómica severa de la cabeza pancreática por estudios radiológicos y con dolor intratable. Se realizó el estudio con ecografía abdominal y TAC helicoidal en todos los casos, completándose con colangiorresonancia (CRM), CPRE, y/o Eco-Endoscopia. Se realizaron tres técnicas quirúrgicas: Duodenopancreatetectomía céfalica (DPC), Duodenopancreatetectomía céfalica con preservación pilórica (DPC+PP) y Panreatectomía céfalica con preservación duodenal (PC+PD). Se analizó la morbi-mortalidad post-operatorias y la evolución a largo plazo mediante control en consultas externas y cuestionario telefónico.

Resultados: Se incluyeron 30 pacientes, 27 hombres y 3 mujeres, con edad media de 43,8 años. En todos los casos los pacientes padecían pancreatitis crónica, con evolución media de 2,8 años y 4,2 ingresos hospitalarios por dolor. La etiología fue en el 80% de los casos por enolismo, 16,6% idiopáticas y 3,4% autoinmune. El 20% eran consumidores activos de alcohol. El 13% padecía de diabetes, 26% esteatorrea, 36% Ictericia y el 70% sufría perdida de peso. En el estudio preoperatorio, el 86% presentaba masa inflamatoria en la cabeza pancreática, 80% calcificaciones pancreáticas, 76,6% dilatación del Winsung, 40% dilatación de colédoco, 33% pseudoquistes pancreáticos, 20% coleditis y el 13% compresión duodenal. En cuanto al tratamiento quirúrgico, se llevaron a cabo 9 (43%) DPC, 13 (30%) DPC+PP y 8 (26%) PC+PD. El diagnóstico anatomo-patológico fue de pancreatitis crónica en todos los casos. La morbilidad post-operatoria fue del 43% (13/30): 38% gastropareia, 23% infección de herida, 15% hemoperitoneo, 15% absceso intraabdominal, 15% neumonía, 7,5% coleperitoneo, 7,5% fistula pancreática y 7,5% fistula biliar. Precisaron reintervención 3(10%) pacientes, 2 por hemoperitoneo y 1 por coleperitoneo. La mortalidad fue de 3,3% (1 paciente) por insuficiencia hepática. La estancia post-operatoria media fue de 15 días. La evolución del dolor a largo plazo fue: Control total 48%, Control satisfactorio 36%, Control no satisfactorio 8% y No Control 8%. 3 pacientes reingresaron por pancreatitis leve, 1 por pseudoquiste infectado y 1 estenosis de hepático-yejunostomía. Durante el seguimiento se detectó diabetes de novo en el 24%, pérdida de peso en el 44%, y esteatorrea en tratamiento enzimático, con buen control, en el 40%. El 73,9% desarrolla una actividad física normal. 3 pacientes fallecieron por causas diversas y 2 se perdieron de los controles post-operatorios.

Conclusiones: La resección pancreática es una técnica con alta morbilidad y baja mortalidad, que obtiene buenos resultados, controlando el

dolor y el grado de invalidez, contribuyendo a mejorar la calidad de vida en estos pacientes; por lo que recomendamos la cirugía resectiva en este tipo de patología.

O-195

MORBI-MORTALIDAD Y FUNCIONALISMO PANCREÁTICO EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA PANCREATITIS AGUDA SEVERA

D. Casado Rodrigo¹, L. Sabater Ortí¹, J. Calvete Chornet¹, L. Aparisi Quereda¹, B. Camps Vilata², M. Oviedo Bravo¹, V. Navarro Aguilari¹, F. Navarro Vicente¹, J. Sastre Belloch² y S. Lledó Matoses¹

Hospital Clínico Universitario, Valencia¹, Facultad de Medicina, Universidad de Valencia, Valencia².

Introducción: La cirugía de la pancreatitis aguda (PA) severa no está exenta de morbi-mortalidad y tras la necrosectomía puede presentarse insuficiencia pancreática endocrina y exocrina.

Objetivos: 1-Describir las indicaciones de tratamiento quirúrgico y las intervenciones realizadas. 2- Evaluar los resultados de morbilidad y mortalidad tras la intervención quirúrgica. 3- Investigar el funcionalismo pancreático tras la cirugía.

Pacientes y métodos: Se han intervenido quirúrgicamente 25 pacientes con PA severa entre Enero 1998–2005. Valoramos datos demográficos, índice de masa corporal (IMC), etiología de la PA, gravedad preoperatoria mediante APACHE II e índice de severidad por TAC, diagnóstico de infección de la necrosis pancreática, indicación quirúrgica, tiempo hasta la cirugía y técnica quirúrgica, complicaciones postoperatorias, mortalidad, tiempo de ingreso y función endocrina (test de sobrecarga oral a la glucosa) y exocrina (grasas en heces/24 h y elástato E1 fecal) a los 6 meses de la cirugía.

Resultados: La serie comprende 25 pacientes (13 mujeres, 12 varones, edad media de 63 años). La etiología de la PA fue biliar ($n = 16$), alcohol ($n = 6$), idiopática ($n = 2$) y páncreas anular en 1 paciente. El IMC medio en la serie fue de 26,65 con un 47,6% superior a 25. El APACHE II medio fue de 16,75 ($r = 11-25$). En 4 pacientes la necrosis pancreática era < 30%, en 5 entre 30-50% y en 16 > 50% con un índice de severidad TAC igual o mayor de 7 en 21 pacientes (84%). El diagnóstico de infección de la necrosis y la indicación de necrosectomía se realizó en 20 pacientes mediante PAAF +, en 4 pacientes por la presencia de gas en la TAC y en un paciente intraoperatoriamente al ser intervenido por colangitis aguda. El tiempo medio entre diagnóstico de PA y la cirugía fue de 20 días ($r = 1-49$ días). En 21 pacientes se realizó necrosectomía tipo Beger y en otros 4 casos "open-packing" y relaparotomías programadas. Se han presentado complicaciones postoperatorias en 18/25 (72%): Infección de herida (16%), infección respiratoria (16%), absceso intraabdominal (12%) y hemoperitoneo (8%). La mortalidad fue de 24% ($n = 6$), siendo la causa principal el fallo multiorgánico (66,6%) con un tiempo medio desde la intervención hasta el éxito de 34 días. El tiempo medio de ingreso hospitalario fue de 60 días. Tras la necrosectomía 12 pacientes (63%) presentan disfunción endocrina y 4 pacientes (21%) alteración exocrina.

Conclusiones: En nuestra serie la etiología más frecuente es la biliar (64%) con presencia de necrosis > 50% en el 64%. La indicación quirúrgica se establece en la mayoría mediante PAAF + y la técnica realizada más frecuentemente es la necrosectomía y drenaje-lavado tipo Beger. La cirugía de la PA severa todavía se asocia con una alta morbilidad y mortalidad. Tras la intervención observamos un mayor porcentaje de pacientes con disfunción endocrina que exocrina.

O-196

COMPLICACIONES DE LA CIRUGÍA DEL CÁNCER DE PÁNCREAS. EFICACIA DE LAS UNIDADES ESPECÍFICAS

C. Esteban Velasco, J.L. González Muñoz, L. Muñoz Belvis y A. Gómez Alonso

Hospital Universitario, Salamanca.

Introducción: El cáncer de páncreas es la quinta causa de muerte por cáncer en occidente. La resección quirúrgica es la única opción curativa.

La seguridad de la duodenopancreatectomía ha mejorado en los últimos años de forma importante, objetivándose mortalidades intrahospitalarias menores al 5 % en centros con unidades específicas. La estancia hospitalaria está en función de la aparición de complicaciones, que continúan siendo elevadas a pesar de los avances técnicos. La anastomosis pancreática continúa siendo el talón de Aquiles de esta cirugía.

Objetivo: Presentar la experiencia de nuestro hospital desde la puesta en marcha de la unidad de cirugía hepatobiliopancreática, comparando morbi-mortalidad anualmente.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los pacientes con diagnóstico de cáncer de páncreas desde febrero 2003 hasta febrero 2006, comparando la morbi-mortalidad anualmente en tres períodos (feb 2003 – feb. 2004, feb. 2004 – feb. 2005 y feb. 2005 – feb. 2006). No se realiza análisis de sobrevida a medio y corto plazo por el corto periodo del estudio.

Resultados: Se ha realizado cirugía con intención curativa en 48 pacientes, 18 mujeres y 30 hombres, con una edad media de 62 años (45 - 84 años). La técnica practicada fue: 30 Duodenopancreatectomías céfalicás , 10 Duodenopancreatectomías totales y 9 Pancreatectomías corporo-caudales. La morbilidad por períodos fue: 75% en 1º periodo, 55% en 2º y 42% en 3º periodo, con una incidencia de fistula pancreática de: 4, 1 y 4 (44%, 14% y 30%). El retraso de vaciamiento gástrico se ha observado en: 5, 2 y 1 (31%, 18% y 4%). Los pacientes que no han presentado ninguna complicación durante su ingreso han sido: 18,7% en 1º periodo, 45,5% en 2º y 57 % en 3º. La mortalidad perioperatoria fue de 3 pacientes (6,25 %), estando los tres casos incluidos en el primer periodo de estudio (3,0 y 0).

Conclusiones: La puesta en marcha una unidad específica en cirugía hepatobiliopancreática ha permitido un aumento significativo del número de pacientes intervenidos con intención curativa, así como una disminución significativa en las tasas de morbi-mortalidad, que ha ido mejorando a medida que aumenta la experiencia.

La cirugía de cáncer de páncreas debería ser realizada en unidades específicas de referencia.

O-197

RESULTADOS DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA EN PACIENTES CON CISTOADENOMAS SEROSOS Y CISTOADENOMAS MUCINOSOS

A. Ibarzabal Olano, M.A. López-Boado Serrat, E. Astudillo Pombo, I. Martínez Casas, J. Ardid Brito y L. Fernández-Cruz Pérez
Hospital Clínic, Barcelona.

Los cistoadenomas serosos (CS) y cistoadenomas mucinosos (CM) son tumoraciones quísticas (TQ) que se localizan preferentemente en el cuerpo-cola del páncreas, permitiendo ser intervenidos con abordaje laparoscópico.

Objetivo: evaluar los resultados intraoperatorios, postoperatorios y a largo plazo de los pacientes con TQ del páncreas (CS y CM).

Material y método: desde 1998 hasta marzo del 2006 han sido intervenidos 28 pacientes con TQ; 5 CS (5 mujeres, edad media 52 años), 23 CM (20 mujeres, 3 hombres, edad media 56 años). El tamaño tumoral medio de CS fue de 5 cm (rango 4-6 cm) y el CM 5,6 cm (rango 5-8 cm). En todos los casos se planeó una pancreatectomía distal con preservación esplénica (con y sin preservación de los vasos esplénicos).

Resultados: ninguna conversión a cirugía abierta. Tiempo operatorio medio 198 minutos (rango 120-270 minutos). La preservación esplénica fue posible en 22 pacientes (78,5%), en 15 pacientes (53,5%) sin preservación de vasos esplénicos. Entre las complicaciones, fistula pancreática (< 100 ml) en 4 pacientes (14,28%) e infarto esplénico en 5 pacientes (17,8%) (1 paciente necesitó esplenectomía). La anatomía patológica fue 23 tumores benignos y 3 carcinomas invasivos. El tiempo medio de hospitalización fue 5,5 días (rango 5-7días). Al seguimiento clínico medio de 46 meses (rango 2-80 meses) ausencia de recurrencia tumoral.

Conclusiones: la cirugía laparoscópica de los tumores CS y CM constituye una técnica segura y eficaz con ausencia de recidiva tumoral a largo plazo.

O-198**EFEKTOS SISTÉMICOS A NIVEL HEPÁTICO Y PULMONAR DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA LOCAL DEL PANCREAS. ESTUDIO EXPERIMENTAL COMPARATIVO ENTRE MODELOS DE PANCREATITIS AGUDA Y TRASPLANTE PANCREÁTICO**

I. Martínez Casas, G.C. De Oliveira Borges, S. Hoyos, D. Closa Autet y L. Fernández-Cruz Pérez

Hospital Clínic i Provincial de Barcelona, Barcelona.

Introducción: Recientemente se ha demostrado que el hígado modula el desarrollo de la lesión pulmonar inducida por la pancreatitis, basándose en el flujo portal de mediadores pancreáticos y la producción local de mediadores.

Objetivos: Estudiar las respuestas local y sistémica, a nivel hepático y pulmonar, producidas tras la inducción de una pancreatitis aguda y después de la realización de un isotrasplante pancreático heterotópico experimental. Realizar un estudio comparativo entre la respuesta sistémica a la inflamación pancreática en un modelo de pancreatitis en páncreas nativo y la resultante tras la pancreatitis de un injerto de trasplante pancreático.

Material y métodos: Ratas Lewis distribuidas en 7 grupos ($n = 8$): Control, con simulación de pancreatitis; Pancreatitis por administración intraductal de taurocolato sódico; Simulación de trasplante mediante oclusión vascular; Simulación de trasplante + pancreatitis en órgano nativo; Trasplante pancreático; Trasplante con pancreatitis en el órgano nativo; y Trasplante con pancreatitis en el injerto. Se determinan mediadores plasmáticos, tisulares y se realiza estudio histológico. Para el análisis estadístico se emplean la t de Student y la U de Mann-Whitney.

Resultados: Los niveles de lipasa plasmática son superiores en los grupos con pancreatitis frente a los controles y a los grupos de trasplante ($p \leq 0,002$). La mieloperoxidasa pancreática aumenta en la pancreatitis respecto a los grupos control pero es muy superior en el injerto de los grupos de trasplante ($p \leq 0,01$). Lo mismo ocurre con la mieloperoxidasa pulmonar ($p \leq 0,02$). Los niveles plasmáticos de Receptor soluble 2 del TNF son superiores en el grupo de trasplante frente a controles y pancreatitis ($p = 0,01$). Los niveles hepáticos de m-RNA de TNF α e IL-6 por RT-PCR son superiores en los grupos de trasplante frente a la pancreatitis, pero el m-RNA hepático de HSP70 es superior en pancreatitis. El estudio histológico muestra necrosis predominante en los páncreas sometidos a pancreatitis, frente a infiltración polimorfonuclear en los injertos de trasplante. A nivel pulmonar se aprecia un mayor infiltrado inflamatorio en los grupos de trasplante que en los grupos de pancreatitis.

Conclusiones: La lesión por isquemia-reperfusión pancreática tiene mayor poder quimiotáctico local que la necrosis celular desarrollada por la pancreatitis experimental. La magnitud de la respuesta inflamatoria a nivel pulmonar depende fundamentalmente del grado de infiltración inflamatoria local en el páncreas. El hígado participa en la génesis de la respuesta sistémica derivada de la inflamación pancreática.

9 NOVIEMBRE 2006
15.30 – 17.00

SALA AUDITORIO
O-243 – O-251

O-243**MATCHING DONANTE-RECEPTOR Y SU IMPACTO EN LOS RESULTADOS POST-TRASPLANTE HEPÁTICO**

I. Bilbao Aguirre, C. Dopazo, E. Castro, J.L. Lázaro, A. Escartín, J. Balsells y M. Armengol
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: El éxito del trasplante hepático depende de factores del receptor y de factores del donante, pero lo que es más importante es el matching donante-receptor.

Objetivo: Analizar la experiencia de nuestro centro en el matching donante-receptor, valorando especialmente la adjudicación del "mal donante" o donantes subóptimos en el "mal receptor" o receptores de alto riesgo.

Material y métodos: Han sido analizados de forma retrospectiva, 460 trasplantes realizados en nuestro Hospital, entre los años 1988 y 2003. Basándonos en estudios multivariables previos realizados en nuestro

centro, hemos definido "mal receptor" (mayor probabilidad de mortalidad post-TH), a los pacientes > 60 años, Child C, con insuficiencia renal pre-TH, sometidos a cirugía previa y con trombosis portal. Así mismo y basándonos en análisis multivariables realizados en nuestro centro, hemos definido "mal donante" a la aparición de lesión de preservación moderada-severa (transaminasas > 1000 y Quick < 30%, en los 3 - 4 primeros días post-TH) y corresponden a donantes con : esteatosis > 20%, estancia en UCI > 5 días, hipernatremia > 155 mEq/l, y una edad > 60 años.

Resultados: Cuando consideramos "mal donante", como la presencia de 1 o mas variables subóptimas ($N = 202$), vemos que la distribución ha sido equitativa entre los "buenos" y "malos receptores", en lo que se refiere a características demográficas del receptor, gravedad de la hepatopatía y patología asociada. Cuando consideramos donantes subóptimos los donantes con ≥ 2 factores de riesgo ($N = 55$), la distribución ha sido homogénea entre los "buenos" y "malos receptores", aunque los donantes con ≥ 2 factores de riesgo, han sido adjudicados en menor porcentaje a los receptores > 65 años ($p = 0,04$), y a los receptores con cirugía previa o trombosis portal en el que se presupone una cirugía compleja ($p = ns$). También, en este grupo de pacientes, se ha tratado de acortar al máximo el tiempo de isquemia, como indica el menor porcentaje de pacientes con tiempo de isquemia > 10 horas ($p = ns$). Cuando analizamos independientemente el peso de cada una de las variables, vemos que la adjudicación de donantes > 60 años ($N = 55$) ha sido evitada en receptores > 65 años ($p = ns$), y la adjudicación de donantes con esteatosis > 20% ($N = 44$) ha sido evitada en pacientes Child C ($p = 0,02$) y en pacientes con cirugía compleja ($p = ns$). Cuando analizamos la distribución del "mal donante" en "el mal receptor" vemos que la distribución ha sido homogénea para donantes con 1 o 2 variables subóptimas, pero ningún donante con ≥ 3 variables subóptimas, ha sido adjudicado al "mal receptor".

Conclusión: Nuestros resultados indican, que el orden cronológico, es el factor que mas ha imperado en el matching donante-receptor, lo que explica la distribución equitativa del "mal donante" entre los receptores. Sin embargo en determinados momentos se ha tenido en cuenta la gravedad del receptor en la lista de espera, tratando de evitar el matching "mal donante" en "mal receptor". Es preciso seguir investigando en la búsqueda de factores predictivos objetivos que nos ayuden a evitar un matching con alta probabilidad de fracaso.

O-244**RECURRENCIA DEL HEPATOCARCINOMA TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO**

A. Escartín Arias, S. Grau, R. Villalonga, E. Castro, C. Dopazo, H. Allende, I. Bilbao y J. Balsells
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

El trasplante hepático (TH) por hepatocarcinoma (HC) se realiza en nuestro centro sobre pacientes que cumplen los criterios de Milán, pero a pesar de una adecuada selección se producirán recidivas tumorales. Nuestro objetivo es analizar las características de los pacientes que presentaron recidiva tumoral tras TH por HC.

Material: En el periodo comprendido entre 1988 y 2005 hemos realizado un total de 685 TH con un seguimiento mínimo de un año, de los que 203 (29,6%) fueron por HC. Para el estadiaje post-trasplante usamos los estadios del Barcelona Clinic Liver Cancer: A (un nódulo < 5 cm); B (2 ó 3 de < 3 cm); C (afección extrahepática o invasión vascular macroscópica).

Resultados: De los 182 casos, 23 (12,6%) fueron incidentales. La edad media fue 59 ± 7 años, 74% varones. Hepatectomía previa por HCC: 16 (7,9%). Las principales indicaciones fueron VHC+ (74%), VHB+ (6%), y alcohol el (16%). Fueron estadio A: 119 (59%); estadio B: 38 (19%); Estadio C: 11 (5%). Hallamos tumor > 5 cm en el 7%, más de 3 nódulos en el 11%. La supervivencia actuaria a 1-3-5-10 años fue 82%-72%-65%-50% y la libre de enfermedad 80%-67%-58%-46%. Hubo 26 (12,8%) recidivas. La aparición fue similar ($p > 0,05$) en estadio A (10%) y B (14%), pero mayor en el C (90%) $p < 0,001$. Factores de riesgo ($p < 0,01$): invasión vascular, satélites, mala diferenciación, y $p < 0,05$ hepatectomía previa, infiltración linfática hilar. No se relacionaron con la recidiva el sexo, edad, indicación, child, embolización previa, bilobularidad, multinodularidad, tamaño, nivel alfafetoproteína.

De los 26 pacientes con recidiva, la presentaron 7 en hígado y 22 sistémicas (11 pulmonares, 9 óseas, 5 peritoneales, 2 pleurales, 2 en piel, 1

en cerebro), siendo los lugares más frecuentes de aparición inicial hígado y pulmón. El 46% recidivaron durante el primer año, la primera a los 4 m (ósea) y la última a los 7 años (pulmón), si bien las localizaciones aparecieron de forma irregular. En el 50% de los casos hubo elevación importante de la alfafetoproteína antes de la recidiva. Tras la misma, el 50% de pacientes falleció antes de los 6 meses.

Conclusión: Aunque algunos datos nos alertarán sobre el riesgo de recidiva, cuando esta ocurre la supervivencia es corta y con pocas opciones terapéuticas.

O-245

REGENERACIÓN HEPÁTICA Y FUNCIÓN HEPÁTICA TRAS LA DONACIÓN DEL LÓBULO HEPÁTICO DERECHO EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO DE DONANTE VIVO (THADV)

J. Ferrer Fábrega, J. Fuster Obregón, C. Florez, C. Fondevila Campo, J.R. Ayuso, D. Calatayud, J. Martí Sánchez, R. Charco Torra y J.C. García-Valdecasas Salgado

Hospital Clinic, Barcelona.

Introducción: El hígado es un órgano que posee la capacidad de regular su crecimiento y tamaño en respuesta a las demandas metabólicas del organismo. Esta característica adquiere relevancia en el trasplante hepático de donante vivo.

Objetivo: Estudiar la regeneración hepática en función del estudio volumétrico preoperatorio y postoperatorio obtenido tras la donación del lóbulo hepático derecho y su repercusión en la función hepática postoperatoria.

Pacientes y métodos: Desde marzo 2000 hasta diciembre 2004, se han realizado 43 THADV en nuestro centro. En relación a los donantes 31 fueron varones y 12 mujeres, con una edad media de 32 ± 8 años (18-58). En todos ellos se ha realizado una hepatectomía derecha sin inclusión de la vena hepática media y sin clampaje del hilum hepático. El estudio volumétrico preoperatorio se ha realizado mediante resonancia magnética hepática (RM). Tras la cirugía se ha calculado el volumen del lóbulo hepático izquierdo (LHI) al mes y al año de la intervención quirúrgica. Asimismo se ha realizado el análisis de la función hepática en el postoperatorio inmediato y al mes de la donación.

Resultados: El volumen hepático total medio preoperatorio calculado en los estudios de RM fue de $1515,55 \pm 223$ ml (1061-1997). El volumen medio del LHD (RM) fue de $914 \pm 151,4$ ml (654-1204). El peso medio del LHD tras la hepatectomía derecha fue de $765,37 \pm 116,15$ gr (550-1045). La media de relación entre el cálculo teórico del volumen del injerto y el peso corporal del receptor fue de $1,17 \pm 0,22$ (0,89-1,79). El volumen del LHI (RM) preoperatorio fue de 601 ± 124 (335-939). El volumen hepático al mes de la cirugía fue de 1092 ± 222 (703-1885) y al año de $1297 \pm 196,3$ (983-1833), con un incremento porcentual del $89,8 \pm 50,8\%$ y $120,12 \pm 40,33\%$ en relación al LHI, respectivamente. El incremento en el porcentaje del volumen hepático en relación al volumen hepático total inicial preoperatorio al mes y al año ha sido de $74,09 \pm 15,37\%$ y $87 \pm 11,75\%$, respectivamente. Este incremento fue mayor en varones que en mujeres ($p > 0,05$). En el postoperatorio inmediato se observa una elevación de las transaminasas y de la bilirrubina, alcanzando valores normales al mes de la cirugía. La tasa de protrombina se normaliza al 5º día postoperatorio. Ningún donante de la serie ha presentado clínica de descompensación hepática.

Conclusiones: La regeneración hepática estudiada desde el punto de vista de volumen hepático se produce sobretodo en las primeras semanas tras la donación del LHD y probablemente persiste más allá del año tras la intervención quirúrgica. Todos los donantes presentan cierto grado de insuficiencia hepática postoperatoria con completa recuperación progresiva.

O-246

EXPERIENCIA CON 503 ANASTOMOSIS COLEDOCO- COLEDOCALES SIN DRENAGE EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO EN ADULTOS

I. López De Cenarruzabeitia, J.L. Lázaro, I. Bilbao Aguirre, A. Escartín Arias, S. Bergamini y J. Balsells
Hospital Vall D'Hebron, Barcelona.

Introducción: La utilización del drenaje en T en las anastomosis coleodoco-coleodocales (C-C) sigue siendo la regla en la mayoría de progra-

mas de TH. Los problemas derivados de este drenaje sobre todo en el momento de su retirada son importantes. Por ello desde 1991 se introdujo en nuestra Unidad la técnica de anastomosis C-C sin drenaje y desde entonces ha sido la técnica de elección. Presentamos 503 anastomosis C-C realizadas durante 15 años.

Objetivo: Analizar la experiencia de nuestra unidad en la derivación biliar del injerto en el trasplante hepático con anastomosis C-C sin Kehr, comparándola con las otras 2 técnicas la C-C con Kehr (CC-K) y la coledocoyeyunostomía (C-Y).

Material y métodos: Entre los años 1988-2004 se han realizado 625 TH en pacientes adultos en nuestra Unidad. La anastomosis biliar realizada fue: CC en 458 (73%), CC-K 79 (13%) y C-Y en 88 (14%). Analizamos los resultados de 449 CC anastomosis CC realizadas entre 1991 y 2004 recogidos de manera prospectiva en la base de datos de TH una vez excluidos las complicaciones (CB) secundarias a trombosis de la arteria hepática (3 casos, 0,7%) y los casos sometidos a trasplante hepático Split (6 casos, 1,3%). La técnica de la CC se realiza de modo termino-terminal con puntos sueltos de material reabsorbible monofilamento de 6/0 (Poliglilonato). Un Argyle del nº 5 introducido transcístico sirve de tutor durante la realización de la anastomosis y permite valorar el paso de la vía biliar a duodeno, así como la realización de una colangiografía intraoperatoria. Una vez comprobado el estado de la anastomosis se retira el Argyle. Se han analizado el índice de CB y sus características según su aparición cronológica, gravedad y manifestación clínica.

Resultados: La tasa de complicaciones global de la anastomosis CC ha sido del 6,9% (N = 31/449). Esta tasa ha ido disminuyendo desde el 21% en los primeros 2 años hasta el 3,6% en los últimos 3 años. 26 (87%) se presentaron precozmente (antes de 3 meses) y 5 tardías (13%). El tipo de complicación biliar fue: estenosis 24/31 (77,4%) y dehiscencia 7 casos (22,6%). Necesitaron tratamiento quirúrgico 19 casos (realizándose conversión a CY en 18 casos (58%) y un caso requirió retrasplante por colangitis isquémica (NABS). 12 casos fueron tratados por métodos no-quirúrgicos (42%); endoscópicos 4 (13%), transparietohepática 6 (19,4%) y tratamiento médico en 2 casos (6,5%). La complicación biliar fue la causa de la pérdida del injerto en 1 casos realizándose retrasplante. No hubo mortalidad secundaria a las complicaciones biliares. La CC-K presentó un 18,4% (n = 14/76) de CB, 3 estenosis y 9 dehiscencias requiriendo tratamiento quirúrgico el 6,6% mientras que la CY presentó un 23,1% (n=18/78) de CB, 5 estenosis y 13 dehiscencias requiriendo tratamiento quirúrgico el 32,3%.

Conclusiones: Actualmente la anastomosis C-C termino-terminal sin Kehr es el procedimiento de elección, representando casi el 80%. Una vez pasada la curva de aprendizaje la tasa de complicaciones es baja (3,7%), predominando la estenosis precozmente y requieren en un 61,3% tratamiento quirúrgico, aunque ha descendido en los 5 últimos años (3,6%).

O-247

EVALUACIÓN DEL COSTE ECONÓMICO DEL USO SISTEMÁTICO DEL TUBO EN T EN LA RECONSTRUCCIÓN BILIAR DEL TRASPLANTE HEPÁTICO CADAVÉRICO

R. Charco Torra, J. Martí Sánchez, A. Amador Marchante, J. Ferrer Fabrega, D. Calatayud Mizrahi, C. Fondevila Campo, J. Fuster Obregón y J.C. García-Valdecasas Salgado
Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Objetivos: Evaluar el impacto económico del uso sistemático del tubo en T en la reconstrucción biliar del trasplante hepático de cadáver.

Material y métodos: Se diseñó un estudio prospectivo aleatorizado incluyendo receptores adultos de un primer injerto hepático completo. Los pacientes fueron aleatorizados para distribuirlos en el grupo de tubo en T o en el grupo sin tubo en T. Se analizaron las complicaciones biliares de cada grupo, la estancia hospitalaria debida a complicaciones, el número de pruebas radiológicas diagnósticas y los tratamientos necesarios y se realizó una estimación del coste económico de las complicaciones.

Resultados: De octubre 2002 a marzo 2004 se incluyeron 107 pacientes en el estudio, 53 de ellos en el grupo de tubo en T y 54 en el grupo sin tubo en T. No se encontraron diferencias demográficas y médicas entre los dos grupos. El seguimiento mínimo fue de 3 meses. La tasa de complicaciones biliares totales fue mayor en el grupo

con tubo en T comparado con el grupo sin tubo en T (60,4% vs 11,1%, p < 0,001). El número de intervenciones quirúrgicas y pruebas radiológicas por complicaciones biliares fue mayor en el grupo con tubo en T respecto al grupo sin tubo en T (9 y 81 vs 4 y 18 respectivamente, p < 0,002). Si comparamos dentro del grupo de pacientes con tubo en T, la estancia hospitalaria por complicaciones después de la retirada del tubo en T se incrementó en 14 ± 8 días comparada con aquellos que no sufrieron ninguna complicación después de dicho procedimiento. La estancia hospitalaria total debida a complicaciones biliares fue mayor en el grupo con tubo en T comparada con la del grupo sin tubo en T (50 días vs 15 días, p < 0,001). El coste estimado debido a uso de recursos diagnósticos en el grupo con tubo en T fue similar comparado con el del grupo sin tubo en T (6,480 € vs 5,785 € respectivamente). Sin embargo, el coste estimado debido a uso de recursos terapéuticos fue mayor en el grupo con tubo en T (28,232 € vs 16,088 €, p < 0,05).

Conclusiones: El uso sistemático del tubo en T en la reconstrucción biliar en el trasplante hepático de cadáver no está justificado. La cantidad de recursos diagnósticos y terapéuticos y la estancia hospitalaria es mayor en estos pacientes con el consiguiente incremento en los costes hospitalarios totales.

O-248

ANALISIS DE RESULTADOS DE 105 RETRASPLANTES HEPATICOS. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL CLÍNIC DE BARCELONA

J. Martí Sánchez, R. Charco Torra, J. Ferrer Fabregas, D. Calatayud Mizrahi, A. Rimola, M. Navasa Anadón, C. Fondevila Campo, J. Fuster Obregon y J.C. García-Valdecasas Salgado
Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Objetivos: Analizar de forma retrospectiva los resultados de una serie de más de cien retrasplantes hepáticos (ReTH) en un solo centro.

Material y métodos: De junio del 1988 a octubre del 2005, 1104 pacientes recibieron un trasplante de hígado en nuestro centro. Durante el seguimiento, 94 recibieron un segundo injerto, 9 un tercer injerto y 2 un cuarto injerto. Las indicaciones para el ReTH fueron: recurrencia de enfermedad colestática (3 casos, 2,8%), recurrencia del VHC (15 casos, 14,2%), rechazo crónico (24 casos, 22,8%), disfunción primaria del injerto (DPI) (19 casos, 18,1%), complicaciones vasculares (16 casos, 15,2%) y complicaciones biliares (11 casos, 10,4%). El ReTH se clasificó como urgente (primera semana) en 23 casos, semiurgente (primera semana - 3 meses) en 21 casos y no urgente (más de 3 meses) en 61 casos. Además, los pacientes se dividieron en dos períodos: un primer período antes de 1995 y un segundo período después de 1995. El seguimiento medio fue de 9,02 ± 4,89 años, con un seguimiento mínimo de 2 meses.

Resultados: La indicación más frecuente en el grupo urgente fue la DPI (19/23, 90,5%) mientras que en el grupo semiurgente fueron las complicaciones vasculares (10/21, 62,5%). En el grupo no urgente las indicaciones fueron recurrencia del VHC en el 24,5%, recurrencia de enfermedad colestática en el 4,9%, rechazo crónico en el 32,7% y complicaciones biliares en el 16,3%. Por períodos, el rechazo crónico fue la indicación principal en el primer período (18/43, 41,9%) y la recurrencia del VHC y la enfermedad colestática en el segundo período (17/62, 27,4%). La supervivencia a 1 y 5 años de los pacientes con un ReTH comparada con los que recibieron más de un ReTH fue de 70,2% y 72,7% vs 61,9% y 62,3% respectivamente (p = ns). No se encontraron diferencias en la supervivencia a 1 y 5 años en los pacientes retransplantados de forma no urgente debido a recurrencia del VHC comparados con las otras indicaciones no urgentes (69,5% y 43,4% vs 70,4% y 47,5% respectivamente, p = ns). La supervivencia a los 5 años fue similar en los grupos no urgente, urgente y semiurgente (60,8%, 63,3% y 58,6% respectivamente). Los pacientes retransplantados en el primer período mostraron una mayor tasa de supervivencia comparados con los del segundo período (supervivencia a 1, 3 y 5 años de 67,4%, 60,4% y 55,8% vs 70,2%, 43,7% y 29,6% respectivamente, p < 0,0001). Las tasas de supervivencia global de trasplante y ReTH a 1, 5 y 10 años fueron de 80,3%, 64,1%, 50,8% y 70,4%, 40,9%, 20% respectivamente.

Conclusiones: Nuestros datos muestran un cambio de indicaciones de ReTH a lo largo del tiempo, teniendo el ReTH debido a recurrencia del VHC un resultado similar al de las otras indicaciones.

O-249

COMPARACIÓN DE LA INCIDENCIA Y TIPO DE COMPLICACIONES BILIARES DE LOS 100 PRIMEROS TRASPLANTES HEPÁTICOS (1998-1991) FRENTE A LOS ÚLTIMOS 100 (2004-2006). EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIBACA SOBRE 650 TRASPLANTES HEPÁTICOS

P. Cascales, P. Ramírez, J.C. Navalón, C. Marín, E. Terol, F. Sanchez Bueno, R. Robles, J.A. Fernández, A. Rios y P. Parrilla

Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Pese a los avances técnicos y la experiencia acumulada en el trasplante ortotópico de hígado (TOH), las complicaciones biliares continúan siendo el talón de Aquiles. El objetivo de este trabajo es comparar la incidencia y tipo de complicaciones biliares entre los primeros y los últimos 100 trasplantes hepáticos realizados en nuestra unidad, así como los cambios en el manejo terapéutico de las mismas.

Material y métodos: Hemos comparado los primeros 100 trasplantes hepáticos (1988-1991) realizados a 87 pacientes con los últimos 100 trasplantes (2004- febrero 2006) realizados a 90 pacientes, analizando tanto las complicaciones biliares precoces (antes del tercer mes postrasplante) como las tardías (a partir del tercer mes). En el primer grupo (primeros 100 TOH) la anastomosis biliar se realizó mediante una coledoco-coledocostomía en 83 pacientes (68 con tubo de Kehr y 15 sin él) y hepático-yejunostomía en 15. En el segundo grupo (últimos 100 TOH) se practicó una colédo-coledocostomía en 93 pacientes (45 con tubo de Kehr y 48 sin él) y una hepático-yejunostomía en 7 pacientes. Se excluyeron 6 pacientes del primer grupo y 5 del segundo que fallecieron dentro de los 3 primeros meses.

Resultados: Complicaciones biliares precoces: aparecieron 10 complicaciones en el primer período (11%); 8 bilomas, 4 de ellos requirieron relaparotomía y 2 colangitis por el efecto obstructivo del tubo de Kehr que motivaron la retirada precoz sin problemas del mismo y 5 complicaciones en el segundo período (5%) (p < 0,05); 2 bilomas que se trataron de forma conservadora y 2 colangitis por obstrucción del tubo de Kehr con el mismo resultado. Complicaciones biliares tardías: se obtuvieron 7 complicaciones en el primer grupo (8%); 4 peritonitis tras retirada del tubo de Kehr que precisaron laparotomía y 3 estenosis de la vía biliar que se resolvieron con la conversión en 2 ocasiones a una hepático-yejunostomía y con retransplante en el tercer caso (la complicación biliar estaba causada por una trombosis de la arteria hepática) y 15 complicaciones en el segundo período (16%) (p < 0,05); 8 peritonitis postretirada del Kehr que se trataron de forma conservadora en 4 ocasiones y con cirugía laparoscópica en los otros 4 casos, y 7 estenosis de la vía biliar que se trataron de forma conservadora en 3 casos, realizando dilatación mediante radiología intervencionista en 2 casos, con prótesis biliar en 1 caso y convirtiendo a una hepático-yejunostomía en los 4 casos restantes.

Conclusión: No existen diferencias globales en la tasa de complicaciones biliares existentes entre ambos grupos (19% vs. 21%). Hemos tenido proporcionalmente más peritonitis tras retirada del tubo de Kehr en el segundo grupo (17%) con respecto al primero (6%). La disminución en el uso del tubo de Kehr (68% en el primer grupo vs. 45% en el segundo) así como la irrupción de técnicas mínimamente invasivas (radiología intervencionista y cirugía laparoscópica) constituyen las principales diferencias en cuanto al tratamiento de las complicaciones biliares tardías.

O-250

FACTORES DE RIESGO DE MORTALIDAD EN PACIENTES TRASPLANTADOS MAYORES DE 65 AÑOS

I. Bilbao Aguirre, C. Dopazo, E. Castro, J.L. Lazaro, A. Escartin, J. Balsells y M. Armengol
Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: Muchas Unidades de trasplante hepático (TH), han fijado la edad > 65 años como contraindicación al TH. El aumento de los candidatos en lista de espera, obliga a seleccionar los candidatos, siendo la edad uno de los factores discriminantes abierto a debate.

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar nuestros resultados a corto y largo plazo, en pacientes > 65 años sometidos a TH en nuestra Unidad y discriminar los factores predictivos de mortalidad en este grupo.

Material y métodos: Entre 1996 y Diciembre-04, 415 TH en 373 pacientes han sido realizados en nuestro centro. La principal indicación de TH fue : 55% postnecróticas, seguido de 31% hepatocarcinomas en cirrosis. El 53% fueron VHC +. Según la clasificación de Child: 14% fueron Child-A, 43% Child-B y 43% Child C. Del total de pacientes, 72 tenían > 65 años. Variables del receptor, donante y cirugía fueron comparados, para analizar el grado de homogeneidad entre ambos grupos (> y < de 65 años). La supervivencia actuarial, las causas de mortalidad, y las complicaciones postoperatorias fueron comparados en ambos grupos. En el subgrupo de pacientes > 65 años, fueron analizados los factores de riesgo de mortalidad.

Resultados: Ambos grupos de pacientes fueron homogéneos en lo referente a sexo, y patología asociada (aunque la tendencia fue a mayor incidencia de HTA, DM e insuficiencia renal en el grupo aoso). Hubo diferencias en el grado de Child (mas incidencia de Child-A) la indicación de TH (mas incidencia de HCC) y VHC +, en el grupo > 65 años ($p < 0,05$). No hubo diferencias en las características del donante ni en la cirugía, excepto en una menor politransfusión en pacientes > 65 años ($p < 0,05$). La supervivencia actuarial a 1-5-10 años fue 82%-72%-69% para < 65años vs 77%-55%-55% para > 65 años ($p = 0,03$). La estancia hospitalaria y en UCI fue similar en ambos grupos de pacientes ($p = ns$). Las causas de mortalidad en los pacientes > 65 años fueron: recidiva de la enfermedad de base (VHC y HCC), infección-sepsis, causas médicas, disfunción primaria del injerto, y tumor de novo. En los > 65 años, hubo menos infecciones graves ($p = ns$) y menos rechazos ($p = 0,017$) en el postoperatorio. Factores de riesgo de mortalidad (análisis univariable y multivariable) en los > 65 años fueron la combinación de Child C, con insuficiencia renal pre-TH y DMID.

Conclusión: Los pacientes > 65 años son candidatos de riesgo con menor supervivencia global que los candidatos mas jóvenes. Sin embargo determinados pacientes > 65 años bien seleccionados, presentan los mismos resultados que los < 65 años. Según nuestros resultados, la combinación de : edad > 65 años, Child C, insuficiencia renal y DM debe de evitarse, por la alta probabilidad de mortalidad y escasa supervivencia. La inmunosupresión en exceso debería ser evitada en pacientes aoso, ya que la recidiva de la enfermedad de base es la principal causa de muerte.

O-251

MORBIMORTALIDAD EN EL PACIENTE RETRASPLANTADO HEPÁTICO

J.M. Álamo Martínez, F. Pareja Ciuró, M.A. Gómez Bravo, L. Barrera, J. García Moreno, J.M. Suárez Grau, J. Serrano Díez-Canedo, I. García y A. Bernardos Rodríguez
Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: la incidencia del retrasplante hepático (re-OLT) oscila entre un 6-11% de los pacientes trasplantados (OLT). Las causas más frecuentes de re-OLT precoz (primer mes) son disfunción primaria del injerto, rechazo agudo no controlado y complicaciones vasculares.

Materiales y métodos: estudio retrospectivo sobre 512 OLT realizados en 482 pacientes en un periodo de 15 años.

Resultados: la incidencia re-OLT es del 6,64%, siendo más frecuente en el varón en comparación con el trasplantado por primera vez (75,00% contra 63,04%, $p < 0,05$). Causas: trombosis 21,74%, aneurismas 6,46%, estenosis 3,23%, disfunción primaria (PNF) 21,74%, y rechazo crónico y/o recidiva de la enfermedad inicial 40,38%. Complicaciones: existe mayor incidencia de PNF (22,00%), de fracaso renal agudo (65,62%), infección postoperatoria (87,50%) y síndrome de distrés respiratorio (SDRA) (9,37%) ($p < 0,05$). No existen diferencias en la incidencia del septicemia y de hemorragia postoperatoria. Supervivencia media de 21,81 días en re-OLT; supervivencia media de 194,53 días en OLT ($p < 0,05$). La mortalidad de re-OLT es del 100% en CBP, 85,71% en cirrosis VHC, 50% en cirrosis alcohólica y 20% en cirrosis VHB. Podemos observar una relación directa entre la gravedad del MELD y del número de complicaciones.

Discusión: hemos detectado una predisposición a la necesidad de re-OLT en el sexo masculino y en los pacientes trasplantados por cirrosis

VHB y hepatitis fulminante ($p < 0,05$). No encontramos una mayor incidencia de sepsis respecto a los pacientes OLT, aunque sí existe una mayor incidencia de PNF, de insuficiencia renal aguda, de SDRA y de infección postoperatoria ($p < 0,05$). El MELD es un buen predictor de la evolución del injerto. Re-OLT en pacientes con CBP y cirrosis VHC presenta una elevada mortalidad.

9 NOVIEMBRE 2006

SALA CALATRAVA

15.30 – 17.00 O-276 – O-284

O-276

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO Y SU COMPARACIÓN CON LA POBLACIÓN GENERAL

B. Estraviz Mateos¹, A. Valdivieso López², J.M. Quintana López¹, J. Ortiz de Urbina², A. Bilbao³, S. Sarabia García¹
Hospital de Galdakao, Vizcaya¹, Hospital de Cruces, Barakaldo², Fundación Vasca para la Innovación e Investigación de la Salud (bioef), Sondika³.

Objetivos: Se evalúa la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en pacientes sometidos a transplante hepático, en el periodo preoperatorio, a los 6 y 12 meses. Así mismo se ha realizado un estudio comparativo de la CVRS de estos pacientes con la población general.

Material y métodos: Se trata de un estudio longitudinal y prospectivo llevado a cabo en los pacientes activados para trasplante hepático en la Unidad de Trasplante del Hospital de Cruces. Para este cometido hemos empleado 2 cuestionarios genéricos: el SF-36 (Health Survey Short Form 36) y el HAD (Hospital Anxiety and Depression Scale) y un cuestionario específico de síntomas. La muestra consta de 60 pacientes que contestaron a los 3 cuestionarios en el periodo preoperatorio, de 48 a los 6 meses y 50 pacientes a los 12 meses. Se recogieron también los datos demográficos de los enfermos y los diferentes aspectos clínicos. En el caso de las escalas del SF-36, se compararon los valores normalizados con la población general en los tres períodos. Con los tres cuestionarios se analizaron las puntuaciones de las diferentes escalas en los mismos períodos, y las ganancias en calidad de vida obtenidas. La comparación de las puntuaciones medias se llevó a cabo mediante los test estadísticos correspondientes. En todo caso se consideró un valor significativo para $p < 0,05$.

Resultados: Respecto al SF-36 las puntuaciones más bajas en el preoperatorio se obtuvieron en los dominios del rol físico (59,6) y salud general (35,6); los valores más elevados correspondieron al rol emocional (72,4) y a la salud mental (64,1). Todos y cada uno de los dominios mejoraron a los 6 meses. Estos cambios se mantuvieron prácticamente igual a los 12 meses. Las ganancias experimentadas del preoperatorio a los 6 meses, fueron significativas en todas las áreas salvo en el dolor y en el rol emocional. Respecto a los valores obtenidos para la ansiedad y depresión se observó como en el periodo pretrasplante eran considerablemente elevadas, pero disminuyeron en un 50% a los 6 meses, con unas ganancias estadísticamente significativas. En el cuestionario específico de síntomas se alcanzó una puntuación máxima de 31,5 puntos en el preoperatorio, a los 6 meses esta cifra disminuyó a la mitad. Respecto a la comparación de la CVRS de estos pacientes con la población general, se pudo observar que en el periodo preoperatorio la puntuación alcanzada en cada dominio estaba en todos los casos por debajo del valor 50 referente de la población general. Tras el trasplante se produce una mejoría en todas las áreas, aunque no se llegaron a alcanzar valores de la población general salvo en la salud general, vitalidad y salud mental donde se obtuvieron valores ligeramente superiores.

Conclusiones: La CVRS mejora considerablemente tras el trasplante en el 93,5% de los casos, aunque no se igualan las cifras con las consideradas para la población general. Las mayores ganancias se producen en los 6 primeros meses, considerados los tres diferentes cuestionarios. El conocimiento de los problemas de la CVRS puede ayudar a tomar medidas encaminadas a mejorar aquellas áreas más afectadas por el trasplante hepático.

O-277**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO SEGÚN LA ETIOLOGÍA Y GRAVEDAD DE LA CIRROSIS**

B. Estraviz Mateos¹, A. Valdivieso López², J.M. Quintana López¹, J. Ortiz de Urbina², A. Bilbao³, S. Sarabia García¹

Hospital de Galdakao, Vizcaya¹, Hospital de Cruces, Barakaldo², Fundación Vasca para la Innovación e Investigación de la Salud (bioef), Sondika³.

Objetivos: Valorar la Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS) en los pacientes sometidos a trasplante hepático, mediante un cuestionario de calidad de vida en función de las características etiológicas y de gravedad en el periodo preoperatorio y a los 6 meses de la intervención.

Material y métodos: La muestra está formada por un total de 60 pacientes activados para trasplante en la Unidad de Trasplante Hepático del Hospital de Cruces. A los 6 meses 48 pacientes contestaron a los cuestionarios. Se recogieron los datos demográficos, así como las diferentes etiologías de la cirrosis y la gravedad de la misma. Como medida de CVRS se empleó el cuestionario genérico SF-36 (Health Survey Short Form 36), que mide áreas en relación con el funcionamiento físico, psicológico y social. Se estudiaron las diferencias en calidad de vida en función de la etiología de la cirrosis y de la gravedad de la misma según la escala de Child.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 57,8 años, con un predominio del sexo masculino (66,7%), frente al femenino (33,3%). El 50% de los enfermos presentaba una cirrosis en estadio B de Child, el 32% al grupo C y el 18% restante al grupo A. Las indicaciones principales de trasplante fueron cirrosis alcohólica en el 28,3% de los casos, cirrosis por virus B/C en el 28,3%, hepatocarcinoma en el 20% y en el 22% restantes otros padecimientos colostásicos diversos. Preoperatoriamente la CVRS está influenciada por la gravedad de la cirrosis y la etiología de la misma, siendo los pacientes con Child C y los que tienen una cirrosis alcohólica o vírica los que obtienen peores niveles. En el postoperatorio sin embargo, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la etiología o el Child, al obtener los pacientes más graves o con menores niveles de calidad de vida preintervención mayores ganancias que los enfermos menos graves, algunos de los cuales, incluso, pierden CVRS. Cabe destacar como los pacientes con Child A en el área del funcionamiento físico y en el dolor experimentan un empeoramiento respecto al periodo preoperatorio. De la misma forma los pacientes con hepatocarcinoma también obtuvieron ganancias negativas en el área del dolor (es decir perdieron calidad de vida respecto a periodo preoperatorio).

Conclusiones: Se ha podido comprobar que la CVRS de los pacientes sometidos a trasplante hepático en general mejora tras la realización del mismo, aunque en algunos casos y en determinadas áreas empeora. El conocimiento de los problemas de la CVRS puede ayudar a tomar medidas encaminadas a mejorar aquellas áreas más afectadas tras el trasplante. La medición de la CVRS se hace hoy en día imprescindible para valorar los resultados de cualquier procedimiento médico y es necesaria su incorporación a la rutina clínica.

O-278**SITUACIÓN CLÍNICA DE PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS CON 10 AÑOS DE SUPERVIVENCIA**

I. Bilbao Aguirre, C. Dopazo, E. Castro, A. Escartín, J.L. Lázaro, J. Balseés y M. Armengol

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Analizar la situación clínica de los pacientes trasplantados en nuestro centro, con una supervivencia ≥ 10 años, y comparar este grupo de pacientes con aquellos que no han llegado a sobrevivir este periodo.

Material y métodos: Entre 1988 y 1995, 174 pacientes con un seguimiento ≥ 10 años han sido trasplantados : 60 están vivos y 111 han muerto. Ambos grupos han sido comparados en cuanto a características del receptor, donante y cirugía, complicaciones a corto y largo plazo y morbilidad relacionada con la inmunosupresión crónica. También han sido analizadas las causas de mortalidad en el grupo con supervivencia < 10 años.

Resultados: Las causas de mortalidad precoz (3 meses) han sido: infección-sepsis (39%), fallo multiorgánico (21%), causas médicas (15%), causas técnicas (14%), rechazo agudo (7%) y PNF (4%). Las causas de mortalidad en el seguimiento han sido: causas médicas (21%), infección-sepsis (14%), tumor-novo (17%), recidiva de CHC (14%), recidiva del VHC (7%), rechazo crónico (11%), y otros (13%). Entre los pacientes con ≥ 10 años de vida, ha habido más casos de cirrosis colostásicas y menos de hepatitis fulminante ($p = 0,00$), menos Chile® y menos UNOS I, IIa, IIb, ($p = 0,09$), menor porcentaje de pacientes > 60 años ($p = ns$), y menor patología asociada (DM, insuficiencia renal, y cirugía previa pre-trasplante). No ha habido diferencias significativas en cuanto a donantes o tipo de cirugía. En el grupo con larga supervivencia, los esteroides fueron retirados en mayor porcentaje (91% vs 42%) y más precozmente, y los regímenes de inmunosupresión permanecieron más estables. Igualmente, la estancia media ($p = 0,001$), la incidencia de insuficiencia renal 1º año post-TH ($p = 0,001$), el nº de rechazos e infecciones en el 1º año ($p = ns$), fué menor. En cuanto a la morbilidad derivada de los anticalcineurínicos, la situación 10 años después del trasplante fue: el 33% de los pacientes presentaba insuficiencia renal crónica (urea = 112 ± 98 mg/dl y creatinina = $2,6 \pm 2,2$ mg/dl); el 70% tenía HTA en tratamiento; el 10% tenía DMID; un 25% presentaba dislipemia en tratamiento; un 10% ha presentado morbilidad cardiovascular y el 68% de los VHC (+) presentaban recidiva clínica e histológica del VHC en el injerto.

Conclusión: La mejor supervivencia en cuanto a indicación de trasplante es la cirrosis colostática. La presencia de insuficiencia renal pre-trasplante contribuye negativamente en la supervivencia prolongada. Ninguna característica del donante ha contribuido en la supervivencia prolongada, pero se trata de una serie histórica, donde no estaba estandarizada la liberalización de criterios de aceptación de donantes. La investigación de nuevos fármacos o la utilización de pautas inmunosupresoras que mimicen el uso de anticalcineurínicos es el gran reto del futuro si queremos conseguir largas supervivencias con buena calidad de vida.

O-279**REVERSIBILIDAD DE LAS COMPLICACIONES RENALES Y DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR TRAS LA RETIRADA COMPLETA DE LA INMUNOSUPRESIÓN EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO**

J.A. Pons, P. Ramírez, B. Revilla, D. Pascual, P. Cascales, L. Martínez Alarcón, A. Baroja, R. Robles, F. Sánchez Bueno y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La introducción de los nuevos fármacos inmunosupresores ha disminuido de forma importante la incidencia de rechazo agudo y crónico en el trasplante hepático (TH). Sin embargo la toxicidad asociada a estos fármacos produce efectos secundarios importantes a largo plazo, aumentando la incidencia de insuficiencia renal y el riesgo cardiovascular. Algunos estudios han demostrado que es posible retirar los inmunosupresores en los pacientes con trasplante hepático y hasta ahora no se ha analizado de forma detallada su posible efecto beneficioso, y en particular las consecuencias sobre la función renal y los factores de riesgo cardiovascular.

Objetivos: Analizar si es posible la retirada completa de los inmunosupresores (IS) en pacientes con TH; 2: Analizar el impacto de dicha retirada sobre la función renal y los factores de riesgo cardiovascular.

Pacientes y métodos: Se estudiaron 20 pacientes tratados con cicloporina (Cy) con o sin esteroides y azatioprina, a los que se inició la retirada de los IS de forma programada por sus efectos secundarios ($n = 10$), por aparición de tumores ($n = 3$) o infecciones víricas ($n = 3$), o que retiraron espontáneamente dichos fármacos ($n = 4$). Los 10 pacientes con toxicidad secundaria a los IS disminuyeron la Cy durante un periodo de un año hasta su retirada, con posterior eliminación de los esteroides y/o la azatioprina. A los seis pacientes con tumores o infecciones víricas se les retiró la inmunosupresión durante un mes, y los 4 pacientes que suspendieron la medicación espontáneamente, lo hicieron de forma brusca.

Resultados: En 8 pacientes (40%) fue posible la retirada completa de los IS sin aparición de rechazo tras un periodo de seguimiento de

61±39 meses (rango, 10-132 meses). Seis pacientes (30%) presentaron rechazo agudo durante el periodo de descenso de la IS, que se resolvió reiniciando la Cy a los niveles basales en 4 casos, y convirtiendo a tacrolimus (Tac) en 2 casos. Solamente un paciente que retiró espontáneamente los IS desarrolló rechazo crónico inicial, permaneciendo estable con Tac. Seis pacientes (30%) con alteraciones de las transaminasas, presentaron en la histología hepática inflamación portal linfoplasmocitaria sin criterios de rechazo, resolviéndose la situación tras reiniciar la Cy a las dosis basales en 4 casos y tras conversión a Tac en 2 pacientes. En los pacientes tolerantes se encontraron diferencias significativas en el descenso de los niveles de creatinina ($p < 0,0001$), urea ($p < 0,003$), ácido úrico ($p < 0,0001$), glucosa ($p < 0,02$) y colesterol ($p < 0,001$), así como los niveles de tensión arterial diastólica ($p < 0,001$) y media ($p < 0,02$), comparando el antes y el después de la retirada.

Conclusiones: En los pacientes con TH es posible la retirada de la inmunosupresión en un porcentaje significativo de casos. El rechazo agudo que aparece en los pacientes con TH sometidos a retirada de los IS, suele ser leve y de fácil resolución reestableciendo las dosis de IS basales o convirtiendo a otro tipo de inmunosupresor. La retirada completa de inmunosupresores en el trasplante hepático mejora la función renal y disminuye los factores de riesgo cardiovascular.

O-280

¿EL CROSS-MATCH POSITIVO DISMINUYE LA SUPERVIVENCIA DEL INJERTO EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO?

C. Botella Martínez, M.R. López Álvarez, P.A. Cascales Campos, J. Mateo Gómez, P. Ramírez Romero, A. Minguela, A.M. García Alonso, M.R. Alvarez López, M. Muro y P. Parrilla Paricio
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La compatibilidad entre donante y receptor en el trasplante hepático clínico viene determinada por el grupo sanguíneo ABO. A diferencia del trasplante renal, el hígado es sustancialmente más resistente a los aloanticuerpos preformados contra el injerto. Presentamos un análisis retrospectivo del efecto que ha tenido en los receptores hepáticos el implante de un órgano ABO compatible con pruebas cruzadas positivas frente al injerto (crossmatch +).

Material y método: Hemos realizado un estudio retrospectivo desde en el que se han incluido 268 trasplantes realizados desde enero del 1999 hasta diciembre de 2004. Se determinó la presencia o no de aloanticuerpos citotóxicos dependientes del complemento y aloanticuerpos anti-HLA mediante técnicas de citometría de flujo. Se estudió la presencia de rechazo agudo y crónico así como la supervivencia del injerto en función de la positividad o negatividad de las pruebas cruzadas.

Resultados: Se detectaron anticuerpos preformados frente al donante en 14 de los 268 pacientes estudiados. No hubo diferencias significativas en cuanto a la presencia de rechazo agudo entre ambos grupos. Ninguno de los pacientes que presentaron pruebas cruzadas positivas desarrolló rechazo crónico. La supervivencia del injerto fue significativamente menor en el grupo con pruebas cruzadas positivas con respecto al grupo con pruebas cruzadas negativas tanto al año (28,57% vs 72,46%) como a los 5 años (21,43% vs 59,78%) con una $p < 0,0016$. En el grupo con pruebas cruzadas positivas, la mayoría de las pérdidas del injerto se produjeron en el primer año posttrasplante, con un pico máximo en los tres primeros meses.

Conclusión: Los hallazgos encontrados en este estudio sugieren la importancia existente entre la presencia o no de aloanticuerpos preformados contra el injerto y la probabilidad de supervivencia del mismo.

O-281

TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES INFECTADOS POR VIH

P. Ruiz Ordóñez, M. Gastaka, G. Errazti, M.J. Hernández, J.I. Pijoán, M. Montejano, A. Valdiveiro y J. Ortiz de Urbina
Hospital de Cruces, Baracaldo.

Con la introducción del TARGA, la insuficiencia hepática terminal ha pasado a ser la principal causa de muerte de los pacientes VIH+, por lo que el trasplante hepático está siendo evaluado como tratamiento. Presentamos nuestra experiencia en trasplantados VIH+.

Pacientes y métodos: Desde septiembre de 2003 a Marzo de 2006 hemos trasplantado 13 pacientes VIH+. Las indicaciones de trasplante fueron las mismas que para los no VIH y los criterios de selección entre los VIH+ fueron: CD4 superior a 100 cel/ μ l, carga viral VIH indetectable o suprimible con TARGA, ausencia de infecciones oportunistas (a excepción de TBC, Candidiasis esofágica y neumonía por pneumocistis jiroveci) y un período de abstinencia a drogas mayor de 2 años.

Resultados: La edad media fue de 43 años, varones (79,6%), Ex ADV. (76,6%), con carga viral indetectable y cifra media de CD4 -371 cel/ μ l. Todos los pacientes eran VHC +, coinfecctados con VHB en 5 y con HCC en 4 casos. La clasificación de Child Pugh: A/2, B/7, C/4 con un MELD medio de 16 (6-24). Se realizó preservación de la vena cava en el 100%, con trombectomía portal en 30%. Tiempo total medio de cirugía 206 min. con media trasfusional de 2,8 C de hematies. La inmunosupresión se basó en FK y esteroides. Un paciente falleció el 6º día por HDA (Mortalidad perioperatoria 7,6%). Dos pacientes desarrollaron rechazo celular agudo (16,6%) y las complicaciones fueron: 1 fuga perikehr, 2 herpes simples cutáneos, 2 IRA y una convulsión. El TARGA se introdujo cuando la función hepática se estabilizó (9-22 d). El seguimiento medio es de 16 m. Seis pacientes han desarrollado reinfección por VHC, falleciendo uno por recidiva y cinco en tratamiento con IF y ribavirina. La supervivencia actuarial a dos años es 79%.

Conclusiones: El trasplante hepático mejora la supervivencia a corto y medio plazo en pacientes VIH+ con insuficiencia hepática terminal con morbimortalidad similar a los pacientes VIH-.

O-282

TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA ENFERMEDAD DE WILSON: ¿ESTÁN SUS INDICACIONES ESTABLECIDAS?

R. Robles, C. Marín, G. Parrilla, P. Ramírez, F. Sánchez Bueno, J.A. Fernández y P. Parrilla
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivo: Las indicaciones establecidas de trasplante hepático (TH) en la enfermedad de Wilson (EW) son la insuficiencia hepática aguda (IHA) y la insuficiencia hepática crónica (IHC) que no responden al tratamiento quelante. Existen indicaciones controvertidas en la EW como los pacientes con afectación neurológica severa sin IH. Nuestro objetivo es presentar las indicaciones y resultados del TH en 14 pacientes diagnosticados de EW, con referencia especial a aquellos cuya indicación fue por afectación neurológica severa progresiva que no respondió al tratamiento quelante los cuales presentaban, antes del TH, una función hepática normal.

Pacientes y métodos: Entre mayo 1988-abril 2006 hemos realizado 626 TH. 14 pacientes fueron trasplantados por EW: A) Pacientes cuya indicación de TH fue por hepatopatía (10 casos). En 9 de ellos el diagnóstico fue de IHC en los cuales el tratamiento con penicilamina había fracasado (dos pacientes presentaba además alteraciones neurológicas severas); y en un paciente el diagnóstico fue de IHA secundaria una peritonitis aguda secundaria por E. Coli. B) Pacientes cuya indicación de TH fue por enfermedad neurológica progresiva que no respondía al tratamiento quelante (4 pacientes) (Grado A de Child).

Resultados: Se realizaron 17 TH precisando un paciente un retrasplante por disfunción primaria del injerto y otro paciente dos retrasplantes (por trombosis arterial con hígado incompatible con rechazo hiperagudo al 4º día). El paciente que recibió dos retrasplantes falleció tras el segundo por pancreatitis necróticohemorrágica y fallo multiorgánico. Fallecieron 2 pacientes tras un seguimiento medio de 9 años (rango entre 3-17 años) (85,7% de supervivencia). De los 10 pacientes cuya indicación se realizó por insuficiencia hepática, falleció al 4º mes el paciente que precisó dos retrasplantes. De los 4 pacientes cuya indicación se realizó por afectación neurológica, falleció una paciente al 4º mes debido a una bronconeumonía bilateral por citomegalovirus. Viven los 3 pacientes restantes (75%). Desde el punto de vista de la evolución neurológica, la paciente que falleció evidenció una ligera mejoría neurológica. En el paciente que vive 17 años, la mejoría neurológica fue patente al primer año posttrasplante, sin embargo, persisten las lesiones más antiguas: deformidades y rigideces del hemicuerpo derecho debido a la distonía axial, y una discreta disfagia. La situación neurológica de los 2 pacientes restantes fue de total normalidad a los 6 meses, habiendo reiniciado su actividad laboral previa y ha desaparecido en ambos el anillo de KF.

Conclusiones: Los resultados del trasplante hepático en la EW son aceptables, tanto en aquellos con IH como en aquellos con afectación neurológica. El TOH evita la progresión e incluso mejora la afectación neurológica de los pacientes con EW debiendo indicarse en los pacientes con afectación neurológica severa o rápidamente progresiva que no responden al tratamiento quelante, aunque la función hepática sea normal.

O-283

LA UTILIZACIÓN COMBINADA DE CICLOSPORINA NEORAL Y MMF COMO PAUTA DE INDUCCIÓN Y MANTENIMIENTO EN TH MEJORA LA FUNCIÓN RENAL Y REDUCE LA TASA DE RECHAZO AGUDO DURANTE EL PRIMER MES POSTRASPLANTE HEPÁTICO

P. Cascales, P. Ramírez, J.C. Navalón, C. Marín, L. Martínez Alarcón, J.A. Fernández, J.A. Pons, V. Bixquert, R. Robles, F. Sánchez Bueno y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La morbimortalidad del primer mes postrasplante hepático se relaciona significativamente con la aparición de insuficiencia renal. Las pautas de inmunosupresión actuales tienden a asociar diferentes inmunosupresores para reducir al máximo la dosis de anticalcineurínicos. El objetivo del presente estudio ha sido estudiar en primer lugar la tasa de rechazo agudo y en segundo lugar la función renal durante el primer mes postrasplante hepático entre dos grupos de pacientes tratados con dos pautas diferentes de inmunosupresión: Pauta A: ciclosporina neoral, Micofenolato Mofetilo (MMF) y corticoides y Pauta B: FK506 y corticoides.

Pacientes y métodos: En este estudio se han incluido 122 pacientes de un total de 130 trasplantes hepáticos realizados entre enero del 2003 y julio del 2005. Se han excluido 8 pacientes fallecidos durante la primera semana postrasplante por causas no relacionadas con la inmunosupresión.

Los pacientes se han dividido en dos grupos;

- A) Pauta A (n = 63). Recibieron Ciclosporina neoral, MMF y Corticoides
- B) Pauta B (n = 59). Recibieron FK506 y corticoides

Durante el primer mes postoperatorio (Planta de Hospitalización) se evaluaron los siguientes parámetros: incidencia y severidad del rechazo agudo, incidencia de infecciones mayores, tasa de reconversión de la inmunosupresión, éxito, función renal evaluada por la creatinina, y niveles de ciclosporina y FK 506.

Resultados: Incidencia de Rechazo Agudo. En el grupo A, 12 pacientes (19%) presentaron un episodio de rechazo, frente a 16 pacientes del grupo B (27%) ($p < 0,05$). Sin embargo, 2 de los rechazos agudos de la Pauta A fueron episodios severos, que obligó a la conversión a la pauta B.

- a) Infecciones mayores: 13 pacientes del grupo A (20%) y 13 del grupo B (22%) (NS).
- b) Niveles de creatinina alta: cifras de $1,1 \pm 0,11$ en el grupo A y de $1,5 \pm 0,13$ en el grupo B ($p < 0,05$), siendo los niveles de CyA en ese momento de 191 ± 17 y de FK506 de $15,9 \pm 2$.
- c) Conversión de las pautas de inmunosupresión: 6 pacientes del grupo A se convirtieron a la pauta B, 2 por rechazo severo y 4 por neurotoxicidad. 8 pacientes de la pauta B se convirtieron a la pauta A, 3 por neurotoxicidad, 4 por niveles bajos y 1 por sepsis.

Conclusiones: La asociación de MMF a CyA neoral permite manejar a los pacientes trasplantados de hígado con niveles más bajos de ciclosporina, consiguiendo un efecto beneficioso sobre la función renal sin mayor riesgo de rechazo.

O-284

ESTUDIO DE CITOQUINAS Y POBLACIONES LINFOCITARIAS EN SANGRE PERIFÉRICA EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO DURANTE LA RETIRADA DE LA INMUNOSUPRESIÓN

J.A. Pons, P. Ramírez, P. Aparicio, L. Martínez Alarcón, P. Cacales, B. Revilla, A. Broja, F. Sánchez Bueno, R. Robles y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Algunos estudios han demostrado que es posible retirar completamente la inmunosupresión en los pacientes con trasplante hepático (TH). Sin embargo, los mecanismos de tolerancia en el TH en humanos no son bien conocidos. El objetivo de este estudio es analizar

de forma prospectiva el perfil celular y de citoquinas en sangre periférica de los pacientes sometidos a retirada de los inmunosupresores (IS).

Pacientes y métodos: Se estudiaron 8 pacientes con TH y más de dos años de supervivencia, tratados con ciclosporina (Cy) con/sin azatioprina, a los que se inició la retirada de los IS de forma controlada a lo largo de un año. Se analizaron de forma basal y mensualmente los niveles de IL-2, IL-10 y de poblaciones linfocitarias (CD3, CD4, CD4+CD28+ y CD8+CD28+) en sangre periférica.

Resultados: En 3 pacientes (37,5%) fue posible la retirada completa de los IS, con un periodo de seguimiento postretirada de $36 \pm 0,8$ meses. De los 5 pacientes en los que no se pudo completar la retirada de IS 3 (60%) presentaron en la histología hepática infiltrado portal sin rechazo, y 2 (40%) rechazo agudo, y ambas situaciones se resolvieron con reintroducción de Cy a las dosis basales ($n = 3$), o con conversión Tac ($n = 2$). En los pacientes que toleraron la retirada de IS se apreció una disminución de los niveles de IL2 durante el periodo de retirada de IS ($99,2 \pm 89$ pg/ml, basal; 59 ± 42 pg/ml final), mientras que en los pacientes que no toleraron la retirada de IS se produjo un aumento en los niveles de IL2 durante la retirada de la misma (33 ± 59 pg/ml, basal; 114 ± 121 final). Los niveles de IL10 aumentaron en mayor proporción en los pacientes tolerantes (32 ± 23 pg/ml, basal; 65 ± 30 pg/ml, final) que en los pacientes no tolerantes (32 ± 16 pg/ml, basal; 39 ± 21 pg/ml, final). No se observaron cambios significativos en las poblaciones celulares linfocitarias estudiadas.

Conclusión: La retirada de IS es posible en algunos pacientes con TH sin que aparezca rechazo. Los niveles de IL2 disminuyen, y los niveles de IL10 aumentan durante el periodo de tolerancia tras retirada de inmunosupresión en los pacientes con TH. Las poblaciones linfocitarias estudiadas a nivel periférico no aportan ninguna predicción sobre la respuesta del paciente a la retirada de inmunosupresión. Aunque el número de pacientes es pequeño, parece existir una tendencia a una infraregulación en la producción de citoquinas T helper 1 durante el proceso de tolerancia en el TH.

PÓSTERS

7 NOVIEMBRE 2006

PATIO COMENDADOR/
SALA ESCUDO
P-063– P-065

P-063

COMBINED SALINE-LINKED RADIOFREQUENCY PRECOAGULATION AND ULTRASONIC ASPIRATION FOR HEPATIC PARENCHYMAL TRANSECTION

A. Khan Z, S. Mudan y J. McCall

Royal Marsden Hospital, Londres, Reino Unido.

Background: With recognition of its benefits, there has been a trend towards minimizing blood loss during hepatic parenchymal transection but no one technique has been shown to be superior to another. We analyzed our experience with using a novel combined technique of saline-linked radiofrequency pre-coagulation and ultrasonic aspiration for hepatic parenchymal transection.

Study Design: This combined technique was used in 12 patients for hepatic parenchymal transection for metastatic hepatic disease and data was collected prospectively. Total blood loss, bile leaks, parenchymal transection time, hepatic pedicle clamp requirement and 30 day mortality were used as outcome measures.

Results: Four minor and 8 major hepatic resections were performed in twelve patients of which two underwent a synchronous resection of the rectum. The median blood loss was 525 mls (IQR 312.5-1150) in these patients who had a median postoperative stay of 7 days (IQR 7-14). The median parenchymal transection time was 120 minutes (IQR 100-153.75). No patient required portal triad clamping at anytime and there was no 30 day mortality.

Conclusions: Combined technique of saline-link radiofrequency ablation and ultrasonic aspiration appears to be comparable to other techniques and should be considered as an alternative.

P-064**LAPAROSCOPIC LIVER RESECTION - DEVELOPMENT AND RESULTS OF A NEW TECHNIQUE**

I. Beckingham y T. Palser

Queens Medical Centre, Nottingham, Reino Unido.

Laparoscopic Liver resection is a new approach to removal of liver tumours. As with many new laparoscopic procedures its development has occurred in established liver units where laparoscopic skills are also available. We describe our techniques and results of the first 15 laparoscopic liver resections with suggestions on how to develop a laparoscopic liver resection programme. Laparoscopic resection now occupies around 15% of our liver surgery practice and provides significant benefits for patients suitable for segmental and bisegmental resections.

P-065**OUTCOMES OF SURGERY FOR SEVERE PANCREATITIS**

M. Salem, D. Lobo, B.J. Rowlands y W. Speake

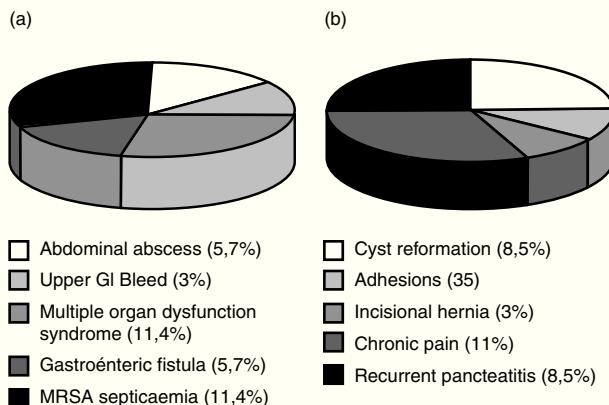
Queens Medical Centre, Nottingham, Reino Unido.

Objectives: Complications from severe pancreatitis are associated with significant morbidity and mortality. An audit was undertaken to evaluate the outcomes of surgery in patients who presented with severe pancreatitis, evaluating early and late complication rates, mortality figures, and length of hospital stay.

Patients and methods: A case note retrospective analysis of all patients (n = 40), (median age 59 (range 3-97) who presented with severe pancreatitis to a university teaching hospital department of surgery between 1997 and 2005 was undertaken.

Exclusion criteria- Any patient who did not undergo surgery and any patient who did not have pancreatitis. 5 patients were excluded – 2 pancreatic cancer, 3 did not undergo surgery.

results: 15 patients (42%) were admitted as tertiary centre referrals. 26 patients (74%) had a known aetiology; 40% gallstones, 3% mumps, 31% alcoholic. 45% of patients had a Glasgow score performed on admission and at 48 hours. Length of hospital stay varied from 6 days to 173 days, median 39, and mean 51. CT imaging was performed on 91% of patients. 12 patients required an ITU admission lasting between 1 day and 89 days. 77% of patients had evidence of pseudocyst during surgery. 34% of patients had documented necrosis found on surgery. In all patients there were 5 deaths (14%). 37% of patients showed early complications and 34% showed late complications from surgery (Figure 1.0). Further operations were required in 42% of patients, with 14% requiring a 2nd re-operation. Variables which correlated with mortality were: Age greater than 60, and evidence of multiple organ dysfunction syndrome.



Conclusions: Early recognition of severe pancreatitis including early imaging and early surgical intervention can reduce length of hospital stay and long term morbidity. Early complications remain a problem with patients with severe pancreatitis undergoing surgery and therefore careful peri-operative and post-operative management is essential, ideally in

a high dependency unit. Long term morbidity remains high with a high long term complication rate and so regular prolonged follow up is recommended.

8 NOVIEMBRE 2006**PATIO COMENDADOR/****SALA ESCUDO**

P-162– P-191

P-162**RECHAZO HIPERAGUDO (RHA) POR INCOMPATIBILIDAD ABO EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO EN SITUACIÓN DE URGENCIA**

P.A. Cascales Campos, P. Ramírez Romero, L. Sánchez Alarcón, J.C. Navalón Coronado, J.A. Pons Miñano, M. Miras López, C. Marín Hernández, J.M. Rodríguez González, F. Sánchez Bueno, R. Robles Campos y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Las causas inmunológicas de perdida precoz del injerto (primer mes) son muy infrecuentes, y entre ellas se incluyen el rechazo hiperagudo (ya sea por incompatibilidad AB0 o por Crossmatch +), el Síndrome de necrosis hemorrágica masiva y el rechazo agudo severo corticoresistente. El objetivo del presente estudio es analizar la tasa y evolución de los injertos de pacientes trasplantados de urgencia en nuestro Hospital (sobre 650 TOH) con un hígado procedente de un donante con grupo sanguíneo incompatible.

Pacientes y métodos: Sobre un total 650 TOH realizado durante un periodo de 17 años, hemos trasplantados a 28 pacientes por un cuadro de Hepatitis Fulminante. Tres de ellos se trasplantaron con hígados procedentes de un donante con grupo sanguíneo incompatible (sistema AB0/DR).

Caso 1. Paciente de 43 años, con Hepatitis Fulminante de etiología no filiada. No desarrolló RHA. Seguimiento de 9 años con función normal del injerto.

Caso 2. Paciente de 21 años trasplantada por hepatitis Fulminante por virus B. Desarrollo un rechazo hiperagudo que exigió un retrasplante a los 4 días. Fué éxito a las 3 semanas por Sepsis y FMO

Caso 3. Niña de 6 años trasplantada por hepatitis Fulminante de etiología no filiada. La primera semana presento un episodio de rechazo agudo severo que se controló medicamente. A los 9 meses, la instauración de un rechazo crónico obligó a un primer retrasplante, y 9 meses después, a un segundo retrasplante. Tras 7 años de seguimiento, se mantiene con buena función del injerto.

Resultados: En tres de 28 pacientes trasplantados por hepatitis fulminante (10,7%) fue necesario utilizar un hígado procedente de un donante con grupo sanguíneo incompatible. Uno de ellos desarrolló un cuadro clínico típico de RHA, que exigió un retrasplante precoz, confirmándose la necrosis del injerto por activación del complemento. En un segundo paciente, apareció un rechazo agudo severo, que al cabo de pocos meses desembocó en un rechazo crónico. Sólo uno de los 3 casos no desarrolló ningún cuadro inmunológico grave.

Conclusiones: El trasplante hepático con injertos de donantes con grupo sanguíneo incompatible solo debe reservarse para las situaciones de extrema urgencia, cuando un paciente está incluido en código 0, se deteriora clínicamente y no aparece ningún compatible.

P-163**EL PACIENTE HEPÁTICO EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE DE CADÁVER ANTE LA DONACIÓN DE VIVO EMPARENTADA EN EL SUDESTE ESPAÑOL**

L. Martínez Alarcón¹, A. Ríos¹, C. Conesa³, J. Alcaraz¹, M.J. Montoya², J.A. Pons¹, P. Cascales¹, P. Ramírez¹ y P. Parrilla¹

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia¹, Hospital Rafael Méndez, Murcia², Consultorio de El Puntal, Espinardo³.

Introducción: El índice de donaciones de cadáver en nuestro país se ha estabilizado. Mientras, aumentan las indicaciones del trasplante, lo que hace que cada vez el número de pacientes en lista de espera vaya

creciendo. Se hace necesario potenciar otras vías de obtención de órganos distintas a la de cadáver como es el donante vivo. Así, la mayoría de centros trasplantadores de nuestro país tiene programas abiertos de trasplante de donante vivo. Sin embargo, el porcentaje de dichos trasplantes respecto al total sigue siendo mínimo. No obstante, es poco conocida la actitud de los pacientes que están en lista de espera. Objetivo: Analizar la actitud hacia la donación de viva en pacientes en lista de espera para trasplante hepático.

Material y métodos: De todos los pacientes incluidos en lista de espera para trasplante hepático en nuestra comunidad desde Enero 2003 hasta Septiembre 2005, fueron entrevistados 159. La actitud hacia la donación de viva se valora mediante un cuestionario psicosocial sobre donación. La cumplimentación fue por entrevista directa por un profesional sanitario independiente de la Unidad de Trasplantes. Se utiliza el test de la t de Student y de Chi Cuadrado.

Resultados: El 43% de los pacientes aceptaría una donación hepática de viva relacionada frente al 57% que preferiría esperar en Lista de Espera. El 86% asume que existe algún riesgo en la donación hepática de viva. Sin embargo, no se asocia a una mayor o menor aceptación de viva relacionada el que asuman que existe un riesgo para sus familiares ($p = 0,178$). Por otra parte, hasta un 47% ($n = 66$) refieren haber tenido una propuesta de donación de viva relacionada ($p = 0,018$). De las diferentes variables psicosociales analizadas, solamente se encuentra asociación con la actitud hacia la donación de cadáver ($p = 0,015$). Destacar que sólo al 19% ($n = 26$) se le planteó la donación de viva como una de las opciones de tratamiento por parte de su médico, sin objetivarse que este 19% tenga una actitud o una mayor aceptabilidad de la donación de viva ($p = 0,058$).

Conclusiones: Algo menos de la mitad de los pacientes en lista de Espera para trasplante hepático aceptaría un órgano de viva procedente de un familiar. Lo cual es una situación basal favorable si se quiere potenciar la donación de viva. Para ello, será fundamental que dicha donación se proponga a los pacientes debiendo hacer hincapié en aquellos en los que en su familia existe una predisposición favorable.

P-164

ACTITUD DE LOS PACIENTES CON VIRUS DE LA HEPATITIS C EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE HEPÁTICO A RECIBIR UN ÓRGANO POSITIVO PARA DICHO VIRUS

L. Martínez Alarcón¹, A. Ríos¹, C. Conesa³, J. Alcaraz¹, M.J. Montoya², J.A. Pons¹, O. Fernández Rodríguez¹, P. Ramírez¹ y P. Parrilla¹

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia¹, Hospital Rafael Méndez, Murcia². Consultorio de El Puntal, Espinardo³.

Introducción: En España, a pesar de la elevada tasa de donación, existe un déficit de órganos. Por ello, en los pacientes con Hepatopatía Crónica vírica pendientes de un trasplante hepático, dada la recidiva universal en el injerto por Virus de la Hepatitis, se ha planteado utilizar órganos de donantes positivos para dicho virus.

El objetivo es valorar la actitud de los pacientes virus de la hepatitis positivo en Lista de Espera para trasplante hepático hacia la aceptación de un órgano positivo para dicho virus.

Material y métodos: Se seleccionaron 44 pacientes con Hepatopatía Crónica de origen Vírico, (Virus de la Hepatitis C (VHC) y/o de la Hepatitis B (VHB)) que se incluyeron o estaban en lista de espera para Trasplante Hepático entre Enero del 2003 y Julio del 2005 en nuestro hospital. La actitud se analiza mediante un cuestionario que valora distintos aspectos psicosociales sobre donación. La cumplimentación fue por entrevista directa por un profesional sanitario independiente de la Unidad de Trasplantes. Se utiliza el test de la t de Student y de Chi Cuadrado.

Resultados: Sólo el 18% de los encuestados estaría dispuesto a recibir un hígado seropositivo para dicho virus, mientras que el 68% no. No se ha encontrado asociación significativa con ninguna variable psicosocial analizada (edad, sexo, estado civil, nivel de estudios, o descendencia). Sólo el tiempo en lista de espera (6 meses o más), hace que aumente la aceptación de este órgano en un mayor porcentaje (7% vs 35%; $p < 0,049$).

Conclusión: Los pacientes con hepatopatía de origen vírico que se encuentran en Lista de Espera para recibir un órgano hepático, son poco favorables a aceptar un hígado procedente de un donante con virus de la hepatitis. Solamente el paso del tiempo en lista de espera sin que aparezca un órgano mejora la predisposición a aceptar dicho órgano.

Palabras clave: Trasplante. Virus de la Hepatitis C (VHC). Virus de la Hepatitis B (VHB). Actitud, Órgano subóptimo. Donación de Órganos.

P-165

TRATAMIENTO DE LA HIDATIDOSIS HEPÁTICA EN UN HOSPITAL COMARCAL SITUADO EN UN ÁREA DE ALTA PREVALENCIA

J.M. Ramírez Angel, E. Sancho Calatrava, O. Lozano Alcalde, F. Garrido Menéndez, R. Lozoya Albacar, R. Canto Lozano, J.M. Santos Blanco y J. Alonso Segu

Hospital Santa Bárbara, Puerto Llano.

El número de pacientes con hidatidosis hepática ha sufrido un drástico descenso desde la implantación de campañas sanitarias para su erradicación. Pero en las zonas endémicas aún se observa un número no desdenable de enfermos con quistes hidatídicos (QH). Presentamos la experiencia de un hospital comarcal situado en una zona con alta prevalencia.

Pacientes: En el periodo 99-06, se han intervenido 23 pacientes (13 varones, 10 mujeres) con 33 quistes. La edad media fue 50 años (min: 10, max: 79). El diámetro medio del quiste fue 8,3 cm (min: 2,5 cm, max: 16). El 55% de los quistes estaban situados en el lóbulo hepático derecho. 3 pacientes ya habían sido intervenidos previamente de QH. La clínica habitual fue dolor abdominal. El diagnóstico se basó en la TAC y la serología hidatídica. Dos pacientes debutaron de forma inhabitual (fístula cutánea (1), abdomen agudo por rotura del QH (1)). Todos los pacientes reciben preoperatoriamente quimiprofilaxcis con albendazol (1 mes).

Resultados: La cirugía practicada fue quistoperiquistectomia total cerrada en 6 casos, y subtotal abierta en 27 casos. Se utilizó suero hipertónico como método de esterilización del QH. De forma rutinaria se practica colecistectomía y colangiografía para control de posibles fistulas biliares. En la colangiografía, 2 pacientes presentaban vesículas hijas en la vía biliar y se realizó coledocotomía, extracción, lavado y colocación de tubo en T. En 11 pacientes, a la apertura del QH se apreció contenido biliar, y en otros dos casos el contenido era purulento. El 21% presentaron alguna complicación (neumonía (1), infección orina (1), perforación pilórica (1), fístula biliar de bajo débito (2)). La mortalidad fue del 0%. La estancia media fue 11 días.

Conclusiones: La prevalencia de hidatidosis hepática es aún alta en determinadas zonas del territorio nacional. La quistoperiquistectomia subtotal abierta permite obtener unos buenos resultados con baja morbilidad pero si factible la total cerrada es la técnica aconsejable.

P-166

BIPARTICIÓN HEPÁTICA DE NECESIDAD EN UN TRANSPLANTE HEPÁTICO POR METÁSTASIS DE TUMOR NEUROENDOCRINO

C. Marín Hernández, R. Robles Campos, F. Sánchez Bueno, P. Ramírez Romero y P. Parrilla Paricio

Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El trasplante hepático (TH) es una opción terapéutica en el manejo de las metástasis hepáticas (MH) de tumores neuroendocrinos (TNE) cuando son irresecables y bilaterales. Si los órganos enfermos alcanzan tamaños importantes por la enfermedad, la hepatectomía durante el transplante puede ser difícil. Nuestro objetivo es presentar un caso de MHTNE que precisó bipartición hepática para realizar la hepatectomía.

Caso clínico: mujer de 35 años que en Mayo de 2005 se diagnostica de TNE no funcionante en cabeza de páncreas con metástasis hepáticas múltiples, sincrónicas. Se interviene realizando duodenopancreatectomía céfálica de Whipple y linfadenectomía del hilio hepático y retroperitoneal. Recibió quimioterapia neoadyuvante a las MH (5-Fluoracilo i.v.) evidenciando progresión de la enfermedad en las pruebas radiológicas aunque sin afectación extrahepática. El 20-1-2006 se interviene realizando incisión subcostal bilateral ampliada a flancos y línea media encontrando hígado tumoral de grandes dimensiones, bloqueado por adherencias de la intervención previa siendo imposible la movilización hepática. Se realiza control vascular del pedículo portal, vena cava infrahepática (VCI) y vena cava inferior a nivel suprehepático. Bajo oclusión vascular total, se realiza bipartición hepática hasta VCI que se conserva. Se extirpa el lóbulo izquierdo conservando el pedículo de la VSH

izquierda y media y se realiza hepatectomía derecha conservando el pedículo de la VSH derecha. Una vez extirpado el hígado, se convierte a técnica de Piggy-back colocando clamp en venas suprahepáticas y realizando patch común a las tres venas completando el TH. La anatomía patológica informó de pieza de 4000 g y 40 x 45 cms con múltiples MH blanquecinas con centro umbilicado y diámetro entre 0,4-4 cms. A la extensión, las células se tiñen intensamente para marcadores neuro-endocrinos: cromogranina (+) y sinaptosina (+), todo ello compatibles con MH de TNE. En el postoperatorio presenta fiebre de hasta 38º visualizando colección subhepática anterior que se trata con antibióticos y cuadro de rectorragias por lo que se realiza endoscopia en la que se aprecian 3 lesiones ulcerosas en la anastomosis gastroyeyunal que se esclerosan cediendo el cuadro hemorrágico. El 28-3-06 se da el alta volviendo a ingresar 3 días después por nuevo cuadro de rectorragias causadas nuevamente por las úlceras de la boca anastomótica. Dada la ineficacia de la esclerosis endoscópica se interviene realizando gastrotomía anterior con exéresis de las úlceras y se drena colección subhepática antigua dejando sistema de lavado. Actualmente está viva y asintomática.

Conclusión: la bipartición hepática es una técnica infrecuente durante el TH aunque en ocasiones necesaria dado el tamaño de los órganos enfermos. (tumores, enfermedad de Budd Chiari...)

P-167

REVISIÓN DE PSEUDOQUISTES PANCREÁTICOS EN EL HOSPITAL RAMÓN Y CAJAL DE MADRID A LOS LARGO DE 6 AÑOS

A.B. Aláez Chillaón, J. Ruiz Tovar, C. Ramiro Pérez, D. García Teruel, S. Díaz Naranjo, V. Morales y E. Martínez Molina
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Los pseudoquistes de páncreas representan el 75% de las lesiones quísticas del páncreas frente al 10% de los quistes de retención, el 5% de los quistes congénitos y el 10% de las neoplasias quísticas.

Es importante diagnosticar con exactitud un pseudoquiste pancreático para distinguirlo de verdaderas tumoraciones quísticas y de colecciones peripancreáticas agudas producidas tras un episodio de pancreatitis. Así, según la definición de Atlanta, un pseudoquiste de páncreas es una acumulación de tejidos, detritus, enzimas pancreáticos y sangre que carece de revestimiento epitelial y cuya pared está compuesta de tejido necrótico, tejido de granulación y tejido fibroso, siendo necesario un plazo mínimo de 4 a 6 semanas tras el inicio de la pancreatitis para su formación.

Material y métodos: Revisamos los casos de pseudoquistes pancreáticos diagnosticados entre enero de 2000 y diciembre de 2005 en el servicio de Cirugía General y Digestivo del hospital Ramón y Cajal de Madrid.

Resultados: Hay un total de 29 pseudoquistes diagnosticados en ese periodo, 10 de ellos son mujeres y 10 hombres. La edad está comprendida entre 31 y 81 años, todos fueron diagnosticados con TAC abdominal tras un episodio de pancreatitis aguda o tras una agudización de una pancreatitis crónica ya conocida.

El tratamiento realizado consistió en: 5 drenajes quirúrgicos externos 3 punciones guiadas por TAC
3 quistogastrostomías
6 quistoyeyunostomías
1 quistoileostomía
en 11 se decidió observación

Todos los casos en los que se decidió observación tuvieron una buena evolución con desaparición del pseudoquiste, en un tiempo menor a 12 meses en todos ellos. Los 11 casos eran asintomáticos y con un diámetro de media de entre 4 y 5 cm. (hay dos pseudoquistes asintomáticos con 10 cm. de diámetro máximo que también desaparecieron).

Conclusiones: En la época previa a la aparición del TAC los pseudoquistes eran sospechados sólo en el caso de que fueran sintomáticos (masa abdominal, distensión...), pero a partir de la aparición y el uso rutinario del TAC abdominal se diagnostican cada vez con mayor frecuencia y sobre todo en casos asintomáticos.

En general, se acepta como tratamiento la observación en aquellos que son asintomáticos y menores de 7-10 cm, requiriendo un tratamiento endoscópico, quirúrgico o mediante drenaje externo cuando los sínto-

mas aparecen o cuando aumentan de tamaño durante el periodo observacional.

P-168

PROCEDIMIENTOS RADIOLÓGICOS ENDOVASCULARES EN PACIENTES CON TRANSPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO Y TROMBOSIS VENOSA PORTAL

J.I. Rivas Polo, F. Bahamonde Calvelo, C. Fernández Selles, I. Mella García, A. López Candocia, E. Boullosa, M. Gómez Gutiérrez, M. Marini y C. Lemos
Hospital Juan Canalejo, La Coruña.

Objetivos: Valorar la utilidad de procedimientos radiológicos endovasculares en el tratamiento de la Trombosis Venosa Portal tras Transplante hepático ortotópico.

Material y métodos: Entre mayo de 1994 y abril 2005, se han realizado 565 transplantes hepáticos en nuestro centro. De ellos, 80 pacientes (14%) han desarrollado como complicación una trombosis venosa portal(TVP). Entre mayo 2000 y Marzo de 2005, 11 pacientes con TVP, de estos 80, fueron tratados con técnicas endovasculares. Hemos realizado una comparación entre este grupo y los tratados quirúrgicamente, para valorar tasas de supervivencia y retrombosis. Si las complicaciones venosas portales eran secundarias a obstrucción, realizamos una venoplastia y colocación primaria de stent, realizando además embolización de los shunts portosistémicos remanentes.

Resultados: Los problemas en relación con la perfusión portal del receptor,fueron solucionados en todos los casos. Colocamos 7 stents y realizamos 7 embolizaciones de shunts. Asimismo, 1 disfunción anastomótica fue reparada. Ningún paciente murió ni se retrombosó tras el procedimiento ni en su seguimiento.

Conclusion: Los procedimientos radiológicos endovasculares en pacientes con transplante hepático, pueden resolver determinadas situaciones de mala perfusión debido a TVP o "fenómenos de robo". La permeabilidad de los stents es óptima en el momento actual, aunque nuestros resultados deben confirmarse a largo plazo.

P-169

HEMORRAGIA DIGESTIVA BAJA MASIVA SECUNDARIA A ÚLCERAS DUODENALES POR CMV A NIVEL DEL INJERTO DUODENOPANCREÁTICO TRATADA MEDIANTE EMBOLIZACIÓN SUPRASELECTIVA

J.C. Navalón Coronado, A. Ríos, P. Ramírez, R. Sánchez Bueno, R. Robles, A. Capel, J. García-Medina, J.M. Rodríguez, C. Marín y P. Parrilla
Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La infección por Citomegalovirus (CMV) es una complicación frecuente en pacientes con trasplante de páncreas, pero en muy raras ocasiones ocasiona una hemorragia digestiva baja (HDB) masiva por úlceras duodenales del injerto que obliga a realizar tratamiento quirúrgico. En casos seleccionados, la radiología intervencionista puede ser de utilidad no sólo para diagnosticar el origen del sangrado, sino también para conseguir la hemostasia mediante una embolización selectiva.

Caso clínico: Varón de 40 años con diabetes tipo I desde los ocho años, que desarrolló retinopatía severa e insuficiencia renal crónica con necesidad de hemodiálisis. Por ello es sometido a doble trasplante simultáneo de riñón y páncreas con drenaje a ileón mediante duodenoleostomía laterolateral. El posoperatorio inmediato evolucionó sin complicaciones y fue dado de alta a los veintiún días. Fue necesario su ingreso una semana después por un cuadro de odinofagia y disfagia, diagnosticándose una esofagitis por CMV. Durante su ingreso presentó varios episodios de rectorragias anemizantes que exigieron la transfusión de ocho concentrados de hematíes en tres días. La colonoscopia fue normal. Ante la persistencia del sangrado se realizó una arteriografía selectiva del injerto por vía femoral derecha con cateterización supraselectiva de una rama de la arteria pancreaticoduodenal del injerto, que mostró relleno venoso precoz con extravasación de contraste a nivel de la luz duodenal. Se procedió a la embolización supraselectiva del vaso arterial sanguíneo, que fue efectiva. Sin embargo cinco días después presenta un nuevo episodio de HDB masiva; se realiza una se-

gunda arteriografía con embolización selectiva de un nuevo vaso sanguíneo, consiguiéndose la hemostasia definitiva. No se producen más episodios hemorrágicos. A los nueve días de esta segunda embolización el paciente presenta un cuadro de obstrucción intestinal interviéndose de urgencia. Se halla un vólvulo en ileón distal con afectación parcial de la duodenoleostomía. Se reseca parte de ésta y el ileón afecto, rehaciendo la duodenoleostomía. El estudio histopatológico confirmó el origen infeccioso (CMV) de las úlceras del duodeno del injerto. Tras un postoperatorio tórpido el paciente evolucionó a *exitus* por sepsis de origen respiratorio y fracaso multiorgánico a los cuatro meses del trasplante.

Conclusión: La embolización selectiva del injerto duodenopancreático puede ser una alternativa a la cirugía en caso de hemorragia digestiva masiva causada de úlceras penetrantes duodenales en el contexto de una infección por CMV.

P-170

EL DONANTE "AÑOSO" ÓPTIMO POR ENCIMA DE 70 AÑOS INCREMENTA CON RIESGO ASUMIBLE EL POOL DE DONANTES

E. Terol Garaulet, P. Ramírez Romero, P.A. Cascales Campos, C. Marín Hernández, J.M. Rodríguez González, J. Luján Monpean, A.M. San Martín Monzó, R. Robles Campos, F. Sánchez Bueno, P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El TOH es una realidad clínica consolidada que ha impulsado un incremento progresivo y significativo de las indicaciones y de los pacientes en lista de espera, a pesar del aumento de las tasas de donación. Esto ha motivado una ampliación en los criterios de aceptación de donantes, entre ellos la edad. El objetivo de este estudio ha sido evaluar la función de los injertos hepáticos procedentes de donantes mayores de 70 años y el implemento que ha supuesto de nuestro pool de donantes.

Pacientes y métodos: Durante los últimos 2 años, hemos realizado 85 TOH. De ellos, 10 hígados procedían de donantes mayores de 70 años (12%). Para seleccionar un hígado "óptimo" hemos excluido de las ofertas recibidas los donantes añosos con transaminasas superiores a 50 y/o con una actividad de protrombina inferior al 65%, y/o hipernatremias > 160, estancia en UCI superior a 5 días, y finalmente, cuando el cirujano donante no aprecia un hígado de aspecto macroscópico normal. Hemos analizado las características clínicas de los receptores (edad, indicación del trasplante, CHILD, meses en tiempo de espera) así como la función del injerto en el postoperatorio inmediato y el tiempo de estancia en UCI. Se han considerado tres grados de disfunción del injerto: leve, moderado o severo, dependiendo de los valores de transaminasas y de la actividad de protrombina en las primeras 72 horas postoperatorio.

Resultados: La edad media del pool de donantes añosos utilizados fue de $74,2 \pm 3,1$ años (71-82), y su estancia media en UCI de $2,1 \pm 1,2$ días. La edad media de los receptores fue de $53,3 \pm 6,7$ años. Un paciente (1/10) presentó una disfunción primaria del injerto, requiriendo retrasplante urgente al cuarto día postoperatorio, y solo uno desarrollo una disfunción leve del injerto, tratada con AlprostadilR. El resto de pacientes presentaron una función hepática adecuada, normalizada al tercer día, siendo la estancia media de los receptores en UCI tras el TOH de $4,7 \pm 2,8$ días. Todos los pacientes fueron alta hospitalaria y permanecen actualmente con función hepática normal, dos años después del trasplante, incluido el paciente retransplantado por DPI.

Conclusión: Una selección adecuada del donante añooso incrementa el pool de donantes, con un riesgo asumible de disfunción del injerto.

P-171

OBSTRUCCIÓN DE SHUNT MESO-CAVA: SOLUCIÓN POR RADIOLOGÍA ENDOVASCULAR CON STENT

I. Ruiz Montesinos, A. Beguiristain Gómez, R. Jiménez Agüero, F. Garnateo Nicolás, M.A. Medrano Gómez y J.M. Villar Martínez de Marañón
Hospital Donosita, San Sebastián.

Objetivo: Aportar una solución a la obstrucción de un shunt meso-cava en "H" con prótesis anillada en un paciente con cavernomatosis portal, mediante radiología endovascular

Material y método: Paciente de 70 años con antecedente de neoplasia de sigma intervenida cuatro años antes y posterior tratamiento adyuvante con quimioterapia, que ingresa en nuestro centro con una hemorragia digestiva alta. La analítica hepática y marcadores tumorales son normales y presenta una hemoglobina de 10. Doppler: cavernomatosis portal. TAC: cavernomatosis portal, varices gástricas, hígado no cirrótico, resto del estudio es normal. RNM: trombosis vena porta con cavernomatosis, trombosis de vena esplenica y en la vena mesentérica trombo en la desembocadura en la vena porta, resto del estudio normal. Esófagostroscopia: varices esofágicas grado III/IV con signos de riesgo de sangrado, gastrropatía. Estudio hemodinámico hepático: Presión suprahepática libre: 14, presión suprahepática enclavada: 18, presión vena cava inferior: 13, gradiante: 4. Ante estos hallazgos y tras presentar el caso en sesión clínica, se le realiza shunt meso-cava en "H" con prótesis de PTFE anillada. A los 6 días postoperatorios se realiza Doppler previo al alta hallando que el shunt no presenta flujo. Se realiza portografía no hallando paso de contraste a través del shunt. Se observa un acodamiento del shunt a nivel de la anastomosis mesentérica, colocándose endoprótesis y perfusión de urokinasa. A las 24 horas se realiza un control hallando un buen flujo a través del shunt. El paciente seis meses después presenta en la gastroscopia varices esofágicas grado I/IV, y no ha presentado nuevos episodios de sangrado.

Resultado: La cirugía derivativa de la cavernomatosis portal, presenta complicaciones quirúrgicas escasas, aunque pueden presentarse obstrucciones del shunt, bien por trombosis, estenosis de las anastomosis (siendo más frecuente la anastomosis de la prótesis con la vena mesentérica) o por acodamiento como es el caso expuesto.

Conclusiones: El papel de la radiología endovascular en la hipertensión portal del paciente cirrótico es fundamental en la actualidad. De estos conocimientos y desarrollo de las técnicas endovasculares, nos podemos aprovechar para el diagnóstico y tratamiento de las complicaciones de las derivaciones porto-sistémicas (meso-cava). En la literatura quirúrgica no hemos hallado publicaciones sobre estas opciones de tratamiento, en primer lugar porque son casos de escasa frecuencia, de ello la importancia de conocer que existe esta posibilidad.

P-172

VALOR PRONÓSTICO DE HCNT1, Y DE TIMIDILATO SINTASA (TS) EN PACIENTES CON ADENOCARCINOMA DUCTAL DE PÁNCREAS

J.M. García Manteiga¹, M. Morell Ginestà², G. Capellà Munar², F.J. Casado¹, A. Mazo¹, M. Pastor Anglada¹, R. Jordà Martín³, F.J. García Borobia³ y J. Frabregat Prous³

Universitat de Barcelona, Barcelona¹, Institut Català de Oncología, L'Hospitalet de Llobregat², Hospital Universitario de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat³.

Los análogos de los nucleótidos y nucleobases como la gemcitabina y capacetabina se utilizan actualmente en el tratamiento de un gran número de tumores. El 5- Fluorouracilo (5-FU) es el fármaco utilizado de forma rutinaria hasta el momento en el tratamiento del cáncer de páncreas. La Gemcitabina está mostrando resultados aceptables en enfermedad metastásica. Los transportadores de nucleótidos, en concreto el hCNT1, están implicados en el transporte y citotoxicidad de la Gemcitabina, y del 5-DFUR, metabolito intermedio de la capecitabina y precuror inmediato del 5-FU.

Objetivos: Estudiar el patrón de expresión de este transportador, hCNT1, en el páncreas humano y estudiar el valor pronóstico de la expresión del transportador hCNT1 y de la Timidilato Sintasa (TS) en cáncer de páncreas humano.

Material y métodos: Hemos estudiado muestras parafinadas de páncreas normales y de 48 pacientes afectos de adenocarcinoma ductal de páncreas, 26 de los cuales han recibido tratamiento adyuvante, 5-FU y radioterapia, después de la resección quirúrgica. El seguimiento clínico posterior a la cirugía ha sido de 90 meses. Se analizó la expresión de hCNT1 y de la proteína Timidilato Sintasa (TS) mediante inmunohistoquímica.

Resultados: La expresión de la proteína hCNT1 es negativa en las células exocrinas del tejido normal y en la mayoría de células del tejido tumoral (73%) mientras que son marcadamente positivas todas las células neuroendocrinas de los islotes pancreáticos tanto en muestras normales como en tejido tumoral. No existe correlación entre expresión de hCNT1 y la expresión de Cromogranina A, marcador neuroendocrino. El 27% de los tumores pancreáticos sobreexpresan hCNT1 en

las células tumorales ductales mostrando expresión intracelular. El 43% de los casos presentan sobreexpresión de TS, existiendo una correlación positiva con la expresión de hCNT1 ($p = 0,001$). Los tumores que expresan bajos niveles de TS (< 5%) y de hCNT1 (< 10%) presentaban un peor pronóstico (supervivencia a 5 a: TS/hCNT1 bajos 0% vs resto 24%; $p < 0,01$).

Conclusiones: La expresión de hCNT1 en páncreas normal humano está localizada en los islotes pancreáticos. La baja expresión de hCNT1 y TS en adenocarcinomas de páncreas identifica un grupo de pacientes con peor pronóstico.

P-173

ILEO BILIAR. REVISIÓN DE UNA SERIE DE 57 CASOS

L. Sánchez Moreno, M.C. Martín Jiménez, R. Jiménez Rodríguez, E. Romero Vargas, J. Vázquez Monchul, F. Docobo Durández, M.J. Tamayo García

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Hemos procedido a realizar una revisión de los casos de ileo Biliar atendidos en nuestro Hospital, analizando su incidencia en nuestro medio, la frecuencia de presentación en relación a la patología biliar intervenida, las formas de presentación clínica y la mortalidad y morbilidad observada .

Material y métodos: Se presenta una serie de 57 casos de ileo biliar diagnosticados y tratados en el período comprendido entre enero de 1995 y diciembre del 2005 en el Hospital Virgen del Rocío. Se han recogido los casos tratados quirúrgicamente por ileo biliar demostrable, bien preoperatoriamente como intraoperatoriamente por obstrucción intestinal de etiología no determinada.

Se evaluaron edad, sexo, cuadro clínico, técnica quirúrgica, estancia media hospitalaria, evolución postoperatoria, complicaciones y mortalidad.

Resultados: Durante el período analizado fueron tratados 57 casos con ileo biliar clínicamente demostrable. De ellos 49 (85,96%) fueron mujeres y 8 (14,04%), hombres. La edad media global fue de 71 años. Todos los pacientes intervenidos presentaron un cuadro clínico de obstrucción intestinal: vómitos, distensión abdominal, detención de heces y gases.

La enterotomía y extracción del cálculo fué la técnica habitualmente empleada y sólo en determinados casos se realizó Colecistectomía. La estancia media hospitalaria fue de 14,61 días.

La morbilidad registrada en el postoperatorio: complicaciones cardíacas (1 casos), complicaciones vasculares (4 casos), complicaciones respiratorias (1 caso), complicaciones tracto gastrointestinal (3 casos), complicaciones urinarias (3 casos), infecciones herida quirúrgica (12 casos), Fístula postoperatoria (4 casos) y evisceración (2 casos).

La mortalidad total fue del 11% (6 casos), todos ellos en las primeras 24 h tras ingreso.

Conclusiones: El ileo biliar es una rara complicación de la litiasis biliar que se presenta predominantemente en mujeres de edad avanzada. Se debe a la existencia de una comunicación anormal entre la vía biliar y el tubo digestivo, siendo la más frecuente la fístula colecisto-duodenal, cuya formación pasa generalmente inadvertida, interpretándose el cuadro como cólico biliar o episodio de colecistitis aguda. El diagnóstico en la mayoría de los casos es intraoperatorio. Existe un acuerdo en que lo primero a tratar sería la obstrucción intestinal y secundariamente la fístula biliointestinal. La mortalidad es elevada, por lo que el tratamiento debe ser quirúrgico y lo más precoz posible.

P-174

TUMORACIÓN QUÍSTICA DE COLA DE PÁNCREAS SOBRE PÁNCREAS CON COLA BÍFIDA

M. Gómez Ruiz, J.C. Rodríguez Pino, A. Bellido Luque, X. Molina Romero, S. de la Serna Esteban, J. Calafell Clar y J.A. Soro Gosálvez
Hospital Son Dureta, Palma de Mallorca.

Objetivos: El páncreas con cola bifida es una malformación congénita infrecuente, generalmente de diagnóstico incidental o en relación con sus complicaciones. Presentamos un paciente con tumoración mucinosa quística de cola de páncreas sobre cola bifida y realizamos una revisión de las malformaciones pancreáticas.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico de un varón de 39 años de edad con dos episodios de pancreatitis agudas consecutivas en menos de 6 meses. El paciente es estudiado por el Servicio de Digestivo de nuestro hospital, siendo diagnosticado de Neoplasia Mucinosa Quística sobre cola bifida de páncreas mediante Tomografía Computarizada, Colangio Resonancia Magnética, Eco Endoscópica Digestiva y PAAF. Con dicho diagnóstico se decide pancreatectomía caudal con esplenectomía de necesidad, resecando únicamente la cola afecta.

Resultados: El paciente evoluciona favorablemente siendo dado de alta al octavo día postoperatorio sin incidencias. Una semana más tarde el paciente reingresa por cuadro de neumonía nosocomial de la que se recupera con tratamiento antibiótico endovenoso, manteniéndose posteriormente asintomático tras un año de seguimiento.

Conclusiones: La cola bifida de páncreas es una malformación congénita muy infrecuente, que debe diferenciarse del páncreas divisum y que cursa ocasionalmente con pancreatitis de repetición. Tras la revisión bibliográfica realizada, no queda claro que en estas malformaciones sean más frecuentes las pancreatitis agudas que en el resto de la población. Comunicamos un caso con dos episodios de pancreatitis aguda y con tumoración quística sobre una de las dos colas pancreáticas.

P-175

MIELINOLISIS CENTRAL EXTRAPONTINA EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

P.A. Cascales Campos, P. Ramírez Romero, E. Terol Garaulet, L. Sánchez Alarcón, C. Marín Hernández, J.L. Sanmartín Monzó, A. León Hernández, G. Parrilla, R. Robles Campos, F. Sánchez Bueno y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La mielinolisis central pontina es una rara afectación neurológica. La corrección brusca de una hiponatremia en pacientes alcohólicos crónicos y/o desnutridos es el factor etiopatogénico más aceptado. La RNM es el mejor método diagnóstico. La desmielinización adicional de regiones extrapontinas es excepcional. Desde enero del 2000 hasta enero del 2006 se han realizado en nuestro servicio 280 trasplantes hepáticos sobre 262 receptores. Hemos tenido 3 casos de mielinolisis central pontina (1,1%), 2 de ellas además extrapontinas.

Casos clínicos: Caso N° 1: varón de 61 años, con cirrosis hepática etanólica estadio B de Child, MELD 18, sin trastornos hidroelectrolíticos pretrasplante. Trasplante hepático en agosto del 2004. Al tercer día postoperatorio comienza con deterioro del nivel de conciencia, anartria con afectación de pares craneales bajos y tetraplejia con Babinski bilateral. En la RNM se encontró una mielinolisis central pontina y extrapontina. La evolución del injerto hepático fue favorable, así como de su cuadro neurológico quedando el paciente con dificultades en la deglución, disfasia motora y tetraparesia con discreta mejoría hasta la actualidad, precisando ayuda para tareas básicas en su domicilio.

1. Caso N° 2: varón de 66 años con cirrosis hepática etanólica y virus B positivo en estadio C de child, MELD 21. Hiponatremia pretrasplante. Trasplante hepático en Enero del 2006. A las 24 horas posttrasplante comienza con un deterioro del nivel de conciencia con un cuadro de tetraparesia con afectación de pares craneales, manteniendo la mirada y la capacidad de parpadear. La RNM confirmó el diagnóstico de mielinolisis central pontina y extrapontina. A los tres meses del trasplante, la evolución del injerto hepático es favorable, con una mínima recuperación de la capacidad motora de las extremidades, ingresado en un hospital de cuidados medios.

2. Caso N° 3: mujer de 57 años, diabética, retraso mental leve afecta de una cirrosis criptongénica estadio B de Chile, MELD 16. trasplante hepático en septiembre del 2005. 6 días después del trasplante comienza con tetraparesia y tetrahipoestesia con reflejos osteotendinosos exaltado, Babinsky presente bilateralmente, con parálisis facial central. La RNM confirmó el cuadro de mielinolisis central pontina. Buena función del injerto con recuperación funcional aceptable de las funciones motoras y sensitivas hasta la fecha, siendo autónoma para tareas personales de aseo aunque con dificultad, precisando ayuda para tareas básicas en su domicilio.

Conclusión: La mielinolisis central pontina es una grave enfermedad que puede ocasionar secuelas neurológicas permanentes. La afectación extrapontina infrecuente, pero imprime peor pronóstico. Es fundamental la

prevención de la misma, mediante la corrección lenta del sodio plasmético. No existe terapia específica para este cuadro salvo la prevención.

P-176

DIAGNÓSTICO INTRAOPERATORIO DE TUMOR DE KLASTKIN SIN ICTERICIA PREVIA DEBIDO A VARIANTE ANATÓMICA BILIAR

P. Pastor, C. Marín, R. Robles, A. López Conesa, M. Ramírez, B. Abellán, M.D. Morales y P. Parrilla

Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: el colangiocarcinoma hiliar o tumor de Klaskin representa más de la mitad de los tumores de la vía biliar. Debido a la localización del tumor en la bifurcación de los hepáticos, la ictericia progresiva e indolora es el síntoma principal apareciendo en más del 90% de los casos. Nuestro objetivo es presentar un caso de tumor de Klaskin sin ictericia previa debido a una variante anatómica biliar.

Material y método: mujer de 73 años, asintomática, que en analítica de control presenta aumento de la fosfatasa alcalina (209 U/L) y la GGT (164 U/L). La bilirrubina y las enzimas hepáticas son normales (Br: 0,9, GOT: 31 U/L, GPT: 34 U/L). Se realiza serología que es negativa y eco-grafía abdominal (ECO) en la que aparece dilatación del árbol biliar intrahepático izquierdo y de los segmentos centrales del lóbulo derecho IV y VIII. En la CRMN se confirman los hallazgos de la ECO junto con un defecto de replección intraluminal redondeado compatible con litiasis en la vía biliar intrahepática del lóbulo izquierdo. El CEA está ligeramente elevado, 6,5 U/ml, y el Ca 19,9 es normal (26 UI/ml). Se interviene por abordaje laparoscópico realizando colecistectomía y colangiografía intraoperatoria en la que se observa amputación del radical biliar izquierdo, estenosis del conducto biliar anterior del LHD y drenaje independiente del conducto biliar posterior derecho al colédoco distal, cercano al conducto cístico. Se convierte a incisión subcostal bilateral confirmando los hallazgos de la CIO. Se diseña la vía biliar a nivel hiliar encontrándola de aspecto y palpación tumoral por lo que se realiza biopsia intraoperatoria que informa de colangiocarcinoma desarrollado sobre la unión del hepático izquierdo con el radical biliar anterior derecho. Ante estos hallazgos se decide realizar hepatectomía izquierda reglada más resección de S. I, linfadenectomía regional, con resección de la vía biliar y reconstrucción en Y de Roux a 3 radicales biliares autorizados. La anatomía patológica definitiva informa de colangiocarcinoma sin invasión ganglionar (T3N0M0). A los 3 años de la intervención la enferma está asintomática con las enzimas hepáticas y los marcadores tumorales normales.

Conclusión: la ictericia es el síntoma dominante en el tumor de Klaskin aunque en ocasiones pueden aparecer sin este síntoma siendo más complejo su diagnóstico, siendo la elevación de los enzimas de colestasis (FA y GGT).

P-177

EXPOSICIÓN TRANSEDIAFRAGMÁTICA DE LA VENA CAVA INFERIOR SUPRAHEPÁTICA

F. Pereira Pérez, P. Artuñedo, A. Antequera, M. de Vega, M. Durán, J. Martínez-Piñeiro y J. de la Torre
Hospital de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

La disección de la cava inferior suprahepática es una maniobra delicada, aunque segura en manos expertas. No obstante existen situaciones en que la anatomía y la textura de los tejidos de la zona están alteradas, lo que puede dificultar mucho esta maniobra o hacerla incluso francamente peligrosa, como en determinadas resecciones hepáticas (especialmente re-resecciones cuando en la primera intervención sobre el hígado la disección en el área de la cava suprahepática ha sido extensa), en el retrasplante a medio-largo plazo o en el trasplante por síndrome de Budd-Chiari.

En estos casos existe un recurso técnico de gran utilidad para disectar la cava suprahepática de forma segura, minimizando los riesgos hemorrágicos. Una pequeña frenotomía por delante de la cava facilita el acceso a la cava inferior supradiafragmática, inmediatamente antes de su entrada en la aurícula derecha, en una zona virgen alejada del proceso fibrótico infradiaphragmático.

Esta es la técnica empleada en los 2 casos que se describen, en los que la anatomía de la zona suprahepática estaba muy distorsionada

por la cirugía previa, considerándose necesario el control de las cavas por la dificultad de la resección hepática prevista.

El primer paciente había sido previamente intervenido por un gran quiste hidatídico del lóbulo derecho con resección de la mayor parte de la perióstica dejando un fragmento de la misma en contacto con la cava y la vena hepática derecha. En el postoperatorio tardío desarrolló una fistula bilio-bronquial en relación con una colección persistente subfrénica y colangitis de repetición por estenosis del conducto derecho con atrofia del lóbulo. Se realizó hepatectomía derecha.

El segundo paciente había sido sometido a una hepatectomía derecha previa (incluyendo la vena hepática media) con resección limitada de metástasis izquierdas), con colección subfrénica postoperatoria que requirió drenaje percutáneo. Se realizó hepatectomía del segmento IV por recidiva hepática.

Se presentan las peculiaridades clínicas por las que se consideró necesario en control de la cava suprahepática y los pasos técnicos para realizar el mismo a nivel supradiafragmático.

P-178

PERITONITIS BILIAR TRAS RETIRADA DE TUBO DE KEHR: MEJORA DE RESULTADOS

H. Oehling de los Reyes, M. Vargas Fernández, M. Felices Montes, M.M. Rico Morales y R. Belda Poujoulet
Hospital Torrecárdenas, Almería.

Objetivos: La peritonitis biliar es la complicación más grave que se presenta relacionada con el tubo en "T". La falta de formación de trayecto fistuloso peritubo podría ser una de sus causas. Con este estudio se pretende objetivar la mejora de resultados tras introducir dos cambios importantes en el tratamiento: Hemos cambiado la marca y composición del tubo de Kehr, y procedemos a retirarlo a partir de un mes como mínimo.

Material y métodos: Se analizan dos muestras similares, realizadas en diferentes períodos de tiempo, pero consecutivas, ambas recogiendo pacientes intervenidos por patología coledociana benigna, con colocación de tubo en "T" tras coledocotomía supraduodenal.

La primera muestra recoge 45 pacientes, de los cuales 27 fueron mujeres (60%) y 18 hombre (40%), de 64 años de edad media. El tubo de Kehr fue de latex –siliconado, y se produjo su retirada sobre el 15º día. La segunda muestra recoge 71 pacientes, con 34 hombres (48%) y 37 mujeres (52%), de 64 años de edad media, siendo el tubo en este caso siliconado, de la marca Rusch Medical®, y procediendo a su retirada sobre el mes tras la intervención salvo en 2 casos, que se retiró al 15º día y en 3 casos que se ha retirado tras mes y medio o más.

Resultados: De la primera muestra, 12 pacientes (26%) requirieron la parotomía por cuadro de peritonitis biliar franca, observándose en el acto quirúrgico escasa formación del trayecto reactivo de drenaje.

De la segunda muestra, han precisado laparotomía por peritonitis biliar tras retirada de Kehr 2 enfermos y en un caso se ha demostrado mediante eco/tac presencia de líquido libre, con clínica compatible, si bien no preciso laparotomía. Obtenemos así una incidencia del 4,9%. Coincide que uno de los casos de peritonitis biliar corresponde con retirada del Kehr sobre el 15º día del postoperatorio.

Conclusiones: Comparando ambas muestras se deduce una mejoría franca al cambiar el material del tubo (latex-silicona por latex) y prolongar en un mes como mínimo el momento de la retirada. El latex produciría más reacción inflamatoria contribuyendo a formar la fistula peritubo, y al aumentar el tiempo de retirada pensamos que da más "madurez" al mismo, hechos ambos que han permitido reducir la incidencia de ésta catastrófica complicación. No obstante, aun nos queda bastante para acercarnos a la incidencia reportada en la literatura médica (0,5% al 2%, siendo nuestra incidencia del 4,9%).

P-179

RESECCIÓN HEPÁTICA EN EL TRATAMIENTO DEL HCC SOBRE HÍGADO SANO: FIBROLAMELAR VERSUS NO FIBROLAMELAR

C. Marín Hernández, R. Robles, A. López Conesa, B. Abellán, P. Galindo y P. Parrilla
Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: el hepatocarcinoma (HCC) sobre hígado sano supone aproximadamente el 10% de todos los HCC. En estos casos, la variante

fibrolamellar es menos frecuente y menos agresiva que el resto de los HCC sobre hígado sano. Nuestro objetivo es presentar una serie de 12 pacientes con HCC sobre hígado sano, analizando formas de presentación clínica, exploraciones fundamentales para el diagnóstico, el valor de la biopsia hepática y de la alfafetoproteína, y el pronóstico tanto en las formas fibrolamelares como no fibrolamelares.

Pacientes y métodos: entre Enero de 1996-Abril de 2006 hemos realizado 370 resecciones hepáticas (RH). En 12 casos se realizó RH por HCC sobre hígado sano, de los cuales 3 fueron HCC fibrolamellar. De estos 12 pacientes 8 fueron varones y 4 mujeres con una edad media de 56 años (36-71) (16 años en el fibrolamellar frente a 53 en el no fibrolamellar). Primera manifestación clínica: dolor en hipocondrio derecho en 4 casos, aumento de enzimas en 3 casos, masa en hipocondrio derecho en 2 casos, hemoperitoneo en 1 caso, fiebre de origen desconocido en un caso, y el restante se descubrió en el seguimiento de un trasplante hepático. En 5 pacientes la AFP presentaba niveles por encima de lo normal (rango: 500-130.000), siendo normal en el fibrolamellar. El gran tamaño tumoral fue una característica común con una media de 10 cm. (rango 3-23 cm). Se realizaron 6 HD, 2 trisegmentectomía derecha, 3 bisegmentectomías y una segmentectomía. En 4 pacientes se realizó una linfadenectomía del hilum hepático, en 3 retroperitoneal y en otro paciente se extirpó un fragmento de diafragma por infiltración tumoral. El peso medio de la pieza fue de 1000 gr (rango 55-3370 grs). Un paciente había sido trasplantado previamente por HCC sobre cirrosis, presentando a los 5 años del trasplante un HCC en LHD. Histología: 2 presentaban características de multicéntrico en LHD, 9 fueron trabeculares (2 con patrón sólido), y 5 presentaron invasión vascular, 3 pacientes fueron histológicamente muy bien diferenciados; y 3 fueron fibrolamelares.

Resultados: La supervivencia global a 1, 3 y 5 años fue del 91%, 59% y 41% (100%, 100%, 66% en el fibrolamellar y del 86%, 52% y 36% en los no fibrolamelares). Tras la RH, 3 pacientes presentaron morbilidad (25%). Estancia media de 8,2 días (5-12). En 8 pacientes se realizó control hemihepático y en 3 maniobra de Pringle (10,11 y 12 min). Cinco de los pacientes precisaron transfusión con una media de 366 ml. En un paciente se realizó resección en cuña de una metástasis pulmonar al año de la resección hepática falleciendo a los 2 años.

Conclusiones: la forma de presentación clínica más frecuente fue el dolor en hipocondrio derecho, la AFP tuvo valor diagnóstico preoperatorio en 41%. La resección hepática es una opción terapéutica válida para el tratamiento del HCC sobre hígado sano, obteniendo supervivencias aceptables, tanto en el fibrolamellar como en el no fibrolamellar, con mejor pronóstico en el fibrolamellar.

P-180

ENFERMEDAD DE CROHNS Y COLANGITIS ESCLERSANTE PRIMARIA CON ESTENOSIS DOMINANTE DEL COLEÓDOCO DISTAL

C. Zapata Syro, E. Martín-Pérez, C. Esteban Fernández-Zarza, I. Bodega, A. Minaya, I. Sharmashvili, L. Sánchez-Urdazpal y E. Larrañaga

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

Introducción: La colangitis esclerosante primaria (CEP) es una enfermedad hepática colestásica crónica caracterizada por estenosis multifocales en la vía biliar intra y extrahepática. Aunque se observa con mayor frecuencia en Colitis Ulcerosa, entre un 1 y 14% de los pacientes con CEP tienen enfermedad de Crohn con afectación colónica. Presentamos un paciente con enfermedad de Crohn que presentó episodios repetidos de colangitis por CEP con estenosis dominante del coleódoco distal.

Caso Clínico: Varón de 34 años con antecedentes de enfermedad de Crohn con afectación cólica diagnosticado en 1997 sin episodios de reagudización, en tto actual con Mesalazina. Acude a urgencias por dolor abdominal intenso localizado en epigastrio, vómitos y cuadro presinusal asociado a fiebre de 38 °C. Exploración: Abdomen doloroso en epigastrio e HD. Analítica: Bi 2,4; GOT 43 U/L; GPT 480 U/L; GGT 301 U/L; FA 181 U/L; Orosomucoide 132; PCR 15; VSG 56; fibrinógeno 400; CA 19,9 763 U/ml. Hemocultivos + para E. Coli. ECO abdominal: Dilatación de VBIH y VBEH con coleódoco de 19 mm que termina de forma abrupta en cabeza páncreas. Vesícula alitiásica. No signos de colecistitis. Se realiza CPRE: Coleódoco proximal y medio dilatado (13 mm). En coleódoco

distal se aprecia afilamiento distal con captación irregular de contraste e imagen de empedrado. Probables pseudopolipos en coleódoco distal. Colangio-RM: Dilatación de VBEH (calibre de 17 mm) VBIH normal. Estenosis a nivel del tercio distal del coleódoco en su región intrapancreática donde se aprecian múltiples defectos de repleción en la pared del mismo que sugiere un proceso inflamatorio en evolución. El paciente es tratado con antibióticos y evoluciona favorablemente. En los siguientes 6 meses presenta 4 episodios similares de colangitis. Se repite CPRE con intento fallido de canular la papila por estenosis, por lo que se decide intervención quirúrgica. En la laparotomía se objetivó una gran dilatación de la vía biliar con estenosis distal. Se realizó resección del coleódoco hasta porción intrapancreática y hepaticoyeyunostomía en Y de Roux. Biopsia intraoperatoria: No signos de malignidad. A.P: Coleódoco con marcado infiltrado inflamatorio y fibrosis con ulceración de la mucosa. Hallazgos compatibles con CEP. Intenso infiltrado inflamatorio difuso agudo y crónico de la pared del coleódoco con amplias áreas ulceradas y marcados cambios regenerativos a nivel de la mucosa. Biopsia hepática: Ligera ampliación de los espacios porta con presencia de ligera fibrosis concéntrica en torno a conductos biliares de calibre variable sin lesiones degenerativas significativas del epitelio del conducto. Neoforación ductal y dudosa presencia de ductopenia.

Discusión: Las estenosis dominantes en la CEP pueden originarse en la vía biliar extrahepática y son una causa importante de síntomas en esta enfermedad. Aunque deben evitarse las intervenciones quirúrgicas sobre la vía biliar porque no alteran la historia natural de la enfermedad, están indicadas cuando existe una estenosis dominante que no mejora con los procedimientos endoscópicos o radiológicos o precisa la repetición continua de los mismos y cuando el trasplante hepático no esté indicado en ese momento por una buena función hepática.

P-181

LESIONES IATROGÉNICAS DE LA VÍA BILIAR SECUNDARIAS A CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

G. González Sanz, M. Gavin Berceo, V. Rodrigo Vinue, A. Serrablo Requejo, L. López Molina y J. Esarte Muniain
Hospital Universitario Miguel Server, Zaragoza.

Objetivo: Analizar las causas, tipo de lesiones, y cuál es la mejor manera de manejar estos pacientes para resolver la complicación en el primer intento.

Pacientes y método: Se presentan 18 casos de lesión iatrogénica de la vía biliar intervenidos desde 1994 a 2006. Seis lesiones en el propio hospital y 12 fuera de éste. La edad media de los pacientes fue de 67,3; 6 son varones y 12 mujeres. El método de elección para la reparación de la lesión es la hepatico-yejunostomía en Y de Roux y el tratamiento es realizado por un equipo multidisciplinar de expertos.

Resultados: Diagnóstico intraoperatorio: De 15 suficientemente documentados en 5 (33,3%) se detectó la lesión intraoperatoriamente. En 2 se realizó sutura directa de la VB sobre Kehr y las 2 requirieron una 2^a intervención por cirujano experto (hepatico-yejunostomía en Y). En las otras 2 se realizó coleódoco-duodenostomía, la 1 por el propio cirujano que también requirió reintervención. En la otra (paciente de 83 años) participó experto evolucionando satisfactoriamente. En la 5^a se realizó una hepático yejunostomía (cirujano no experto) que evolucionó tardíamente hacia estenosis y colangitis.

Causas: De 13 suficientemente documentados, 4 lo fueron por patología local añadida, 7 por mala interpretación / error técnico y 2 realizados por cirujano en fase de aprendizaje.

Localización. (clasificación de Bismuth): Tipo 1: dos casos (11%). Tipo 2: 6 casos (32%). Tipo 3: 6 casos (32%). Tipo 4: 3 casos (16%) Tipo 5: 1 caso (6%).

Actuaciones: En 5 casos ha sido necesaria la colaboración de radiología intervencionista para drenaje de colecciones (2 absceso parafistuloso, 1 drenajes de peritonitis biliar, 2 drenajes de bilioma).

En 3 casos se ha requerido cirugía previa a la intervención definitiva. De los 17 pacientes reintervenidos en 16 se realizó hepatico-yejunostomía

En 1 caso (4^a reintervención + cirrosis biliar secundaria) se realizó doble hepato-yejunostomía

Conclusiones: Un diagnóstico correcto de la lesión de la VBP es esencial para un tratamiento definitivo en el primer intento, lo que exige la asistencia de un equipo multidisciplinar y experto cuyos resultados son

evidentemente mejores. Es por tanto aconsejable solicitar la colaboración o traslado a centros de referencia. El procedimiento idóneo para su tratamiento es la hepatico-yejunostomía en Y de Roux en sus distintas formas.

P-182

IMPORTANCIA DEL INTERVALO ENTRE EL EPISODIO DE PANCREATITIS Y LA COLECISTECTOMÍA EN LAS RECURRENCIAS DE PANCREATITIS BILIAR

F.J. Moreira Ocon, F. Ripoll Orts, J. Martín Arevalo, M. García-Granero Ximénez, J. Millan Tarin, J. García Mingo y J.C. Bernal Sprekelsen
Hospital de Requena, Requena.

Objetivo: Analizar la influencia del intervalo de tiempo transcurrido entre un episodio de pancreatitis biliar (PA) y la colecistectomía en la tasa de recurrencia de ataques de PA.

Material y métodos: De enero 02 a febrero 06 ingresaron en nuestro servicio 108 pacientes con PA. Excluimos tres pacientes cuya colecistectomía se llevó a cabo más de 10 años atrás. Los pacientes sometidos a colecistectomía se dividieron en cuatro grupos atendiendo al intervalo de espera en semanas hasta la colecistectomía: A) intervalo inferior o igual a 4; B) entre 5 y 8; C) de 9 a 12; D) más de 13.

Resultados: Se incluyeron 105 pacientes: 14,2% graves (clasificación de Atlanta) y 85,8% moderadas. La mortalidad fue de 8,6% ocurrida en las PA graves excepto una PA moderada (tromboembolismo pulmonar). La muerte se produjo al 5º día del ingreso (rango 1 a 11). En ningún paciente con recidiva (R) la gravedad del episodio fue superior al inicial. El 65,7% de los pacientes fue sometido a colecistectomía y este procedimiento no se llevó a cabo en el 25,5%, bien por elección del enfermo bien por elevado riesgo quirúrgico. De los sometidos a colecistectomía un 17,8% sufrieron R en espera de la cirugía, mientras que hubo R en 26,1% de los que no se operaron sin que estos porcentajes alcanzaran diferencia significativa ($p=0.538$ con X^2 y corrección de Fisher). El 10% de las R se produjeron en las primeras 4 semanas tras el episodio. El porcentaje de R por grupos fue de: 7,7% en A, 11,8% en B, 0% en C y 36,8% en D ($p = 0,060$ con test de Kruskal Wallis).

Conclusiones: El no realizar la colecistectomía en el mismo ingreso tras un episodio de PA no se asocia a la aparición de consecuencias graves para el enfermo. Cuando una PA moderada recidiva suele presentarse de nuevo como PA moderada. Las PA que se clasifican en moderadas a las 24 h del ingreso no suelen evolucionar a graves.

P-183

TRASPLANTE HEPÁTICO (SPLIT) PARA DOS ADULTOS

A. Ríos Zambudio, P. Ramírez Romero, P.A. Cascales Campos, L. Alarcón Martínez, R. Robles Campos, F. Sánchez Bueno, C. Marín Hernández, J.A. Fernández Hernández, J. Luján Monpean y P. Parrilla Paricio
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El split de adulto-adulto podría suponer un aumento teórico de hasta un 10 de injertos hepáticos. Presentamos un split que fue utilizado para dos receptores y sus resultados a los dos años del trasplante.

Pacientes y métodos: El donante fue un varón de 30 años y 85 kg de peso (Índice de Masa Corporal de 25), en muerte encefálica secundaria a un traumatismo craneoencefálico, sin antecedentes patológicos ni de ingesta alcohólica. Su estancia en UCI fue de 3 días, presentaba estabilidad hemodinámica, con pruebas funcionales hepáticas normales (GPT = 15 U/L y GOT = 12 U/L), el sodio plasmático de 152 mEq/L, estudios virales negativos y ecografía hepática normal sin esteatosis. Se realizó un split *in situ*, en el cual la porta principal y la vía biliar común se dejó con el injerto derecho, y el tronco celíaco, la vena hepática media y el segmento IV en el izquierdo.

El receptor 1 fue un paciente (SEXO Y EDAD) de 60 kg de peso con un hepatocarcinoma sobre una cirrosis por virus de la hepatitis C. Presentaba un índice de Child B (9), un índice de MELD 20 y el porcentaje de peso del hígado frente al peso corporal de 1,4. Se realizó el trasplante del lóbulo hepático derecho, mediante técnica de piggy-back, con drenaje del segmento VIII, y una anastomosis del colédoco termino-termi-

nal sobre tubo de Kehr. El postoperatorio fue satisfactorio, presentando una función hepática normal al año, falleciendo a los 18 meses por recidiva del hepatocarcinoma con metástasis pulmonares.

El receptor 2 era un paciente (SEXO Y EDAD) de 45 kg de peso con cirrosis biliar primaria. Presentaba a un índice de Child B (8), un índice de MELD 19 y el porcentaje de peso del hígado frente al peso corporal de 1,3. Se realizó el trasplante del lóbulo hepático izquierdo, mediante técnica de piggy-back, y se realizó una anastomosis del hepático izquierdo del donante al colédoco termino-terminal sobre tubo de Kehr. Durante el postoperatorio presentó un cuadro de rechazo agudo con presencia de ictericia que respondió a la terapia con esteroides. Presenta una función hepática normal a los 2 años del trasplante.

Comentarios y conclusiones: La bipartición hepática es una técnica escasamente difundida por su complejidad técnica y logística, pero con un gran potencial que puede contribuir a reducir la lista de espera.

P-184

¿EL HÍGADO PROTEGE AL RIÑÓN DEL RECHAZO HIPERAGUDO DURANTE EL TRASPLANTE HEPATORENAL EN SITUACIÓN DE CROSSMATCH POSITIVO?

P.A. Cascales Campos, P. Ramírez Romero, A. Ríos Zambudio, E. Terol Garaulet, J.C. Navalón Coronado, C. Marín Hernández, J.A. Pons Miñano, M. Miras López, F. Sánchez Bueno, R. Robles Campos y P. Parrilla Paricio
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: En el trasplante hepático, el principal factor tenido en cuenta para determinar la compatibilidad entre donante y receptor es el grupo sanguíneo ABO. En el trasplante de riñón, se tienen en cuenta también la presencia o no de aloanticuerpos preformados frente al donante (citotoxicidad mediada por el complemento y anticuerpos anti-HLA) mediante el análisis de pruebas cruzadas (crossmatch). Presentamos un caso en el que se puede apreciar el factor protector que ejerce el hígado sobre el riñón injertado en un doble trasplante hepato-renal en una paciente con pruebas cruzadas positivas frente al donante.

Caso clínico: Mujer de 23 años, alérgica a frutos secos, trasplantada a la edad de 10 años por fallo hepático fulminante secundario a hepatitis A. Retrasplantada a los 15 años por rechazo crónico. Se le practica un nuevo retrasplante hepático un año después por desarrollar de nuevo en el injerto un rechazo crónico. Ingresó en el hospital por un cuadro de hipertotassemia con elevación de la creatinina y un estudio durante el ingreso que incluyó una biopsia renal en la que se observaba una nefropatía crónica con esclerosis de más del 50% de los glomerulos con atrofia tubular y fibrosis intersticial, interpretándose como una nefropatía crónica secundaria a la ciclosporina que tomaba como inmunosupresor desde el primer trasplante. En abril del 2003 se diagnostica además de un nuevo rechazo crónico, proponiéndose para doble trasplante hepatorenal (cuarto injerto hepático), que se realiza sin complicaciones con un donante de su mismo grupo sanguíneo pero con pruebas cruzadas positivas. Se instaura tratamiento en UCI tras el trasplante con OKT3 por este motivo, siendo suspendido por el desarrollo de un distress respiratorio. La paciente es tratada con Tacrolimus y Micofenolato Mofetilo, con una buena función de ambos injertos 2 años después del trasplante.

Discusión y conclusiones: La determinación de aloanticuerpos preformados en el receptor contra el donante es fundamental en los programas de trasplante renal. Aunque se han descrito sobrevidas disminuidas del injerto hepático cuando las pruebas cruzadas receptor-donante son positivas, la alta resistencia del hígado a los anticuerpos preformados puede constituir un factor protector al riñón en el caso del doble trasplante hepatorenal con pruebas cruzadas positivas.

P-185

ESTADIFICACIÓN LAPAROSCÓPICA DEL ADENOCARCINOMA PANCREÁTICO

A. Moral Duarte, J.I. Pérez García, J.A. González López, V. Artigas Raventos y M. Trias Folch
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: De los tumores pancreáticos teóricamente resecables, entre el 25-40% presentan metástasis hepáticas y/o carcinomatosis pe-

ritoneal indetectables por las técnicas de diagnóstico preoperatorio. La laparoscopia permite diagnosticar estos pacientes y evitar laparotomías innecesarias.

Material y método: Durante los 5 últimos años se incluyeron pacientes con diagnóstico u orientación diagnóstica de neoplasia de páncreas teóricamente resecable. El acto quirúrgico de la resección pancreática se inició con una laparoscopia exploradora valorándose cuidadosamente la presencia de nódulos hepáticos y peritoneales, realizando biopsia y estudio peroperatorio de todas las lesiones sospechosas. Hasta la actualidad no disponemos de la tecnología necesaria para la realización de ecolaparoscopia. Se recogieron los datos epidemiológicos, la medida del tumor, el resultado de la laparoscopia, el tratamiento realizado y el diagnóstico anatomiopatológico.

Resultados: Se incluyeron 39 pacientes con el diagnóstico de adenocarcinoma pancreático. En 10 casos se objetivaron metástasis hepáticas, en 2 casos nódulos peritoneales, en 2 casos múltiples adenopatías y en 1 extensión local, informándose todos ellos como positivos para adenocarcinoma en el estudio anatomiopatológico peroperatorio. De los 21 pacientes resecados el diagnóstico final fue de ampuloma en 3 casos y tumor mucinoso papilar en 1. Por tanto el 33% de los pacientes teóricamente resecables pasaron a ser considerados irresecables ahorrándose la laparotomía (37% para adenocarcinoma pancreático). Tres pacientes fueron excluidos de la cirugía durante la laparotomía post laparoscopia. A 3 pacientes con tumores irresecables se les realizó una derivación biliar por laparoscopia.

Conclusión: La laparoscopia permite diagnosticar de metástasis hepáticas y/o carcinomatosis peritoneal a un 25-40% de los pacientes teóricamente resecables, y por tanto ahorrar ese porcentaje de laparotomías. En ocasiones es posible realizar una derivación biliar o digestiva por laparoscopia en el mismo acto quirúrgico. Los resultados coinciden con los publicados en la literatura y se han mantenido en nuestra serie a medida que han ido aumentando el número de casos.

P-186

ALTERACIONES HISTOPATOLÓGICAS EN UN MODELO DE TRASPLANTE AUXILIAR HETEROTÓPICO HEPÁTICO CON ARTERIALIZACIÓN PORTAL EN CERDOS

O. Fernández Rodríguez, A. Ríos Zambudio, C. Martínez Cáceres, A. Sánchez Sánchez-Vizcaino, L. Martínez Alarcón, C. Conesa Bernal, J.A. Navarro Cámara, P. Ramírez Romero y P. Parrilla Paricio
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: En determinadas hepatopatías agudas fulminantes potencialmente reversibles, una alternativa al trasplante ortotópico de hígado es el trasplante auxiliar heterotópico, que podría proporcionar un soporte metabólico durante la recuperación del hígado nativo. Una variante técnica del trasplante auxiliar es la arterialización portal. Sin embargo, la respuesta morfológica que un hígado porcino puede presentar al hiperaflujo arterial en el territorio portal no está estudiada. El objetivo de nuestro trabajo es determinar las alteraciones anatomiopatológicas que se presentan en un injerto hepático auxiliar consecuencia de la arterialización de la vena porta, y su evolución temporal.

Material y métodos: Hemos valorado 16 trasplantes para los que empleamos 32 cerdos White Landrace inmunológicamente compatibles de 13Kg. los donantes y de 25Kg los receptores. En los animales donantes se realizó una hepatectomía estándar, en los receptores un trasplante auxiliar de hígado heterotópico con arterialización de la vena porta. La recogida de muestras se realizó a las 12 h en 5 casos, a los 2 d en 4 casos, a los 10d en 5 casos y a los 15 y 21 d en 4 casos. El estudio anatomiopatológico se realizó mediante microscopía óptica con procesamiento de las muestras hepáticas y tinción con Hematoxilina-Eosina y Tricrómico de Masson. Se utilizó como grupo control una biopsia de tejido hepático nativo. Se excluyó del estudio un animal que presentó isquemia y necrosis del injerto.

Resultados: Los hallazgos observados a partir de las 12h fueron: congestión moderada, infiltrado inflamatorio inespecífico de tipo mononuclear y dilatación ligera de sinusoides. A partir del 2º día se observó necrosis focal periacinar, hemorragia y, mayor infiltrado inflamatorio que en la fase anterior, estos hallazgos persistieron hasta el día 10 donde además apareció proliferación conectiva e hiperplasia de colangiolos. Sin embargo en las muestras analizadas a partir del día 15 se observó un inicio de regeneración que se visualizó como recuperación de la ar-

quitectura hepática con formación de lobulillos normales, disminución del infiltrado inflamatorio, disminución de la proliferación conectiva y menor número de colangiolos. Así en las muestras analizadas a las 3 semanas post-trasplante se objetivó una buena regeneración de los cordones de hepatocitos, con desaparición del infiltrado inflamatorio, aunque persistió la dilatación de sinusoides. Dos animales presentaron disfunción del injerto y en su estudio anatomiopatológico se observó necrosis por coagulación en el primero de ellos (15 d post-trasplante) y cirrosis en el segundo (19d post-trasplante).

Conclusiones: Son hallazgos comunes y precoces en un hígado con arterialización portal la hemorragia, la necrosis focal periacinar y el infiltrado inflamatorio de tipo mononuclear. Sin embargo, la regeneración de la arquitectura hepática en el injerto, que ocurre a partir de las 2 semanas, sería un indicador de que a priori y en el plazo de 3 semanas, la arterialización no va a producir cambios en la morfología hepática que limiten la funcionalidad del injerto, por lo que podría ser una variante técnica aceptable para el trasplante heterotópico hepático clínico.

P-187

DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LOS TUMORES QUÍSTICOS DEL PÁNCREAS. PRESENTACIÓN DE 16 CASOS

J. Fernández, F. Sánchez-Bueno, R. Robles, P. Ramírez, J.C. Navalón, J.C. Castañer, M. Ramírez, A. Sánchez, E. Romera y P. Parrilla
Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Las neoplasias quísticas del páncreas (NQP) son diagnosticadas cada vez con mayor frecuencia, e incluyen una gran variedad de entidades patológicas, algunas de ellas potencialmente malignas, como la neoplasia quística mucinosa (NQM) o la neoplasia intraductal papilar mucinosa (NIPM), y otras de carácter benigno, como el cistoadenoma seroso (CAS). Este hecho, junto al, en ocasiones muy difícil diagnóstico diferencial respecto de otras lesiones quísticas no neoplásicas como los pseudoquistes, hace que su manejo y tratamiento sea difícil.

Pacientes. La serie se compone de 16 pacientes, 10 mujeres y 6 hombres, con una edad media de 66 años (rango: 29-88 años). El 44% de los pacientes (7 casos) se descubrieron de forma incidental en el curso de exploraciones efectuadas por otro motivo, mientras que los 9 pacientes restantes presentaban clínica relacionada con el tumor: dolor abdominal en 3 casos, ictericia en otros 2, pancreatitis aguda en 2 casos, trombosis venosa profunda en 1 caso y descompensación de la diabetes en el caso restante. El diagnóstico se efectuó en todos los casos mediante el empleo de ECO más TAC, empleándose la punción aspiración con aguja fina (PAAF) en 8 casos: 4 al plantearse tratamiento conservador, 3 por inoperabilidad/irresecabilidad y 1 caso para filiación preoperatoria.

Resultados: De los 16 pacientes que componen la serie, 9 casos fueron intervenidos y 7 observados. Los pacientes observados consistieron en 4 casos de CAS; 2 NQM, en 1 caso por irresecabilidad y en otro por negativa de la paciente; y 1 NIPM, ante la inoperabilidad de la paciente. Los 9 casos que fueron intervenidos consistieron en 2 CAS, 1 de carácter unilocular localizado en cola de páncreas e intervenido ante la imposibilidad de diagnóstico diferencial frente a una neoplasia mucinosa, y otro localizado en cuerpo de páncreas y resecado (pancreatectomía central más cierre muñón proximal y pancreatoyeyunostomía terminal-lateral distal) por dolor; 4 casos de NQM, de los que 2 fueron enucleados (cistoadenoma mucinoso), 1 caso requirió una pancreatectomía corporo-caudal, y otro que no fue resecado debido a la presencia de carcinomatosis peritoneal (estos 2 últimos cistoadenocarcinomas mucinosos); y 3 caso de NIPM, todos localizados en cabeza de páncreas y sometidos a duodenopancreatectomía céfálica. La evolución postoperatoria fue satisfactoria en todos los pacientes excepto uno, una pancreatectomía corporo-caudal, que desarrolló una fistula pancreática. No hubo mortalidad postoperatoria. En el seguimiento a largo plazo fallecieron 2 pacientes, 1 NQM y 1 NIPM, ambos éxitus por evolución de su enfermedad.

Conclusión: Las NQP son tumores diagnosticados cada vez con mayor frecuencia y que, a nuestro juicio, deben ser resecados cuando las pruebas de imagen sugieren lesiones potencialmente malignas (NQM ó NIPM) o cuando su diagnóstico diferencial sea imposible. El empleo de la PAAF debe quedar limitado para aquellos casos en los que se plantee un tratamiento conservador, neoadyuvante o en enfermos de alto riesgo quirúrgico.

P-188**RESULTADOS DE 9 AÑOS EN EL TRATAMIENTO AMBULATORIO DE LA COLELITIASIS**

F. Docobo Durández, L. Sánchez, C. Martín, J. Mena, J.M. Suárez Grau, C. Sacristán, M.J. Tamayo López y J. Vázquez Monchul
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La colecistectomía laparoscópica es el procedimiento de elección en el tratamiento de la colecistitis crónica litiasica sintomática. La posibilidad de realizarse en régimen de cirugía ambulatoria se ha intentado en diversos países con variables resultados. El objetivo es valorar los resultados de un programa de colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio a los 9 años de su inicio.

Material y métodos: Durante el período Enero 1997 y Diciembre de 2005 fueron intervenidos 750 enfermos por colecistitis crónica litiasica. 703 (93,7%) fueron controlados por un período mínimo de 3 meses. Se incluyeron todos los enfermos con litiasis biliar sintomática sin evidencia clínica, analítica o ecográfica de coledocolitiasis o de graves enfermedades asociadas, y que cumplían los criterios de ambulatorización. Las intervenciones fueron realizadas por un equipo entrenado incluyendo residentes de segundo año. Se estableció antibioterapia ante factores de riesgo o perforación vesícula. Profilaxis antitrombótica si riesgo añadido. Visita para preparación y firma de consentimientos para el programa, cirugía a primera hora de la mañana desde el 3º año del programa (excepto los 2 primeros años por la tarde) y controles postoperatorios al teléfono en el postoperatorio inmediato, a la semana y al mes.

Resultados: Se incluyen los de 703 enfermos de la serie. La edad media de la serie fue de 48 años, con un rango de 23-75 años. 626 (89%) eran mujeres y 77 (11%) varones.

El riesgo anestésico se clasificó según ASA en: I: 139 (19,7%)- II: 454 (64,5%) – III: 110 (15,6%). Posición europea en todos los casos. Colocación de 4 trócares en 111 (15,7%) y 3 trócares en los otros 592 (84,3%). Índice de conversión: 38 casos (5,4%). Causas de conversión: Dificultad de identificar estructuras 22 (3,04%). Adherencias 10 (1,22%). Hemorragia 7 (0,87%). Complicaciones intraoperatorias que no obligaron a conversión: Perforación vesícula biliar 17 (2,09%) y sangrado controlado 3 (0,37%).

Alta postoperatoria: Primeros 5 años serie: CMA 4 (1,3%) – 23 horas 302 (98,7%).

Últimos 4 años serie: CMA 305 (76,8%) – 23 horas 92 (23,1%)

Índice sustitución total: 43,8

Complicaciones postoperatorias: Dolor abdominal 4 (0,5%), Coleperitoneo 2 (0,25%) por lesión vía biliar principal. Reingresos: 4 (0,5%) Dolor abdominal.

Reintervenciones: 2 (0,25%) Reconstrucción vía biliar sobre tubo en "t".

Mortalidad: 0

Seguimiento (3 meses): 672 (97,03%) Asintomáticos 21 (2,97%) Sintomáticos: Dolor HD 13 (1,61%); Dolor epigástrico 5 (0,62%); Colección subhepática 2 (0,25%); Cálculo VBP 1 (0,12%).

Conclusiones: Desde la introducción del procedimiento se han aumentado las altas en CMA. Los resultados a largo plazo avalan la eficiencia de la colecistectomía laparoscópica en régimen ambulatorio.

P-189**SÍNDROME DE MIRIZZI. EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE SEGUNDO NIVEL**

A. Cruz Cidoncha, J.C. Palomo Sánchez, M. Losada, E. Marqués Medina, P. Yunta, S. Nabán, B. Dieguez y V. Rosales Trelles
Hospital Virgen de la Luz, Cuenca.

Introducción: En 1948 el Dr. P. Mirizzi describe el síndrome del conducto hepático en el seno de una colecistitis y coledocolitiasis. Era causado por la impactación de un cálculo en el cístico o el cuello de la vesícula que comprime la vía biliar resultando una obstrucción completa o parcial del conducto hepático común. Sugirió una subclasificación: tipo I con compresión extrínseca del conducto hepático común por un cálculo impactado en el cístico, y tipo II con una fistula colecistocoledociana y migración de un cálculo en el conducto hepático común. En una modificación de Cséndes el tipo II se produce por una fistula en donde el cálculo penetra un tercio de la circunferencia, el tipo III dos tercios y el tipo IV la totalidad de la luz. La presión de los cálculos y la reacción inflama-

toria ocasiona necrosis y erosión de la pared del cuello vesicular o del cístico y favorece la penetración en el hepático y la fistula colecisto-biliar. La ictericia obstructiva es la forma más común de presentación. Frecuentemente se acompaña de dolor y fiebre. Las pruebas de imagen utilizadas para el diagnóstico son ecografía, TAC, CPRE y colangioRM. El tratamiento tradicional del síndrome de Mirizzi es quirúrgico. El procedimiento habitual es la remoción de los cálculos impactados abriendo inicialmente el fundus. Si no hay fistula está indicada la colecistectomía parcial dejando el cuello vesicular. La reparación de la vía biliar sobre tubo en T de Kehr usando un flap de vesícula puede ser realizada. El procedimiento endoscópico es otra posibilidad, usándolo tanto como terapia primaria como tratamiento adyuvante a cirugía.

Pacientes y método: Estudio retrospectivo observacional de los pacientes que padecieron Síndrome de Mirizzi entre Junio de 2001 y Febrero de 2006. Se trata de 7 pacientes, 3 varones y 4 mujeres con edad media de 73,28 años. Los pacientes fueron estudiados con ecografía, TAC, colangioRM y CPRE.

Resultados: La sintomatología inicial fue de dolor abdominal en 5 (71,4%), ictericia 6 (85,7%) y un caso (14,2%) de diagnóstico a partir de hallazgos en una analítica. Los tipos encontrados fueron 3 casos de tipo I (42,8%), 3 de los tipos II/III (42,8%) y un caso de tipo IV (14,28%). Los tratamientos realizados fueron colecistectomía parcial y cierre sobre tubo de kehr en 3 casos (42,85%), colecistectomía simple en 3 casos (42,85%), en 6 casos (85,71%) se realizó CPRE, extracción de los cálculos y colocación de una prótesis plástica como técnica asociada a la cirugía. Un caso no se intervino debido a la edad avanzada del paciente y fue solventado mediante una prótesis plástica. En 2 casos se asoció a coledocolitiasis, en 4 a colecistitis y en uno a una fistula colecisto-duodenal. La evolución de los pacientes fue favorable en todos los casos.

Conclusiones: La manifestación clínica mas frecuente del síndrome de Mirizzi es la ictericia aunque también es frecuente el dolor abdominal. El tipo mas frecuente en nuestra serie es el de tipo I que se produce por compresión extrínseca de la vía biliar. El tratamiento quirúrgico es el mas empleado y es frecuentemente apoyado por el endoscópico. Frecuentemente el Síndrome de Mirizzi se asocia a colecistitis.

P-190**ILEO BILIAR: REVISIÓN DE NUESTRA CASUÍSTICA**

G. Rodríguez Velasco, P. Priego, E. Mendía, N. Losa, R. Peromingo, N. Alonso, D. García Teruel, S. Sánchez Picot y V. Fresneda
Hospital Ramón y Cajal. Madrid.

Introducción: El ileo biliar es una complicación infrecuente de la litiasis biliar que se presenta como una obstrucción intestinal debida a la impactación de uno o más cálculos en la luz intestinal. Este cuadro, descrito por primera vez por Bartholin en 1645 en el curso de una autopsia, es secundario a la existencia de una comunicación anómala entre la vía biliar y el tracto gastrointestinal, más frecuentemente a nivel duodenal. Generalmente debutá como un cuadro obstructivo, representando entre el 1 y el 4% de las obstrucciones intestinales en el adulto, porcentaje que aumenta a partir de los 65 años.

La presencia de dilatación de asas de intestino delgado, aerobilia y litiasis biliar ectópica (triada de Rigler) en la radiografía simple de abdomen es patognomónica sin embargo sólo aparece en aproximadamente el 40% de los casos.

Al afectar habitualmente a pacientes ancianos, con múltiples patologías asociada, el retraso diagnóstico y la demora terapéutica son muy frecuentes, aumentando la morbilidad de manera considerable.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de la casuística de nuestro hospital en los últimos 20 años.

Los datos recogidos son: edad, sexo, antecedentes personales, antecedentes de patología biliar, clínica de presentación, pruebas complementarias realizadas, diagnóstico preoperatorio, tipo de intervención, duración de la cirugía, localización de la obstrucción, tamaño y número de cálculos, complicaciones intraoperatorias, morbilidad, estancia hospitalaria.

Resultados: En 20 años hay registrados 36 enfermos, 31 mujeres (86%) y 5 hombres (14%) con una edad media de 76,5 años (51-93). La gran mayoría de enfermos presenta patología médica asociada, y la forma más frecuente de presentación es la obstrucción intestinal. Como estudio preoperatorio se realiza en el 100% de los casos analítica y ra-

diografía de abdomen, siendo la siguiente prueba en frecuencia la eco-grafía abdominal. El diagnóstico preoperatorio más frecuentemente realizado fue el de obstrucción intestinal seguido de íleo biliar, abdomen agudo y tumoración intestinal (1 caso). En todos los casos el tratamiento fue quirúrgico, optándose en la mayoría de las ocasiones por la enterotomía y la extracción del cálculo, sólo en el 21,62% de los casos se realiza reparación de la fistula biliodigestiva y es en estos casos donde se recogen mayor número de complicaciones posquirúrgicas.

Una enferma es reintervenida al año por recurrencia del íleo biliar.

Discusión: El íleo biliar es una urgencia quirúrgica que afecta predominantemente a mujeres de edad avanzada y con pluripatología asociada. En la mayoría de las ocasiones el diagnóstico es intraoperatorio planteándose la duda de si tratar de forma simultánea o diferida la fistula biliodigestiva. Dadas las características de estos enfermos lo habitual es tratar únicamente la obstrucción intestinal y dejar para un segundo tiempo, si fuera necesario, el tratamiento de la fistula.