
TRASPLANTE DE ÓRGANOS

COMUNICACIONES ORALES

O-256. TRASPLANTE DE PÁNCREAS: PRESENTACIÓN DE UNA SERIE SIN MORTALIDAD.

J.A. Pérez Daga, J.M. Aranda Narváez, A.J. González Sánchez, M. Cabello Díaz, M.C. Montiel Casado, I. Fernández Burgos, D. Burgos Rodríguez, D. Hernández Moreno y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga

Introducción: El trasplante de páncreas (TP) es el tratamiento de elección de la diabetes mellitus (DM) asociada a insuficiencia renal crónica (IRC), aunque las dudas sobre sus resultados han impedido su aceptación global. En la última década se ha producido una mejoría de éstos por una disminución de los fallos técnicos (FT): hemorragia, fuga anastomótica (FA), infección de sitio quirúrgico (ISQ), pancreatitis y trombosis vascular. Sin embargo, continúa siendo un procedimiento complejo que puede presentar tasas de morbilidad y mortalidad elevadas.

Objetivos: Describir los resultados de nuestra serie de TP en los primeros 90 días postrasplante.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de los TP consecutivos realizados en nuestro centro desde enero de 2007 a noviembre de 2011. Se analizan las variables del donante (VD), receptor (VR), quirúrgicas (VQ) y postoperatorias (VP) relacionadas con los resultados postrasplante. VD: edad, índice de masa corporal (IMC), hipotensión y parada cardiorrespiratoria. VR: sexo, edad, IMC y tiempo de evolución de la diabetes. VQ: tipo de TP -simultáneo de riñón-páncreas (SPK), páncreas después de riñón (PAK) y páncreas aislado (PTA)-, retrasplante y tiempo de isquemia fría (TIF). VP: pico de amilasemia en las primeras 48 horas (PA), retraso de función del injerto (RFI), estancia en unidad de cuidados intensivos (EUCI), estancia hospitalaria (EH), complicaciones (estratificación según la clasificación de Dindo-Clavien), reintervenciones, supervivencia del receptor y del injerto durante el período de estudio y causas de PI.

Resultados: Se realizaron 58 TP (50 SPK, incluidos 2 retrasplantes, 6 PAK, incluidos 4 retrasplantes, y 2 PTA) en 41 varones y 17 mujeres, con edad

media de 32 años para donantes y 39,3 años para receptores y el IMC medio de 24 Kg/m² y de 24 Kg/m² respectivamente. La media del TIF fue de 10h y 45 min, la mediana del PA de 278 mg/dL y la incidencia de RFI del 17,2%. La media de EUCI y EH fue de 4 y 17 días. La morbilidad fue del 67% pero con significación clínica del 16% (Clavien \geq 3). El 25% de los TP tuvo complicaciones infecciosas, solo 4 por la técnica quirúrgica (1 ISQ superficial, 1 ISQ de espacio y 2 contaminaciones por drenaje), sin FA. Se realizaron 11 reintervenciones (18,9%) en 9 TP. La causa más frecuente fue la trasplantectomía (6), pero ninguna por hemoperitoneo. La supervivencia del paciente e injerto fue del 100% y 87,9%. Aunque la trombosis vascular fue la única causa de PI, su tasa global fue del 13,8%.

Conclusiones: Presentamos 58 TP consecutivos sin mortalidad, con baja tasa de PI por FT y de morbilidad grave. Consideramos, por tanto, que se trata de un procedimiento seguro para tratar la DM con IRC asociada.

O-257. ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA DEL TRASPLANTE SIMULTÁNEO DE PÁNCREAS-RIÑÓN DURANTE EL PERÍODO 2001-2011 EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA

J. Ferrer Fàbrega, M.J. Ricart, M.A. López-Boado, L. Martínez de la Maza, A. Salhi, C. Cornejo, E. Astudillo, R. Rull, S. Sánchez y L. Fernández-Cruz

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Objetivos: Analizar los resultados de la supervivencia del trasplante simultáneo de páncreas y riñón en el Hospital Clínic de Barcelona en los últimos 10 años.

Material y métodos: Desde enero 2001 hasta diciembre 2011 se han realizado 239 trasplantes de páncreas. Analizamos 209 trasplantes simultáneos de páncreas y riñón (TPR) realizados durante este período de tiempo. La edad media de los receptores (67,5% H, 32,5% M) fue de 39 ± 7 años. El 92,3% estaba en diálisis (69,4% HD, 30,6% DP). El tiempo medio de evolución de la diabetes tipo I fue de 25 ± 7 años. La edad media de los donantes (62% H, 38% M) fue de 30 ± 11 años. El tiempo de isquemia fría de los injertos pancreático y renal fue de $11,5 \pm 3,2$ y $13,5 \pm 3,2$ horas, respectivamente. Se realizó la derivación entérica de la secreción exocrina pancreática en todos los casos. En el 95% de los casos se realizó la anastomosis entre la arteria esplénica y la arteria mesentérica superior en el banco; mientras que en el 5% se utilizó un injerto en "Y". La inmunosupresión varió según el año y el paciente.

Resultados: La mediana de seguimiento de la serie fue de $70 \pm 37,7$ meses. La supervivencia del paciente al año, 3 años y 5 años fue del 98,6%, 97% y 97%, respectivamente. La supervivencia del injerto pancreático al año, 3 años y 5 años fue del 90,8%, 87,5% y 84,4%, respectivamente. Se realizaron un total de 15 trasplantes, 12 de páncreas y 3 de riñón.

Conclusiones: El trasplante simultáneo de páncreas y riñón constituye una opción terapéutica eficaz y segura en la diabetes tipo I con insuficiencia renal terminal, obteniendo unos óptimos resultados a medio y largo plazo.

O-258. RETRASPLANTE DE PÁNCREAS: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DURANTE EL PERÍODO 2001-2011 EN EL HOSPITAL CLÍNICO DE BARCELONA

L. Martínez de la Maza, J. Ferrer Fàbrega, M.J. Ricart, M.A. López-Boado, A. Salhi, C. Cornejo, E. Astudillo, R. Rull, S. Sánchez y L. Fernández-Cruz

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Introducción: El aumento en el número de trasplantes de páncreas en los últimos años ha llevado a un incremento en los potenciales candidatos para retrasplante tras el fallo del injerto ya sea por complicaciones quirúrgicas tempranas o por rechazo agudo o crónico del mismo.

Objetivos: Analizar los resultados de los pacientes que han sido sometidos a un retrasplante pancreático en el Hospital Clínic de Barcelona en los últimos 10 años.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de los retrasplantes de páncreas realizados en el periodo comprendido entre enero 2001 y diciembre 2011. El tiempo medio entre el retrasplante y el primer trasplante fue de 61.61 ± 46.38 meses. Las causas más frecuentes de pérdida del injerto fueron el rechazo y los problemas técnicos. Para el análisis estadístico se ha utilizado SPSS versión 18.

Resultados: Entre enero 2001 y diciembre 2011 se realizaron un total de 239 trasplantes de páncreas, de los cuales 24 fueron retrasplantes. El grupo de retrasplante pancreático presentó una media de edad de 40 ± 7 años. El 62,5% de los pacientes fueron hombres y 37,5% mujeres. En 4 casos (16,6%) los retrasplantes fueron reno-pancreáticos y en 20 pacientes (83,4%) se realizó retrasplante de páncreas aislado. Tras un seguimiento de $57,13 \pm 38,6$ meses, todos los pacientes están vivos excepto uno que falleció a los 5 años del retrasplante (peritonitis fecaloidea 2º a perforación por oclusión intestinal). La supervivencia del injerto fue del 91,7% a los 5 años.

Conclusiones: El retrasplante de páncreas se puede considerar una opción terapéutica eficaz y segura en aquellos pacientes con fallo primario del injerto; alcanzando resultados en términos de supervivencia superponibles al trasplante de páncreas convencional.

O-259. DIEZ AÑOS DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN CASTILLA Y LEÓN. EVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS EN DOS PERÍODOS

B. Pérez Saborido, D. Pacheco Sánchez, A. Barrera Rebollo, P. Pinto Fuentes, J.C. Sarmenteto Prieto, E. Asensio Díaz, P. Rodríguez Vielba, F. Labarga Rodríguez, R. Martínez Díez, M. Gonzalo Martín y A. de Anta Román

Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Introducción: El trasplante hepático constituye el tratamiento de elección en pacientes con cirrosis hepática logrando supervivencias por encima del 70% a los 5 años.

Objetivos: Analizar nuestros resultados después de diez años de programa y compararlos en dos épocas de 5 años.

Material y métodos: Desde el inicio del programa en 2001 hasta diciembre de 2011 hemos realizado 325 trasplantes. El 76% son varones, con una edad media de $54,4 \pm 9,4$ años. La principal indicación es la cirrosis (74,6%) y dentro de estas la principal etiología es la cirrosis enólica (44,6%). Dividimos en dos períodos de 5 años para comparar los resultados: de 2001-2006 realizamos 146 trasplantes (44,9%) y de 2007-2011 179 trasplantes (55,1%).

Resultados: De manera global, la supervivencia actual es de 76%, con una supervivencia actuarial a 1, 3, 5 años de 82,7%, 75,6% y 73,2% respectivamente y supervivencia media de $2516,8 \pm 88,3$ días. Al comparar las dos épocas, de manera significativa existe una mayor indicación de trasplante por hepatocarcinoma y por retrasplante en el segundo período (20,1 vs 4,8% y 8,9% vs 4,1% respectivamente). No existen diferencias significativas en la etiología de la cirrosis ni el tipo de virus implicado. Si existe un aumento significativo del tiempo medio de lista de espera en el segundo período (36,5 vs 65,4 días). De manera significativa existe una mayor proporción de pacientes Child C en la primera época (63% vs 38,8%) y un MELD más alto (16,6 vs 13,3), sin diferencias significativas en otros datos funcionales. En cuanto al donante, en el segundo periodo existe una mayor incidencia de anomalías arteriales en el donante (23,1% vs 38,5%). En la primera época se realizaron 12 trasplantes con la técnica clásica y ninguno en la segunda época. Sin llegar a diferencias significativas, necesitamos realizar trombolectomía portal en el doble de pacientes en el segundo período (3,7% vs 7,2%; $p = 0,18$). En la primera época colocamos más tubos de Kehr de manera significativa (20,6% vs 1,2%) mientras que en la segunda época colocamos más tutores biliares (0 vs 3,9%). Existe un descenso significativo en el tiempo de isquemia fría y total en el segundo período (429,2 vs 395,4 minutos y 475,5 vs 439,5 minutos respectivamente). No hemos encontrando diferencias en las necesidades transfusionales (aunque en los dos últimos años si se han reducido), ni en las reintervenciones, ni complicaciones vasculares, ni mortalidad postoperatoria. Sin embargo, existe una mayor incidencia de complicaciones biliares en la primera época (30 vs 17,8%). Sin diferencias significativas, existe mayor supervivencia actual en la segunda época (72,9% vs 78,5%), sin diferencias significativas en la supervivencia actuarial a 1,3 y 5 años.

Conclusiones: Después de 10 años del inicio del programa de trasplante hepático tenemos una supervivencia actuarial a 5 años alrededor del 75%, sin diferencias significativas en las dos épocas a pesar de mayor incidencia de hepatocarcinomas y retrasplante como causa de trasplante en la segunda época, así como más pacientes con trombosis portal. Hemos reducido de manera significativa el tiempo de isquemia fría y las complicaciones biliares en la segunda época.

O-260. ¿INFLUYE LA PRESENCIA DE ANOMALÍAS PORTALES Y LA NECESIDAD DE TROMBECTOMÍA EN LOS RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO? EXPERIENCIA TRAS 10 AÑOS EN EL HOSPITAL RÍO HORTEGA

B. Pérez Saborido, D. Pacheco Sánchez, P. Pinto Fuentes, E. Asensio Díaz, A. Barrera Rebollo, J.C. Sarmentero Prieto, F. Labarga Rodríguez, M. Rodríguez López, P. Rodríguez Vielba, R. Velasco y A. de Anta Román

Hospital Universitario Río Horteiga, Valladolid.

Introducción: La trombosis portal hoy en día no se considera una contraindicación absoluta para el trasplante hepático salvo en los casos de trombosis completa portomesentérica, sin embargo en algunas series se ha correlacionado con peores resultados a corto y largo plazo. El tratamiento de elección es la tromboendovenectomía portal precisando en casos graves la realización de injertos venosos.

Objetivos: Revisar la incidencia anomalías portales y de necesidad de tromboendovenectomía tras diez años de programa de trasplante hepático y su influencia en los resultados a corto y largo plazo.

Material y métodos: Desde noviembre de 2001 hasta diciembre 2011 hemos realizado 327 trasplantes hepáticos siendo el 76% varones con una edad media de 54,4 años. La principal indicación es la cirrosis (74,6%) y de ellas la cirrosis enólica (44,6%) y el tiempo medio de lista de espera es 55,3 días.

Resultados: Encontramos una anomalía portal en 31 pacientes (9,5%) siendo la mayoría trombosis portal en algún grado (26 pacientes, 84%). Realizamos en total 17 trombectomías (5,6%) y en 2 pacientes fue necesario realizar un injerto venoso mesentericoportal (0,7% de la serie y 7,7% de las trombosis). El 61,3% de las anomalías portales y el 70% de las trombectomías se realizaron en los últimos 5 años. La presencia de anomalía portal no se ha relacionado con las complicaciones operatorias, ni el tiempo de isquemia fría, ni de isquemia total, ni la necesidad de transfundir (aunque un 10% de los pacientes sin anomalía portal no se transfunden vs un 3,3% de los que tienen anomalía portal), ni los requerimientos de hemáties, plasma o plaquetas, ni con la incidencia de complicaciones postoperatorias, ni de mortalidad, ni supervivencia a largo plazo aunque sí con el tiempo de isquemia caliente (58 vs 47 minutos), el tiempo de intervención (397 vs 339 minutos) la necesidad de reintervención (29,6% vs 15,3%) y de complicaciones portales (7,4% vs 0,8%) con diferencias significativas. Si analizamos en función de la necesidad de trombectomía portal no existen diferencias significativas en ninguno de los parámetros analizados aunque la incidencia de complicaciones portales, el tiempo de isquemia caliente y el tiempo intervención quirúrgica es mayor en los pacientes con trombectomía portal. Analizando la supervivencia actuarial a 1,3 y 5 años no existen diferencias significativas entre los pacientes sin anomalía portal (87,2%, 80,8% y 77,9% respectivamente) y los pacientes con anomalía portal (74%, 74%, 74% respectivamente) con supervivencia media de 2.692,7 ± 91,6 días vs 2.115,8 ± 231,3. De igual manera, los pacientes que no precisan trombectomía presentan una supervivencia actuarial al 1,3 y 5 años de 86%, 79,3% y 76,7% respectivamente vs 69,8% y supervivencia media de 2.628,7 ± 89,1 vs 1.864,6 ± 314,3 días sin diferencias significativas.

Conclusiones: En nuestra experiencia la presencia de anomalía portal y la necesidad de trombectomía portal durante el trasplante no se relaciona con peores resultados a corto y largo plazo (aunque existe peor supervivencia al primer año), aunque sí con mayor tiempo de isquemia caliente y duración de la intervención.

O-261. CAMBIOS HEMODINÁMICOS E HISTOLÓGICOS PRECOCES EN EL SÍNDROME "SMALL FOR SIZE"

M.A. Steiner, J.M. Asencio Pascual, J. Pérez Ferreiroa, J.A. López Baena, F.R. Atahualpa Arenas, A. Morales Taboada, C.J. Lisbóna Sáez, M. Herrero Traver, J. Laso Pérez, L. Olmedilla Arnal y J.L. García Sabrido

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Describir los cambios hemodinámicos e histológicos perioperatorios que se producen en un modelo porcino de hepatectomía hiperextendida (85% de parénquima reseca) con el fin de describir el mecanismo fisiopatológico inicial del síndrome "Small for Size" (SFS).

Material y métodos: En el presente estudio se incluyeron 15 cerdos Large White con una media de 39 kilos de peso. Bajo anestesia general se procedió a realizar segmentectomías secuenciales (15%, 50% y 65%) hasta completar una resección del 85% del parénquima hepático. Al inicio de la cirugía y posterior a cada segmentectomía se realizaron las mediciones del flujo portal y de arteria hepática, presión portal y presión de las venas suprahepáticas así como monitorización hemodinámica con monitor de PICCO. Las muestras para estudio histológico del hígado reseca y del hígado remanente se realizaron a los 5 minutos posteriores a cada segmentectomía.

Resultados: De los 15 animales intervenidos, se completó el procedimiento con éxito en 12 de ellos, falleciendo tres cerdos en el intraoperatorio. La situación hemodinámica durante el procedimiento reflejó un aumento del flujo portal a medida que se completan las segmentectomías (proporción flujo portal-parénquima remanente). En cuanto al flujo arterial los hallazgos fueron inversos, encontrándose una reducción de la proporción flujo arterial-parénquima remanente. En el caso de la presión portal hallamos un leve aumento con respecto a la presión basal a lo largo del procedimiento sin encontrar variaciones significativas en el caso de la presión de las venas suprahepáticas. El estudio histológico muestra alteraciones precoces a cinco minutos de la resección con aparición de edema y hemorragia periportal.

Conclusiones: Nuestro estudio reproduce la fisiopatología precoz del SFS y de la insuficiencia hepática posthepatectomía. La condición de hiperflujo portal y la vasoconstricción arterial se podrían considerar como mecanismos causales iniciales de las alteraciones histológicas descritas y su modulación debería realizarse de forma perioperatoria para lograr disminuirlo o evitarlo. La medición intraoperatoria de flujos y presiones portales en pacientes sometidos a hepatectomías mayores o trasplante hepático con injertos pequeños, debería formar parte del algoritmo terapéutico.

O-241. ¿LA OBLIGADA MOVILIDAD DE LOS INJERTOS HEPÁTICOS EN ANDALUCÍA CONLLEVA MAYOR DISFUNCIÓN INICIAL POSTRASPLANTE?

B. Sánchez Pérez, M.E. Gámez Córdoba, M.A. Suárez Muñoz, J.L. Fernández Aguilar, J.M. Aranda Narváez, J.A. Pérez Daga, C. Montiel Casado, C. Rodríguez Silva, Y. Pulido Roa y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: Las cuatro Unidades de Trasplante Hepático existentes en Andalucía, desde 2002, gestionamos la lista de espera con criterios consensuados comunes basados en el score MELD, con la intención de trasplantar al enfermo más grave y así evitar la mortalidad en lista de espera. Los pacientes incluidos por hepatocarcinoma o con indicaciones especiales podrán ser priorizados al otorgarles puntos de MELD por tiempo transcurrido. De esta forma, se establece una lista de espera común que provoca que el 45% de los órganos viajen dentro de nuestra comunidad. Este transporte puede suponer un incremento en los tiempos de isquemia fría y total del injerto, y esto a su vez podría desencadenar un aumento en la incidencia de disfunción primaria de injerto (DPI) y fallo primario de injerto (FPI) en estos órganos.

Objetivos: Conocer si el "viaje" de los injertos hepáticos aumenta los tiempos de isquemia fría y total de forma significativa y si ello, con lleva una mayor incidencia de FPI/DPI.

Material y métodos: Realizamos un estudio observacional retrospectivo. Incluyendo 52 receptores hepáticos desde enero 2009 hasta julio 2011 divididos en dos grupos: Málaga (GM, 25 pacientes); injertos obtenidos en el área metropolitana malagueña (HRU Carlos Haya y HCU Virgen de la Victoria) y No Málaga (GNM, 27 pacientes): injertos procedentes de cualquier otro hospital de Andalucía o resto de España. Se excluyeron aquellos injertos que presentaron un rechazo hiperagudo y aquellas FPI/DPI secundarias a causas técnicas. Ambos grupos fueron homogéneos en todas las variables relacionadas con receptor y donante excepto en "indicaciones de trasplante" ($p < 0,06$) y la necesidad de noradrenalina en donantes (GM 68% vs GNM 100%). Analizamos el tiempo de isquemia fría (TIF), caliente (TIC) y total (TIT). Utilizamos como variables de DFP/FPI la BT, AST, ALT, FA, GGT, Plaquetas, INR y Factor V en tres momentos el 1º, 3º y 7º día posttrasplante, analizando el área bajo la curva (AUC) calculada mediante la aproximación trapezoidal, y el pico máximo. Además se estudió el rechazo agudo y la estancia en UCI. Se utilizó la t Student o la χ^2 dependiendo de las variables analizadas.

Resultados: Hallamos diferencias estadísticamente significativas en el TIT (GM 369,24 m vs 420,81 m; $p < 0,019$) y TIF (GM 321,08 vs GNM 364,07; $p < 0,037$), no así en el TIC. No encontramos diferencias estadísticamente significativas al analizar BT, AST, ALT, FA y GGT, ni en la cifras de plaquetas ni en el INR. Sólo el factor V el 1ºPO mostraba tendencia a la significación a favor del grupo GM (GM 56,78 vs GNM 43,91; $p: 0,118$).

Conclusiones: Estos datos preliminares confirman que la movilidad exigida a los injertos en Andalucía si aumentan los tiempos de isquemia total y fría. Sin embargo, esto no parece constituir un factor desencadenante de mayor DPI. Se necesitan más estudios que valoren un mayor número de casos y con una estratificación basada en los factores de riesgos conocidos del donante para evaluar el impacto real de este aumento de la isquemia en la función inicial del injerto.

O-242. TRASPLANTE HEPÁTICO CON INJERTOS PROCEDENTES DE DONANTES > 80 AÑOS: ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE PACIENTES VHC Y PACIENTES NO-VHC

O. Caso Maestro, I. Justo, F. Cambra, N. Fakihi Gómez, S.P. Olivares Pizarro, J. Calvo Pulido, M. García Nebreda, A. Manrique Municio, M. Abradelo de Usera, E. Moreno González y C. Jiménez Romero

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El trasplante hepático es el principal tratamiento en pacientes con enfermedad hepática terminal. Actualmente, el aumento de pacientes en lista de espera obliga a buscar alternativas para ampliar el pool de donantes, entre las que se encuentra el empleo de donantes añosos. Algunos estudios han demostrado que el empleo de este tipo de injertos en pacientes VHC favorece la recidiva del virus sobre el injerto.

Material y métodos: Desde abril de 1986 hasta diciembre de 2011 se han realizado en nuestro centro 1.572 trasplantes hepáticos, de los cuales 29 (1,8%) han sido con injertos procedentes de donantes mayores de 80 años. 10 (34,5%) de los receptores presentaban cirrosis por VHC (grupo A) y 19 (65,5%), hepatopatía no-VHC (grupo B).

Resultados: El grupo A estaba compuesto por 2 (20%) hombres y 8 (80%) mujeres y el grupo B por 6 (31%) hombres y 13 (69%) mujeres. La edad media de los donantes fue de 83 ± 3 años (80-89), siendo similar en ambos grupos. Tampoco hubo diferencias en las características clínicas de los donantes ni en los hallazgos anatomopatológicos de las biopsias pretrasplante tomadas del injerto. En todos los casos el trasplante se realizó iso-

grupo y de forma electiva. La edad media de los receptores fue de 58 ± 9 años (40-72), estando formado el grupo A por 5 (50%) hombres y 5 (50%) mujeres; y el grupo B por 18 (95%) hombres y 1 (5%) mujer ($p = 0,01$). Las características de los receptores también fueron similares. La hepatectomía fue realizada en todos los casos con preservación de vena cava inferior, los requerimientos transfusionales fueron semejantes en ambos grupos, y tan solo aconteció un exitus intraoperatorio en el grupo B. Los tiempos de isquemia también fueron similares entre ambos grupos. No encontramos diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la mortalidad (global del 27%; 8 casos): 3 en el grupo A y 5 en el grupo B. La supervivencia actuarial del paciente en el grupo A fue 88%, 75% y 63% a 1, 3 y 5 años, respectivamente, y en el grupo B, 83%, 83% y 60% ($p = 0,7$). La supervivencia actuarial del injerto en el grupo A fue 79%, 66% y 53% a 1, 3 y 5 años, respectivamente, y en el grupo B fue 83%, 83% y 60% ($p = 0,4$).

Conclusiones: Con el empleo de injertos procedentes de donantes mayores de 80 años se obtienen similares supervivencias, a 5 años, tanto del enfermo como del injerto en los pacientes con cirrosis por VHC frente a otras hepatopatías no-VHC.

O-243. EL FLUJO DEL SHUNT PORTOCAVA TEMPORAL PREDICE ADECUADAMENTE EL FLUJO PORTAL DURANTE LA REPERFUSIÓN EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO DE DONANTE VIVO. IMPLICACIONES CLÍNICAS

S. Sánchez Cabús, D. Calatayud, C. Fondevila, J. Ferrer, J. Fuster y J.C. García-Valdecasas

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Introducción: La aparición del síndrome "small-for-size" en el trasplante hepático de donante vivo puede repercutir en la supervivencia del injerto y del paciente. Se ha demostrado tanto en el ámbito clínico como en el experimental que dicho síndrome es la consecuencia de un flujo portal excesivo durante la reperfusión.

Objetivos: El objetivo de este estudio es determinar una relación entre el flujo de la vena porta durante la reperfusión y parámetros hemodinámicos previos a la reperfusión durante el acto quirúrgico, con el fin de poder modular el flujo en aquellos casos que se prevea excesivo antes de que cause un daño endotelial.

Material y métodos: Analizamos 45 receptores de trasplante hepático de donante vivo. Se midieron los parámetros hemodinámicos preoperatorios (gradiente de presiones venosas hepáticas, presión venosa central,

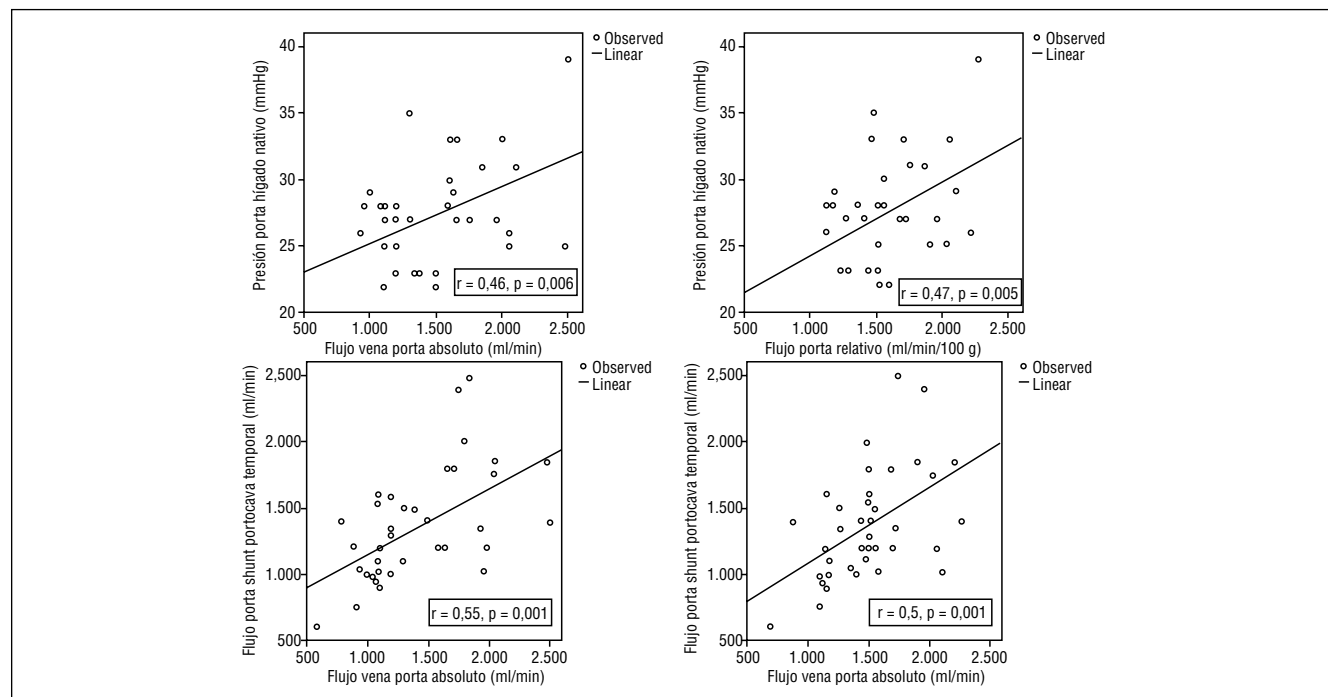


Figura O-243.

presión de la arteria pulmonar, presión de la aurícula derecha, presión arterial media, índice cardíaco, volumen de eyección sistólica, resistencia vascular sistémica y pulmonar) e intraoperatorios hepáticos (presión portal, flujo portal, flujo arterial) y sistémicos (índice cardíaco, índice cardíaco, presión arterial media, frecuencia cardíaca) antes de la reperusión del injerto. Los datos se correlacionaron con el flujo de la vena porta durante la reperusión, tanto en términos de flujo absoluto como relativo al peso del injerto.

Resultados: Ninguno de los 45 pacientes presentaron un síndrome de "small-for-size". El flujo portal a través del shunt portocava durante la fase anhepática se correlacionó significativamente con el flujo de la vena porta durante la reperusión, tanto en términos de flujo absoluto ($r = 0,55$, $p < 0,0001$) como relativo al peso del injerto ($r = 0,5$, $p = 0,001$). También hallamos una correlación entre la presión portal en el hígado nativo con el flujo portal absoluto ($r = 0,457$, $p = 0,007$) y relativo al peso del injerto ($r = 0,47$, $p = 0,005$).

Conclusiones: Este estudio confirma la correlación entre el flujo del shunt portocava y el flujo de la vena porta durante la reperusión. La posibilidad de modificar el flujo de la vena porta mediante medidas quirúrgicas (ligadura de la arteria esplénica, esplenectomía o shunt portocava parcial) o farmacológicas (infusión de somatostatina o propranolol) antes de la reperusión en pacientes con un flujo portal anticipado excesivo podría favorecer el uso de injertos de menor tamaño, como el hígado izquierdo, con los consecuentes beneficios para el donante.

O-244. LIGADURA DE LA ARTERIA ESPLÉNICA: UN PROCEDIMIENTO EFECTIVO DE MODULACIÓN DEL FLUJO DEL INJERTO EN TRASPLANTE HEPÁTICO DE DONANTE VIVO

S. Sánchez Cabús, D. Calatayud, C. Fondevila, J. Ferrer, J. Fuster y J.C. García-Valdecasas

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Introducción: Se postula que el denominado síndrome de "small-for-size" tiene su origen en un exceso de flujo portal durante los primeros minutos tras la reperusión del injerto. Es necesario disponer de un método efectivo para disminuir el flujo portal con el fin de evitar la lesión endotelial que puede conducir al síndrome. Además, un flujo portal excesivo puede, a través del denominado "efecto buffer", conllevar un flujo arterial insuficiente que puede comprometer la futura viabilidad del injerto.

Objetivos: Describir la efectividad de la modulación del flujo portal mediante la ligadura de la arteria esplénica (LAE) en el trasplante hepático de donante vivo.

Material y métodos: 45 pacientes fueron sometidos a un trasplante hepático de donante vivo entre 2003 y 2010. La modulación del flujo de la vena porta se llevó a cabo en casos en que el flujo excedía los 2.000 mL/min y en los casos en que el flujo arterial era inferior a 100 mL/min. En casos de flujo arterial insuficiente, se practicó un clampaje portal temporal para descartar un posible problema técnico en la anastomosis arterial. La modulación del flujo portal se produjo mediante la ligadura de la arteria esplénica en su origen. El flujo portal fue medido durante las siguientes fases de la intervención quirúrgica: en la fase anhepática tras realizar un shunt portocava temporal, tras la reperusión portal, tras la reperusión arterial, tras la LAE y al final de la intervención.

Resultados: 13 pacientes presentaron criterios para la LAE, 4 debido a flujo portal excesivo, 5 por flujo arterial insuficiente y 4 como combinación de ambos. El flujo portal de los pacientes que requirieron LAE fue significativamente superior a los que no la requirieron durante la fase anhepática ($1.605,4 \pm 475,5$ vs $1.241,5 \pm 317,3$, $p = 0,009$), tras la reperusión portal ($1.678,6 \pm 452,7$ vs $1.338,0 \pm 409,2$, $p = 0,008$), y tras la reperusión arterial ($1.894,6 \pm 497,0$ vs $1.362,3 \pm 469,4$, $p = 0,002$). Tras practicar la modulación del flujo portal, no se encontraron diferencias en el flujo portal de las pacientes con o sin LAE ($1.562,1 \pm 466,8$ vs $1.362,3 \pm 469,4$, $p = ns$), siendo así hasta el final de la intervención ($1.343,8 \pm 299,6$ vs $1.313,4 \pm 457,0$, $p = ns$). Ningún paciente presentó el síndrome de "small-for-size".

Conclusiones: La LAE es un buen método para reducir el flujo de la vena porta y evitar el exceso de hiperaflujo portal durante la reperusión en el trasplante hepático de donante vivo.

O-245. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA ACTITUD HACIA LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS ENTRE EL PROFESORADO DE LA ESO DEL SUDESTE ESPAÑOL

B. Febrero, A. Ríos, A. López-Navas, L. Martínez-Alarcón, A. Sánchez, J. Sánchez, P. Ramírez y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: El profesorado es fundamental en la información y concienciación de los adolescentes. Así, su actitud hacia un determinado tema condicionará la de sus alumnos. Los objetivos son: 1) Determinar la actitud entre los profesores de Educación Secundaria (ES) en el sudeste

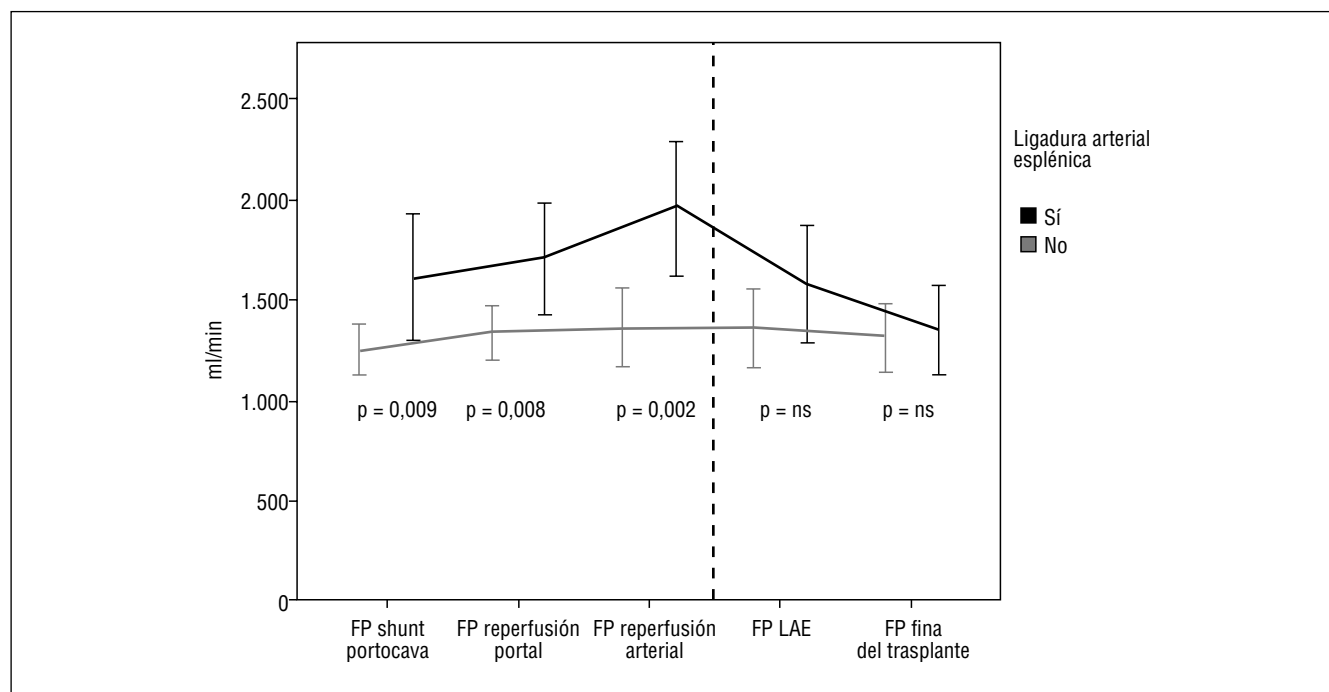


Figura O-244.

español (SE) hacia la donación y el trasplante de órganos (DTO); 2) Determinar el conocimiento del concepto de muerte encefálica (ME); 3) Analizar las variables psicosociales que condicionan dicha actitud; y 4) Analizar la información sobre la DTO que han transmitido al alumnado.

Material y métodos: Se realiza un estudio multicéntrico con muestreo aleatorio del profesorado de ES de 10 centros educativos (n = 327) en el SE. La actitud hacia la donación de órganos se evalúa mediante un cuestionario validado de aspectos psicosociales sobre DTO. La cumplimentación es anónima y autoadministrada. Estadística: test t de Student, test chi cuadrado, y test de regresión logística (multivariante).

Resultados: Grado de cumplimentación del 88% (n = 288), estando el 75% (n = 215) a favor de la DTO, el 23% (n = 68) indecisos y el 2% (n = 5) en contra. Las principales razones indicadas para no estar a favor son el miedo a la muerte aparente (27%, n = 20), el rechazo a la idea de la mutilación (16%, n = 12), y la negativa asertiva (12%, n = 9). En cuanto al conocimiento del concepto de ME, un 62% (n = 179) lo aceptan como el exitus de una persona, un 33% (n = 95) tiene dudas, y el 3% (n = 8) considera que no es la muerte de la persona. Las variables que se asocian con una actitud más favorable hacia la DTO: conversaciones con familiares (p = 0,009) y amigos sobre DTO (p < 0,001), opinión favorable de la pareja (p < 0,001), conocimiento del concepto de ME (p = 0,006), ser donante de sangre (p < 0,001), actitud favorable ante la incineración y la autopsia tras el fallecimiento (p = 0,016). Al realizar el análisis multivariante, las variables que persisten son: la opinión favorable de la pareja (OR 0,035), ser donante de sangre (OR 0,016), y la actitud favorable ante la incineración (OR 0,014) y la autopsia (OR 0,005). El 7% (n = 20) de los encuestados indican que los alumnos les han solicitado información sobre DTO, y el 16% (n = 47) han proporcionado información.

Conclusiones: El 25% del profesorado de Educación Secundaria en el Sudeste español no está a favor de la donación y el trasplante de órganos. Dicha actitud está condicionada por variables psicosociales. Son necesarios programas de formación al profesorado en DTO para tener una información adecuada que les permita afrontar la demanda de información de los alumnos.

O-246. LA POBLACIÓN ADOLESCENTE HACIA EL PROCESO DE LA DONACIÓN Y EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA ACTITUD HACIA LA DONACIÓN ENTRE 3.500 ADOLESCENTES ENCUESTADOS

B. Febrero, A. Ríos, A. López-Navas, L. Martínez-Alarcón, A. Sánchez, J. Sánchez, P. Ramírez y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: Los adolescentes representan el futuro inmediato de nuestra sociedad. Su actitud hacia la donación de órganos va a ser fundamental en las entrevistas familiares para la donación de órganos en los próximos años. De ahí la importancia de conocer su actitud y los factores que actualmente la condicionan.

Objetivos: 1) Analizar la actitud de los adolescentes hacia la DTO; y 2) Determinar las variables psicosociales que influyen en esta actitud, a través de un análisis multivariante.

Material y métodos: Se seleccionaron 10 centros de Educación Secundaria Obligatoria (ESO) en el Sudeste español. Se realizó una selección aleatoria de diferentes clases de 1º a 4º de ESO en cada centro (n = 3.633). La actitud se valoró mediante un cuestionario validado de aspectos psicosociales sobre DTO a todos los alumnos. La cumplimentación fue anónima y autoadministrada. Estadística: test t de Student, test chi cuadrado, y un test de regresión logística (multivariante).

Resultados: El grado de cumplimentación del cuestionario fue del 98% (n = 3.572). La actitud hacia la DTO es favorable en el 46% de los casos (n = 1.633), están indecisos un 43% (n = 1.543) y en contra un 11% (n = 396). Entre las variables psicosociales que tienen un efecto favorable sobre la donación encontramos: el sexo mujer (p < 0,001; OR = 1,367); la edad (p < 0,001; OR = 1,166); la información positiva por diferentes fuentes de información (p < 0,05); el conocimiento del concepto de muerte encefálica (p < 0,001); conocer a algún trasplantado o donante (p < 0,001); recibir alguna charla sobre donación y trasplantes (p = 0,003); comentar el tema con la familia y los amigos (p < 0,001; OR = 1,721); la actitud favorable de los padres y de la pareja hacia la donación (p < 0,001); realizar actividades prosociales (p < 0,001); y presentar una actitud favorable ante la incineración y la autopsia tras el fallecimiento (p < 0,001; OR = 4,424).

Conclusiones: Los adolescentes presentan actualmente una peor sensibilización hacia la donación y el trasplante de la descrita hace una década en España. Dicha actitud está condicionada por múltiples factores psicosociales. Se hace prioritario aumentar la información y sensibilización de los adolescentes sobre la donación y el trasplante para evitar una posible disminución en las tasas de donación de órganos en el futuro.

PÓSTERS

P-471. TRATAMIENTO SATISFACTORIO DE LA COLANGIOPATÍA ISQUÉMICA EN LOS RECEPTORES HEPÁTICOS DE ÓRGANOS PROCEDENTES DE DONANTES A CORAZÓN PARADO MAASTRICHT TIPO II

E. Álvaro, M. Abradelo, M. García, C. Alegre, A. Manrique, J. Calvo, A. García-Sesma, C. Loinaz, F. Cambra, E. Moreno y C. Jiménez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El aumento de pacientes en lista de espera y la escasez de donantes que cada día se hace más patente nos hace considerar fuentes de órganos alternativas para nuestros receptores en lista de espera, con el fin de disminuir la mortalidad dentro de la misma. Un ejemplo de estos órganos son los procedentes de donantes a corazón parado (DCP). Un incremento en la incidencia de colangiopatía isquémica (CI) se ha registrado cuando se utilizan este tipo de órganos. Esta complicación puede evolucionar hacia una disfunción importante del injerto o incluso a su pérdida. El objetivo de nuestro estudio es identificar la incidencia de colangiopatía isquémica en nuestra serie así como las posibles opciones terapéuticas que pueden ser ofrecidas a los pacientes y sus resultados.

Material y métodos: Desde enero de 2006 a diciembre 2010, se realizaron en nuestro hospital un total de 289 trasplantes hepáticos. 44 de ellos (15,2%) eran procedentes de DCP Maastricht Tipo II. La causa más frecuente de enfermedad hepática terminal pretrasplante fue la hepatitis C, sola o asociada al abuso de alcohol y/o al carcinoma hepatocelular. Hemos definido como colangiopatía isquémica aquella patología desarrollada en estos pacientes en forma de estenosis y dilataciones no anastomóticas en la confluencia hepática o la vía biliar intrahepática, en ausencia de trombosis arterial. El diagnóstico se realizó mediante pruebas radiológicas. Se realizó biopsia hepática para confirmar el diagnóstico cuando fue necesario. Catorce pacientes (31,81%) fueron diagnosticados de colangiopatía isquémica. El tiempo medio transcurrido entre el trasplante y el diagnóstico fue de 6,15 meses ($\pm 4,49$).

Resultados: La edad media de los receptores y los donantes fue de 59,14 ($\pm 8,2$) y 40,43 ($\pm 10,1$) años, respectivamente. El 71,4% de los receptores eran varones. La media del valor MELD fue de 14 ($\pm 3,4$). Catorce de 44 pacientes trasplantados con DCP (31,81%) desarrollaron CI. Dos de estos pacientes (14,28%) no precisaron ningún tratamiento, ya que no presentaron sintomatología ni alteración en las pruebas de laboratorio y otros 2 pacientes (14,28%) requirieron retraspante por disfunción severa del injerto. Los otros 10 pacientes diagnosticados de CI (71,4%) precisaron tratamiento radiológico mediante colangiografía transparietohepática (CTPH). Siete de los 10 pacientes (70%) con resolución de la IC, después de un número medio de procedimientos por CTPH de 4,75 ($\pm 4,1$). No podemos considerar como curados tres de los diez pacientes que no han experimentado todavía resolución radiológica de la CI (30%), aunque la repercusión de la función del injerto ha sido mínima en estos casos. Tres de todos estos pacientes (21,5%) han fallecido en la actualidad (dos de ellos a causa de la recurrencia del VHC). La supervivencia actuarial y del injerto con CI fue a 1, 3 y 5 años de seguimiento del 85,7%, 78,57% y 71,42%, y 85,7%, 64,28%, 57,14%, respectivamente.

Conclusiones: La complicación más importante en el trasplante hepático realizado con DCP es la colangiopatía isquémica. Sin embargo, un gran número de nuestros pacientes con colangiopatía isquémica experimenta buenos resultados con el tratamiento radiológico e incluso llegan a curarse. No todos los pacientes con colangiopatía isquémica requieren retraspante o tratamiento, pero un buen manejo multidisciplinario puede ser la mejor solución de este problema en un gran porcentaje de los casos.

P-472. TRASPLANTE HEPÁTICO CON INJERTOS PROCEDENTES DE BIPARTICIÓN PARA 2 ADULTOS. ¿ESTÁ JUSTIFICADO EL EMPLEO DEL LHI?

O. Caso Maestro, I. Justo Alonso, N. Fakhí Gómez, A. Manrique Municio, M. Abradelo de Usera, J. Calvo Pulido, A. Marcacuzco Quinto, A. García-Sesma, R. Sanabria Mateos, E. Moreno González y C. Jiménez Romero

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: En 2010, había, en EEUU, 16.800 candidatos en lista de espera para trasplante hepático (TH). Más de 2.500 murieron por falta de un órgano adecuado. Con la escasez, cada vez mayor, de injertos completos adecuados, el desarrollo de técnicas para la bipartición hepática de injertos procedentes de donantes en muerte encefálica, ha hecho que disminuya la mortalidad en lista de espera de estos pacientes.

Objetivos: Comparar los diferentes resultados obtenidos en el trasplante hepático en adultos con injertos procedentes de bipartición en función de los diferentes segmentos utilizados.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, longitudinal y comparativo de cohortes donde la población a estudio son todos los adultos que recibieron trasplante hepático con injertos procedentes de bipartición en nuestro departamento.

Resultados: De los 39 pacientes adultos sometidos a trasplante hepático con injertos procedentes de bipartición, 7 (18%) recibieron el LHI, 20 (51%) el LHD y 12 (31%) los segmentos IV-VIII. Los 3 grupos presentaron características demográficas y patológicas similares. Todos los donantes cumplieron los criterios de idealidad. Sólo 5 (13%) biparticiones fueron realizadas in-situ, y el resto ex-situ, sin encontrar diferencias entre los 3 grupos. Las distintas etiologías fueron: 16 VHC (41%), 8 OH (20%), 1 VHC+OH (3%), 2 VHB (5%), 5 CBP/CEP (13%) y 7 otras causas (18%). Los tiempos medios de isquemia fría también fueron semejantes. Tras un seguimiento medio de 51 ± 42 meses (rango 1-114 meses), tuvieron lugar 15 exitus (38%): 4 LHI (57%), 6 LHD (30%) y 5 IV-VIII (41%). La supervivencia actuarial del paciente a 5 años fue: LHI 43%, LHD 74% y segmentos IV-VIII 58% (p = 0,3). La supervivencia actuarial del injerto a 5 años fue: LHI 43%, LHD 69% y segmento IV-VIII 57% (p = 0,5).

Complicaciones: El empleo de injertos procedentes de bipartición es una alternativa terapéutica adecuada para ampliar el pool de donantes en adultos. La supervivencia a 5 años del paciente e injerto con la utilización del LHD o los segmentos IV-VIII es similar a la obtenida con injertos completos. Con la utilización del LHI, aunque la muestra es pequeña, los resultados fueron peores, por lo que su utilización no debería estandarizarse hasta que se demuestre lo contrario.

P-473. ANÁLISIS DE LA MORTALIDAD POR CÁNCER EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO MAYORES DE 60 AÑOS

I. Justo Alonso, A. Marcacuzco, O. Caso, N. Fakhí, E. Alvaro, F. Cambra, A. Manrique, A. García-Sesma, S. G^a-Aroz, E. Moreno y C. Jiménez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La limitación de donantes ha cuestionado la indicación del trasplante hepático (TH) en enfermos con edad avanzada, utilizando como argumento los peores resultados en función de la mortalidad durante el seguimiento por patología cardiovascular y aparición de tumores *de novo*. El objetivo de este estudio es analizar las causas de mortalidad en una cohorte de pacientes mayores de 60 años frente a un grupo de receptores más jóvenes.

Material y métodos: Entre marzo de 1990 y diciembre de 2009 realizamos 1400 TH. De esta muestra hemos seleccionado a 180 receptores mayores de 60 años (Grupo A) y a 360 receptores (anterior y posterior a los del Grupo A) menores de 60 años (Grupo B) con un periodo mínimo de 2 años de seguimiento.

Resultados: La edad media fue de 63,8 ± 2,9 años en el Grupo A y 47,4 ± 9,7 años en el Grupo B. El MELD score fue 15,1 en Grupo A y 16,7 en el Grupo B. El porcentaje de VHC en el Grupo A fue 51,1% frente a 40,3% en el B (p = 0,016). Asimismo, la tasa de HCC fue de 32,2% en Grupo A frente a 19,2% en el B (p = 0,001). La mortalidad bruta fue significativamente mayor en el Grupo A (53,9%) que en el B (34,5%) (p = 0,000). Las causas de muerte fueron (> 60 años vs < 60 años): CV: 13,5 vs 8,9; HF: 33,7% vs 40,2%; Cáncer: 22,5% vs 25%; Complicaciones Infecciosas: 22,5% vs 19,6%

(p = 0,735). Tasa de tumores *de novo*: 12,8% vs 12,1% (p = 0,89). Los tipos de tumores fueron los siguientes (en > 60 años vs < 60 años): hematológicos (6 vs 12 casos); carcinoma de piel (6 vs 5); carcinoma de cavidad oral (2 vs 6); colorrectal (2 vs 6). La supervivencia actuarial del receptor en > 60 años, a 1, 3, 5 y 10 años, fue: 76,7%, 69,2%, 60,6% y 46,5%, mientras que en < 60 años fue: de 87,1%, 81,0%, 74,3% y 63,2% (p = 0,000). Durante los mismos periodos de tiempo, la supervivencia actuarial del injerto, en los > 60 años, fue: 73,9%, 65,2%, 56,3% y 41,7%, mientras que en los < 60 años fue: 85,5%, 79,1%, 72,0% y 61,4% (p = 0,000).

Conclusiones: La tasa de mortalidad es más alta en los receptores mayores, aunque las causas son similares.

P-474. ¿DEBEMOS UTILIZAR LOS INJERTOS HEPÁTICOS PROCEDENTES DE DONANTES VHC POSITIVOS?

E. Álvaro, M. Abradelo, M. García, C. Alegre, I. Justo, F. Cambra, A. Manrique, J. Calvo, A. García-Sesma, E. Moreno y C. Jiménez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Una de las causas más frecuentes a nivel mundial de trasplante hepático es la insuficiencia hepática terminal secundaria al virus de la hepatitis C (VHC). El hecho de que cada vez haya más pacientes en lista de espera y menos órganos ofertados, hace que consideremos fuentes alternativas de órganos, como son los procedentes de donantes VHC positivos. Si consideramos la recidiva prácticamente universal de los receptores hepáticos VHC positivos, debiéramos aceptar esta fuente de órganos como válida.

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio es analizar las características, el curso y la supervivencia global y del injerto de los pacientes trasplantados con injertos VHC positivos.

Material y métodos: Desde enero de 2005 a abril de 2011 se realizan un total de 143 trasplantes hepáticos en pacientes VHC positivos. De éstos, en 13 casos (9,1%) se utilizan injertos procedentes de donantes VHC positivos. Se ha incluido en el estudio un grupo control formado por todos los pacientes VHC positivos trasplantados con donantes VHC negativos en estas mismas fechas (130). Para comprobar la positividad del VHC en los donantes se han realizado dos test distintos: la medición de los anticuerpos y de la carga viral.

Resultados: Se analiza de forma retrospectiva el suero de los 13 donantes VHC positivos, comprobando que sólo 3 de ellos (23%) presenta replicación vírica real. De los 13 pacientes trasplantados con donantes VHC positivos (grupo a estudio) se objetiva que la gran mayoría de ellos (76,9%) presentan recidiva de la hepatitis sobre el injerto y un 23,1% hepatitis grave. La supervivencia actuarial y del injerto en el grupo a estudio a 1, 3 y 5 años es de 91,7%, 81,5%, 81,5% y 90,9%, 70,7%, 70,7% respectivamente.

Conclusiones: No se han observado diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la supervivencia actuarial y del injerto cuando comparamos el grupo a estudio con el grupo control. Un porcentaje importante de injertos con una serología positiva inicial para VHC no presenta replicación vírica real. De acuerdo con lo publicado en la literatura y con lo observado en nuestro estudio podemos concluir que el uso de injertos VHC positivos es una fuente segura y eficaz de órganos para los receptores VHC positivos.

P-475. RESULTADOS A LARGO PLAZO EN FUNCIÓN DEL GRADO DE ESTEATOSIS DE LOS INJERTOS HEPÁTICOS

I. Justo Alonso, O. Caso, N. Fakhí, A. Marcacuzco, M. García-Nebreda, J. Calvo, F. Cambra, A. Manrique, A. García-Sesma, C. Bermello y C. Jiménez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El aumento de la mortalidad en lista de espera como consecuencia de una disminución en el número de donantes ha forzado a los equipos de trasplante hepático (TH) a aumentar el número de donantes, buscando para ello la optimización del pool de donantes. La presencia de macrosteatosis en el injerto hepático se ha considerado un factor de riesgo para el funcionamiento del injerto y, por tanto, motivo de exclusión sobre todo en grados de afectación moderada y grave.

Material y métodos: Entre marzo de 1990 y diciembre de 2009 se han realizado en el "H.U. Doce de Octubre" 1235 trasplantes hepáticos. Hemos seleccionado una muestra de 490 pacientes con estudio completo del donante. Todos los pacientes presentan un seguimiento mínimo de 2 años.

Han sido divididos en 3 grupos: Grupo A: microsteatosis (158 pacientes), Grupo B: macrosteatosis (78 pacientes) y Grupo C: no esteatosis (254 pacientes). Se ha analizado la influencia de la esteatosis sobre la supervivencia de paciente e injerto.

Resultados: Presentamos 3 grupos de pacientes cuya edad media de donante fue: Grupo A: 48 ± 20 ; B 54 ± 17 , y C $45,87 \pm 21$ años ($p = 0,007$). La edad media del receptor fue: Grupo A: 54 ± 10 , B 53 ± 11 y C 52 ± 12 ($p = 0,425$). No se hallaron diferencias significativas en el empleo de hemoderivados, tiempo en UCI, MELD y MELD-Na. Asimismo, no se encontraron diferencias con respecto a la incidencia de infección por VHC y hepatocarcinoma (HCC). Cuando comparamos las complicaciones biliares (fistulas y estenosis) entre los grupos, no se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas, así mismo en lo relacionado a las complicaciones vasculares (trombosis arterial y venosa). No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los grupos con respecto al número de fallos primarios de injerto, ni en el número de fallecimientos durante su estancia hospitalaria. La supervivencia actuarial del receptor fue, a 1, 3, 5, y 10 años 77,8%, 70,2%, 62,6% y 50,8%, en el grupo A (donante con microsteatosis); 83,3%, 71,6%, 61,2%, y 44,7% en el grupo B (macrosteatosis); y 86,2%, 81,4%, 76,7%, y 61,6% en el grupo C (no esteatosis) ($p = 0,002$). La supervivencia actuarial del injerto con respecto al porcentaje de macrosteatosis (MS) a 1, 3, 5 y 10 años fue: (a) $< 30\%$ de MS: 84,9%, 71,5, 62,7% y 47,6%, respectivamente; (b) Entre 30-40% de MS: 77,8%, 72,2%, 59,1% y 47,3%, respectivamente; (c) Si MS $> 40\%$: 40%, 20%, 20% y 20%, respectivamente ($p = 0,038$).

Conclusiones: La utilización de injertos con macrosteatosis se asocia a unas tasas de supervivencia aceptables, incluso en comparación con el resto de los injertos, a excepción de los injertos que presentan un grado de esteatosis superior al 40%, que deben ser rechazados para trasplante.

P-476. TRASPLANTE HEPÁTICO Y EMBARAZO

E. Álvaro, A. Manrique, M. García, C. Alegre, R. Sanabria, J. Calvo, I. Justo, A. García-Sesma, M. Abradelo, E. Moreno y C. Jiménez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Las alteraciones sexuales y reproductivas son frecuentes en los pacientes con insuficiencia hepática terminal afectando hasta al 50% de los mismos. Sin embargo, dichas funciones son recuperadas rápidamente tras el trasplante hepático ortotópico (THO). Así hasta en un 80-90% de las pacientes trasplantadas en edad fértil recuperan la menstruación unos meses después del trasplante. El objetivo de nuestro estudio es analizar el impacto del embarazo en las pacientes trasplantadas hepáticas en nuestro centro, así como analizar el efecto de la inmunosupresión en el feto.

Material y métodos: Se analiza un total de 1.500 pacientes trasplantados hepáticos desde abril de 1986 hasta abril de 2011. De ellos, 18 pacientes (1.2%) en edad fértil han presentado embarazos durante su seguimiento.

Resultados: Las causas de insuficiencia hepática terminal en la serie fueron: enfermedad crónica parenquimatosa en 9 casos (50%); enfermedad colestásica en 3 casos (16,6%); hepatitis fulminante en 5 casos (27,7%); y enfermedad metabólica en 1 caso (5,5%). La edad media del paciente al inicio de la gestación fue de 21,2 años ($\pm 7,3$). El 88,8% de las pacientes quedaron embarazadas más de un año después del trasplante. Se producen un total de 30 embarazos. De ellos, 20 (66,6%) fueron recién nacidos vivos (RNV), 8 (26,6%) abortos y 2 (6%) muertes fetales. El inmunosupresor más frecuentemente utilizado durante el embarazo fue el tacrólimus (75%) seguido de la ciclosporina (25%). No hubo muertes maternas durante el embarazo ni el puerperio. Las complicaciones maternas más frecuentes durante el embarazo fueron: preeclampsia (15%), reactivación viral (15%), rechazo agudo durante el embarazo (10%), infecciones (10%) e hipertensión arterial (HTA) (0,05%). La relación de partos eutócicos, asistidos y por cesárea fueron 8 (42%), 3 (16%) y 8 (42%) respectivamente. Seis de los 20 RNV (30%) fueron partos pretérmino, y 5 de ellos (25%) se asistieron por cesárea, siendo este porcentaje significativamente mayor que en los partos a término y posttérmino ($p = 0,0498$).

Conclusiones: No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en cuanto al tipo de inmunosupresión utilizada y las complicaciones maternas halladas así como tampoco con la duración del embarazo y el tipo de parto. Si bien el embarazo supone un riesgo importante a asumir en la paciente trasplantada, de acuerdo con lo publicado en la literatura y los resultados obtenidos en nuestro estudio podemos concluir

que la gestación un año o más después del trasplante es segura y los resultados son favorables.

P-477. VALOR PREDICTIVO DE LA TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS EN LA SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO DE LOS RECEPTORES DE UN TRASPLANTE HEPÁTICO

I. Justo Alonso, N. Fakih Gómez, O. Caso Maestro, A. Gimeno Calvo, A. Marcacuzco Quinto, E. Álvaro Cifuentes, C. Loinaz Seguro, J. Calvo Pulido, A. Manrique, A. García-Sesma y C. Jiménez Romero

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El empleo de hemoderivados en el trasplante hepático (TH) es consecuencia de la diátesis provocada por la cirrosis hepática, lo cual tiene consecuencias sobre la inmunomodulación de los pacientes sometidos a TH, siendo un fiel reflejo de la dificultad técnica del trasplante o de lo avanzado de la hepatopatía. Lo que no está tan bien definido es la probable influencia a largo plazo del empleo de estos substitutivos.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo en enfermos trasplantados de hígado durante el periodo comprendido entre marzo de 1990 y enero de 2012. Seleccionamos 851 pacientes de un total de 1425 TH tras excluir los TH infantiles, retrasplantes y fallos hepáticos fulminantes. Se han seleccionado 784 TH con todos los datos completos necesarios. La muestra se ha dividido en 4 grupos dependiendo del número de concentrados de sangre y plasma transfundidos: Grupo A (de 0-6), B (de 7-14), C (de 15-30) y D (> 31 concentrados).

Resultados: La media de edad de la muestra fue de $53,7 \pm 10,8$ años (15-81). La media del índice de MELD fue $15,8 \pm 6,4$ mientras que la media de MELD Na fue de $18,2 \pm 6,6$. La hemoglobina media previa al trasplante fue de $11,93 \pm 2,08$ y el INR previo al TH de $1,48 \pm 0,47$. La media de transfusión de hemáties ha sido de $10,4 \pm 12,4$ y la de concentrados de plasma $16,1 \pm 11,9$. La supervivencia actuarial del paciente en relación a la transfusión de concentrados de hemáties fue, a 1, 3, 5, 10 y 20 años, para el Grupo A: 92,1%, 82,8%, 76,6%, 60,8% y 43,5%, respectivamente; para el Grupo B: 82,3%, 74,8%, 68%, 62,3% y 30,2%; para el Grupo C: 66,7%, 64,7%, 63,3%, 46,2% y 25,9%; y para el Grupo D: 51,1%, 51,1%, 51,1%, 25,5% y del 25,5% ($p = 0,000$). La supervivencia actuarial del paciente en relación a la transfusión de concentrados de plasma fue, a 1, 3, 5, 10 y 20 años, para el Grupo A: 84,8%, 78,1%, 69,2%, 60,8% y 27,3%, respectivamente; para el Grupo B: 91,8%, 83,8%, 78,8%, 68,2% y 54,2%; para el Grupo C: 76,7%, 69,4%, 63,6%, 51,5% y 31,2%; y para el Grupo D: de 66,5%, 63%, 59,2%, 39,5% y 22,2% ($p = 0,000$). La supervivencia actuarial del injerto en relación a la transfusión de concentrados de hemáties fue, a 1, 3, 5, 10 y 20 años, para el Grupo A: 89,9%, 80%, 73,3%, 57,8% y 40,3%, respectivamente; para el Grupo B: 81,1%, 71,6%, 66,4%, 60% y del 25,7%; para el Grupo C: 61,5%, 57%, 54%, 40% y 20,5%; y para el Grupo D: 48,3%, 48,3%, 48,3%, 24,2% y 24,2% ($p = 0,000$). La supervivencia actuarial del injerto en relación a la transfusión de concentrados de plasma fue, a 1, 3, 5, 10 y 20 años; para el Grupo A: 82,8%, 76,1%, 67,1%, 58,2% y 18,3%, respectivamente; para el Grupo B: 90,2%, 81,1%, 76,4%, 65,4% y 52,6%; para el Grupo C: 73,2%, 63,9%, 58,6%, 47,1% y 25,1%; y para el Grupo D: de 64,9%, 61,4%, 55,5%, 33,8% y del 21,7% ($p = 0,000$).

Conclusiones: La transfusión intraoperatoria de sangre es un excelente predictor de supervivencia en el trasplante hepático, incluso a largo plazo, mientras que la transfusión de plasma debe ser tomada con más cautela.

P-478. TRASPLANTE HEPÁTICO POR CIRROSIS COLESTÁSICA EN CASTILLA Y LEÓN: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

M. Gonzalo Martín, B. Pérez Saborido, D. Pacheco Sánchez, E. Asensio Díaz, F. Labarga Rodríguez, R. Martínez Díaz, M. Rodríguez López, R. Velasco López, P. Pinto Fuentes, P. Rodríguez Vielba y A. Barrera Rebollo

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Introducción: Las hepatitis colestásicas suponen, según el Registro Español de Trasplante Hepático, alrededor del 5% de las indicaciones de trasplante. Los excelentes resultados obtenidos confirman un claro beneficio para estos pacientes, con cifras de supervivencia alrededor del 80% a los cinco años postrasplante.

Objetivos: Revisión de nuestra experiencia en trasplante hepático por cirrosis colestásica durante los diez años de actividad de la Unidad.

Material y métodos: Analizamos, mediante revisión de la historia clínica y estudio estadístico, la actividad de la Unidad de Trasplante Hepático del Hospital Río Hortega desde noviembre de 2001 hasta diciembre de 2011: 325 trasplantes, de los cuales, 20 pacientes corresponden a casos de hepatopatías colestásicas (6,1%).

Resultados: Del total de 20 pacientes trasplantados, observamos un predominio de pacientes de sexo femenino (mujeres, 67% y varones, 33%), con una edad media de 51 años [31-67]. La principal indicación de trasplante es la existencia de cirrosis, siendo la causa más frecuente la cirrosis biliar primaria (CBP, 16 casos) frente a la colangitis esclerosante (CE, 4 casos). El tiempo transcurrido en lista de espera es de media 49 días [1-129]. La mayoría se encuentran en estadio B (48%) o C (40%) de Child (8 ± 1), con un Meld de 14 ± 5 . La técnica quirúrgica empleada en todos los pacientes es el implante con preservación de vena cava en Piggy-back. Se realiza en dos casos derivación biliodigestiva. Los tiempos de isquemia son, de media: caliente 375 ± 94 , fría 47 ± 12 y total 418 ± 97 minutos. Excepto en dos casos, todos los casos precisan aporte de hemoderivados (concentrado de hemáties: 10 ± 22 unidades; plasma: 8 ± 12 ; plaquetas: $1,3 \pm 2$; fibrinógeno: $2 \pm 1,5$). La tasa de complicaciones es del 30%, siendo las más frecuentes las de origen biliar, seguidas por las arteriales. Dos de los veinte casos, ninguno precisa retrasplante en este período. La supervivencia actuarial alcanza el 70%, mientras que supone el 89%, 79% y 73% a los 1, 3 y 5 años respectivamente.

Conclusiones: El trasplante hepático se ha confirmado como un tratamiento claramente efectivo en las cirrosis colestásicas. Los resultados de nuestra serie, similares a los publicados en la literatura, así lo demuestran nuevamente.

P-479. TRASPLANTE POR CIRROSIS CRIPTOGENÉTICA Y AUTOINMUNE EN CASTILLA Y LEÓN: EXPERIENCIA DE 10 AÑOS

M. Gonzalo Martín, B. Pérez Saborido, D. Pacheco Sánchez, F. Labarga Rodríguez, R. Martínez Díaz, M. Rodríguez López, R. Velasco López, E. Asensio Díaz, J.C. Sarmentero Prieto, P. Pinto Fuentes y A. Barrera Rebollo

Hospital Universitario del Río Hortega, Valladolid.

Introducción: Las hepatitis criptogenéticas y autoinmunes suponen, según el Registro Español de Trasplante Hepático, alrededor del 1,6% de las indicaciones de trasplante. Los excelentes resultados obtenidos confirman un claro beneficio para estos pacientes, con cifras de supervivencia alrededor del 80% a los cinco años postrasplante.

Objetivos: Revisión de nuestra experiencia en trasplante hepático por cirrosis de naturaleza criptogenética y autoinmune durante los diez años de actividad de la Unidad.

Material y métodos: Analizamos, mediante revisión de la historia clínica y estudio estadístico, la actividad de la Unidad de Trasplante Hepático del Hospital Río Hortega desde noviembre de 2001 hasta diciembre de 2011: 325 trasplantes, de los cuales, 10 pacientes corresponden a casos de hepatopatías criptogenéticas y de origen autoinmune (3%).

Resultados: Del total de 10 pacientes trasplantados, observamos un predominio de pacientes de sexo femenino (mujeres, 70% y varones, 30%), con una edad media de 51 años [25-69]. La principal indicación de trasplante es la existencia de cirrosis, siendo la causa más frecuente la cirrosis de origen criptogenético (6 casos, 60%), frente a la de naturaleza autoinmune (4 casos, 40%). Suponen un 1,8% y un 1,2% del total de trasplantes en 10 años. El tiempo transcurrido en lista de espera es de media 42 días [1-114]. La mayoría se encuentran en estadio B (48%) o C (40%) de Child (8 ± 1), con un Meld de 14 ± 6 . La técnica quirúrgica empleada en todos los pacientes es el implante con preservación de vena cava en Piggy-back, salvo en uno de ellos que se elige la técnica clásica. Los tiempos de isquemia son, de media: caliente 365 ± 105 , fría 45 ± 9 y total 410 ± 110 minutos. Todos los casos precisan aporte de hemoderivados (concentrado de hemáties: 8 ± 5 unidades; plasma: 8 ± 5 ; plaquetas: $1,5 \pm 0,5$; fibrinógeno: 2). La tasa de complicaciones es del 40%, siendo las más frecuentes las de origen biliar, con dos casos. Ningún paciente precisa reintervención. Un paciente es retrasplanteado por fallo del injerto. La supervivencia actuarial alcanza el 90%.

Conclusiones: El trasplante hepático se ha confirmado como un tratamiento claramente efectivo en las cirrosis criptogénicas y autoinmunes. Los resultados de nuestra serie, similares a los publicados en la literatura, así lo demuestran nuevamente.

P-480. TRASPLANTE HEPATORRENAL COMO TRATAMIENTO DE LA HIPEROXALURIA PRIMARIA TIPO I

A. Marcacuzco Quinto, I. Justo Alonso, O. Caso Maestro, N. Fakih Gómez, F. Cambra Molero, S. García Aroz, M. Abradelo Usera, A. Manrique Municio, J. Calvo Pullido, A. García Sesma y C. Jiménez Romero

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La hiperoxaluria primaria (HOP) tipo I es una enfermedad autosómica recesiva causada por una deficiencia de la enzima alaninoglicoxilato aminotransferasa en el hepatocito. El déficit de esta enzima conduce a una producción y excreción excesiva de oxalato y glicolato que son eliminados por el riñón, que conduce su precipitación y depósito en el tejido renal. La nefrocalcinosis se desarrolla en un número significativo y a los 20 años, el 90% de estos pacientes desarrolla insuficiencia renal crónica precisando diálisis. Sin embargo, los cristales de oxalato son pobremente movilizados por la diálisis. La realización de un trasplante renal aislado conduce al fracaso dado que el exceso de oxalato se deposita finalmente en el injerto renal, comprometiendo la supervivencia de estos. En estos pacientes, el trasplante conjunto hepático-renal es la mejor opción, puesto que trata el origen deficitario de la enfermedad y soluciona el fallo renal.

Material y métodos: Se revisaron los trasplantes hepáticos realizados en el hospital 12 de octubre. Entre abril de 1986 y enero de 2012, se han realizado 1.580 trasplantes de hígado, 30 de estos fueron trasplantes hepático-renales sincrónicos. En 3 de los pacientes que se realizó trasplante hepatorenal, la causa fue la hiperoxaluria primaria tipo I.

Resultados: De los 3 pacientes con trasplante hepatorenal por HOP tipo I, 2 de ellos fueron de sexo masculino. La edad media del receptor fue 39 ± 18 años, todos los pacientes fueron perfundidos con la solución de Wisconsin®, el volumen medio perfundido a través de arteria y vena fue de 2,7 L. La edad media del donante fue 39 ± 23 años. El tiempo de isquemia fría fue 350 ± 60 minutos, y el de isquemia caliente 71 ± 10 minutos. La media de los requerimientos transfusionales fue 12 concentrados de hemáties y 15 unidades de plasma, ligeramente superior al resto de trasplantes hepáticos. La estancia media en la UCI fue de 5,6 días y 17 días en la planta de hospitalización. La supervivencia de vida a los 5 años es del 100%, con una supervivencia de ambos injertos del 100% a los 5 años y presentando buena función de ambos injertos.

Conclusiones: La hiperoxaluria primaria tipo I, es una enfermedad rara cuya prevalencia e incidencia no se conocen con exactitud. La edad media al diagnóstico es de cinco años y en el 82% de los casos los síntomas prevalentes son urinarios. La presentación clínica se ha descrito en un rango muy amplio de edades, desde 1 mes hasta pasados los 60 años. Son muchas las enfermedades metabólicas tratadas con trasplante hepático. El principal objetivo del trasplante hepático en las enfermedades metabólicas es corregir el trastorno metabólico básico y está indicado cuando con él se obtiene una cura total, fenotípica y funcional. El trasplante hepatorenal permite corregir la deficiencia enzimática en el hígado. La hiperoxaluria primaria es una rara enfermedad, que puede requerir como tratamiento definitivo el trasplante hepatorenal. En nuestra experiencia el trasplante conjunto (hígado-riñón), tiene muy buenos resultados, con una supervivencia del 100% a los 5 años.

P-481. COMPLICACIONES BILIARES EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

C. Cepeda Franco, C. Bernal Bellido, J.M. Álamo Martínez, G. Suárez Artacho, L.M. Marín Gómez, J. Serrando Díez-Canedo, F.J. Padillo Ruiz y M.A. Gómez Bravo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Las complicaciones biliares postrasplante conllevan una elevada morbilidad, definidas como el talón de Aquiles del trasplante hepático durante años, los diferentes tipos de reconstrucción biliar continúan siendo un tema de debate.

Objetivos: Analizar las complicaciones biliares de los trasplantes hepáticos de donante cadáver realizados en nuestra Unidad entre 2007-2009 comparando los distintos tipos de reconstrucción biliar y determinar la supervivencia de estos pacientes.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 155 trasplantes realizados. Analizamos: el tipo de anastomosis biliar utilizada, las complicaciones biliares (fugas, estenosis y otras), tratamiento realizado y la supervivencia.

cia de estos pacientes comparada con los que no presentaron este tipo de complicaciones.

Resultados: En 155 trasplantes hepáticos realizados (117 varones y 38 mujeres), con edades medias de 53,8 y 51,8 años. Se presentaron complicaciones biliares en 27 (17,4%). Se realizaron 145 coledoco-coledocostomías, de ellas 126 (81,2%) sin tubo en T y 19 (12,2%) con tubo en T y 10 (6,4%) hepaticoyeyunostomías. Se presentaron complicaciones biliares en el 17,4% de las c-c sin T-T (10 (7,9%) fugas, 12 (9,5%) estenosis), en el 10,5% de las c-c con tubo en T (1 (5,2%) fuga tras retirada y 185,25) estenosis) y en el 30% de las hepaticoyeyunostomías realizadas (2 fugas y 1 colangitis ascendente). Supervivencia global: 78,6% para c-c sin T-T, 73,6% en c-c con T-T y del 70% en HY. En 13 (8,4%) trasplantes se apreció fuga biliar: en 4 pacientes se realizó ERCP y 8 pacientes precisaron cirugía. La supervivencia global de este grupo de pacientes fue 76,9%. En 13(8,4%) trasplantes se diagnosticó estenosis biliar. En 6 pacientes se realizó tratamiento con ERCP/CTH y endoprótesis biliar, 6 pacientes precisaron cirugía y 1 retrasplante. La supervivencia global de este grupo de pacientes fue 84,6%. En 128 (77,4%) trasplantes no se desarrolló ningún tipo de complicación biliar en nuestra serie; en ellos la supervivencia global fue del 76,5%.

Conclusiones: Las complicaciones biliares se presentan en el 20% de los pacientes trasplantados, la hepaticoyeyunostomía conlleva mayor porcentaje de complicaciones que las colédoco-coledocostomías; mientras que en nuestra serie el tubo en T no ha supuesto mayor número de complicaciones. Los pacientes con complicaciones biliares no tienen en nuestra serie mayor mortalidad que los que no presentan este tipo de complicación.

P-482. RECURRENCIA DEL HEPATOCARCINOMA EN EL TRASPLANTADO HEPÁTICO

C. Cepeda Franco, C. Bernal Bellido, J.M. Álamo Martínez,
L.M. Marín Gómez, G. Suárez Artacho, J. Serrano Díez-Canedo,
F.J. Padillo Ruiz y M.A. Gómez Bravo

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La supervivencia del trasplantado por hepatocarcinoma (CHC) se ve afectada por la recurrencia (R) del mismo, ya sea precoz (RP) o tardía (RT) y ocurre con frecuencia en tumores que sobrepasan los criterios de Milán (CM) en el explante. El tratamiento pretrasplante podría modificarlas.

Objetivos: Determinar las tasas de recurrencia del CHC en pacientes cuyo explante cumple, o no, con los criterios de Milán y su relación con el tiempo (RP: < 1 año, vs RT: > 1 año). Estudiar si el tratamiento pretrasplante influye en las mismas y valorar la supervivencia.

Material y métodos: Entre 1990-2010 se realizaron 839 TOH en 771 pacientes (114 varones y 19 mujeres) edad media 57,6 años. El trasplante-CHC se realizó en 133 pacientes (17,2%). Excluimos 13 pacientes fallecidos en el primer mes. Establecimos dos grupos: explante cumple, o no, criterios de Milán; y se han determinado las tasas de recurrencia precoz y tardía. Analizamos las tasas de recurrencia según tratamiento previo y diferentes etapas (1990-2000, 2001-2005 y 2006-2010). Calculamos las curvas de supervivencia utilizando el método de Kaplan-Meier y comparamos con long-rank test.

Resultados: De 120 pacientes incluidos, en 44 (36,6%) el CHC se asociaba al VHC+, 38 al alcohol, 29 al VHB y en 9 a otras etiologías. 90 cumplían con los criterios de Milán (75%). La recurrencia ocurrió en 18 pacientes (15%), (10 pacientes cumplían CM (11,1%) vs 8 no (26,6%), ($p = 0,019$)). La recurrencia fue precoz en 8 pacientes; 4 pacientes cumplían CM vs 4 no. La recurrencia fue tardía en 10 pacientes; RT: 6 cumplían CM vs 4 no. Recibieron tratamiento previo 52 pacientes vs 68 sin tratamiento. En la etapa 1990-2000 la tasa de recidiva fue del 23,8% (5/21), de 2001 a 2005 fue del 19,2% (5/26) y de 2006-2010 la tasa de recidiva fue del 10,5% (8/73). La recurrencia ocurrió en 7 (13,4%) pacientes con tratamiento previo vs 11 (16,75%) pacientes sin tratamiento ($p = 0,10$). Supervivencia global del 67,7% para pacientes que cumplen con los criterios de Milán vs 50% para los que no cumplen.

Conclusiones: La recurrencia determina la supervivencia de los pacientes que sobrepasan en el explante los criterios de Milán. Las tasas de recidiva han disminuido en los últimos años. No encontramos diferencias en las tasas de recurrencia precoz o tardía. Existen diferencias en las tasas de recurrencia de los pacientes con y sin tratamiento pretrasplante.