

XXIV Congreso de la Sociedad Española de Trasplante Hepático (SETH)

Córdoba, 2-4 de octubre de 2013

PÓSTERS

P-1. ¿SON PEORES LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTES DE MÁS DE 70 AÑOS?

K. Mils, L. Lladó, J. Fabregat, C. Ballellas, E. Ramos, L. Secanella, J. Torras, J. Busquets, N. Peláez y A. Rafecas

Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitari de Bellvitge, Barcelona.

Introducción: La escasez de órganos ha hecho aumentar progresivamente la aceptación de donantes marginales. El objetivo de este estudio es valorar la evolución de los pacientes trasplantados dependiendo de la edad de los donantes.

Métodos: Se analiza la evolución de la edad de los donantes a lo largo de un periodo de 10 años (2002-2011). Se ha realizado un análisis comparativo de la evolución postrasplante dependiendo de la edad de los donantes (Grupo I: edad inferior a 70 años ($n = 474$) vs Grupo II: superior a 70 años ($n = 104$)).

Resultados: Los donantes mayores de 70 años ($n = 104$) eran similares al grupo de donantes inferiores a 70 años ($n = 474$) en días de UCI, y requerimientos de drogas vasoactivas. El grupo I había presentado parada cardiaca de forma más frecuente (G I: 14% vs G II: 3%; $p = 0,005$), y tenía menor incidencia de diabetes (G I: 12% vs G II: 46%; $p = 0,000$), y cardiopatía (G I: 11% vs G II: 23%; $p = 0,003$). No hubieron diferencias en el porcentaje de disfunción primaria (G I: 6% vs G II: 7,7%; $p = 0,71$), ni mortalidad hospitalaria (G I: 5,3% vs G II: 5,8%; $p = 0,66$). Tampoco ha habido diferencias en la incidencia de complicaciones biliares (G I: 17% vs G II: 20%; $p = 0,40$), colangitis isquémica (G I: 3% vs G II: 5,8%; $p = 0,15$), ni en las complicaciones vasculares (G I: 5,5% vs G II: 6,7%; $p = 0,62$). La supervivencia actuarial a 5 años fue similar entre ambos grupos de estudio (G I: 69% vs G II: 77%; $p = 0,59$).

Conclusiones: En nuestra experiencia la utilización de injertos de donantes mayores de 70 años no empeora los resultados del trasplante a corto ni a largo plazo.

P-2. INCIDENCIA Y FACTORES PREDICTIVOS DE COMPLICACIONES BILIARES POSTRASPLANTE EN LA ERA MELD

E. Adames¹, J. Colmenero¹, G. Crespo¹, C. Fondevila² y M. Navasa¹

¹Unidad de Trasplante Hepático; ²Cirugía Hepática y Trasplante, Hospital Clínic, Barcelona.

Objetivos: El propósito del estudio fue analizar la incidencia y los factores predictivos de complicaciones de la vía biliar desde la implementación del índice MELD como método de priorización en lista de espera.

Métodos: Se evaluaron 435 trasplantes hepáticos consecutivos de donante cadáver o dominó realizados en el Hospital Clínic de Barcelona desde el uso del índice MELD (2007-2012). Se evaluaron variables del donante, del receptor (pre/post-trasplante) y quirúrgicas. Se realizó análisis multi-

variado de los factores asociados a complicación biliar ajustado a edad, peso y talla del donante y receptor, etiología y MELD pretrasplante del receptor, Donor Risk Index, tipo de donante, solución de preservación y desarrollo de rechazo celular.

Resultados: La incidencia de complicaciones de la vía biliar durante el seguimiento (mediana: 37 meses) fue de 18,9% (fuga biliar: 8,5%, estenosis biliar anastomótica: 8,3%, colangiopatía isquémica: 2,1%) y no se asoció a una menor supervivencia de injerto o paciente. El desarrollo de estenosis de la anastomosis se asoció a trombosis de la arteria hepática resuelta con tratamiento quirúrgico o angiográfico (OR = 6,06, 1,65-22,25; $p < 0,007$), al estado serológico del donante para citomegalovirus (CMV) (OR = 2,32, 1,02-5,30; $p < 0,045$) y al tiempo de isquemia fría (CIT, en horas) (OR = 1,19 1,01-1,41; $p < 0,036$). El uso de tubo en T ($n = 182$, 42%) fue el único factor asociado a la aparición de fuga biliar (OR = 5,06, 2,35-10,89; $p < 0,05$), si bien su uso conllevó un menor riesgo de estenosis biliar (OR = 0,40 0,19-0,86; $p < 0,018$).

Conclusiones: La incidencia global de complicaciones biliares fue del 18,9% y no se acompañó de una menor supervivencia de paciente o injerto. El antecedente de trombosis de la arteria hepática resuelta, la prolongación del CIT y la positividad serológica del donante para CMV incrementó el riesgo de estenosis biliar anastomótica. El uso del Kehr se asoció al desarrollo de fuga biliar pero disminuyó el riesgo de estenosis.

P-3. ESTUDIO DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON EL DESARROLLO DE COMPLICACIONES BILIARES TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

M. Gastaca¹, A. Matarranz¹, L. Martínez², A. Valdivieso¹, P. Ruiz¹, A. Ventoso¹, J.R. Fernández³, I. Palomares¹, M. Prieto¹, M.J. Suárez³ y J. Ortiz de Urbina¹

¹Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático; ²Unidad de Epidemiología; ³Unidad de Hepatología, Hospital Universitario de Cruces, Baracaldo.

Objetivos: Estudiar los factores de riesgo asociados a la aparición de complicaciones biliares (CB) tras la reconstrucción biliar mediante coledoco-coledocostomía con tubo de Kehr (CC-Kehr) en el trasplante hepático ortotópico (TH).

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo en 761 pacientes con CC-Kehr entre febrero 1996 y abril 2010. Realizamos la anastomosis con puntos sueltos de sutura reabsorbible y utilizamos un tubo de Kehr de goma de 2,5 mm como técnica estándar. La colangiografía se realizó el día +7 y el tubo se retiró en 3 meses post-TH. Se excluyeron del estudio los pacientes con complicaciones arteriales y aquellos que fueron retrasplantados o fallecieron durante la primera semana. La cohorte de estudio se constituyó con 743 TH. Se seleccionaron diferentes factores del donante, receptor y del procedimiento quirúrgico y se estudió su posible asociación con la aparición de CB. Se utilizó el test de chi cuadrado para comparar variables categóricas y el test U Mann-Whitney para las variables continuas. Se realizó un estudio univariable y aquellas variables que te-

nían una $p < 0.200$ se introdujeron en un modelo de regresión logística multivariante. Se utilizó el software estadístico SPSS vs 19.0.

Resultados: Se diagnosticaron 73 CB (9,8%). La estenosis anastomótica ocurrió en 17 casos (2,3%). Se diagnosticó fistula biliar en 39 casos (5,2%): 15 casos de fistula anastomótica (2%) y 24 casos de fistula perikehr (3,2%). La incidencia de complicaciones tras la retirada electiva del Kehr fue del 1%. Despues del estudio multivariable, los factores relacionados con el desarrollo de CB fueron: isquemia arterial > 30 min (RR 2,44, p 0,001, IC 1,45-4,12) y creatinina del receptor (RR 1,27, p 0,025, IC 1,03-1,57).

Conclusiones: La reconstrucción biliar mediante CC-Kehr se asoció con una baja incidencia de CB. La isquemia arterial > 30 min y la creatinina del receptor se asociaron a una mayor incidencia de CB.

P-4. ANÁLISIS DE LA SUPERVIVENCIA DE LAS INDICACIONES INFRECUENTES DE TRASPLANTE HEPÁTICO

G. Jiménez-Riera, J. Tinoco-González, L.M. Marín-Gómez,
G. Suárez-Artacho, J.M. Álamo-Martínez, C. Bernal-Bellido,
F.J. Padillo-Ruiz y M.A. Gómez-Bravo

UGC Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La mejoría de los resultados del trasplante hepático (TH) ha dado lugar a una flexibilización de los criterios de selección de candidatos, con contraindicaciones cada vez más reducidas. Se está produciendo una creciente desproporción entre los pacientes en lista de espera y los órganos disponibles. Las indicaciones "infrecuentes" de TH según el Registro Español de Trasplante Hepático (RETH) están aumentando progresivamente, alcanzando un 3% en 2012.

Objetivos: Determinar si es necesario un replanteamiento de las indicaciones "raras" de TH en función de sus resultados.

Métodos: Analizamos de forma retrospectiva las indicaciones infrecuentes de TH y su supervivencia según los datos proporcionados por el RETH y las series publicadas en la literatura científica. Comparamos esos datos con la supervivencia obtenida en el TH por causas habituales (en torno al 86% el primer año; 74% el quinto año).

Resultados: Traumatismo hepático: RETH = 1 y 5 años = 53,3% y 53,3%; Literatura = 0-100% y 0-100% según las series. Enfermedad de Wilson: RETH = 89,3% y 87,9%; Literatura = 73-100% y 71-100%; Hemocromatosis hereditaria: RETH = 87% y 68%; Literatura = 64-87% y 34-74%; Amiloidosis: RETH = 91% y 77,5%; Literatura = 82-100% y 63-100%; Síndrome de Budd Chiari: RETH = 84,7% y 77,3%; Literatura = 75-95% y 71-83%; Hidatidosis: RETH = 53,8% y 43,1%; Literatura = 71-100% y 70-100%.

Conclusiones: Para la optimización de la lista de espera en España, parece necesaria una mejor selección de pacientes en indicaciones de TH tales como el traumatismo hepático o la hidatidosis. El resto de indicaciones se ajustan en términos de supervivencia a las series publicadas y a las indicaciones habituales de TH.

P-5. TRASPLANTE HEPÁTICO Y HEPATOPANCREÁTICO EN FIBROSIS QUÍSTICA

B. Fernández¹, E. Frauca¹, G. Muñoz Bartolo¹, D. Lledín¹, L. Hierro¹, M.I. Barrios², C. Díaz¹, M. López Santamaría³, F. Hernández³, M. Gámez³ y P. Jara¹

¹Servicio de Hepatología Infantil y Trasplante Hepático; ²Servicio de Neumología Pediátrica; ³Servicio de Cirugía Infantil, Hospital Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Evaluar las indicaciones, resultados y evolución de pacientes pediátricos con fibrosis quística (FQ) y trasplante hepático aislado (TH) o hepatopancreático (THP) y su repercusión sobre la evolución de la enfermedad.

Métodos: De 633 trasplantes pediátricos realizados entre 1986 y enero 2013, 10 fueron por hépatopatía por FQ. Ocho TH y 2 THP. Edad al trasplante 5,4-17,1 años (mediana 15 años). Situación pretrasplante: función pulmonar: capacidad vital forzada (FVC) > 80% 7/10, 60-80% 2/10, 37% 1/10. FEV1 > 80% 5/10, 60-80% 4/10, 26% 1/10. Colonización en esputo por Pseudomonas aeruginosa 5/10. Todos insuficiencia pancreática exocrina, 4 diabetes mellitus. Ninguno malnutrición significativa.

Resultados: Seguimiento medio postrasplante 6,2 años (2m-150m). Supervivencia final 9/10. Supervivencia del injerto 9/10. Rechazo 4/10, con buena respuesta al tratamiento. No hubo complicaciones vasculares. Al final del seguimiento 5/9 presentan función hepática normal y 4/9 leve

disfunción. Tiempo de ventilación mecánica postrasplante 12 horas a 73 días (mediana 48 horas). Presentaron 4 o menos ingresos por infección respiratoria 7/9, y los otros 2 más de 5. Al final del seguimiento 5/8 seguidos más de 2 años presentaban FVC > 80% y 3/8 60-80%, FEV1 > 80% 2/8, 60-80% 5/8 y uno 56,6%. Los receptores de TH aislado mantuvieron insuficiencia pancreática exocrina, los dos con THP normalizaron la función pancreática. 7/8 con TH aislado presentan diabetes mellitus. Los 2 con THP no precisan insulina. Nutricionalmente de 9 pacientes con seguimiento superior al año 2 presentan desnutrición leve, 7 IMC normal.

Conclusiones: El trasplante hepático en pacientes con FQ ofrece resultados muy satisfactorios tasas de supervivencia y complicaciones similares al resto de las indicaciones pediátricas de TH. La inmunosupresión posttrasplante no condiciona negativamente la progresión de la enfermedad respiratoria. La inclusión del páncreas en el injerto evita el desarrollo de diabetes e insuficiencia pancreática postrasplante.

P-6. RELATIONSHIP BETWEEN TUDCA, PPAR γ AND TLR4 IN STEATOTIC LIVER TRANSPLANTATION

M.B. Jiménez-Castro¹, A. Casillas-Ramírez¹, M. Massip-Salcedo², M. Elias-Miró¹, M. Mendes-Braz¹, J. Rodés¹ and C. Peralta¹

¹Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer, Barcelona.

²Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas, Barcelona.

Given the inactivation of proliferator-activated receptor- γ (PPAR γ) induced by taurooursodeoxycholic acid (TUDCA) in isolated hepatocytes, we investigated the effects of TUDCA on PPAR γ in steatotic liver grafts undergoing transplantation. The benefits of PPAR γ antagonists in steatotic liver transplantation have been previously reported. In this study, we also investigated whether the benefits of PPAR γ antagonists could be explained by the regulation of toll-like receptor 4 (TLR4). Indeed, changes in TLR4 expression induced by PPAR γ regulators have been reported in non-steatotic livers undergoing warm ischemia. TLR4 signaling, mediated by two distinct intracellular adaptor proteins: myeloid differentiation factor 88 (MyD88) and TIR domain-containing-adaptor IFN β (TRIF), activate intracellular signaling cascades that ultimately trigger an inflammatory response. Steatotic liver transplantation was induced in Zucker rats. TUDCA, PPAR γ and TLR4 were administered or altered pharmacologically. TUDCA treatment protected steatotic liver grafts, reduced PPAR γ , and therefore ameliorated damage. Transplantation (TR)+TUDCA+PPAR γ agonist group abolished the benefits of TUDCA. This indicated that when PPAR γ was activated, TUDCA did not protect steatotic grafts against damage. Also TUDCA-induced PPAR γ inhibition affected the TLR4 pathway in steatotic grafts. PPAR γ inhibition was associated with higher TLR4 levels than those observed in the TR group. Protein levels of MyD88 were unchanged in all groups. However, a pattern similar to that observed for TLR4 protein levels were observed for TRIF protein levels in the groups evaluated. The benefits of TLR4 induction on hepatic I/R damage in steatotic liver transplantation were evidenced using TLR4 agonists. Our results report new properties of TUDCA in steatotic liver transplantation, based on a relationship between TUDCA, PPAR γ and TLR4. TUDCA reduced PPAR γ and this up-regulated the TLR4 pathway, specifically the TRIF pathway, thus protecting steatotic liver grafts. The results point to new possibilities for therapeutic interventions based on TLR4 signaling activation to protect steatotic liver grafts against damage associated with transplantation.

P-7. TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL FALLO HEPÁTICO AGUDO

G. Muñoz Bartolo¹, A. de la Vega¹, E. Frauca¹, C. Camarena¹, L. Hierro¹, M. López Santamaría², J. Encinas², F. Hernández², C. Díaz¹ y P. Jara¹

¹Servicio de Hepatología Infantil y Trasplante Hepático; ²Cirugía Pediátrica, Hospital Infantil Universitario La Paz, Madrid.

Objetivos: Describir la evolución de pacientes pediátricos trasplantados por fallo hepático agudo (FHA) y sus causas.

Métodos: 32 trasplantes (tx) por FHA de 304 niños trasplantados en el período 1999-2012. Diagnóstico de FHA realizado según los criterios vigentes actuales.

Resultados: Etiología: 25% autoinmune; 22% desconocida; 16% viral; 12,5% hemocromatosis neonatal; 9% Wilson y 15% otras. Por edad: neonatos (n 4) hemocromatosis neonatal; 1-6m (n 4): 3 desconocida, 1 hepatitis B vertical; 6m-3 años (n 10): 50% autoinmune, 2 desconocido, 1OTC, 1 linfoma hepa-

toesplénico, 1 viral; > 3 años (n 14): 3 Wilson, 3 autoinmune, 3 virales, 2 desconocida, 1 sd activación macrofágica, 1 sección pedículo vascular hepático, 1 Budd-Chiari. Evolución pretrasplante. Al ingreso: 84% ictericia, 78% hepatomegalia, 44% ascitis y 40% esplenomegalia. Encefalopatía 84%: grado II 46%, 12% grado III; tiempo de inicio con respecto al comienzo del cuadro ≤ 10 días en el 46%. Alteraciones en EEG (65%) hiperamonemia 93% (2 > 500 µg/dl). Sangrado digestivo 15%. El 21% precisó soporte inotrópico, 34% ventilación mecánica, 19% métodos de depuración. Tiempo en lista hasta tx ≤ 5 días en 84%; 28% injerto split. La pieza hepatectomía mostró cirrosis en 10, necrosis hepática submasiva en 11 y masiva en 8. La supervivencia de los niños trasplantados por FHA fue del 72% vs 88% para otras indicaciones. La mortalidad precoz postrasplante fue superior a otras indicaciones 15,6% (5/32) vs 3,3% se relacionó con la gravedad pretrasplante y etiología. 1 falleció por aplasia medular concomitante, 1 muerte cerebral. Tasa de retrasplante precoz 12,5%. Función hepática a largo plazo normal 69%. 2 niños (9%) padecen secuelas neurológicas.

Conclusiones: Etiología del FHA que motiva tx diferente según edad. Supervivencia de pacientes trasplantados por FHA 72%. La mortalidad precoz postx es mayor que en otras indicaciones de tx. La mayoría de los supervivientes no presentan secuelas neurológicas y mantienen función hepática normal.

P-8. TRASPLANTE HEPÁTICO EN ENFERMEDAD DE JARABE DE ARCE CLÁSICA: EVOLUCIÓN A LARGO PLAZO

V. Díaz Marugán¹, C. Camarena¹, A. de la Vega¹, M. Martínez-Pardo², C. Díaz Fernández¹, M. López Santamaría³, F. Hernández³, A. Andrés³ y P. Jara¹

¹Hepatología y Trasplante Hepático Infantil; ²Servicio de Cirugía Infantil, Hospital Universitario La Paz, Madrid. ³Servicio de Pediatría, Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivos: Evaluar indicaciones, resultados, evolución clínica y neurocognitiva de pacientes con MSUD clásica con trasplante hepático.

Métodos: Estudio descriptivo del trasplante hepático en enfermedad de jarabe de arce clásica (MSUD). Entre enero 1991-diciembre 2012 se diagnosticaron 8 pacientes (2 mujeres y 6 varones).

Resultados: Todos presentan coma metabólico antes de los 15 días; el diagnóstico fue metabólico confirmado genéticamente. Indicaciones de trasplante fueron: mal control metabólico, afectación psicomotora (50% retraso psicomotor, 62,5% espasticidad, 62,5% epilepsia). Calidad de vida: número medio de reagudizaciones previo al trasplante: 5 e ingresos totales 12. Un 71,4% requerían sonda nasogástrica. Todos restricción proteica (4 g/día). El 87,5% alteraciones en RMN cerebral. Valores de leucina y alioleucina fueron 608 y 218. Todos trasplante cadáver con edades entre 1,5 y 2,5 años (media 1,78). Seguimiento medio de 12,2 años (5-21). Inmunosupresión en 71,4% con corticoides, azatioprina y ciclosporina y en 14,2% con corticoides y tacrolimus. La supervivencia final de pacientes fue 87,5% e injerto del 75%. Dos trombosis arterial y retrasplante. Un 4º injerto por trombosis venosa. Las principales complicaciones fueron: estenosis biliar y portal (4 y 2) síndrome linfoproliferativo (1) resueltas. Ninguno reingresó en los últimos 3 años, 5 escalarización normal, 2 secuelas motoras y 2 crisis convulsivas. RMN cerebral de control en 4 pacientes, con mejoría de la neuroimagen en 3. Post-trasplante, todos dieta normal sin descompensaciones. Los valores de leucina fueron < 350 en post-trasplante con valor máximo de alioleucina de 20.

Conclusiones: El trasplante hepático es un tratamiento efectivo para MSUD clásica que detiene el daño cerebral. La indicación debe individualizarse. Buenos resultados y calidad de vida permitiendo llevar vida y dieta normal.

P-9. INMUNOSUPRESIÓN BASADA EN EVEROLIMUS EN CASOS DE NEUROTOXICIDAD EN EL POSTOPERATORIO PRECOZ DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

I. Bilbao¹, C. Dopazo¹, J.L. Lázaro¹, L. Castells², M. Caralt¹, G. Sapisochin¹, S. de la Serna¹ y R. Charco¹

¹Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático; ²Hepatología y Medicina Interna, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: El manejo inmunosupresor de los pacientes que presentan neurotoxicidad precoz (tres primeros meses post-trasplante) es un reto, porque obliga a eliminar los fármacos anticalcineurínicos, para evitar la potenciación de los síntomas.

Objetivos: El objetivo del estudio es analizar los casos de pacientes con neurotoxicidad precoz post-trasplante y manejados con pautas basadas en everolimus como inmunosupresor principal.

Métodos: Entre octubre de 1988 y octubre de 2012, 88 pacientes (9,2%) del total de 955 pacientes trasplantados hepáticos, recibieron everolimus en algún momento del post-trasplante. En 10 de los 88 pacientes la causa de la conversión fue neurotoxicidad en los tres primeros meses post-trasplante. Analizamos las características demográficas, el momento de la indicación, la pauta inmunosupresora pre y posconversión, la eficacia del fármaco, los efectos adversos y la discontinuación posconversión.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 56 ± 9,9. Todos excepto 2 recibieron everolimus antes del primer mes post-trasplante. La mediana de seguimiento desde la conversión es de 19,5 meses (r: 6-61). El tipo de neurotoxicidad fue: 1 Guillain-Barré, 1 AVC, 4 episodios de mutismo akinético, 3 cuadros de convulsiones repetidas y 1 temblor invalidante. En todos, el anticalcineuríno fue retirado y la pauta inmunosupresora consistió en: everolimus + MMF + esteroides (7), everolimus + MMF (1), everolimus + esteroides (1) y everolimus (1). Todos los pacientes excepto 1, mantuvieron correcta la función hepática. Solo 1 presentó un rechazo grave que requirió la introducción de ciclosporina. Ninguno abandonó el fármaco por efectos adversos. Todos excepto 2, normalizaron su función neurológica.

Conclusiones: Everolimus es un buen fármaco inmunosupresor ante cuadros de neurotoxicidad grave en el postrasplante hepático inmediato. Permite mantener correcta la función hepática y proporcionar el tiempo necesario para que los síntomas neurológicos desaparezcan.

P-10. RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL HEPATOCARCINOMA

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

Cirugía General, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La supervivencia del transplantado por hepatocarcinoma (CHC) se afecta por la recurrencia (R) del mismo que puede ser precoz (RP) o tardía (RT).

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

Métodos: 149 trasplantados por CHC (1990-2011) excluimos los pacientes fallecidos en el primer mes. Establecimos dos grupos: (explante cumple, o no, criterios de Milán) y determinamos las tasas de recurrencia. La supervivencia se calculó utilizando el método de Kaplan-Meier, comparando log-rank test.

Resultados: Realizamos 892 TOH en 818 pacientes. 130 pacientes incluidos (varones 85,4%), tratamiento previo en el 47%. 97 explantes cumplían CM. Recurrencia: 14,6%: cumplían CM 10,3% vs 27,7% no ($p = 0,01353$). Recurrencia: 17,6% de los pacientes sin tratamiento vs 11,2% con tratamiento ($p = 0,1537$). Supervivencia en los que cumplían CM: 89,7%, 83% y 69,1% vs 69,7%, 57% y 48,7% que los sobrepasaban ($p = 0,021$). Supervivencia con infiltración capsular a 1,3 y 5 años: 58,8%, 32,7% y 19,6% vs 88,4%, 82,3%, 70% sin infiltración ($p = 0,00001$). Supervivencia con invasión vascular: 76,7%, 58,1% y 36,9% vs 87%, 81,4% y 72,2% sin invasión ($p = 0,00033$). Supervivencia con tratamiento en lista: 85,5%, 76,7% y 68,1% vs 83,8%, 73,4% y 60,9% sin tratamiento ($p = 0,8$).

Conclusiones: La recurrencia del CHC determina la supervivencia y se presenta con mayor frecuencia los tumores que sobreponen en el explante los criterios de Milán, presentan infiltración capsular o invasión vascular. No encontramos diferencias en pacientes con, o sin tratamiento previo en lista.

P-11. EVOLUCIÓN VIRAL Y DE LOS INJERTOS TRAS RETRASPLANTE POR RECIDIVA DEL VHC FRENT A TRASPLANTE PRIMARIO POR VHC: ESTUDIO CASO-CONTROL

S. de la Serna, J. Martí, G. Crespo, X. Forns, J. Ferrer, C. Fondevila, M. Navasa, J. Fuster y J.C. García-Valdecasas

Unitat de Trasplantament Hepàtic, Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Introducción: El retrasplante (ReTH) es la única alternativa de tratamiento para pacientes con cirrosis debido a la reinfección por virus de la hepa-

titis C (VHC), aunque existe controversia por la reinfección universal del VHC en el injerto y el desconocimiento de la cinética viral tras el ReTH.

Objetivos: Analizar las diferencias existentes entre el trasplante hepático (TH) por infección VHC y el ReTH por recidiva VHC.

Métodos: Se estudiaron los pacientes con ReTH por reinfección de VHC entre 1996 y 2012 (grupo ReTH: 26 pacientes) y se compararon con los pacientes tratados con TH por infección de VHC inmediatamente antes y después de cada ReTH (grupo TH: 52 pacientes). Se analizaron características preoperatorias e intraoperatorias del receptor, factores del donante y resultados postoperatorios.

Resultados: Ambos grupos presentaron características demográficas similares aunque el grupo ReTH tuvo mayor carga viral preoperatoria, colestasis y peor función hepatocelular. Las características de los donantes fueron comparables excepto un mayor tiempo de isquemia en el grupo ReTH. El grupo ReTH presentó mayores necesidades transfusionales y mayor número de complicaciones postoperatorias pero con mortalidad postoperatoria similar al grupo TH. No hubo diferencias en la supervivencia del injerto entre los dos grupos aunque ambos presentaron tendencia a una menor supervivencia usando donantes más jóvenes. La tasa de reinfección grave por VHC y la supervivencia libre de recidiva (SLR) fueron similares. El uso de donantes mayores de 60 años comportó una menor SLR en ambos grupos. La reinfección grave precoz por VHC fue similar en ambos grupos pero disminuyó la supervivencia del injerto más acusadamente en el grupo ReTH.

Conclusiones: El ReTH por recidiva de VHC presenta resultados aceptables aunque parece ser más susceptible a la recidiva precoz grave por VHC. La selección estricta del receptor y del donante es fundamental para seguir mejorando estos resultados.

P-12. ESTUDIO PROSPECTIVO Y OBSERVACIONAL PARA EVALUAR LA INCIDENCIA Y EVOLUCIÓN DE LA INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC) EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO (TxH) REALIZADO: RESULTADOS PRELIMINARES A 2 AÑOS DE SEGUIMIENTO

V. Cuervas-Mons¹, J.I. Herrero Santos², M.A. Gómez Bravo³, J. Fabregat Proas⁴, A. Otero Ferreiro⁵, I. Bilbao Aguirre⁶, M.M. Salcedo Plaza⁷, M.L. González Diéguez⁸, J.R. Fernández Ramos⁹, M.T. Serrano Aulló¹⁰, M. Jiménez Pérez¹¹, J.M. Rodrigo López¹², I. Narváez Rodríguez¹² y G. Sánchez Antolín¹³

¹Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda, Madrid. ²Clinica Universitaria de Navarra, Pamplona. ³Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

⁴Hospital Bellvitge, Barcelona. ⁵Hospital Universitario de A Coruña.

⁶Hospital Vall d'Hebron, Barcelona. ⁷Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁸Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

⁹Hospital de Cruces, Bilbao. ¹⁰Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza. ¹¹Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga. ¹²Hospital Infanta Cristina, Badajoz. ¹³Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Introducción: La IRC es una complicación frecuente, progresiva y grave del TxH.

Objetivos: Conocer la incidencia, gravedad y repercusión de la IRC en pacientes con TxH realizado durante 2009 y 2010.

Métodos: Estudio observacional, prospectivo y multicéntrico, en adultos, receptores de primer TxH y con función renal normal pre TxH.

Resultados: Se evaluaron 212 pacientes a los 6 meses del TxH y se siguieron durante 24 meses. A los 24 meses, la creatinina sérica (1,096 mg/dl) y la tasa de filtrado glomerular (TFG) (MDR4, 74,3 ml/min/1,75 m²) fueron similares a los basales (+6 meses posTxH) (1,117 mg/dl y 72,6 ml/min/1,75 m², respectivamente). El 18,8% de los pacientes tenían TFG basal < 60 ml/min, permaneciendo sin cambios al final del seguimiento. No obstante, el 45,9% de los pacientes presentó TFG < 60 ml/min en algún momento del seguimiento. El 25,7% de los pacientes presentó complicaciones cardiovasculares o cerebrovasculares, siendo la IRC un factor de riesgo en el

análisis multivariante (OR 2,45 IC95% [1,23-4,85]; p = 0,01). 4 pacientes fallecieron durante el seguimiento.

Conclusiones: La mitad de los pacientes presentan IRC de novo en algún momento después del TxH, pero sólo el 25% desarrollan TFG < 60 ml/min. La IRC no es progresiva durante el periodo de estudio. En pacientes con buena función renal inicial, se observa una estabilidad de la misma. La IRC fue factor de riesgo de complicaciones cardiovasculares o cerebrovasculares.

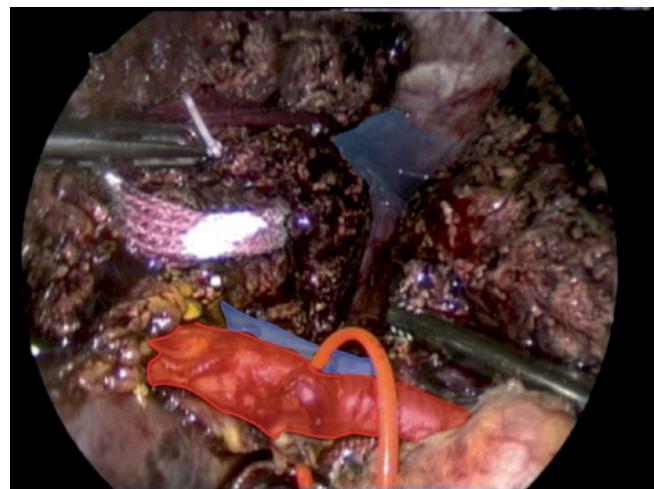
P-13. HEPATECTOMÍA DERECHA LAPAROSCÓPICA PARA TRASPLANTE HEPÁTICO DE DONANTE VIVO ADULTO. TÉCNICA QUIRÚRGICA

F. Rotellar¹, F. Pardo¹, A. Benito², P. Martí-Cruchaga¹, G. Zozaya¹, L. López³, F. Hidalgo³, B. Sangro⁴ e I. Herrero⁴

¹Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante; ²Radiología del Aparato Digestivo; ³Anestesiología y Reanimación; ⁴Departamento de Hepatología, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

Introducción: Dada la desproporción existente entre donantes y receptores de injertos hepáticos, se ha hecho necesario en muchos centros el recurrir a otras posibles fuentes de órganos como es la donación de vivo. La resección hepática laparoscópica ha demostrado ser factible y segura en diversas patologías, y diversos estudios han mostrado beneficios no solo en términos de estancia y pérdidas hemáticas, sino también en una menor morbilidad. Entre las estrategias establecidas para lograr una mayor aceptación de la donación por parte de posibles donantes, destaca la aplicación del abordaje laparoscópico.

Métodos: El donante es un varón de 29 años (74,4 kg, 1,70 cm; IMC 25,8), quien mostró interés en donación de vivo para su padre de 69 años (62 kg) con cirrosis criptogenética, con tres nódulos de HCC, con antecedentes de encefalopatía y ascitis refractaria, Meld 15. El volumen total del hígado donante era de 1.726 ml (derecho sin vena media 60,6%, remanente 38,2%), sin contraindicaciones en el estudio preoperatorio. Tras informar detalladamente al donante y su familia sobre el procedimiento y solicitar consentimiento, se realizó una hepatectomía derecha sin vena media por abordaje totalmente laparoscópico (fig.). La valoración de la vía biliar se realizó con colangiografía intraoperatoria. La pieza se extrajo por incisión suprapubiana. No se dejó drenaje.



Resultados: El procedimiento se realizó sin incidencias. El tiempo total de la cirugía fue de 480 min. El sangrado intraoperatorio fue < 100 ml. El peso del injerto fue de 879 g. Tras 24 horas en cuidados intensivos, el pa-

Tabla. (P-12)

Parámetro	Basal (n = 209)	6 meses (n = 169)	12 meses (n = 162)	18 meses (n = 150)	24 meses (n = 133)
TFG (ml/min), media ± DT	72,6 ± 21,9	77,4 ± 4,7	77,3 ± 23,0	76,6 ± 4,3	74,3 ± 2,3
TFG ≥ 60 (ml/min), %	69,4	71,0	74,1	71,3	72,2
TFG < 60 (ml/min), %	30,6	29,0	25,9	28,7	27,8
REGICOR, media ± DT	3,9 ± 2,7	3,9 ± 2,6	3,9 ± 2,6	4,6 ± 3,8	4,3 ± 3,1

ciente pasó a planta siendo dado de alta al 4 día sin complicaciones precoces.

Conclusiones: El abordaje totalmente laparoscópico es factible y seguro en la donación de hígado derecho para trasplante de adulto.

P-14. IMPORTANCIA DE LOS NIVELES DE TRANSAMINASAS Y SU EVOLUCIÓN INICIAL COMO PREDICTORES DEL DESARROLLO DE COMPLICACIONES PRECOCES TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

R. Díaz-Nieto, K. Moore, N. Rolando y B.R. Davidson

HPB Surgery and Liver Transplant Unit, Royal Free Hospital, Londres, Reino Unido.

Introducción: La elevación inicial de enzimas hepáticas tras el trasplante hepático se correlaciona con la lesión de isquemia-reperfusión sufrido por el injerto; sin embargo sus niveles y la evolución de estas en las primeras horas no se ha podido correlacionar con el desarrollo de complicaciones precoces o los resultados del trasplante. Su identificación como factores predictores puede representar una herramienta útil y fácilmente reproducible en el manejo diario de estos enfermos.

Métodos: De manera retrospectiva se analizaron los niveles iniciales de transaminasas así como el porcentaje de reducción que experimentaron en las primeras 48 horas. Complicaciones precoces como trombosis vasculares, sangrado, fistula biliar e infección en el postoperatorio, así como complicaciones tardías del tipo estenosis biliar o insuficiencia renal fueron correlacionadas con estos valores de transaminasas y su porcentaje de reducción.

Resultados: 1.299 trasplantes fueron analizados. El valor aislado de AST en las primeras 24 horas postrasplante no presentó correlación con el desarrollo de complicaciones precoces o tardías; mientras que una reducción de sus niveles inferior al 50% en las siguientes 48 horas demostró significación estadística ($p < 0,001$) como factor de riesgo para el desarrollo de trombosis de la arteria hepática; insuficiencia renal, fistula biliar y sangrado postoperatorio (OR [IC95%] de 2,8 [1,7-4,6]; 1,6 [1,2-2,2]; 1,5 [1,1-2,3]; 2,2 [1,5-3,2] respectivamente).

Conclusiones: El nivel de AST en los primeros días postrasplante no representa un factor predictor del complicaciones precoces; mientras que una lenta disminución de sus valores si podría predecir el desarrollo de alguna de estas complicaciones.

P-15. SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DEL TRASPLANTADO HEPÁTICO TRAS 20 AÑOS DE SUPERVIVENCIA. ESTUDIO OBSERVACIONAL UNICÉNTRICO

C. Dopazo Taboada¹, I. Bilbao¹, C. Moreira¹, G. Sapisochin¹, L. Castells², M. Caralt¹, J.L. Lázaro¹ y R. Charco¹

¹Departamento de Cirugía HBP y Trasplantes; ²Departamento de Medicina Interna, Unidad de Hepatología, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: El trasplante hepático ha sido aceptado como la única opción terapéutica en pacientes con enfermedad hepática terminal desde 1983.

Tabla. (P-15)

	TH-V (n = 26)	TH-M (n = 106)	p
Edad receptor (años)	51 ± 12	54 ± 10	ns
Child A/B/C	15%/42%/42%	9%/35%/56%	
UNOs I/II/III	11%/4%/85%	7%/4%/89%	
HTA/DM/Insuficiencia renal pretrasplante	4%/12%/4%	6%/11%/12%	
Edad donante (años)	34 ± 16	33 ± 15	ns
Tiempo preservación (min)	502 ± 156	507 ± 153	ns
Trombosis arterial	0%	5%	ns
Trombosis portal	0%	3%	ns
Complicaciones biliares	19%	25%	ns
Rechazo agudo 1a	54%	61%	ns
Infección por CMV 1º	19%	43%	0,03
Disfunción renal 1ª	31%	58%	0,02
Rechazo crónico	4%	24%	0,02

Objetivos: Analizar la situación clínica del paciente y función del injerto tras 20 años de supervivencia post-trasplante hepático.

Métodos: Estudio unicéntrico observacional retrospectivo que incluye aquellos pacientes trasplantados hepáticos adultos entre 1988-1994. Se realizó un análisis comparativo entre aquellos que sobreviven 20 años tras el trasplante (TH-V) y los que no (TH-M) y un análisis descriptivo del estado actual del paciente y función del injerto en el grupo TH-V.

Resultados: Analizamos 151 trasplantes hepáticos en 132 pacientes, de los cuales 26 (20%) siguen vivos. La principal causa de trasplante en ambos grupos fue cirrosis por VHC (31% en TH-V vs 35% en TH-M, p = ns), con un mayor porcentaje de cirrosis colostásica en TH-V (23%) y hepatocarcinoma en TH-M (21%) ($p = 0,003$). Las características del donante, receptor, cirugía y morbilidad post-trasplante se describen en la tabla. Las principales causas de mortalidad fueron: recidiva de la enfermedad primaria (21%), infecciones (19%) y tumor de novo (10%). Tras 20 años de supervivencia, el 73% son hipertensos, el 62% dislipémicos, el 39% diabéticos y el 27% presentó un tumor de novo durante el seguimiento, siendo el filtrado glomerular a los 20 años post-trasplante de 66 mL/min/1,73 m² (r: 6-144). La mediana de AST, ALT y bilirrubina total a los 20 años es de 33 UI (r: 13-135), 24 UI (r: 11-152) y 0,5 mg/dL (r: 0,3-1,1).

Conclusiones: La disfunción renal e infección por CMV durante el primer año post-trasplante, así como el rechazo crónico han sido factores determinantes en la supervivencia a largo plazo de nuestra serie. Tras 20 años de seguimiento, los pacientes vivos presentan morbilidad derivada de los efectos de la inmunosupresión manteniendo una correcta función del injerto.

P-16. EFICACIA DE LA SILIMARINA INTRAVENOSA EN EL PERÍODO PERITRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES CON INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC) GENOTIPO NO 1

M.A. Rodríguez-Gandía¹, R. Bárcena¹, A. Moreno², S. del Campo¹, A. Albillor¹, C. Arocena¹, M. García¹, F. García-Hoz¹, J. Graus¹, J.L. Lledó¹, J. Nuño³, L. Gajate⁴ y Unidad de Trasplante Hepático⁵

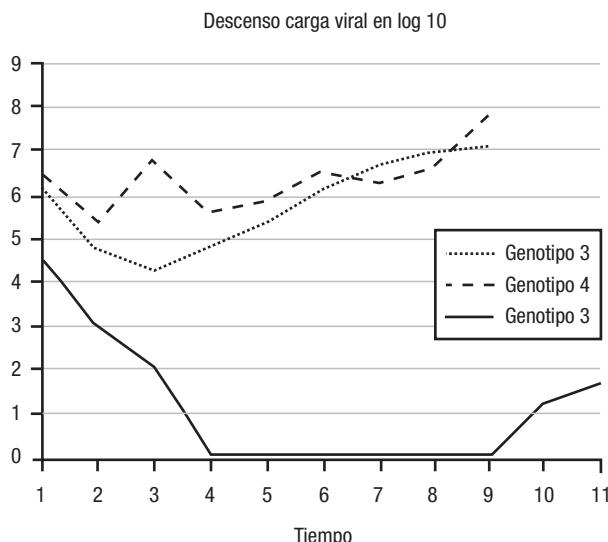
¹Gastroenterología y Hepatología; ²Enfermedades Infecciosas; ³Cirugía General; ⁴Servicio de Anestesia; ⁵Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: Nuestro grupo ha publicado la seguridad y eficacia del tratamiento con Silimarina (SIL) en el TH en genotipo1 (Bárcena, J Hepatol. 2012). Los nuevos tratamientos actúan sobre el genotipo1 y está por demostrar su eficacia en el TH. El mecanismo de acción antiviral de SIL no está totalmente establecido. En nuestro grupo hemos tratado 3 pacientes genotipo no1 (2 genotipo3 y 1 genotipo4). Mazzaferro ha publicado falta de eficacia de SIL en un paciente genotipo 2.

Métodos: Los pacientes recibieron Silimarina (Legalon® Madaus-Rottapharm): 20 mg/Kg, antes de la cirugía, en la fase anhepática, a la salida de quirófano y cada 24 horas hasta 21 días de tratamiento.

Resultados: Un paciente genotipo 3 fue totalmente respondedor, otro hizo una respuesta pobre; el genotipo 4 fue nulo respondedor (fig.).

Conclusiones: SIL posee efecto sobre la polimerasa-RNA-dependiente-NS5B (POLNS5B) del VHC impidiendo el anclaje a su ligando y por inhibición directa. SIL inhibe POLNS5B de forma directa y dosis dependiente y además esta inhibición no se altera por la sustitución de aminoácidos



conocidos que confieren resistencia a los análogos y no análogos conocidos (Hepatology, 2011). Además SIL actúa en el huésped modificando las uniones celulares de los hepatocitos a través de ocludina y claudina. Los inhibidores de polimerasa se dividen en: análogos de nucleósidos (NUCs) y análogos no nucleósidos (NNUCs). NUCs son pan-genotípicos ya que bloquean la actividad de la polimerasa mediante la incorporación del análogo en lugar de un nucleótido. NNUCs actúan a través de la unión NSSB que determina cambios alóstéricos que impiden la actividad polimerasa. Los posibles sitios de unión son muchos y potencialmente diferentes entre los genotipos del VHC, por ello, estos fármacos no muestran amplia actividad anti-VHC. Una acción de la SIL a través de la vía de los NNUCs explicaría su falta de actividad pangenotípica.

P-17. LA TERAPIA RESTRICTIVA DE VOLUMEN DISMINUYE LA TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS INTRAOPERATORIA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO

R. Gutiérrez Rico¹, L. Prieto Molano¹, N. Lekerika Royo¹, J. Arco Vázquez¹, A. Martínez Ruiz¹, J. Ortiz de Urbina López², E. Arana-Arri³ y L. Martínez Indart³

¹Servicio de Anestesia y Reanimación; ²Unidad de Cirugía Hepatobiliaria y Trasplante Hepático; ³Servicio de Epidemiología Clínica, Hospital Universitario Cruces, Barakaldo.

Objetivos: Demostrar la disminución de requerimientos de concentrado de hemáties en el trasplante hepático, con la aplicación de terapia restrictiva de volumen.

Métodos: Estudio de cohortes retrospectivo ($n = 89$ pacientes). Grupo control (A: estrategia de fluidoterapia liberal) e intervención (B: terapia restrictiva). Variable principal: Unidades de Concentrado de Hemáties transfundidas (CH). Otras variables: unidades de plasma fresco congelado (PFC), coloides, cristaloides y función renal perioperatoria. Las variables cualitativas se describieron mediante frecuencias y porcentajes, y las continuas mediante medidas de tendencia central. Para la comparación de proporciones el test de χ^2 . La t-Student para la comparación de medias (paramétrica) y la U de Mann-Whitney (no-paramétrica). Programa estadístico SPSS-21.0.

Resultados: En el grupo A requirieron transfusión intraoperatoria de CH el 88,4% de pacientes, con una media de $8,5 \pm 7,02$ UI transfundidas; frente al 82,2% del grupo B, con una media de $5,02 \pm 4,5$ UI, (diferencia estadísticamente significativa; $p < 0,001$). También se encontró diferencia significativa en las siguientes variables analizadas. La tasa transfusional de PFC fue 95,3% (media: $15,02 \pm 8,2$ UI) en el grupo A y 75,6% (media: $8,7 \pm 6,04$ UI) en el B, ($p < 0,001$). La cantidad de coloides fue 50% (media: $692,8 \pm 409,6$ ml) en el grupo A y 28,9% (media: $607,6 \pm 316,7$ ml) en el B ($p = 0,032$). La administración de Pool de plaquetas fue de 79,1% (media: $2,05 \pm 1,1$ UI) en el grupo A y 51,1% (media: $2,0 \pm 1,08$ UI) el B, ($p = 0,014$). Se valoró como un aspecto importante el efecto de la terapia restrictiva de líquidos sobre la función renal, no encontrándose diferencias estadísticamente significativas en variables tales como, media de creatinina o fracaso renal agudo en el postoperatorio inmediato.

Conclusiones: Los resultados obtenidos manifiestan como el planteamiento de una fluidoterapia restrictiva durante el trasplante, ha disminuido los requerimientos de derivados sanguíneos, fundamentalmente PFC, esto podría sugerir que un manejo liberal de PFC puede agravar, en lugar de prevenir, el sangrado de estos pacientes. No observamos con nuestro protocolo una afectación de la función renal de forma significativa.

P-18. CINÉTICA MUY PRECOZ DEL VHC EN PACIENTES TRASPLANTADOS EN TRATAMIENTO CON PEG-IFN Y RIBAVIRINA Y SU RELACIÓN CON LA IL28B Y LA RESPUESTA VIRAL SOSTENIDA

M.A. Rodríguez-Gandía¹, R. Bárcena¹, C. Senosiain¹, S. del Campo¹, A. Moreno¹ y G. de la Poza²

¹Gastroenterología y Hepatología, Hospital Ramón y Cajal, Madrid. ²Aparato Digestivo, Hospital de Fuenlabrada, Madrid.

Introducción: La sensibilidad al IFN y RB condiciona la respuesta al tratamiento VHC, también en el trasplante hepático (HCC-TH). La triple terapia podría mejorar los resultados a costa de efectos adversos.

Métodos: Estudio observacional no controlado prospectivo. 38 pacientes con HCC-TH tratados con peg-IFN y RB. Carga vírica basal, días 3, 7, 14 y 28 y semanas 12, 24, 48 y 72. RVS y reglas de parada habituales.

Resultados: 30 varones, edad 60 (30-79). Carga vírica: mediana $1,483 \times 10^7$ ($6,21 \times 10^5 - 2 \times 10^8$) basal; $4,2 \times 10^6$ ($2,21 \times 10^4 - 1,51 \times 10^8$) día 3; $5,226 \times 10^6$ ($5,07 \times 10^4 - 3,4 \times 10^8$) día 7; y $2,34 \times 10^6$ ($3,7 \times 10^3 - 2 \times 10^8$) día 14. Descenso < 1 log en día 28 en 14 pacientes y < 2 log al tercer mes en 18; RVS en 6 (15,38%), 8 (21,05%) en tratamiento > 48 semanas. Ningún paciente con descenso $< 0,57$ log a día 3 (n22) o $< 0,56$ el día 14 (n15) presentó RVS (48 semanas). En el séptimo día aumento de CV respecto a día 3 en 50% pacientes. IL28CC en 4 pacientes (50% RVS), CT en 15 (26% RVS) y TT en 11 (0% RVS). No diferencias en la IL28 del donante y respuesta. Genotipo CC se asoció a mayor caída al día 3 ($1,0108\log$ vs $0,2959\log$) y al mes ($3,0035\log$ vs $1,1915\log$) respecto al resto de genotipos ($p = 0,027$ y $p = 0,008$). Tendencia de CC ($p = 0,075$) y RVS Caída $> 1,2\log$ al día 3, $> 1,02\log$ al día 7 y $> 1,6\log$ al 14 se asoció a RVS ($p < 0,05$). Caída de $4,32\log$ (frente a $1,0\log$) en la semana 4 tuvo tendencia a la significación ($p = 0,055$). Ningún paciente que cayó $< 2,12\log$ en semana 4 (n26) o $4,19\log$ en semana 12 (n23) alcanzó RVS. Esto apoya la literatura actual (NEJM 2009 IDEAL Study).

Conclusiones: La cinética viral desde la primera dosis condicionó en nuestros pacientes la RVS con un VPN del 100% a día 3 si descenso $< 0,57\log$. Utilidad para adecuar tratamiento y potencial efecto "lead-in" precoz. La IL28B del receptor se asoció con mayor caída de CV.

P-19. BENEFICIOS DEL TRATAMIENTO DE LA RECIDIVA DEL HCC POSTRASPLANTE

G. Sapisochin¹, S. Astete¹, C. Dopazo¹, L. Castells², I. Bilbao¹, J.L. Lázaro¹, B. Mínguez², M. Caralt¹ y R. Charco¹

¹Servicio de Cirugía HBP y Trasplantes; ²Servicio de Hepatología, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La información sobre el manejo de la recidiva del HCC posttrasplante y los factores de riesgo de mortalidad tras dicha recidiva es escasa.

Objetivos: Analizar si tratar a los pacientes en los cuales el HCC recidiva postrasplante es beneficioso y analizar los factores de riesgo de mortalidad tras la recidiva.

Métodos: Entre el año 2000 y 2009 se han realizado 209 trasplantes hepáticos por HCC en nuestro centro de los cuales 34 (16%) presentaron recidiva tumoral durante el seguimiento. La mediana de tiempo hasta la recidiva fue 18,8 (2,2-87) meses; 18/34 (52,9%) en los primeros dos años. La mediana de seguimiento fue 24,4 (6-91,1) meses.

Resultados: Veinticinco pacientes (73,5%) pudieron tratarse en el momento de la recidiva tumoral (sorafenib 9/25; radioterapia 6/25; cirugía 4/25; quimioterapia 4/25 y radiofrecuencia 2/25). La media de supervivencia de aquellos tratados fue mayor que de los no tratados ($12,7 \pm 12,4$ vs $3,6 \pm 2,8$, $p = 0,002$). La mediana de supervivencia post recidiva fue de 6 (0,1-45) meses y la supervivencia a 1, 3 y 5 años tras la recidiva del HCC fue de 34%, 14% y 0%, respectivamente. La supervivencia a 1 y 3 años de aquellos pacientes tratados y no tratados, independientemente de la localización de la recidiva tumoral, fue 50% y 19% vs 0% y 0, respectivamente, $p < 0,001$. En el análisis univariante el tratamiento de la recidiva

tumoral ($p = 0,001$), la resección y radiofrecuencia como tratamientos de la recidiva ($p = 0,031$) y la recidiva tardía (≥ 12 meses) fueron predictivos de la supervivencia tras la recidiva.

Conclusiones: El tratamiento de la recidiva del HCC postrasplante mejora la supervivencia y la mayoría de los pacientes pueden ser tratados al diagnóstico. Sin embargo, la supervivencia tras la recidiva del HCC es muy baja y los estudios deberían centrarse en prevenir la recidiva tumoral.

P-20. RESULTADOS DEL PROGRAMA DE TRASPLANTE HEPÁTICO DOMINÓ

L.M. Marín Gómez¹, J. Tinoco González¹, G. Suárez Artacho¹, C. Bernal Bellido¹, J.M. Álamo Martínez¹, J. Serrano Díez-Canedo¹, J.M. Sousa Martín², F.J. Padillo Ruiz¹ y M.A. Gómez Bravo¹

¹UGC de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Unidad de Trasplante Hepático; ²UGC de Medicina Aparato Digestivo, Unidad de Hepatología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Valoramos si existen diferencias entre los 2 grupos de receptores del trasplante hepático dominó (THD).

Métodos: Análisis retrospectivo de nuestra serie THD (14 con PAF y 12 receptores del dominó [RD]) entre junio-04 hasta abril-13. Evaluamos las variables intra y postoperatorias que se expresan en el apartado de "Resultados".

Resultados: Grupo PAF: $46,4 \pm 12,5$ vs grupo RD: $62,8 \pm 3$ años para la edad media, $p = 0,0003$. 71,4% varones en el grupo PAF vs 58,3% en el grupo RD. La media del MELD real fue 7,2 en el grupo de PAF y 14,8 en el grupo de receptores de los hígados amiloidóticos ($p = NS$). El tiempo en lista de espera fue menor para el grupo PAF ($3,4 \pm 3$) vs grupo RD ($13 \pm 13,6$), $p = 0,02$. No presentaron diferencias estadísticamente significativas el tiempo de isquemia fría, la estancia media, la edad del donante, las complicaciones del injerto, el retrasplante, la mortalidad y la supervivencia crudas, supervivencia media del injerto y paciente y necesidad de hemoderivados intraoperatorios. Excepto plaquetas, grupo PAF ($0,2 \pm 0,6$) vs grupo RD ($2,5 \pm 3,6$), $p = 0,03$. El rechazo agudo es más frecuente en el grupo de PAF (5 vs 0) con una $p = 0,02$, y las complicaciones del injerto no alcanzan significación estadística, pero si observamos diferencias clínicas ($p = 0,09$) a favor del grupo RD. La supervivencia media global del paciente: $36,1 \pm 30,3$ meses (PAF: $36,1 \pm 33$ vs RD: $36,1 \pm 28$, $p = NS$). La supervivencia media global del injerto: $29,4 \pm 31$ meses (PAF: vs RD: $27,9 \pm 33,5$ meses, $p = NS$). Actualmente, hay ningún RD diagnosticado de polineuropatía amiloidótica de novo.

Conclusiones: En el THD el beneficio es similar en ambos grupos en términos de supervivencia. Los pacientes con PAF se trasplantan antes que los RD y se transfunden menos plaquetas intrtrasplante. El grupo de RD presenta menos rechazo. No hemos diagnosticado ninguna polineuropatía amiloidótica de novo en el grupo RD.

P-21. ESTUDIO PROSPECTIVO SOBRE LOS FACTORES DE RIESGO PARA LA TROMBOSIS DE LA ARTERIA HEPÁTICA EN EL POSTRASPLANTE PRECOZ

L.M. Marín Gómez¹, J.M. Álamo Martínez¹, G. Suárez Artacho¹, J.M. Praena Fernández², C. Bernal Bellido¹, J. Serrano Díez-Canedo¹, J. Muntané Relat³, F.J. Padillo Ruiz¹ y M.A. Gómez Bravo¹

¹UGC de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Unidad de Trasplante Hepático; ²Unidad de Estadística y Metodología; ³IBIS, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Pretendemos identificar los factores de riesgo asociados a la trombosis precoz de la arteria hepática (TAH).

Métodos: Estudio prospectivo entre enero-07 y diciembre-12. Valoramos variables tanto pre- como intraoperatorias que se presentan en el apartado "Resultados".

Resultados: 271 pacientes, de los cuales 20 (7,4%) presentaron TAH. La mediana global del seguimiento fue: 24 (8-46) meses. Se establecieron 2 grupos (presencia o no de TAH), que fueron comparativamente homogéneos. La mediana del flujo arterial con/sin TAH fue 109,5 (85,75-143) vs 164,5 (119-244) ml/min, $p = 0,002$, respectivamente. La mediana del flujo portal con/sin TAH fue 1.287 (1.005-1.933) vs 1.748 (1.352-2.400), $p = 0,014$, respectivamente. El análisis COR estableció el punto de corte para el flujo arterial en 137 ml/min y para el portal 1.364 ml/min como valores a partir del cual el riesgo de TAH es bajo. La transfusión de hemoderivados y

fibrinógeno intraoperatorios mostró diferencias estadísticamente significativas únicamente en el caso de los concentrados de hemáticas [con/sin TAH fueron 4 (2,25-6,75) vs 3 (1-5) concentrados, $p = 0,044$]. Ni la edad del donante, el tiempo de isquemia fría ni la duración de la cirugía ni el tipo de anastomosis biliar mostraron relación estadística con el desarrollo de TAH. El número de anastomosis arteriales sí [con/sin TAH fue 1 (1-2) vs 1 (1-1), $p = 0,017$, respectivamente]. El pico de GOT [con/sin TAH fueron 1177 (463-4.841) vs 429 (225-877) UI/ml, $p = 0,044$], GPT [con/sin TAH fueron 2618 (875-3.473) vs 475 (263-985) UI/ml, $p = 0,044$] e INR [con/sin TAH fueron 2,08 (1,7-2,85) vs 1,76 (1,43-2,28), $p = 0,044$] a las primeras 48 h postTOH también.

Conclusiones: El flujo intraoperatorio de la arteria hepática y portal, el número de anastomosis arteriales y de concentrados de hemáticas transfundidos intraoperatoriamente son factores de riesgo en el estudio univariante. El pico de GOT, GPT e INR en las primeras 48 horas predice la TAH.

P-22. INFLUENCIA DEL ORIGEN DEL INJERTO EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

A. Soto, B. Reyes, P. Sanz, M. Barrera, E. Moneva, A. Varona, A. Pérez y A. Soriano

Sección de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife.

Introducción: La situación ultraperiférica de nuestro grupo de trasplante, nos obliga a la recepción de injertos hepáticos enviados desde centros a larga distancia. Esto supone a priori un aumento de los tiempos de isquemia. Además los receptores de dichos órganos son pacientes incluidos en urgencia 0, lo que supone un riesgo añadido en la evolución de los mismos. Analizamos nuestra experiencia al respecto.

Métodos y resultados: Se realizaron 495 trasplantes hepáticos ortotópicos en el periodo comprendido entre abril 1996 y abril 2013. Dividimos la procedencia del injerto en tres grupos: I, injerto local; II, injerto interinsular; III, injerto peninsular. El injerto procedía de Tenerife en un 44,6% de los casos (n = 224), de otra de las Islas Canarias en un 47,6% (n = 233) y en un 7,8% (n = 38) el hígado era procedente de la península. Encontramos diferencias en el tiempo de isquemia Fría, con una media de 393 minutos para los donantes locales, de 457 minutos para los procedentes de otras islas y de 589 minutos para los procedentes de centros de la península. Tras el análisis de los datos no se objetivan diferencias significativas en el daño de preservación entre los tres grupos de pacientes. Tampoco encontramos diferencias significativas en relación a las complicaciones biliares, complicaciones vasculares significativas, reintervención por sangrado, ni en cuanto al número de éxitus y supervivencia de los pacientes.

Conclusiones: El análisis nos permite concluir que en nuestra serie, la recepción de injertos hepáticos procedentes tanto de otras islas como de la península no supone un aumento de complicaciones, de mayor daño de preservación ni de aumento de la mortalidad.

P-23. TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTE ANTI-CORE POSITIVO: PROFILAXIS ANTIVIRAL SEGÚN EL ESTATUS SEROLÓGICO DEL RECEPTOR

A. Lue¹, J.J. Araiz², S. Lorente¹, A. García-Gil³, E. Tejero³ y M.T. Serrano¹

¹Servicio de Digestivo, Unidad de Trasplante; ²Coordinación de Trasplantes;

³Servicio de Cirugía, Unidad de Trasplante, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza.

Introducción: En el trasplante hepático (TH) la utilización de donantes anticore positivos (anti-HBc+) en pacientes Ag-HBs-negativos es cada vez más frecuente. Es universalmente aceptada la administración de profilaxis en los receptores seronegativos, sin embargo no hay acuerdo en las pautas de prevención de Hepatitis B de novo (HBdN) en los receptores anti-HBc+ aislado. En nuestro centro, a estos pacientes no se les administra profilaxis, monitorizándose la carga viral, mientras que en otros centros se administra tratamiento antiviral.

Objetivos: Valorar la eficacia y seguridad de nuestro protocolo, analizando la tasa de HBdN en estos pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo mediante recogida de datos de los 446 TH realizados en el Hospital Clínico Lozano Blesa desde enero 2000 hasta diciembre 2012. Se analizaron variables clínicas, estatus serológico de receptores y donantes, tratamientos administrados y evolución.

Resultados: En este periodo se han realizado 33 TH con donante anti-HBc+ (7,4% del total), 30 de ellos en pacientes Ag-HBs-negativo. El tiempo de seguimiento medio ha sido de $47,1 \pm 38$ meses. Seis pacientes fallecieron (18,2%), pero ninguno de ellos por patología relacionada con infección de novo por VHB. 17 receptores (52,2%) fueron anti-HBc+ (de ellos 5 anti-HBs+) y según nuestro protocolo, ninguno de ellos recibió profilaxis. De todos estos pacientes, sólo uno (5,9%) desarrolló HBdN a los 6 meses de la intervención y fue tratado con tenofovir 245 mg/día, negativizando la carga viral. Los receptores con serología negativa (47,8%) recibieron profilaxis (8 con lamivudina, 5 con IGVHB + lamivudina) y no se observaron casos de HBdN en este grupo.

Conclusiones: La utilización de donantes anti-HBc+ aislado en receptores Ag-HBs negativos es segura. En receptores anti-HBc positivos la vigilancia y tratamiento de la HBdN es una forma apropiada de seguimiento. En los pacientes seronegativos la profilaxis con lamivudina en monoterapia parece ser el tratamiento más eficiente.

P-24. SÍNDROME HEMOFAGOCÍTICO EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS DURANTE EL TRATAMIENTO CON LOS NUEVOS ANTIVIRALES

B. Rodríguez-Medina, C. Vinaixa, C. Satorres, V. Aguilera, A. Rubín, M. Prieto y M. Berenguer

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: Los nuevos antivirales (Inhibidores de la proteasa y en el futuro, los inhibidores de la polimerasa y NS5A) se han convertido en el nuevo estándar de tratamiento en pacientes infectados con el VHC. La tolerancia y seguridad de los mismos en pacientes trasplantados hepáticos es motivo de gran preocupación ya que aún no se dispone de suficiente experiencia en la práctica clínica.

Caso clínico: Se describen dos casos de dos pacientes trasplantados hepáticos (TH) por VHC que inician tratamiento antiviral con los nuevos antivirales y, en ese contexto, desarrollan un síndrome hemofagocítico. El síndrome hemofagocítico (SH) es una entidad infrecuente y con una elevada mortalidad. Se define por la presencia de fiebre, pancitopenia, linfadenopatías, hepatoesplenomegalia, hiperferritinemia e hipofibrinogenemia. Es debido a la activación y proliferación anormal de los macrófagos, que conduce a una fagocitosis incontrolada de plaquetas, eritrocitos y leucocitos, así como sus precursores hematopoyéticos. El SH secundario, a diferencia del primario o hereditario, se asocia a autoinmunidad, neoplasias, fármacos o infecciones. El tratamiento incluye diversos agentes inmunomoduladores (p.e. corticoides, ciclosporina y etopósido) además del tratamiento específico del agente etiológico.

Discusión: Los nuevos antivirales asociados al interferón y ribavirina destacan por sus potencia antiviral aunque también por sus numerosos efectos secundarios, destacando la toxicidad hematológica sobre todo en las poblaciones especiales (cirróticos y trasplantados hepáticos). Las recomendaciones iniciales para su manejo son: la reducción de las dosis de ribavirina e interferón, la administración de estimulantes hematopoyéticos y la transfusión de hemoderivados. No obstante, en este contexto, se deben tener en cuenta otras entidades que expliquen las citopenias que presentan estos pacientes, principalmente si hay fiebre asociada, tal y como ocurre con el SH. En los dos casos descritos, a pesar de asociar la aparición de este síndrome a la tuberculosis, se desconoce si los nuevos antivirales han tenido algún papel en su desarrollo. Es por ello que recomendamos, antes de iniciar tratamiento antiviral en pacientes TH, investigar sobre la existencia de contacto previo con la micobacteria, dada la frecuencia en nuestro medio, y tomar las medidas profilácticas en caso necesario.

P-25. INSUFICIENCIA RENAL EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO. EXPERIENCIA EN 2012

I. Benítez Linero¹, P. Mellado Miras¹, D. González Rubio¹, M.A. Gómez Bravo², M. Porras López³ y F. Sánchez Carrillo¹

¹Anestesiología y Reanimación; ²Cirugía General y Digestiva; ³Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La disfunción renal (IR) antes y después del trasplante hepático sigue siendo una complicación mayor asociada a un aumento de

morbi-mortalidad, estancia hospitalaria y costes derivados. La fluidoterapia restrictiva se abre camino en el manejo intraoperatorio de estos pacientes, ya que se ha visto que disminuye las pérdidas sanguíneas intraoperatorias y minimiza las alteraciones de la coagulación derivadas de la hemodilución, lo que provoca menores requerimientos de transfusiones de hemoderivados, disminuyendo así la estancia hospitalaria y la mortalidad. Sin embargo aun existen dudas del papel que juega la restricción de fluidos en el desarrollo de IR postoperatoria.

Métodos: Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de cohorte retrospectiva. Fueron incluidos todos los pacientes a los que se le realizó un trasplante hepático ortotópico durante el año 2012 en el Hospital Universitario Virgen del Rocío de Sevilla. En total fueron incluidos 68 pacientes. Para evaluar el grado de disfunción renal se usaron los criterios del sistema de estadificación de lesión renal aguda (AKI). Fue aplicado un protocolo de terapia restrictiva de fluidos durante el intraoperatorio.

Resultados: De los 68 pacientes incluidos, 33 (49%) fueron dados de alta de UCI con IR documentada, el 12% de estos pacientes ya tenían valores de Cr superiores a 1,5 mg/dL antes del trasplante. En 4 casos (12%) se necesitó instaurar terapia de reemplazo renal. En el 100% de los pacientes que presentaron IR se habían administrados anticalciurínicos como terapia inmunesupresora. Al mes de la realización del trasplante hepático, solo 13 pacientes (19%) continuaban con disfunción renal.

Conclusiones: La terapia restrictiva de líquidos usada en nuestro centro no se asocia a mayor tasa de IR que en otras series descritas. Los principales beneficios son la menor hemodilución, menor sangrado y menor tasa de transfusión. Concluimos por tanto que es una práctica segura y recomendable.

P-26. TRASPLANTE HEPÁTICO COMO TRATAMIENTO DE HCC: RESULTADOS TRAS 10 AÑOS DE EXPERIENCIA

Y. Fundora, K.M. Granero, N. Zambudio, C. San Miguel, J. Triguero, T. Villegas, A. Becerra, J. Valdivia, A. Vílchez, D. Garrote y J.A. Ferrón

Cirugía HBP y Trasplante Hepático, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: Analizar nuestra experiencia en trasplante hepático en receptores incluidos en lista de espera con diagnóstico de carcinoma hepatocelular (HCC).

Métodos: Se diseñó un estudio observacional, retrospectivo y longitudinal. Se incluyeron en el estudio los receptores incluidos en lista de espera con diagnóstico de HCC que cumplían criterios de Milan (1 lesión menor de 5 cm, 3 lesiones menores de 3 cm y ausencia de afectación vascular), entre 2002-2012, en el Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España. Se analizaron los estudios diagnósticos realizados a la inclusión (ecografía -TAC- RMN abdominal) y el estudio anatomo-patológico del hígado tras explante. La realización de quimoembolización transarterial (QETA) pre-trasplante y los resultados anatomo-patológicos de las lesiones tratadas en el hígado explantado. Se analizó si la QETA aumentó la incidencia de trombosis arterial en los receptores. Análisis de supervivencia en este grupo de pacientes. El estudio se realizó con el programa estadístico SPSS versión 21 para Windows.

Resultados: Entre marzo 2002-2012 se realizaron un total de 250 trasplantes hepáticos, entre ellos 58 receptores incluidos en lista de espera con diagnóstico de HCC. Se admitieron en el estudio 49 pacientes ya que 9 fueron excluidos (por estudio incompleto para análisis estadístico). Todos recibieron un injerto hepático completo procedente de donante en muerte cerebral. La edad media de los pacientes trasplantados fue de 57 ± 7 años, siendo el 87% hombres. El tiempo medio en lista de espera fue de 200 ± 168 días. A la inclusión fueron diagnosticados 6 pacientes por eco y TAC, mientras que en 7 se realizó además RMN. En 36 pacientes (73%) se realizó QETA. En dos pacientes se realizó PAAF por ser las pruebas pretrasplante no concluyentes (1 negativa y otra no concluyente para HCC). En un 53% (n = 26) de los pacientes se encontró una lesión única mientras que 2 y 3 lesiones se encontraron en 15 y 8 pacientes, respectivamente. Todos los pacientes cumplieron criterios de Milan. Al analizar los resultados del explante no se encontraron lesiones de HCC en 16 pacientes (32%). Entre ellos, 11 pacientes habían recibido QETA y otro una sesión de ablación por radiofrecuencia. Por otra parte, en 8 pacientes (16%) se encontraron lesiones totalmente necrosadas, en dos de ellos combinaron lesiones necrosadas con una lesión de HCC bien diferenciada.

do. En los 8 casos se había realizado QETA. Entre ellos, dos pacientes presentaron una lesión y recibieron 1 y tres sesiones en 2 y 3 pacientes respectivamente. En un paciente se encontraron nidos celulares en la necrosis (2 lesiones de HCC y 4 sesiones de QETA). En 27 pacientes se encontraron lesiones compatibles con HCC, el grado de diferenciación tuvo la siguiente distribución: bien n = 12, moderado n = 13 y pobemente diferenciado n = 2. Solo 6 pacientes presentaron recidiva HCC. Solo un paciente que se había sometido a QETA presentó una trombosis arterial. Al final del estudio y con un seguimiento medio de 46 ± 31 meses la supervivencia bruta fue de 63,3%.

Conclusiones: Los resultados de nuestra serie son superponibles a lo publicado por otros grupos. El trasplante hepático sigue siendo una opción válida de tratamiento para HCC. La utilización de QETA en espera de trasplante no aumenta las complicaciones arteriales en nuestra serie obteniendo buenos resultados en el control local de la enfermedad.

P-27. ANÁLISIS DE RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO SOBRE HEPATOCARCINOMA EN HÍGADO CIRRÓTICO EN CANARIAS: ESTUDIO DE FACTORES DE RIESGO DE SUPERVIVENCIA Y RECAÍDA

M.A. Varona Bosque¹, D. Díaz Bethencourt², J. Portero Navarro³, A. Amorós Tenorio², M.S. Garrido Carrasco⁴, A. Cruz Bonilla⁵, P.L. Bravo Gómez⁶, P. Sanz Perea¹, M.A. Barrera Gómez¹ y A. Soriano Benítez de Lugo¹

¹Cirugía General y Aparato Digestivo, Unidad de Trasplante Hepático;

²Aparato Digestivo y Hepatología; ³Radiología Intervencionista;

⁴Radioodiagnóstico; ⁵Anestesiología y Reanimación, Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitario Ntra. Sra. Candelaria, Tenerife. ⁶Aparato Digestivo y Hepatología, Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas.

Objetivos: Analizar supervivencia y recaída del trasplante hepático cada-vírico (TH) por hepatocarcinoma en Canarias.

Métodos: Desde 1996 hasta 2012, estudiamos 82 factores de supervivencia y recaída por cáncer en trasplantes por hepatocarcinoma, retrospectivamente, focalizando en cambios de perfil donante-receptor, estadificación, exactitud diagnóstica y tratamiento puente.

Resultados: Realizamos 126 trasplantes en 115 pacientes (12 incidentales); edad media del receptor: 55,9 años; cirróticos por alcohol o virus mayoritariamente (44,3 y 45,2%); función hepática conservada (Child A de 51,4% y MELD de 11), estadificación BCLC A2 (54%); criterios de Milán (97%) y diagnóstico no invasivo (64%); edad del donante de 48 años y fallecen por ACV (65,8%), con 33% de donante marginal. Tiempo en lista: 86 días (tratamiento puente 55,3%). El pTNM postoperatorio es I y II (51,3 y 29,6%), excediendo Milán (19,1%). La mortalidad global: 32%, recaída: 6% y retrasplante: 9% (con mortalidad alta). Fallecen sobre todo por recaída de enfermedad basal (40%) y complicaciones extrahepáticas (16%). Supervivencia actuarial: 89%, 70%, 66% y 49% a 1, 5, 10 y 15 años respectivamente, con empeoramiento si analizamos retrasplante. Análisis univariado ($p < 0,05$): menor supervivencia en AFP elevada preoperatoria, donante marginal y pTNM (sobre todo satélisis e invasión vascular), daño de preservación, isquemia fría mayor de 12 horas, recaída y retrasplante. Concerniente a recaída, ($p < 0,05$) influye AFP alta preoperatoria, hipertensión portal significativa en cirugía y pTNM adverso (sobre todo invasión vascular, infiltrante, N1). Dividida la serie (antes/después año 2008, con $p < 0,1$), hay empeoramiento del perfil donante-receptor y etiologías, se excede Milan más y mejoramos aspectos diagnósticos, quirúrgicos y daño de preservación, sin modificación en supervivencia ni recaída tras 2007.

Conclusiones: La supervivencia es aceptable y acorde con la literatura, con mal rendimiento del retrasplante y baja tasa de recaída.

P-28. ANÁLISIS DEL PERFIL TRANSFUSIONAL EN HEMOTERAPIAS RESTRICTIVAS SIN CONSUMO DE PLASMA

P. Mellado Miras¹, I. Benítez Linero¹, D. González Rubio¹, A. León Fustel², M. Porras López³, M.A. Gómez Bravo⁴ y F. Sánchez Carrillo¹

¹Anestesiología y Reanimación; ²Servicio de Laboratorio; ³Unidad de Cuidados Intensivos; ⁴Servicio de Cirugía, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: Avances recientes en la hemostasia, han supuesto un cambio en la política transfusional. Fluidoterapias restrictivas y corrección

defectos hemostáticos según tromboelastometría, nos han permitido la práctica eliminación del plasma.

Objetivos: Análisis del perfil transfusional según INR y complicaciones hemorrágicas en U.C.I.

Métodos: Año 2012: 68 trasplantes hepáticos. División serie según INR: 47 pacientes INR < 1,5, 21 pacientes INR > 1,5. Análisis perfil transfusional, complicaciones hemorrágicas UCI, mortalidad.

Resultados: 1. Perfil transfusional: INR < 1,5: % pacientes recibieron CH 61%, plaquetas 21%, plasma 4%, fibrinógeno 29%. INR > 1,5, % pacientes recibieron CH 76%, plaquetas 38%, plasma 4%, fibrinógeno 52,3%. Medias transfusionales/paciente: CH 3,4 vs 4,3. Consumo medio fibrinógeno/paciente 2,2 g vs 3,5 g. Media consumo plaquetas, plasma en ambos grupos similar (1 pool/pac y plasma 1,5 ml/kg vs 2 ml/kg). Hb preoperatoria (14 g/L vs 10,3 g/L), siendo el % de pacientes con Hb < 10 g/L preoperatoria superior en el grupo INR > 1,5 (62,5% vs 37,4%). Fibrinógeno medio preoperatorio, (2,35 g/L vs 1,31 g/L). Fibrinógeno medio inicial entre los pacientes que recibieron tratamiento 2,05 vs 0,98 g/L. 2. Complicaciones: INR < 1,5: 4 hemorrágicas (8%). Plasma intraoperatorio (2), evolucionaron retrasplante, (uno muerte). Mortalidad 8,5%. INR > 1,5: 5 hemorrágicas (23,8%), todas en situación de disfibrinogenemia (Fib < 1 g/L). plasma intraoperatorio (1): muerte. Mortalidad 9%.

Conclusiones: Grupo INR > 1,5 mayor % pacientes transfundidos a expensas CH. Las hemoglobinas medias iniciales fueron inferiores en este grupo. El % de pacientes que recibieron tratamiento con Fib fue superior en este grupo (52 vs 29%). Las complicaciones hemorrágicas en grupo INR > 1,5 se produjeron en situaciones de disfibrinogenemia. 3/68 pacientes recibieron plasma intraoperatorio (complicaciones graves). Mortalidad similar (8,5 vs 9%).

P-29. TRASPLANTE ORTOTÓPICO CON HÍGADOS DE DONANTES AÑOSOS: NUESTRA EXPERIENCIA

B. Reyes, A. Soto, P. Sanz, M. Barrera, E. Moneva, A. Varona, J. Padilla y A. Soriano

Sección de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, Hospital Universitario Nuestra Señora Candelaria, Tenerife.

Introducción: El TH es la única opción terapéutica para un elevado número de pacientes con enfermedad hepática crónica, y la escasez de órganos es el principal problema equipos de trasplante. Ello unido a cambios en el perfil del donante fundamentalmente en la edad y causa de muerte ha originado la aceptación de donantes marginales, de mayor edad, con esteatosis y patologías asociadas. Ello supone un aumento en la probabilidad de peores resultados. La existencia de publicaciones reportando buenos resultados basados en la selección del receptor, avalan la utilización de los donantes añosos. Analizamos nuestra experiencia con este tipo de donantes marginales.

Métodos y resultados: En el análisis de 495 trasplantes hepáticos en el periodo comprendido entre abril de 1996 y abril del 2013 el 14,9% (n = 74) de los donantes tienen más de 65 años. El 25% se implantan en receptores con VHC, un 20% con HCC y en 8% de los casos se usaron para retrasplante. La edad media del receptor fue de 52 años y el 72,1% varones. El 51% presentan estadios C de Child. Al comparar los resultados obtenidos en los dos grupos homogéneos de trasplantes realizados con donantes > 65 años y donantes < 65 años hemos comprobado que no existen diferencias significativas en cuanto a las complicaciones inmediatas como son las reintervenciones por sangrado, ni en complicaciones vasculares o biliares. El % de rechazo, complicaciones renales o hematológicas, no fue superior con la utilización de donantes añosos. La supervivencia igualmente no mostró diferencias significativas entre ambos grupos.

Conclusiones: El análisis de los resultados nos permiten concluir que en nuestra serie, el uso de donantes de edad avanzada, con la apropiada selección de los mismos, una adecuada técnica quirúrgica y un buen manejo del receptor en las unidades de cuidados intensivos, no supone un aumento significativo de sufrir mayor riesgo de complicaciones. Igualmente la supervivencia tras el implante de hígados de estos donantes no presenta diferencias significativas respecto al resto de la serie.

P-30. EXPERIENCIA CON EL SISTEMA MARS EN CASOS DE DISFUNCIÓN PRIMARIA HEPÁTICA Y HEPATECTOMÍA TOTAL

P. Ruiz-Colominas¹, A. Escorsell¹, J. Fernández¹, M. Sanz¹, J.C. García-Valdecasas² y A. Mas¹

¹UCI-Servei d'Hepatología; ²Servei de Cirugía Hepatobilíopancreática, Hospital Clínic, Barcelona.

Introducción: El síndrome del hígado tóxico ("toxic liver syndrome", TLS) se ha descrito en la insuficiencia hepática aguda grave (IHAG) por liberación de metabolitos tóxicos por el hígado necrótico. Algunos casos se han tratado mediante hepatectomía a la espera de un trasplante urgente. En nuestra unidad hemos tratado a dos pacientes que en el postoperatorio inmediato del trasplante desarrollaron TLS tratado mediante hepatectomía y diálisis con albúmina (MARS) a la espera de un retrasplante. Este trabajo analiza su evolución.

Casos clínicos: Un trasplante electivo por cirrosis por VHC y un trasplante urgente por IHAG. Ambos desarrollaron disfunción primaria del injerto y fallo multiorgánico (insuficiencia renal, necesidad de ventilación mecánica y soporte vasoactivo). La anatomía patológica mostró necrosis hemorrágica masiva en un caso y rechazo celular grave en el otro. La hepatectomía se realizó a los 7 y 8 días post-TH, respectivamente. Evolución: se realizaron dos sesiones de MARS en cada caso. Uno de ellos además había realizado una sesión previa a la hepatectomía. Durante la fase anhepática (38 y 36 horas) se observó una mejoría de la hemodinámica, normalización del lactato sérico y aumento de la diuresis. La función hepatocelular se mantuvo sin cambios. Ambos pacientes recibieron un retrasplante urgente tras el período anhepático. El postoperatorio fue correcto en los dos pacientes, excepto por la necesidad de depuración extrarenal. Uno de ellos falleció a los tres meses por problemas sépticos mientras que el otro fue dado de alta un mes después con función hepática normal.

Discusión: La hepatectomía a la espera de retrasplante urgente es una opción factible para pacientes con disfunción primaria del injerto que presentan fracaso multiorgánico probablemente en relación a TLS. En estos casos, la diálisis con albúmina, MARS, puede actuar como puente hasta el retrasplante al mantener la estabilidad hemodinámica de los pacientes.

P-31. AJUSTE DE LA INMUNOSUPRESIÓN EN PACIENTES CON TRIPLE TERAPIA PARA VHC CON RECIDIVA POST-TOH

C. Almohalla Álvarez¹, F. García Pajares¹, I. Peñas Herrero¹, A. Vargas García¹, F. Santos Santamaría¹, R. Sánchez Ocaña¹, B. Pérez Saborido² y G. Sánchez Antolín¹

¹Unidad de Hepatología, Unidad de Trasplante Hepático; ²Unidad de Trasplante Hepático, Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Introducción: La recidiva VHC postrasplante (postTOH) puede ser grave. Las tasas de respuesta viral sostenida (RVS) son bajas con tratamiento estándar. Actualmente disponemos de inhibidores de la proteasa (IP) que mejoran la RVS. Es conocido que los IP interfieren con la inmunosupresión, y es necesario un cuidadoso ajuste de dosis. En la literatura existen recomendaciones pero aún hay pocos datos al respecto.

Objetivos: Analizar los ajustes de inmunosupresión en pacientes TOH tratados con triple terapia. Analizar la utilidad de dosis menores (formulación pediátrica de tacrolimus) con pauta de dosificación diaria, considerando que una dosis diaria consigue niveles más estables, con menor riesgo de rechazo y mejor evolución del VHC.

Métodos: Incluimos 5 pacientes, con criterios de tratamiento según las recomendaciones actuales. Todos fueron tratados con boceprevir, PEG-IFNalfa-2a y ribavirina. Se midieron niveles de IS antes, a las 24 horas y cada 48 horas tras introducción IP, hasta estabilización. Se utilizó tacrolimus en formulación pediátrica (Modigraf®) en pacientes con tacrolimus.

Resultados: Analizamos 3 varones y 2 mujeres, edad media 59 años (rango 53-67). La Inmunosupresión pre-tratamiento fue Advagraf en tres, Advagraf y everolimus en uno y Sandimmun-Neo en uno. En los pacientes con tacrolimus se redujo la dosis a 1/5 usando Modigraf®. La paciente tratada con everolimus y tacrolimus presentó mayor incremento de niveles, precisando dosis del 50% cada 48 horas.

Conclusiones: En nuestra corta experiencia observamos que es posible ajustar la dosis de inmunosupresores a pautas diarias, consiguiendo ni-

veles estables. La formulación pediátrica de tacrolimus es útil para conseguir el ajuste. La interacción con everolimus podría ser mayor. Se precisan más pacientes para verificar la utilidad de estas pautas. Las complicaciones del tratamiento pueden ser graves. Es posible que las dosis recomendadas para ajustar la inmunosupresión se haya infraestimado.

P-32. EXPERIENCIA INICIAL EN LA DONACIÓN EN ASISTOLIA DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTES TIPO II DE MAASTRICH

N. Zambudio Carroll, Y. Fundora Suárez, K. Muffak Granero, A. Becerra Massarre, T. Villegas Hernández, D. Garrote Lara y J.A. Ferrón Orihuela

Cirugía General, Hospital Virgen de las Nieves, Granada.

Introducción: El uso de donantes en asistolia es un recurso en evolución que puede ayudar a dar respuesta al aumento en la demanda de órganos.

Objetivos: Describir los primeros casos de un programa de donación en asistolia en nuestro centro.

Métodos: Análisis descriptivo de 4 pacientes entre los años 2011-2012 sometidos a trasplante hepático procedente de donante tipo II según la clasificación de Maastrich siguiendo el protocolo de donación en asistolia de nuestro centro. Se recogieron variables tanto del donante como del receptor y se llevó a cabo un seguimiento de éstos últimos durante un mínimo de 7 meses. Los datos se analizaron con el software IBM SPSS Statistics 19.

Resultados: Donantes: edad media de 48 años. Fallecieron por paradas cardiorrespiratorias extrahospitalarias presenciadas. En todos se cumplieron los tiempos del protocolo de asistolia, con menos de 15 minutos antes del inicio de maniobras de RCP avanzada, máximo de 30 minutos de duración de estas maniobras. El valor medio de GPT de los donantes fue de 81 ± 15 . Receptores: Dos pacientes se incluyeron en lista de espera por cirrosis biliar primaria (50%), uno por cirrosis hepática enólica con síndrome hepatorenal tipo II (25%); y el último por carcinoma hepatocelular secundario a cirrosis por hemocromatosis (25%). Durante el implante: un caso de síndrome post-reperfusión. En el post operatorio inmediato hubo un éxito en las primeras 24 horas secundario a una coagulopatía y shock vasogénico refractario. En el post operatorio tardío, uno de los pacientes presentó una colangiopatía isquémica con resultado de estenosis en la vía biliar tratada conservadoramente con buenos resultados.

Conclusiones: Los resultados de nuestro estudio pese al escaso tamaño muestral, concuerdan con los resultados de series mayores.

P-33. EXPERIENCIA DE NUESTRA UNIDAD DE TRASPLANTE EN RECEPTORES HEPÁTICOS CON PUNTUACIÓN MELD > 28

J. Triguero Cabrera, K. Muffak Granero, Y. Fundora Suárez, T. Villegas Herrera, A. Becerra Massarre, D. Garrote Lara y J.A. Ferrón Orihuela

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: Describir la experiencia en trasplante hepático (TH) de receptores con MELD > 28: evaluación de la influencia en la morbilidad post-trasplante.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo que incluye todos los pacientes sometidos a TH con MELD > 28, entre enero de 2007 y marzo de 2012, en el Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada. El seguimiento mínimo fue de 14 meses. Los datos fueron analizados mediante el software IBM SPSS 19.0®.

Resultados: Se analizaron un total de 150 pacientes, de los que 5 (3,3%) presentaban un MELD > 28. La edad media de los receptores fue de 47 ± 5 años, siendo el 80% varones. El estadio Child-Pugh medio fue de 11, con un MELD medio de 36 ± 4 . Las comorbilidades más frecuentes halladas en los receptores fueron: síndrome hepato-renal (60%), y encefalopatía hepática (60%), entre otras. La etiología en los receptores hepáticos transplantados fue retrasplante por rechazo crónico del injerto en 3 pacientes, de los cuales, dos eran receptores de un tercer TH; insuficiencia hepatocelular de causa enólica en 1 paciente, y cirrosis biliar primaria en el caso restante. La aparición de síndrome post-reperfusión se objetivó en 1 caso, en el que no se realizó derivación porto-cava temporal. En cuanto a las complicaciones post-trasplante, se detectó estenosis precoz de la arteria

hepática en 1 paciente y estenosis de la anastomosis hepático-yejunal en otro paciente, ambas solucionadas tras realización de nueva anastomosis. La supervivencia de nuestra muestra fue del 80% al año y 60% a los cinco años, con un total de 2 exitus: uno en el postoperatorio inmediato tras el tercer TH, y otro tras fallo hepático por metástasis hepáticas múltiples de tumor primario no conocido.

Conclusiones: Según nuestra experiencia, el TH está indicado en pacientes con MELD > 28. No obstante, necesitamos estudios con mayor potencia estadística para validar dichos resultados.

P-34. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO VIRGEN DE LAS NIEVES EN LA UTILIZACIÓN DE UN PROGRAMA SPLIT HEPÁTICO ADULTO-INFANTIL

C. San Miguel Méndez, Y. Fundora Suárez, K. Muffak Granero, T. Villegas Herrera, A. Becerra Massare, D. Garrote Lara y J.A. Ferrón Orihuela

Unidad de Cirugía Hepatobilipancreática y Trasplante Hepático, Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: Presentamos nuestra experiencia compartida con el programa infantil de trasplante hepático (TH) de dos hospitales universitarios en la utilización de injertos parciales de donante cadáver en muerte cerebral procedentes de un programa por bipartición hepática (BH).

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, que incluyó a los pacientes trasplantados en que se realizó BH en nuestro centro entre enero de 2006 y diciembre de 2012. Se analizaron variables como las características epidemiológicas de donante y receptor, sus comorbilidades, complicaciones postoperatorias y supervivencia. Los datos fueron analizados mediante el programa IBM SPSS 19.0[®].

Resultados: Se analizaron 4 pacientes (2%) trasplantados por BH de un total de 204. Los donantes presentaron una edad media de 30 ± 8 años y un peso de 74 ± 6 kg. Las causas de exitus fueron dos ACV y dos TCE. Los receptores adultos presentaron una edad media de 55 ± 11 años. Estadio Child-Pugh medio de 6 ± 1 , con un MELD real de 9 ± 2 , ya que todos fueron incluidos por indicaciones especiales. Las causas de TH fueron cirrosis enólica en dos casos, cirrosis criptogenética y CBP. En todos los casos se realizó una derivación porto-cava temporal. Se anastomosó el confluentes de venas suprahepáticas del receptor a la vena cava del donante y se realizaron las anastomosis arteriales. La reconstrucción biliar fue hepatico-coledocal. No se han registrado síndromes postreperfusión ni trombosis vasculares en ningún caso ni ha sido necesario el retrasplante. Actualmente, tres de los cuatro casos siguen vivos, siendo el único exitus debido a una isquemia mesentérica.

Conclusiones: Nuestro centro, a pesar del número limitado de casos, ha participado en el desarrollo de un protocolo que considera la indicación de esta técnica siempre que participen grupos expertos en su desarrollo, independientemente del nivel hospitalario generador. Esto permitirá expandir el pool de donantes y solventar parcialmente la problemática actual con los injertos disponibles.

P-35. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE PERITONITIS BILIAR POSTTRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO: COLOCACIÓN DE TUBO EN "T" Y LAVADO DE LA CAVIDAD

P. Martínez Ortega, F. Rotellar Sastre, P. Martí Cruchaga, G. Zozaya Larequi, M. Bellver Oliver, C. Sánchez Justicia, S. Ocaña García, L. Granero Peiró y F. Pardo Sánchez

Cirugía General y del Aparato Digestivo, Clínica Universidad de Navarra, Pamplona.

Objetivos: Nuestro objetivo consiste en mostrar que el abordaje laparoscópico de una peritonitis biliar post-trasplante hepático puede suponer una excelente alternativa de tratamiento con el fin de proporcionar al paciente todas las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.

Métodos: Paciente varón de 43 años con cirrosis hepática VHC (MELD 17). Fue sometido a trasplante hepático ortotópico mediante técnica de piggyback, anastomosis arterial latero-lateral y anastomosis biliar terminal-terminal sin colocación de tubo en T ni drenajes abdominales. Al tercer día postoperatorio se evidenció peritonitis secundaria a fuga biliar, con lo que se determinó la reintervención de urgencia vía laparoscópica. A través de 4 trócares de 5 mm se procedió a lavado exhaustivo de cavidad abdominal. A la exploración del hilio hepático se objetivó un defecto

en el ángulo izquierdo de la anastomosis biliar. Tras ampliar levemente el orificio, se introdujo el tubo en T y se llevó a cabo el cierre del defecto por medio de puntos sueltos de monofilamento 6/0. Finalmente, se colocó un drenaje subhepático cercano a la anastomosis.

Resultados: Se realizó una colangiografía trans-Kehr intraoperatoria que mostró integridad del árbol biliar y la correcta reparación de la fuga. El postoperatorio transcurrió sin incidencias. El drenaje ambiente se retiró el día 14 y fue dado de alta a los 20 días. Despues de 6 meses del trasplante, una nueva colangiografía trans-Kehr no evidenció la presencia de anomalías en la vía biliar, de modo que se retiró el tubo en T. Actualmente tras un seguimiento de 10 meses post-trasplante, presenta buen estado general y no se han observado complicaciones relacionadas con el mismo.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico de las complicaciones quirúrgicas post-trasplante hepático supone una estrategia eficaz y segura que puede evitar los riesgos que entraña una segunda laparotomía y permite mejorar el postoperatorio de este tipo de pacientes, proporcionándoles una recuperación precoz.

P-36. SISTEMA INMUNOLÓGICO DEL DONANTE COMO CAUSA DE ENFERMEDAD INJERTO CONTRA HUÉSPED AGUDA (EICHA) EN TRASPLANTE HEPÁTICO (TH)

E. García Martos¹, E. Vergara Prieto², D. Alburquerque Santos³, G. Blanco Fernández⁴, J. Sáez de Santamaría⁵, C. González Roig², M.I. Monge Romero¹, A. Guiberteau Sánchez¹, I. Narváez Rodríguez¹, R. Rodríguez-López² y C. Jiménez Jaén¹

¹Servicio de Aparato Digestivo; ²Sección de Inmunología; ³Unidad de Genética; ⁴Servicio de Cirugía Hepatobiliar; ⁵Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Objetivos: Descripción de EICHA en un paciente trasplantado hepático 28 días antes, basados en la identificación de perfiles genéticos individuales de donante y receptor.

Métodos: Análisis anatomicopatológico de muestra de mucosa rectal del receptor el día 30 posttrasplante y 2 días tras el inicio de diarrea acuosa, pancitopenia y función hepática conservada. Análisis de alelos HLAB y de perfiles de identificación genética en base a 16 marcadores STR, a partir de ADN de: hígado de donante a tiempo cero (perfil D), hígado sin hepatocarcinoma del receptor (perfil R), biopsias de colon y piel del receptor en día 30, mucosa bucal y sangre periférica del receptor en día 53.

Resultados: Diagnóstico anatomicopatológico de EICHA tras identificación de moderado infiltrado linfoplasmocítico de lámina propia en mucosa rectal. Dicha muestra y la biopsia de piel mostraron perfiles genéticos idénticos a R. La mucosa bucal mostró evidente quimerismo con porcentaje semiquantitativo: R 70%, D 30%. En sangre periférica únicamente se detectó perfil genético D. HLA B*18*40 del donante. HLA B*18*40 en sangre periférica y B*18*40*50*57 en mucosa bucal del receptor.

Conclusiones: 1. La sospecha de EICHA se realizó en base a la clínica y la evidencia histopatológica. 2. Corroboramos el diagnóstico con la existencia de quimerismo de perfiles genéticos del donante del donante y receptor, definidos en base al análisis de regiones hipervariables del genoma, en ADN de mucosa bucal. 3. Sugirimos que la pancitopenia detectada desde el día 30, la activación de linfocitos T del donante (remanente de hasta 109 tras lavado), incluso la existencia de tejidos con capacidad hematopoyética que pudieran existir en el hígado trasplantado, como causa de la no detección del perfil genético del receptor en su sangre periférica en el día 53.

P-37. UMBRAL DE TRANSFUSIÓN EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO. ESTRATEGIA RESTRICTIVA

I. Benítez Linero¹, P. Mellado Miras¹, D. González Rubio¹, M.A. Gómez Bravo², I. Domínguez Pascual³, M. Porras López⁴ y F. Sánchez Carrillo¹

¹Anestesiología y Reanimación; ²Cirugía General y Digestiva; ³Laboratorio clínico; ⁴Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La mayoría de guías de práctica clínica recomiendan prácticas restrictivas de transfusión de glóbulos rojos, principalmente en pacientes sin enfermedad cardíaca severa. Parece que no hay diferencias en el aporte de O₂ a los tejidos con valores de Hb entre 6-10 g/dL. Sin embargo existe la tendencia a recomendar el umbral transfusional cuando la

Hb cae hasta 6-7 g/dL. Otros parámetros pueden ayudar en la toma de decisiones como la saturación venosa central o la oximetría regional cerebral.

Caso clínico: Mujer de 60 años a la que se le realizó un trasplante hepático ortotópico por cirrosis hepática por VHC y hepatocarcinoma. La Hb preoperatoria era de 8,8 g/dl. La primera determinación en quirófano fue de 7,7 g/dl según el gasómetro. Descendió hasta 6,6 g/dl durante la fase de disección sin que se produjeran cambios en los valores de otros parámetros de perfusión tisular ni empeoramiento hemodinámico. Ya en la fase anhepática, con Hb de 5,5 g/dl, SvcO₂ menor de 70% y caída de la rSO₂ mayor del 20% se decidió la transfusión de 2 concentrados de hematíes.

Discusión: Nuestra paciente presentó una Hb inicial baja pero el resto de parámetros se encontraban en rango normal. A pesar del descenso en los valores de Hb no fue transfundida hasta la fase anhepática. Llama la atención la discordancia entre los valores de Hb de laboratorio y del gasómetro. Habría que pensar en un posible error de medición. La Hb al final de la cirugía fue 7,9 g/dl. No precisó transfusiones en el postoperatorio. En nuestra opinión, la Hb no debería ser considerada el único parámetro a valorar ante la posibilidad de transfusión sanguínea. Debemos tener en cuenta otros parámetros mencionados y el contexto quirúrgico ya que los requerimientos intraoperatorios de transfusión sanguínea son un importante factor de riesgo de mortalidad tras el trasplante hepático.

P-38. GESTIÓN DE LA LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE HEPÁTICO POR CIRROSIS DESCOMPENSADA: DIFERENCIAS ENTRE RECEPTORES CON HEPATOPATÍA VHC Y NO VHC

L. Ibáñez Samaniego, M.D. Pérez Valderas, F. Díaz Fontenla, C. de Gracia Fernández, K. Klimová, A. Fernández Yunquera, D. Rincón, M. Senosiain, A. Matilla, M.V. Catalina, G. Clemente, R. Bañares y M. Salcedo Plaza

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: La cirrosis-descompensada por el VHC es una de las principales indicaciones de trasplante-hepático (TH). La recurrencia del VHC es causa de pérdida del injerto y muerte en receptores-VHC. La edad-avanzada del donante condiciona la agresividad de esta recurrencia por lo que se tiende a asignar injertos de menor-edad a receptores-VHC.

Objetivos: Analizar la asignación de injertos en receptores-VHC y no-VHC y su impacto en: tiempo de demora en lista-de-espera (LE), deterioro MELD hasta el TH, necesidad de reingresos hospitalarios, y la supervivencia final por intención-de-tratamiento desde la inclusión.

Métodos: Estudio-retroscopico de la cohorte de pacientes incluidos en lista de TH por cirrosis-descompensada de enero-2008 a noviembre-2012. SPSS v20.0. Análisis comparativo: edad de los donantes, MELD, tiempo en

LE, días de hospitalización en LE, porcentaje de exclusión y motivo (muer-te/mejoría), supervivencia final por intención-de-tratamiento.

Resultados: 79 pacientes. Realizado TH en 57 (72%), 4 permanecen en LE, se excluyeron 18 (22,8%): 6 por mejoría, 12 por muerte en LE (15%). La edad de los receptores fue similar en ambos grupos (51 vs 52 p: 0,58). Los pacientes-VHC se incluyeron en LE con menor MELD (16,2 vs 20,2 p: 0,006); el MELD al momento del TH fue similar en ambos-grupos (19,3 Vs 20,2 p = 0,64). En pacientes-VHC el tiempo en LE fue mayor (208,6 días vs 91 p: 0,004); precisaron más días de hospitalización (30,1 vs 13,4; p = 0,03) y la edad de los donantes fue menor (54,3 vs 63,9; p = 0,03). La puntuación MELD-donor fue similar en ambos grupos (1.059,3 vs 1.298,4; p = 0,116). El análisis de supervivencia por intención-de-tratar desde la inclusión en lista no halló diferencias entre ambos grupos (log-rank p: 0,6). Ver figura a pie de página.

Conclusiones: Los pacientes con cirrosis descompensada VHC son transplantados con injertos de donantes de menor edad, acceden a la LE con menor MELD. El MELD se iguala a los no-VHC tras un mayor tiempo de espera. Estas diferencias en la adjudicación de injertos no afecta a la supervivencia final, considerando tanto la muerte en LE como tras haberse realizado el TH.

P-39. ESTUDIO OBSERVACIONAL EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO Y RENAL COMBINADO

J. Tinoco González, G. Jiménez Riera, J. Reguera Rosal, M. Rubio Manzanares-Dorado, D.F. Aparicio Sánchez, C. Bernal Bellido, L.M. Marín Gómez, G. Suárez Artacho, J.M. Álamo Martínez, J. Serrano Díez-Canedo, F.J. Padillo Ruiz y M.A. Gómez Bravo

UGC Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.

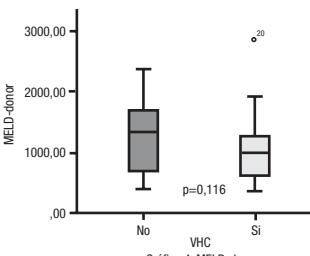
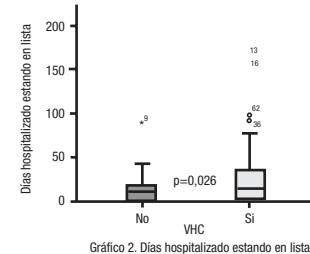
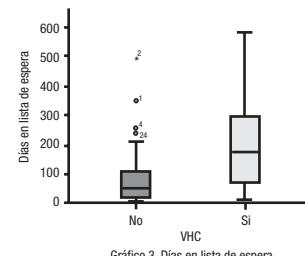
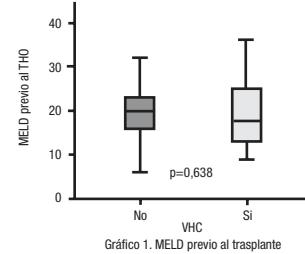
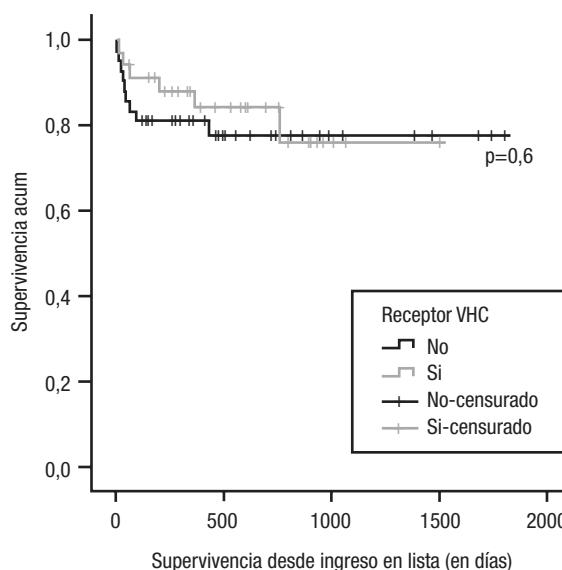
Introducción: Un número significativo de pacientes en lista de espera de trasplante de hígado desarrollan insuficiencia renal. El trasplante combinado hepato-renal (THR) se ofrece cada vez más, especialmente desde la introducción del score MELD, habiéndose multiplicado por tres.

Métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes con THR secuencial y simultaneo en nuestra Unidad desde 1990 a 2012. Analizamos: fecha del trasplante, fecha de diagnóstico, fecha de exitus o último seguimiento, tipo de trasplante, régimen inmunosupresor y MELD. Los THR se parean con TOH con el mismo diagnóstico (ratio 1: 2) y mismo diagnóstico debido a la heterogeneidad del grupo y la n = 16 para THR.

Resultados: Se realizaron 961 trasplantes hepáticos entre abril de 1990 y diciembre de 2012, de los cuales 16 fueron THR (1,7%), 13 simultáneos y 3 secuenciales. La mayoría fueron hombres (74,7% en TOH y 81,3% en THR). La media de edad fue de $51,9 \pm 10$ años en todos los TOH y de $46,1 \pm 11$

Figura P-38

Curva de supervivencia



años en los THR ($p = 0,02$). La causa más frecuente de indicación de THR fue la cirrosis alcohólica en 7 casos (43,8%), seguido de 2 casos de poliquistosis hepatorrenal (12,5%). La supervivencia del grupo de THR simultáneos fue del 70% al año, 58,3% a los 3,5 y 10 años; frente al grupo de THR secuencial con un 100% supervivencia a los 10 años; y del grupo control de pacientes pareados de 79,2%, 70%, 64% y 64% a los 1, 3, 5 y 10 años ($p = NS$).

Conclusiones: El THR muestra, en nuestra experiencia, resultados similares al trasplante hepático solo, en cuanto a supervivencia y pérdida de injertos. El trasplante combinado (simultáneo o secuencial) es una alternativa a considerar para pacientes en lista de espera de TOH con patología renal asociada, realizando una correcta selección de los pacientes.

P-40. ESTUDIO DE LAS COMPLICACIONES INFECCIOSAS ASOCIADAS A LA BIOPSIA HEPÁTICA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

C. López¹, I. Bilbao², L. Castells³, M. Pérez⁴, J. Gavaldà¹, A. Pahissa¹ y O. Len¹

¹Servei de Malalties Infeccioses; ²Servei de Cirugía Hepática Biliopancreática i Transplantament; ³Servei d'Hepatologia; ⁴Servei de Radiología Vascular Intervencionista, Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Identificar los factores de riesgo para el desarrollo de complicaciones infecciosas en relación a la biopsia hepática en pacientes transplantados hepáticos.

Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva. Se analizaron las biopsias hepáticas realizadas entre los años 2001 y 2011 en pacientes receptores de trasplante hepático.

Resultados: Se realizaron 669 biopsias hepáticas (557 percutáneas y 92 transyugulares) en 286 receptores de trasplante hepático. Identificamos 25 complicaciones en 24 pacientes (incidencia global del 3,7%). Catorce de las complicaciones fueron infecciosas (8 casos de sepsis, 1 caso de colangitis, 3 pacientes que presentaron fiebre sin foco y dos pacientes con infección de líquido ascítico). En 10 de los 14 casos se aisló un microorganismo responsable, principalmente *Pseudomonas aeruginosa* (4 casos) y enterobacterias (4 casos). Todas las complicaciones se dieron en biopsias realizadas durante un ingreso hospitalario (381 biopsias en 201 pacientes). Respecto las ambulatorias existían diferencias significativas en parámetros analíticos (menor tiempo de Quick y niveles de albúmina y valores más altos de creatinina y bilirrubina directa) y clínicos (menor tiempo desde el trasplante a la biopsia, mayor porcentaje de patología de vía biliar y mayor frecuencia de biopsias por vía transyugular). En el grupo de biopsias consideradas como nosocomiales la única variable relacionada de forma estadísticamente significativa con la aparición de una complicación infecciosa tras la biopsia hepática fue un valor de albúmina inferior a 2,4 mg/dL con un riesgo estimado 3,78 veces superior (IC95% 1,36-10,53; $p = 0,016$).

Conclusiones: Las complicaciones infecciosas tras una biopsia hepática en un receptor de trasplante hepático se relacionan con su realización durante un ingreso hospitalario, especialmente si el valor de albúmina es bajo.

P-41. INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA EN CANTABRIA

E. Fábregas, M.A. Mieses, A. Terán, S. Llerena, M.J. García, I. Moraleja, F. Casafont, J. Crespo y F. Pons-Romero

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Introducción: En un estudio epidemiológico realizado en nuestro país entre los años 1992 y 2000 se objetivó que la infección por el virus de la hepatitis B (VHB) fue la causa más frecuente de insuficiencia hepática aguda de gravedad (IHAG). Hasta en un 32% de pacientes con este síndrome no se pudo realizar un diagnóstico etiológico. Con el fin de conocer la situación actual hemos analizado retrospectivamente los casos diagnosticados de IHAG en Cantabria durante los años 2000 a 2010.

Resultados: En el periodo descrito se han diagnosticado 17 casos de IHAG. La mediana de edad fue de 45 años (rango, 17-87 años). La causas fueron las siguientes: virus de la hepatitis B en 4 casos (24%), desconocida en 4 (24%), toxicó-medicamentosa en 4 (24%) (1 caso por tuberculostáticos, 1 caso por anti-andrógenos, 1 caso por éxtasis, 1 caso por sobredosis de paracetamol con intento de suicidio), y otras etiologías diversas en 5 casos (29%). Las complicaciones más frecuentes detectadas en el seguimiento fueron la insuficiencia renal en 29% de los casos, infecciones bacterianas en 12% de casos y edema cerebral en 12% de casos. El trasplante hepático se realizó en 11 pacientes con una supervivencia al alta hospitalaria del 82%.

Conclusiones: 1) En nuestro medio la infección por el VHB y los casos de origen desconocido continúan siendo las causas más frecuentes de IHAG; 2) la intoxicación por paracetamol continúa siendo una causa excepcional de IHAG a diferencia de lo que acontece en el mundo anglosajón; 3) La supervivencia tras el trasplante hepático es excelente.

P-42 ESTUDIO COMPARATIVO DE LA PROGRESIÓN DE LA FUNCIÓN RENAL EN DOS GRUPOS DE PACIENTES TRATADOS CON PAUTAS INMUNOSUPRESORAS NO NEFROTÓXICAS

A. Vargas García¹, F. García Pajares¹, I. Peñas Herrero¹, C. Almohalla Álvarez¹, A. Barrera², F. Santos Santamaría¹, R. Sánchez Ocaña¹ y G. Sánchez Antolín¹

¹Unidad de Hepatología, Unidad de Trasplante Hepático; ²Unidad de Trasplante Hepático, Servicio de Cirugía General, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Introducción: La disfunción renal postrasplante es un problema con una alta incidencia y una mortalidad asociada, por lo que es fundamental identificar los factores etiológicos y controlarlos cuando es posible. La inmunosupresión es uno de los factores que condicionan disfunción renal, por lo que están en estudio nuevos protocolos de inmunosupresión no nefrotóxicos.

Objetivos: Analizar si pautas inmunosupresoras no nefrotóxicas están asociadas a una mejoría en la función renal a largo plazo y comparar la mejoría de la función renal entre dos pautas inmunosupresoras nefroprotectoras, basadas en MMF y mTOR.

Métodos: Analizamos 2 grupos de pacientes, 36 tratados con anticalcineuríntico (ICN) y MMF y otro de 26 pacientes tratados con pauta inmunosupresora basada en mTOR asociado o no a ICN. Comparamos la creatinina antes de iniciar el tratamiento y un año después en ambos grupos.

Resultados: Ambos grupos fueron homogéneos en lo que se refiere a proporción hombres mujeres, si bien la indicación de trasplante por hepatocarcinoma fue mayor en el grupo tratado con mTOR. Hubo diferencias significativas en la función renal al inicio del tratamiento y al año posttrasplante en cada grupo de tratamiento y entre ambos grupos.

Conclusiones: Las pautas inmunosupresoras nefroprotectoras con MMF y mTOR parecen eficaces en el control de la disfunción renal. Los mTOR consiguen mayor mejoría de la función renal en nuestra serie que el grupo de pacientes tratados con MMF. Son necesarios estudios amplios que ayuden a valorar el papel de los distintos inmunosupresores en el trasplante hepático.

P-43. COMPLICACIONES BILIARES DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN LOS COMIENZOS DE UNA UNIDAD DE TRASPLANTE

D. López Guerra¹, J. Santos Naharro¹, M.J. Matito Díaz¹, J. Fernández Pérez¹, C. Corchado Berjano², F. Botello Martínez¹, M.I. Monge Romero², O. López Sánchez¹, F. Galeano Díaz¹ y G. Blanco Fernández¹

¹Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático; ²Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Introducción: Las complicaciones biliares postrasplante son una de las principales causas de morbilidad y la complicación más común tras el procedimiento. Las complicaciones pueden dividirse en precoces sobre todo la fistula postoperatoria y tardías destacando la estenosis anastomótica y no anastomótica. La incidencia varía entre un 5-32% según las series.

Métodos: Se han revisado 94 trasplantes hepáticos ortotópicos realizados desde febrero 2007 hasta diciembre de 2012. Se ha analizado variables relacionadas con el donante (antecedentes, edad, comorbilidad), el receptor, tiempo de isquemia, transfusión de hemoderivados y complicaciones posquirúrgicas.

Resultados: Las complicaciones biliares postrasplantes se presentaron en un 18,6% de los pacientes. No hubo diferencias entre el grupo con complicaciones biliares frena a aquellos que no las presentaron en

cuanto a edad, sexo, características del donante, tiempo de isquemia, tiempo quirúrgico y transfusión de hemoderivados. La complicación biliar más frecuente fue la fistula biliar que se presentó en 12 pacientes (12,7%) mientras que la estenosis biliar se produjo en 5 pacientes (5,3%) (4 de ellos tardía). En caso de fistula el tratamiento fue drenaje percutáneo en 7 casos, drenaje quirúrgico en dos casos, hepaticoyeyunostomía en otros dos casos y CPRE en un paciente. En dos casos se consiguió manejo conservador mediante apertura del tubo T Kehr. En aquellos pacientes que presentaron estenosis se realizó intento de CPRE en todos los casos siendo exitosa en sólo uno de ellos. En el resto precisaron derivación bilioenterica para su resolución que fue satisfactoria en todos los casos.

Conclusiones: La anastomosis biliar continua siendo hoy en día el "talón de Aquiles" dentro del trasplante hepático. Los resultados obtenidos en nuestra serie son similares a los publicados en la literatura. El objetivo continúa siendo disminuir su incidencia y mejorar el manejo mediante técnicas poco invasivas endoscópicas y percutáneas.

P-44. HEPATITIS FULMINANTE POR INTOXICACIÓN AGUDA CON HIERRO

B. Rodríguez-Medina, C. Vinaixa, A. Rubín, M. García, V. Aguilera, M. Berenguer y M. Prieto

Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: Las sales de hierro (Fe) son un medicamento del cual se tiende subestimar su toxicidad. El Fe, en caso de sobrecarga, queda en estado libre ejerciendo su toxicidad. El manejo de la sobredosis por Fe es controvertido, con escasos datos publicados en la bibliografía. Debido a ello y a la poca experiencia en la práctica clínica, los casos de intoxicación aguda severa por Fe son sumamente complicados de tratar.

Caso clínico: Mujer de 17 años que acude a urgencias por ingestión de 100 comprimidos de sulfato ferroso (Ingesta total aproximada: 110 mg/kg de Fe elemental) 8 horas antes por intento de autolisis. A la exploración consciente aunque somnolienta (Glasgow 12) e ictericia cutáneomucosa. En la analítica destaca bilirrubina (Bb) de 7,75 mg/dl, AST/ALT 4.920/8.067 UI/ml; IQ20%; Hb 9,9 mg/dl (MELD 30). La sideremia fue de 703 µg/dl y el índice de saturación de transferrina (IST) del 201%. Durante el lavado gástrico se objetiva contenido gástrico hemático. Se inicia tratamiento urgente con desferoxamina 15 mg/kg/hora y omeprazol iv. Tras 12 horas de perfusión con desferoxamina, la sideremia es de 267 µg/dl y el IST101%, no obstante persiste el deterioro de las pruebas de función hepática (Bb 12 mg/dl, AST/ALT 11.720/5.890 UI/L, GGT > 12.000 UI/L, IQ < 10%) y mayor deterioro del nivel de conciencia (encefalopatía III-IV). A las 24h de inclusión en código urgente se realiza el trasplante hepático. El postoperatorio fue complicado con desarrollo de un síndrome compartimental abdominal que requirió reintervención. La evolución posterior fue tórpida con desarrollo de fallo multiorgánico y fallecimiento de la paciente.

Discusión: La hepatitis fulminante por Fe es una entidad muy poco frecuente con sólo dos casos reportados. El Fe es un potente catalizador de la formación de radicales libres siendo capaz de oxidar una amplia gama de biomoléculas (lípidos, proteínas y DNA). En nuestro caso, los síntomas de toxicidad se manifestaron en forma de gastritis hemorrágica autolimitada y hepatitis fulminante. A pesar de la normalización de la sideremia y el trasplante precoz, es posible que la toxicidad sistémica y el daño orgánico producido por el depósito de Fe hayan favorecido el fracaso multiorgánico precoz durante el postoperatorio, conduciendo al exitus de la paciente.

P-45. RECHAZO AGUDO Y RECHAZO CRÓNICO EN EL TRASPLANTE POR CIRROSIS ALCOHÓLICA

J. Tinoco González, C. Bernal Bellido, G. Jiménez Riera, V. Camacho Marente, L.M. Marín Gómez, G. Suárez Artacho, J.M. Álamo Martínez, J. Serrano Díez-Canedo, F.J. Padillo Ruíz y M.A. Gómez Bravo

UGC Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.

El rechazo es la causa más frecuente de disfunción primaria del injerto en el trasplante hepático. El rechazo agudo suele ocurrir en las primeras semanas y meses postrasplante, con una incidencia de 12-19%. El rechazo

crónico, es menos frecuente (2,5-17%), y es irreversible. Nuestro objetivo fue determinar la incidencia de rechazo agudo y crónico en el paciente trasplantado por cirrosis alcohólica y determinar la supervivencia de dichos grupos. Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes 93 trasplantados hepáticos por cirrosis alcohólica entre 2005 y 2012. La aparición de rechazo agudo se presenta en 23,7%, frente al rechazo crónico que es del 11,8%. La mediana desde el implante hasta la aparición del RA fue de 34,5 días, y de 334 días para el RC. La supervivencia del receptor en RA fue del 70%, 60%, 53% a los 1, 3 y 5 años; frente al 90%, 63,5% y 63,5% a los 1, 3 y 5 años en el RC. La supervivencia de los pacientes que no experimentaron rechazo fue del 80%, 75,6% y 73,2% a los 1, 3 y 5 años ($p = NS$). Presentaron RC el 22,2% (4/18) de los pacientes con RA previo, y el 10% (7/72) de los pacientes sin RA previo, sin significación estadística ($p = 0,26$). Podemos concluir que la aparición de RC es más frecuente en aquellos pacientes que previamente han presentado RA, aunque esta diferencia no es estadísticamente significativa en nuestra serie ($p = 0,26$). La incidencia de RA y RC en nuestra serie se aproxima bastante a la descrita por otros grupos.

P-46. INCIDENTALOMA DEL EXPLANTE EN EL TRASPLANTE POR CIRROSIS ALCOHÓLICA

J. Tinoco González, C. Bernal Bellido, G. Jiménez Riera, A.C. Maya Aparicio, L.M. Marín Gómez, G. Suárez Artacho, J.M. Álamo Martínez, J. Serrano Díez-Canedo, F.J. Padillo Ruíz y M.A. Gómez Bravo

UGC Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospitales Universitarios Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La aparición de una neoplasia en un hígado cirrótico, no identificada previamente a la inclusión en lista de espera, es infrecuente. Esta circunstancia es cada vez más inusual, debido al avance de las pruebas de imagen y cribaje previo de marcadores tumorales. Los tumores que aparecen suelen ser hepatocarcinomas (CHC) y co-langiocarcinomas (CC) de pequeño tamaño que escapan a las pruebas de imagen.

Métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo de los pacientes trasplantados hepáticos por cirrosis alcohólica. Analizamos fecha del trasplante, resultados de la anatomía patológica del explante, fecha de diagnóstico, fecha de exitus o último seguimiento y pruebas de imagen y marcadores tumorales previos al trasplante.

Resultados: Se realizaron 389 trasplantes hepáticos entre 2005 y 2011, 103 por cirrosis alcohólica (26,4%), en los que se hallaron 10 incidentalomas (9,7%) de los cuales 3 son CC y 7 CHC. La supervivencia global de los pacientes del grupo fue del 78,9%, 71% y 67,6 a los 1, 3 y 5 años; frente al 70% a los 1, 3 y 5 años para incidentalomas ($p = NS$). En los incidentalomas hay 3 exitus (1 por progresión de un CC, y 2 de causa no tumoral). Comparando individualmente CC y CHC con el grupo de cirrosis alcohol no se aprecian diferencias en cuanto a la supervivencia ($p = NS$). La mediana de la última prueba de imagen (ECO, TC) fue de 2 meses. La AFP fue normal en todos los casos.

Conclusiones: En nuestra serie la aparición de incidentalomas, en este periodo, parece elevada; si bien no existen referencias en la literatura para poder compararlo. Estos eventos se escapan pese al cribaje correcto de pacientes en lista de espera (pruebas de imagen y AFP 6 meses antes del TH). Los tumores hallados se encuentran en estadios precoces, atribuidos a su tamaño.

P-47. ANTI-GSTT1 E IGG-K GAMMAPATÍA EN TRASPLANTE DE HÍGADO

A. Soto¹, B. Reyes¹, P. Sanz¹, M. Barrera¹, O. Ferrer-Roca², M.C. Maeso², A. Perera² y A. Soriano¹

¹Sección de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático;

²Departamento de Anatomía Patológica, Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria, Tenerife.

Introducción: Una de las causas menos frecuentes de disfunción hepática después del trasplante hepático (TH) es la hepatitis "de novo" autoinmune (HAIln) en: 1. Los pacientes con gammaglobulinas monoclonales, a menudo IgG-kappa con una médula ósea monoclonal IgG4 o un anticuerpo monoclonal anti GSTT1 de incompatibilidad del receptor-donante. 2. En la Infancia con anti-LKM (microsomas hepáticos y renales) anticuerpos después de TH en dos modalidades: a) AST con ANA o b) ASMA con nive-

les de AST inferiores, también se da en los adultos. 3. Toxicidad por tacrolimus, en el área de centrolobular. En 2008 Demetris y Sebagh obtuvieron en la HAIn el llamado plasma celular de hepatitis (PCH) considerado como un verdadero fenómeno de rechazo agudo. La marca específica es la enfermedad veno-oclusiva con patrón centrolobular, probablemente con GSTT1-ligado.

Caso clínico: Varón de 51 años se sometió a TH indicado por cirrosis alcohólica. Sin gammaglobulina pretrasplante. Con CMH clase I y II sin riesgo, no hay información sobre el genotipo GSTT1. Tres meses después de TH mostró una estenosis biliar tratada con una prótesis biliar. Un mes más tarde inició una trombosis arterial hepática que requirió un segundo TH. Siete meses más tarde, entró en la insuficiencia hepática con aumento de AST y ALT con ANA y ASM negativo, con anti GSTT-1 positivos y anti-LKM negativa. La IgG fue alta con una banda monoclonal kappa (9/1). En las muestras de anatomía patológica, la primera mostró cirrosis hepática micronodular. La segunda tras el TH rechazado tenía necrosis extensa de células hepáticas en región portal, periportal y centrolobular asociado con una infiltración de células plasmáticas IgG-kappa monoclonal, particularmente extensa en la zona centrolobular. La tercera biopsia LT mostró resultados similares.

Discusión: La HAIn es una disfunción del injerto con serología e histología de autoinmunidad. La HAIn-LKM1 positivo se da en pacientes más jóvenes, cursa con mayor gravedad, sin ANA. La HAIn-LKM1 negativo se da en adultos que tienen 71% de anticuerpos ANA o ASM positivos. Nuestro caso era HAIn-LKM1-negativo, ANA y ASM negativo con anticuerpos anti-GSTT1 y una gammaglobulina monoclonal IgG-kappa. Teniendo en cuenta que la ubicación de GSTT1 es principalmente centrolobular con infiltración selectiva de células plasmáticas y enfermedad veno-oclusiva en esta área. Sugerimos que PCH vinculado a una incompatibilidad de la GSTT1 receptor-donante debe ser el diagnóstico, ya que GSTT1 se encuentra de forma selectiva en la zona centrolobular.

P-48. ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED EN TRASPLANTADO HEPÁTICO

P. Martínez García¹, V. Farje Mallqui¹, V. Jerez Gómez-Coronado¹, M. Robles Marcos¹, F. Fuentes Morillas¹, M.A. Santiago Triviño¹, P. Nieto Sánchez² y G. Blanco Fernández²

¹Medicina Intensiva; ²Cirugía Hepatobiliopancreática, Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Objetivos: El diagnóstico de la enfermedad de injerto contra huésped (EICH) se basa en el examen clínico y en el estudio histopatológico (a nivel cutáneo, hepático e intestinal). La presencia de absorción intestinal deficiente es indicativa de severidad.

Métodos: Presentamos el caso de un trasplantado hepático de 22 días diagnosticado de EICH.

Resultados: Varón de 67 años inmunodeprimido por trasplante hepático de 22 días por cirrosis VHB y hepatocarcinoma (MELD 8) que ingresa en UCI por diarrea aguda asociada a pérdida de peso y anorexia con deterioro de la función renal, acidosis metabólica y pancitopenia. Iniciamos antibioterapia empírica y ganciclovir ante sospecha de colitis infecciosa; suspendidos dichos fármacos posteriormente por PCR para CMV, toxina para C. difficile y parásitos negativos. Aparición de lesiones maculo-papulosas en manos, y persistencia de diarreas con rectorrágia y HDA en relación con plaquetopenia grave. Realizamos biopsias de mucosa rectal, mano y hepática altamente sugestivas de EICH, lo que con la diarrea de causa no infecciosa persistente, lesiones cutáneas y pancitopenia apoyan dicho diagnóstico. Mala evolución clínica a pesar de medicación inmunosupresora, con desarrollo de diferentes procesos infecciosos, situación de shock séptico y fracaso multiorgánico a pesar de todas las medidas intensivas establecidas, falleciendo finalmente a los veinticinco días de su ingreso.

Conclusiones: El término EICH se refiere a la reacción inflamatoria montada por las células del donador en contra de un órgano específico (piel, hígado, aparato intestinal), debiendo el receptor cursar con algún grado de inmunosupresión. Es una complicación poco usual del trasplante hepático, presentándose entre los 7 y 21 días posteriores al trasplante. Las manifestaciones cutáneas son las más frecuentes (50-80%), aunque en nuestro caso el síntoma inicial y guía fue digestivo. La mortalidad es debida tanto a la enfermedad por sí misma como a la alta incidencia de infecciones debidas en parte a los efectos inmunosupresores del tratamiento.

P-49. TROMBOSIS ARTERIAL HEPÁTICA SUBCLÍNICA EN DONANTE DE HÍGADO DIAGNOSTICADA DURANTE LA CIRUGÍA DE BANCO

E. Asensi Díaz, D. Pacheco, B. Pérez, A. Barrera, P. Pinto, J.C. Sarmentero, P. Rodríguez, M. Rodríguez, R. Martínez y M. Gonzalo

Cirugía General y del Aparato Digestivo, Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Presentamos un caso único en la literatura, de un donante multiorgánico (corazón, pulmones, hígado y riñones) que presentó, de forma intraoperatoria durante la extracción, trombosis de todo el árbol vascular hepático desde la arteria hepática común hasta las pequeñas ramas arteriales intrahepáticas, pese a la profilaxis con heparina durante el acto operatorio. Todo el estudio previo a la donación fue normal, incluida ecografía-Doppler realizada escasas horas antes del traslado de la paciente al quirófano. La técnica de extracción hepática que realizamos en nuestro centro habitualmente es una técnica rápida modificada sin disección de los pedículos vasculares. La administración de heparina sódica se realizó conforme a nuestro protocolo habitual para donante multiorgánico (3 mg/kg, previo a la canulación para perfusión y mantenimiento de los órganos). El diagnóstico de la citada trombosis se realizó durante la cirugía de banco, donde se realizó la disección de los pedículos vasculares según nuestra técnica habitual observándose la trombosis arterial aguda con trombo aun fresco, lo que condicionó el rechazo del órgano. Previamente a esto se había confirmado la validez del órgano dado que no presentaba alteración macroscópica alguna durante la extracción. Todos los demás órganos ofertados en el proceso de donación fueron válidos, llevándose a cabo el trasplante en 4 receptores distintos tras evaluación por los correspondientes equipos de extracción tras comunicar la trombosis hallada en el injerto hepático.

P-50. TRASPLANTE HEPÁTICO Y CONVERSIÓN DE TÉCNICA BARIÁTRICA EN UN SOLO TIEMPO

A. Ventoso, A. Valdivieso, M. Gastaca, P. Ruiz, I. Palomares, M. Prieto y J. Ortiz de Urbina

Unidad de Cirugía Hepatobilial y Trasplante Hepático, Hospital Universitario de Cruces, Baracaldo.

Introducción: La prevalencia de la obesidad mórbida está en aumento en las sociedades occidentales. Como consecuencia se han generalizado los procedimientos quirúrgicos destinados a disminuir el peso y revertir el síndrome metabólico. Está bien establecida la relación entre obesidad y esteatohepatitis no alcohólica, que se ha convertido en una indicación creciente de trasplante hepático. Más controvertido es el deterioro de la función hepática observado en algunos pacientes sometidos a procedimientos fundamentalmente malabsortivos. Existe controversia en cuanto a la necesidad de revertir el procedimiento bariátrico y cuál es el momento idóneo para hacerlo.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente de 53 años con diagnóstico de cirrosis hepática Child-Pugh B/8, MELD 14, secundaria a enfermedad por hígado graso y antecedentes de obesidad mórbida. El paciente había sido sometido 18 meses antes a un procedimiento de bypass gastroileal de anastomosis única. Pretrasplante el paciente presentaba desnutrición mixta severa con IMC 20, precisando ocasionalmente soporte nutricional por sonda. Se realizó tránsito intestinal que demostró un asa absorbiva de 90 cm. Se consideró necesario convertir el procedimiento bariátrico para asegurar un aporte nutricional adecuado y una correcta absorción de los fármacos inmunosupresores. Se realizó, simultáneamente, trasplante hepático ortotópico de donante cadavérico y conversión del bypass gastroileal a bypass gástrico en Y de Roux. El paciente presentó como complicaciones reseñables una estenosis de la arteria hepática resuelta mediante angioplastia y una fistula biliar anastomótica que requirió tutorización mediante CPTH; la cirugía gastrointestinal cursó sin complicaciones, permitiendo una adecuada alimentación oral y unos niveles adecuados de tacrolimus en sangre.

Discusión: Creemos indicada la reversión de la cirugía bariátrica malabsortiva en pacientes sometidos a trasplante hepático con desnutrición severa. La realización de los dos procedimientos simultáneamente facilita una correcta nutrición del paciente y una adecuada absorción de fármacos, evitando el posible daño en el injerto.

P-51. "MOLECULAR ADSORBENT RECIRCULATING SYSTEM" (MARS) COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EN EL PRURITO COLESTÁSICO REFRACTARIO AL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

P. Nieto Sánchez¹, V. Trasmonte Martínez¹, J.A. Rubio Mateo-Sidrón¹, P. Martínez García¹, V. Farje Mallqui¹, M.A. Santiago Triviño¹, I. Barragán Gómez-Coronado¹ y A. Guiberteau Sánchez²

¹Medicina Intensiva; ²Hepatología, Complejo Hospitalario Universitario de Badajoz.

Objetivos: El prurito en un síntoma frecuente e invalidante. Incide negativamente en la vida de pacientes con cuadros colestásicos crónicos. La no respuesta al tratamiento farmacológico podría ser indicación de trasplante hepático, independientemente de otros datos de insuficiencia hepática.

Métodos: presentamos el caso de un prurito colestásico intratable, que recibió diálisis con albúmina (MARS) como puente al trasplante hepático.

Resultados: Mujer de 32 años con antecedentes de cirrosis hepática por virus B Child-Pugh B-8. Durante el tercer trimestre de embarazo comienza con ictericia y prurito intenso tratado con ácido ursodeoxicólico. Tras finalizar la gestación persiste la colestasis importante (bilirrubina total 16 mg/dl, GGT 109 UI/L, FA 326 UI/L) con progresión de ictericia y prurito incapacitante, refractario a tratamiento farmacológico (ácido ursodeoxicólico 900 mg/día, antihistamínicos, colestiramina 12 g/día, naltrexona 50 mg/día y sertralina 50 mg/día). Se realiza un ciclo de tres sesiones de diálisis con albúmina (MARS) consiguiendo la desaparición del prurito y mejoría analítica (Bi total 8,4 mg/dl, GGT 42 UI/L, FA 253 mg/dl), reducción de MELD hasta 15 y Child-Pugh A-6. Once días después de la terapia MARS reaparece la clínica inicial, con prurito e ictericia de intensidad creciente. Se decide inclusión en lista pretrasplante hepático por colestasis intrahepática y disfunción hepatocelular. Trasplante hepático a los 42 días de inclusión en lista pretrasplante. Actualmente órgano normofuncionante y asintomática con recuperación de su actividad diaria habitual.

Conclusiones: La terapia MARS es una opción terapéutica segura para el prurito colestásico refractario. Pretende eliminar los agentes pruritógenos que se acumulan en plasma y tejidos del paciente como consecuencia de una excreción biliar defectuosa. El principal objetivo de esta técnica es proporcionar un alivio sostenido y evitar la necesidad del trasplante hepático y sus problemas asociados, como la inmunosupresión. En nuestro caso se obtuvo mejoría sintomática temporal, sin evitar finalmente el trasplante hepático.

P-52. TRATAMIENTO COMBINADO CPRE Y CTPH EN PACIENTE CON ESTENOSIS BILIAR TRAS RETRASPLANTE HEPÁTICO

J. Santos Naharro¹, D. López Guerra¹, M.J. Matito Díaz¹, J. Fernández Pérez¹, A. Guiberteau², G. Romero Herrera², F. Botello¹, F. Galeano Díaz¹, O. López Sanchez¹ y G. Blanco Fernández¹

¹Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplantes; ²Servicio de Digestivo, Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Objetivos: Las complicaciones biliares constituyen una importante causa de morbilidad y mortalidad después de un trasplante hepático; principalmente estenosis y fuga biliar. Pueden ser tratadas de forma satisfactoria con el empleo de técnicas percutáneas (CTPH) y endoscópicas (CPRE).

Métodos: Se realiza una búsqueda bibliográfica con los términos "trasplante hepático", "complicaciones biliares" y "tratamiento endoscópico". Describimos el caso clínico con apoyo de imágenes radiológicas.

Resultados: Varón de 54 años con hepatopatía crónica por VHC por transfusiones. Realización de trasplante hepático ortotópico por cirrosis VHC con carcinoma hepatocelular asociado. Posteriormente presenta elevación de transaminasas y bilirrubina realizándose biopsia hepática y CRMN con diagnóstico de hepatitis colestásica fibrosante por recidiva de VHC. Retrasplante hepático a los 14 meses; fuga biliar en el postoperatorio que se maneja con CPRE + prótesis. Retirada al mes de dicha prótesis. Estenosis posterior con nueva CPRE fallida. Continúa con colestasis secundaria a estenosis realizando tratamiento combinado mediante CTPH con colocación de prótesis autoexpandible tipo Wallflex de 8 cm de longitud y 8 mm de diámetro. Buena evolución clínica con normalización de enzimas hepáticas y desaparición de la ictericia; retirada de prótesis a los 4 meses mediante CPRE con recuperación y extracción de la misma.

Conclusiones: Las complicaciones biliares tras trasplante hepático, presentan una incidencia aproximada variable del 5-32% de los casos. Los factores de riesgo involucrados incluyen el tipo de reconstrucción biliar, la trombosis aguda, la estenosis de la arteria hepática y los tiempos prolongados de isquemia entre otros. Las técnicas endoscópicas y percutáneas son de gran utilidad para el manejo postoperatorio en caso de estenosis o fuga biliar. En este caso se utiliza una técnica combinada con colocación de prótesis de forma percutánea y retirada de la misma por técnica endoscópica.

P-53. SEPSIS GRAVE POR A. BAUMANII EN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO

V. Farje Mallqui¹, P. Martínez García¹, M. Rivera Pinna¹, I. Barragán Gómez-Coronado¹, M. Recio Anaya¹, J.A. Rubio Mateo-Sidrón¹, B. Bermejo Caballero¹ y G. Blanco Fernández²

¹Unidad de Cuidados Intensivos; ²Cirugía Hepatobiliar, Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Objetivos: La infección por A. baumannii se asocia a una alta mortalidad si no se detecta y se trata de forma precoz. Los pacientes transplantados se encuentran especialmente en riesgo por presentar varios factores predisponentes, inherentes a su intervención y tratamiento inmunosupresor. Presentamos el caso de un trasplantado hepático que desarrolla shock séptico tras una bacteriemia secundaria a absceso intraabdominal posquirúrgico por A. baumannii.

Caso clínico: Varón de 62 años, antecedentes de cirrosis etílica, Child-Pugh A-5 y hepatocarcinoma tratado mediante radiofrecuencia. Se realiza trasplante hepático, sin incidencias, con anastomosis biliar colédoco-colédoco sin Kher. Ingresa a UCI sedado, con soporte ventilatorio y hemodinámico. Las primeras 24 horas presenta caída de seis puntos de hemoglobina y plaquetopenia (55.000). En eco-abdominal permeabilidad de las anastomosis con flujos vasculares adecuados, observándose una colección subdiafragmática derecha. En TC abdominal imagen compatible con hematoma subdiafragmático derecho. Reintervención urgente, realizándose hemostasia por sangrado de una rama de cava del donante, dejando drenaje en colección. Posteriormente permanece hemodinámicamente estable, con buena evolución y función del injerto. Inmunosupresión con esteroides, tacrolimus y micofenolato. Profilaxis antibiótica con cefepime y amoxicilina/clavulánico, y antifúngica. Desarrolla shock séptico a los seis días, iniciamos tratamiento empírico con linezolid, meropenem y colistina. Colección intraabdominal sin cambios, manteniendo actitud conservadora. En cultivo del drenaje y hemocultivos aislado A. baumanii MR sensible a colistina, por lo que se ajusta antibioterapia. Buena respuesta clínica que permite retirada de drogas vasoactivas siendo dado de alta a planta.

Discusión: La mortalidad por A. baumanii se estima en 25-34% de las bacteremias. En pacientes transplantados confluyen varios factores de riesgo para este germe, siendo el diagnóstico precoz decisivo en su evolución, así como un tratamiento adecuado. En nuestro caso se usó colistina intravenosa por ser ya conocido el patrón de sensibilidades del A. baumanii en nuestro servicio, así como su incidencia en nuestros pacientes.

P-54. SHOCK SÉPTICO SECUNDARIO A BILIOMA Y COLANGITIS POR PSEUDOMONAS MULTIRRESISTENTE

M.A. Santiago¹, M. Robles¹, V. Jerez¹, M.B. Marcelo¹, M.V. Trasmonte¹, P. Martínez², V. Farje¹, J. Santos², D. López², J.A. Rubio¹ y P. Nieto¹

¹Servicio de Medicina Intensiva; ²Servicio de Cirugía Hepatobiliar, Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Caso clínico: Varón de 53 años con antecedente de cirrosis hepática de origen enólico sometido a trasplante hepático heterotópico. Sufre disfunción del injerto desde el inicio del postoperatorio con colestasis atribuida a colangiopatía isquémica. Durante su estancia en la unidad de trasplante hepático evoluciona de forma tórpida desarrollando infección respiratoria y bacteriemia por citomegalovirus con más de 15.000 copias. Se trata con imipenem, amikacina, fluconazol y ganciclovir. Continúa con sepsis reingresando en el servicio de Medicina Intensiva en situación de shock séptico y disfunción multiorgánica (hemodinámica, respiratoria y renal) necesitando de técnicas continuas de reemplazo renal. Se hace tomografía computarizada de abdomen hallándose colecciones líquidas de origen biliar (bilioma) y colangitis confirmada posteriormente mediante

biopsia. Se aísla Pseudomonas multirresistente en líquido biliar así como Acinetobacter baumanii multirresistente en orina con hemocultivos negativos. Se trata con colistina dándose finalmente el alta por cura clínica y microbiológica.

P-55. EMPIEMA PLEURAL POR E. FAECALIS EN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO DE UN MES

P. Martínez García, V. Farje Mallqui, A. López Rodríguez, M.V. Trasmonte Martínez, M.A. Santiago Triviño, P. Nieto Sánchez, y B. Amores Alfonso

Medicina Intensiva, Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Objetivos: El empiema pleural en pacientes trasplantados es una entidad clínica poco usual, con una morbilidad y mortalidad significativa; cuyo diagnóstico y tratamiento precoz es esencial. Presentamos el caso de un empiema pleural por *E. faecalis* en trasplantado hepático de un mes.

Caso clínico: Varón de 53 años de edad al que se realiza trasplante hepático, por cirrosis alcohólica y VHC (MELD 7), con hepatocarcinoma concomitante. Cursa con postoperatorio inmediato en UCI de 5 días sin complicaciones administrándose profilaxis de SARM por aspirado traqueal positivo en donante. En el postoperatorio tardío en planta desarrolla bacteriemia primaria por *E. faecalis* tratado con ciprofloxacino según antibiograma. Cura clínica, siendo dado de alta a los 20 días de la cirugía. Diez días tras el alta, acude a urgencias por dolor costal derecho continuo e intenso. Permanece afebril, estable hemodinámicamente, en respiración espontánea con buena mecánica respiratoria y saturación O_2 de 90%. Destaca hipofonesis en hemitórax derecho, leucopenia 2.000 cel/mm³ y creatinina 1,4 mg/dl. Radiografía de tórax con importante derrame pleural derecho. Se realiza toracocentesis diagnóstica, obteniéndose 20 ml de líquido purulento con 402.000 leucocitos (> 95% PMN). En UCI se coloca tubo torácico derecho con salida contenido purulento, analíticamente compatible con empiema pleural. Iniciamos antibioterapia empírica con linezolid dados los antecedentes infecciosos, a la espera del cultivo microbiológico. Líquido pleural positivo para *E. faecalis* multisensible, manteniéndose antibioterapia con linezolid. Retirado tubo torácico por escaso débito. Buena evolución, con recuperación de la función renal y óptima función del injerto hepático, siendo dado de alta a Planta.

Discusión: En este caso dados los antecedentes infecciosos, las características clínicas e inmunológicas y la presencia de factores modificadores, debiera ser una etiología a considerar cocos G+ multirresistentes. En las semanas iniciales después del trasplante hepático los microorganismos G+ más frecuentes enterococos (incluyendo cepas resistentes a vancomicina) y estafilococos, cada vez más resistentes a meticilina.

P-56. TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA INTOXICACIÓN POR SETAS CON BUENA EVOLUCIÓN

J.A. Rubio Mateo-Sidrón, F. Fuentes Morillas, M.V. Trasmonte Martínez, V. Farje Mallqui, B. Amores, P. Nieto Sánchez, P. Martínez Martínez, I. Narváez y M. Recio

Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Introducción: El fallo hepático fulminante (FHF) que aparece en la intoxicación por setas (IS) de evolución fatal es un motivo poco frecuente de trasplante hepático (TH). Los criterios clásicos empleados para decidir el TH no son útiles en estas situaciones. A la vez es esencial decidir el momento más óptimo para realizarlo en los casos con pronóstico más desfavorable con el fin de obtener el mejor resultado. Presentamos el caso de una IS al que se practicó un TH con buena evolución.

Caso clínico: Mujer de 40 años sin antecedentes de interés que ingresa en UCI por FHF tras la ingesta de setas silvestres, con coagulopatía grave y disfunción multiorgánica grave, precisando soporte hemodinámico

y ventilación mecánica (analítica ingreso GOT 5.910, GPT 6.264 U/L, INR y TP imposibilidad para su determinación, bilirrubina total 4,31 y directa 3,1 mg%). Días previos presentó diarrea y vómitos, que aparecieron tras 24 horas de ingerir las setas. Se trató con antídotos para intoxicación por amanita phalloides (silibilina, penicilina G, carbón activado, N-acetil-cisteína) y incluyéndose en lista de trasplante hepático como Urgencia, siendo trasplantada en un tiempo record de 7 horas tras su ingreso. Evolución favorable con persistencia del fracaso renal anúrico, precisando técnicas continuas de reemplazo renal que se continuaron con hemodiálisis intermitente, permitiendo el alta sin recuperación de la función renal y con buena función del injerto hepático.

Discusión: El número de TH realizados en estos casos es muy reducido (apenas la cuarta parte del 3% de los TH realizados en España en casos de FHF) y los que evolucionan favorablemente son excepcionales. La decisión precoz de realizarlo basado en criterios de gravedad clínica y alteraciones severas de la coagulación (INR y TP) y la posibilidad de ejecutarlo lo antes posible, son factores claves para la evolución favorable de estos pacientes.

P-57. TRASPLANTE HEPÁTICO COMO TRATAMIENTO DE FALLO HEPÁTICO FULMINANTE SECUNDARIO A TUBERCULOSTÁTICOS: A PROPÓSITO DE UN CASO

M. Gonzalo Martín, B. Pérez Saborido, A. Barrera Rebollo, J.C. Sarmentero Prieto, R. Velasco López, P. Rodríguez Vielba, P. Pinto Fuentes, E. Asensi Díaz, R. Martínez Díaz, M. Rodríguez López, S. Mambrilla Herrero y D. Pacheco Sánchez

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid.

Introducción: La hepatotoxicidad de los fármacos tuberculostáticos es un efecto secundario conocido que puede presentarse en un 10-20% de los pacientes tratados. La forma de lesión puede variar desde la simple elevación de transaminasas al fallo hepático fulminante (FHF), hecho que se calcula ocurre en un 0,7-17%. Isoniacida y rifampicina son las drogas más implicadas, presentando incluso efecto sinérgico al administrarse conjuntamente. El principal factor de riesgo para el FHF es la continuación del tratamiento una vez iniciado el daño hepático. El trasplante ortotópico hepático ha demostrado ser un tratamiento efectivo en casos seleccionados. Exposición de un caso de FHF secundario a tuberculostáticos, tratado satisfactoriamente mediante trasplante hepático.

Caso clínico: Varón de 20 años de origen indonesio, residente en Italia. Estancia en España por torneo deportivo. No hábitos tóxicos. Antecedentes de dengue en la infancia. Tuberculosis pulmonar diagnosticada y tratada desde hace tres meses con isoniazida, rifampicina, pirazinamida y etambutol. Presenta cuadro de fiebre, odinofagia, dolor torácico y abdominalgia difusa de siete días de evolución, con sensación disneaica e ictericia. Analítica con 29.300 leucocitos, hipertransamimia (GPT: 3.350, GOT: 2.210), bilirrubina total = 10, glucemía = 23, amonio = 137, INR = 10 e IQ = 8%. Se decide ingreso y suspensión de tuberculostáticos ante el diagnóstico de FHF secundario a los mismos, con biopsia tranyangular compatible. Evolución tórpida presentando fracaso multiorgánico con encefalopatía hepática, hasta cumplir criterios del King's College, indicándose trasplante urgente y realizándose éste en las siguientes 24 horas. Mejoría progresiva de constantes y parámetros analíticos hasta normalización. Tratamiento alternativo para tuberculosis con etambutol y levofloxacino. Inmunosupresión inicial de nefroprotección con baxiliximab; posteriormente tacrolimus y mofetil-micofenolato. Alta el 35º día postrasplante.

Discusión: El tratamiento con tuberculostáticos puede ser causa de fallo hepático fulminante. En los casos indicados, como el expuesto, el trasplante urgente demuestra ser un tratamiento efectivo. No existe evidencia acerca de cuál es la mejor pauta antituberculosa postintervención.