

Pósters

P-1

UTILIDAD DEL SIROLIMUS EN EL TRATAMIENTO DE RESCATE DEL RECHAZO CORTICORESISTENTE Y/O DUCTOPÉNICO

L. Lladó, J. Fabregat, J. Castellote, E. Ramos, J. Torras, T. Serrano, R. Jorba y A. Rafecas

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

En la actualidad del rechazo agudo corticorresistente (RA-CR) y el rechazo ductopénico (RD) son infrecuentes, pero de difícil manejo.

Pacientes y métodos: Analizamos los pacientes con rechazo agudo corticorresistente o rechazo ductopénico tratados con terapias basadas en sirolimus.

Resultados: Desde 2002 hasta mayo 2007, hemos tratado 5 pacientes con RA-CR y 8 con RD. Todos tenían insuficiencia renal asociada. Sólo 2 pacientes recibieron sirolimus en monoterapia. Los niveles medios de sirolimus fueron $4,8 \pm 2,2$ ng/mL (rango: 2,2- 9,4 ng/mL) 1 semana tras iniciar el tratamiento, y $9,4 \pm 3,1$ ng/mL (rango: 2-14,4 ng/mL) tras 1 mes de tratamiento. Seis pacientes no respondieron al tratamiento, de los cuales 5 murieron y 1 fue trasplantado. En 6 casos el rechazo se resolvió tras la conversión, y 1 mejoró. Así pues hubo una tasa de respuesta del 54%. Diez de los 13 pacientes (77%) presentaron algún tipo de efecto adverso hematológico siendo el más frecuente anemia en 8 casos (61%). Cuatro pacientes (31%) tuvieron 1 o más infecciones. Sólo 2 pacientes suspendieron el tratamiento con sirolimus por efectos adversos. El análisis univariante demostró que la bilirrubina y la creatinina previo a la conversión fueron significativamente inferiores en el grupo de pacientes respondedores (Bilirrubina: R: 210 ± 205 μ mol/L vs NoR: 554 ± 159 μ mol/L; $p = 0,07$) y (Creatinina: R: 192 ± 32 μ mol/L vs NoR: 269 ± 58 μ mol/L; $p = 0,01$). Los niveles de sirolimus 1 mes tras la conversión fueron significativamente mayores en el grupo de respondedores (R: $11 \pm 1,8$ vs NoR: $7,5 \pm 3,3$ ng/mL; $p = 0,03$).

Conclusiones: El tratamiento con sirolimus, asociado a tacrolimus, consigue una elevada tasa de respuesta en el tratamiento de rescate de pacientes con rechazo agudo corticorresistente, o ductopénico, siempre que se realice la conversión de forma precoz.

P-2

GASTRECTOMÍA POR MASA ANTRAL POR CITOMEGALOVIRUS EN UN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO

L. Lladó, J. Castellote, J. Fabregat, J. Carratala, E. Ramos, T. Serrano, J. Torras y A. Rafecas

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

La infección por citomegalovirus tras el trasplante hepático ha disminuido en los últimos años. Las mejoras en las pautas inmunosupresoras, así como en la profilaxis de la infección CMV ha permitido mejorar mucho su manejo. La afectación orgánica por CMV es en la actualidad muy infrecuente, siendo rara la afectación gastroduodenal. Se ha descrito algún caso de masa antral por CMV en pacientes con HIV.

Presentamos un paciente trasplantado hepático, CMV-positivo que recibió un órgano CMV-positivo. A raíz de molestias gastrointestinales, y vómitos se suspendió la profilaxis 1 mes tras el trasplante. Posteriormente presentó una masa antral que provocaba intolerancia a ingesta, así como estenosis biliar anastomótica. El tratamiento con Ganciclovir negativizó la antigenemia CMV, pero no resolvió la masa ni los síntomas. Se descartó resistencia a Ganciclovir, así como otras causas, especialmente malignas, de masa antral. Finalmente el paciente requirió gastrectomía, y hepaticoyunístomía, siendo el primer caso en la literatura de gastrectomía por CMV en un paciente trasplantado hepático.

Conclusión: Si bien la enfermedad focal por CMV es infrecuente hoy en día, la infección CMV debe incluirse en el diagnóstico diferencial de cualquier masa gastrointestinal tras trasplante hepático.

P-3

RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO POR HEPATOCARCINOMA. SUPERVIVENCIA Y RECURRENCIA TUMORAL SEGÚN CRITERIOS DE SELECCIÓN

J. De la Cruz, P. España, J.M. Lozano, M. Jiménez, J.M. Rodrigo y R. Manteca

Servicio de Digestivo, Hospital Carlos Haya, Málaga.

Introducción: Aplicar criterios de selección a los candidatos a trasplante hepático por hepatocarcinoma permite alcanzar una elevada supervivencia. Los Criterios de Milán (CM, Mazzaferro, 1996) son los más aceptados: 1 nódulo ≤ 5 cms o 2-3 nódulos ≤ 3 cms, sin invasión vascular macroscópica. En 2001, la UCSF publicó unos criterios expandidos (Criterios UCSF): 1 nódulo $\leq 6,5$ cms o 3 nódulos $\leq 4,5$ cms y la suma de sus diámetros ≤ 8 cms. La tendencia actual es ampliar cautelosamente los criterios de selección.

Objetivos: Conocer los resultados globales del trasplante hepático en nuestra serie con hepatocarcinoma; en los que cumplían los CM (subgrupo A) y en los que los excedían (subgrupo B).

Material y métodos: Período 1997-2005, 380 trasplantes a 365 receptores, 63 con hepatocarcinoma (17,2%) y 5 casos incidentales. Se comprobó el cumplimiento de los CM analizando la pieza explantada.

Resultados: 57 eran verdaderos positivos (90,5%), en 4 no se encontró el hepatocarcinoma y en 2 resultó ser un cistoadenoma biliar y un adenoma de conductos biliares. Criterios de Milán: 41 los cumplían (72%); 16 los excedían (28%): 5 cumplían los criterios UCSF (31%), 11 los excedían (69%). Recurrencias: 5 (8,7%); 2 (4,8%) en subgrupo A y 3 (18,75%) en subgrupo B (ninguna en los 5 que cumplían los criterios UCSF). Elevaron anticipadamente AFP, 4 (75%). Recurrencia en el injerto, 2 (40%). Metástasis óseas y pulmonares en 100%. Supervivencia global a 1, 3 y 5 años: 79%, 65% y 63%. Incluyendo incidentales: 79%, 66% y 65%. En subgrupo A: 81%, 67% y 67%. En subgrupo B: 75%, 62% y 55%.

Conclusiones: Aplicar los CM permite alcanzar una elevada supervivencia y una baja tasa de recurrencia. Los criterios UCSF no influyeron negativamente en los resultados. Los casos que rebasaron ambos criterios tuvieron una supervivencia significativamente menor.

P-4

ANÁLISIS DE LAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN TRASPLANTE HEPÁTICO POR HEPATOCARCINOMA

J. De la Cruz, P. España, J.M. Lozano, M. Jiménez, J.M. Rodrigo y R. Manteca

Servicio de Digestivo, Hospital Carlos Haya, Málaga.

Introducción: La aplicación de unos criterios de selección a los candidatos a trasplante hepático por hepatocarcinoma, como los Criterios de Milán o criterios expandidos como los de San Francisco permite alcanzar una baja tasa de recurrencia tumoral. Sin embargo, la supervivencia de los pacientes con hepatocarcinoma después del trasplante viene condicionada también por causas de mortalidad distintas a la recurrencia.

Objetivos: 1) Conocer la tasa de mortalidad global en nuestra serie de pacientes trasplantados por hepatocarcinoma. 2) Conocer el impacto de la recurrencia tumoral en esa tasa de mortalidad. 3) Conocer el impacto del resto de causas de mortalidad.

Material y métodos: En el período 1997-2005, se realizaron 380 trasplantes a 365 receptores, 57 por hepatocarcinoma. Además, se detectaron 5 hepatocarcinomas incidentales en la pieza de explante. El seguimiento mínimo fue 1 año. Se analizaron las causas de mortalidad en este grupo de 62 pacientes.

Resultados: Edad media: 54 años, 76% varones. VHC +: 60%, VHB +: 22%, alcohol: 28%. Estadío de Child-Pugh: A: 42%, B: 47%, C: 1%. Tasa de mortalidad global: Se produjeron durante el seguimiento 23 fallecimientos (37%). Causas de Mortalidad: mortalidad perioperatoria: 7 casos (11,3%); recurrencia tumoral: 5 casos (8%); recurrencia severa del VHC: 4 casos (6,4%); complicaciones infecciosas: 2 casos (3,2%); complicación técnica vascular: 2 casos (3,2%); neoplasia de novo (linfoma B hepático): 1 caso (1,6%); enfermedad cardiovascular (ACV): 1 caso (1,6%); complicación técnica biliar: 1 caso (1,6%).

Conclusiones: Las causas de mortalidad perioperatoria son las que más influyen en la supervivencia de los pacientes trasplantados por hepatocarcinoma en nuestra serie. La recurrencia tumoral y la recurrencia severa del VHC son las siguientes en importancia. Actuar de forma preventiva o terapéutica sobre todos los factores que condicionan estas causas de mortalidad es fundamental para mejorar los resultados obtenidos.

P-5

GLUCOGENOSIS TIPO I. UNA INDICACIÓN POCO FRECUENTE DE TRASPLANTE HEPÁTICO

A. Miyar de León, L. González Diéguez, L. Vázquez Velasco, L. Barneo Serra, C. García Bernardo, P. Díaz Solís, M. Rodríguez, V. Cadahía Rodrigo e I. González-Pinto Arrillaga
Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo.

Introducción: La glucogenosis tipo I o Enf. de Von Gierke es un trastorno congénito, que se transmite de modo autosómico recesivo, y que se caracteriza por una deficiencia de la actividad del enzima Glucosa-6 Fosfatasa. Su incidencia es 1/100.000 y afecta por igual a ambos sexos. En el hígado, este déficit enzimático, se traduce en un acúmulo de glucógeno que produce una importante hepatomegalia. Así mismo, es frecuente el desarrollo de adenomas hepáticos múltiples, que se manifiestan en la segunda o tercera década de la vida y que están expuestos a complicaciones como sangrado, malignización etc. Comentamos dos pacientes con Glucogenosis Tipo I que presentan adenomas hepáticos múltiples, que fueron incluidos en lista de espera de trasplante hepático, haciendo especial hincapié, en discutir cual es el momento más adecuado para indicar la intervención.

Material y método: Caso 1: Mujer de 46 años, con Glucogenosis tipo I y adenomas hepáticos múltiples, que seguía controles en otro centro y nos es enviada a nuestra unidad para valoración de trasplante hepático. Tras incluir en lista, reingresa a los dos meses por cuadro de Shock Hemorrágico. TAC: hemoperitoneo y múltiples Loes bilobares. Arteriografía: No es posible embolizar punto de sangrado. Sufre deterioro rápido con FMO, no siendo posible actuación quirúrgica alguna. Necropsia: Rotura de hepatocarcinoma.

Caso 2: Varón 23 años con Glucogenosis tipo I y adenomas hepáticos múltiples. Se indica trasplante hepático ante el riesgo de malignización de alguno de los tumores. A los tres meses se realiza trasplante hepático. Postoperatorio sin complicaciones. AP: No signos de malignización:

Conclusiones: Los pacientes con Glucogenosis tipo I y adenomas hepáticos múltiples, pese a tener una función hepatocelular conservada deben de ser incluidos relativamente pronto en lista de espera para trasplante hepático, para evitar las posibles complicaciones inherentes a estos tumores, que en algunos casos pueden ser letales.

P-6

CLEARANCE ESPONTÁNEO DEL RNA-VHC DESPUÉS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO Y FACTORES QUE PODRÍAN ESTAR IMPLICADOS

T. Casanovas Taltavull¹, M. Llobet Franquesa¹, R. Lastra Borrás², C. Baliellas Comellas¹, J. Fabregat Prous², A. Casanova Rituerto³, J. Niubò Bosch³, T. Serrano Piñol⁴ y M.G. Ercilla González⁵

¹Aparato Digestivo, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ²Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ³Microbiología, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ⁴Anatomía Patológica, Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ⁵Servicio de Inmunología, Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

La recidiva de la Hepatitis C después del Trasplante Hepático (THO) es universal; aunque se han descrito casos excepcionales de Clearance Viral Espontáneo (CVE) post-trasplante.

Objetivo: Estudiar retrospectivamente las características analíticas y clínicas que podían favorecer el CVE post-THO en nuestra serie.

Métodos: Revisión de 426 pacientes VHC-RNA + (65% hombres) que recibieron THO en nuestro centro de 1990 hasta 2006.

Resultados: 12 de los pacientes (2,8%) experimentaron un aclaramiento del RNA espontáneo. Eran genotipo 1, 50% hombres, edad al THO 50,8(9) años. El THO fue indicado por insuficiencia hepática en 9 casos y HCC en 3, un caso presentó policitemia vera asociada y 7 eran alcohólicos. Un paciente era VHC/VIH y otro VHC/VHB pre-THO. La Inmunosupresión a largo plazo fue con Tacrolimus en 4 casos y con Ciclosporina en 8. Tres casos aclararon el VHC después de sufrir una VHB de novo, 1 después de una hepatitis colostásica por CMV, 1 mientras estaba en tratamiento con hidroxiurea, 1 mientras era tratado con HAART (VIH+), y en los otros se observó un descenso progresivo de la carga viral, confirmando la negativización del RNA-VCH mediante tests repetidos. Causas de exitus: 1 carcinoma y 1 colestasis mientras el paciente estaba en lista de espera para re-THO. La evolución clínica de los otros 10 pacientes ha sido buena, excepto un síndrome limfoproliferativo asociado en uno y otro que ha sufrido dos ictus.

Conclusiones: 1) El CVE sucedió en un 2,8% de nuestros pacientes siendo menos frecuente que en la población general. 2) Las circunstancias en que tuvo lugar el CVE son similares a las descritas en la población general. 3) El estudio en más profundidad de estos casos permitiría además del diseño de futuras terapias, ampliar el conocimiento los mecanismos por los cuales se consigue el clearance.

P-7

SÍNDROME DE GUILLAIN-BARRÉ TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO. REVISIÓN DE LA LITERATURA: A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Bilbao Aguirre, G. Sapisochin Cantis, M. Viladot, O. Len, C. Dopazo, V. Vargas, L. Castells, J.L. Lázaro y J. Balsells

Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Vall D'Hebron, Barcelona.

Introducción: El síndrome de Guillain-Barré (SGB) es la causa más frecuente de polirradiculopatía aguda en el adulto de la que se conoce su relación con la infección por citomegalovirus. Sin embargo es una entidad raramente comunicada en el trasplante de órgano sólido.

Objetivo: Descripción de un caso de SGB tras un trasplante hepático y revisión de la literatura.

Caso clínico: Varón de 61 años, trasplantado hepático por hepatocarcinoma secundario a hepatopatía por virus de la hepatitis C y en tratamiento inmunosupresor con mofetil micofenolato y tacrólimus, que el día +45 presentó enfermedad diseminada por citomegalovirus con colitis, hepatitis y pancitopenia tratada durante 21 días con ganciclovir con resolución clínica y analítica completa.

El día +77 consultó por pérdida de fuerza en extremidades inferiores, con arreflexia generalizada, paresia en musculatura proximal e hipopalestesia de extremidades inferiores. El análisis de líquido cefalorraquídeo mostró proteínas de 103 mg/dl y ausencia de células. Un electromiograma informó de polirradiculopatía desmielinizante sensitivo-motora. Al 4º día del ingreso fue trasladado a UCI por insuficiencia respiratoria aguda. Con el diagnóstico de SGB se administraron inmunoglobulinas endovenosas (0,4 mg/Kg/día) durante 5 días. El paciente no precisó ventilación mecánica y presentó rápida mejoría clínica. La PCR para CMV fue repetidamente negativa durante este ingreso.

Revisión de la literatura: Cinco casos, todos varones, diagnosticados en el primer año tras el procedimiento, asociados en dos casos a citomegalovirus, uno a *Campylobacter fetus*, uno a vacunación frente a *Haemophilus influenzae* y uno al propio tratamiento inmunosupresor con tacrólimus. Todos los casos, excepto uno, respondieron favorablemente al tratamiento con inmunoglobulinas.

Conclusiones: En el trasplante hepático la coincidencia del tratamiento con tacrólimus y la enfermedad por citomegalovirus podría favorecer la aparición del SGB. No obstante, la evolución parece menos grave que en la población inmunocompetente una vez instaurado el tratamiento con inmunoglobulinas.

P-8

TRASPLANTE HEPÁTICO POR HEPATITIS C EN PACIENTES HEMOFÍLICOS COINFECTADOS POR VIH

G. Sapisochin Cantis¹, A. Escartin¹, I. Bilbao¹, C. Dopazo¹, L. Castells¹, J.L. Lazaro¹, I. López de C.¹, C. Altisent² y J. Balsells¹

¹Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Vall D'Hebron, Barcelona.

²Unidad de Hemofilia. Hospital Vall D'Hebron, Barcelona.

Introducción: Antes de la introducción de programas de screening del virus de hepatitis C (VHC), muchos pacientes hemofílicos desarrollaron hepatitis crónica debido a transfusiones y algunos desarrollaron cirrosis hepática y secundariamente hepatocarcinoma.

Objetivos: Describir nuestra experiencia en trasplante hepático (TH) por VHC en pacientes hemofílicos coinfectados por VIH.

Resultados: Presentamos 2 pacientes con hemofilia A coinfectados por VHC y HIV, con cirrosis hepática, que recibieron un TH. Ambos recibieron transfusiones en la infancia, antes de 1980. Uno de ellos presentaba una hemofilia severa (factor VIII < 1%) y el otro una hemofilia leve (factor VIII 7%). En el momento de la cirugía un paciente tenía 26 años y el otro 37. En el periodo peroperatorio se administraron bolus de concentrado de factor VII seguidos de infusión continua en ambos casos. Los niveles de factor VII se normalizaron a las 55 h, momento en el que se suprimió la infusión. Los requerimientos transfusionales fueron similares a los pacientes no hemofílicos; 4 concentrados de hematíes (CCHH), 13 unidades de plasma (PFC) en la hemofilia leve y 8 CCHH, 14 PFC y 15 unidades de plaquetas en la severa. No se observaron complicaciones potoperatorias. El tratamiento antirretroviral se reintrodujo el día +7 con igual pauta HAART administrada antes del TH. La viremia se mantuvo negativa y las cifras de CD4 por encima de 200 cels/mL. Actualmente ambos pacientes han desarrollado recidiva del VHC, recibieron tratamiento con IFN y Ribavirina sin respuesta y han desarrollado cirrosis hepática con un tiempo de seguimiento medio de 24 meses. Los factores de coagulación son completamente normales en el momento actual.

Conclusiones: El TH se puede considerar como una terapia definitiva para pacientes hemofílicos con cirrosis hepática secundaria a transfusiones y se asocia a una morbilidad similar a aquellos pacientes sin alteraciones de coagulación.

P-9

DONANTES A CORAZÓN PARADO. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARIO «12 DE OCTUBRE» DE MADRID

S. Jiménez de los Galanes Marchán, J.C. Menéu Díaz, B. Pérez Saborido, Y. Fundora Suarez, A. Moreno Elola-Olaso, S. Olivares Pizarro, V. Moreno Molinero, A. Gimeno Calvo, M. Abradelo de Usera y E. Moreno González

Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, Hospital Universitario «12 de Octubre», Madrid.

Introducción: Los donantes en asistolia fueron los primeros utilizados. La escasez de órganos ha permitido el resurgimiento del interés por este tipo de donantes.

Objetivo: Analizar los resultados de un programa incipiente.

Material y métodos: Se incluyen aquellos donantes a corazón parado trasladados a nuestro hospital entre Julio de 2005 y Marzo de 2007 con el objeto de realizar la canulación y extracción de los órganos, una vez el donante se conecta al by-pass en normotermia. Se acepta el donante hepático con una extracción mínima del efuente de 2,5 litros.

Resultados: La edad media del grupo (n = 29) fue de 36,56 ± 7,32; el 68,96% fueron varones. Se realizó la canulación en todos ellos antes de 120 minutos desde la parada (media: 111 ± 4). Se obtuvo un retorno adecuado en 12 casos (41,37% se extrajeron 12 injertos hepáticos y se desestimo el 1º tras la biopsia realizada (macroesteatosis > 40%).

Se implantaron 11 injertos (37,9%). Dos pacientes han sido sometidos a retrasplante hepático, por Fallo Primario del Injerto y Colangiopatía Isquémica respectivamente. En otro caso, tras una disfunción inicial grave, el injerto recuperó función de síntesis y normalizó el perfil hepático así como el estudio de coagulación.

Los otros 10 pacientes sobreviven y rebasaron el postoperatorio sin incidencias, 75% de supervivencia de injerto y 87,5% de supervivencia de paciente.

En el período de estudio hemos realizado 137 trasplantes de cadáver (8,03% en asistolia).

Conclusiones: La donación en asistolia representa una fuente de donantes potenciales, con resultados alentadores en base a una infraestructura sólida.

P-10

UTILIDAD CLÍNICA Y EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS ANTICUERPOS MONOCLONALES EN EL TRASPLANTE INTESTINAL

S. Jiménez de los Galanes Marchán, J.C. Meneu Díaz, B. Pérez Saborido, Y. Fundora Suárez, S. Olivares Pizarro, A. Gimeno Calvo, A. Moreno Elola-Olaso, J. Trapero y E. Moreno González

Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, Hospital Universitario «12 de Octubre», Madrid.

Introducción: El advenimiento de nuevos fármacos inmunosupresores a intentado evitar el rechazo del injerto, y los efectos secundarios vistos con los esteroides y agentes calcineurínicos. El desarrollo de los anticuerpos monoclonales se dirigen en esa línea. Pero al igual, que los calcineurínicos hace 15 años, el uso de éstos va presentando sus efectos secundarios, o incluso alguno por conocer, al ser agentes nuevos en esta terapéutica.

Objetivo: Presentar la experiencia de una nueva pauta de inmunosupresión.

Material y métodos: Se realizaron 7 trasplantes intestinales y 1 trasplante multivisceral en un periodo de 18 meses. La inmunosupresión utilizada fue: anticuerpos monoclonales anti-CD52 en una dosis única de 30 mg, evitando el uso de esteroides, asociado a un agente calcineurínico (FK) en bajas dosis.

Resultados: El porcentaje de rechazo agudo (RA) observado durante los tres primeros meses fue del 40% (25% pacientes) y solo el 20% del total de RA fueron severos en este periodo (2 pacientes).

Las reacciones adversas incluyeron: escalofríos, fiebre, náuseas, vómitos, urticaria, prurito, hipotensión en casi todos los pacientes. También fue frecuente: rash, dolores musculares, y cefaleas. La neutropenia y diarrea se presentaron más escasamente. Fueron raros: edema de lengua, irritación nasal, tos, dolores articulares, disuria, úlceras bucales. Los efectos desaparecieron tras la finalización de la infusión IV o dentro de los 2 primeros días.

Como efectos secundarios a largo plazo: mielodepresión y trombocitopenia. Estos tuvieron importantes implicaciones en la evolución del paciente cuando se presentaron (2 pacientes).

P-11

RELEVANCIA CLÍNICA DE LA BIOPSIA PROTOCOLIZADA EN EL TRASPLANTE INTESTINAL DE ADULTOS

S. Jiménez de los Galanes Marchán¹, J.C. Meneu Díaz¹, Y. Fundora Suarez¹, A. Moreno Elola-Olaso¹, S. Olivares Pizarro¹, G. López Alonso², A. Gimeno Calvo¹, C. Ibarrola², F. Colina Ruizdelgado² y E. Moreno González¹

¹Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario «12 de Octubre», Madrid.

Introducción: Las características histológicas del trasplante intestinal lo hacen peculiar, debido a acontecimientos inmunológicos que siguen al implante de un órgano linfoide. Estos fenómenos son segmentarios en la mucosa intestinal, más frecuente en ileon. La pérdida del injerto se debe a RA severo o infecciones letales secundarias a inmunosupresión. Esta incidencia explica el elevado número de indicaciones de biopsias endoscópicas. Por esta razón el diagnóstico anatómopatológico temprano es clave para evitar tales acontecimientos.

Objetivo: Ofrecer pautas de interpretación histopatológica para facilitar la toma de decisiones clínicas.

Material y métodos: Se analizaron 315 biopsias de 7 trasplantes intestinales y 1 trasplante multivisceral en un período de 18 meses, con una media de seguimiento de 181 días. Estudio retrospectivo descriptivo.

Resultados: Se diagnosticó en 25 muestras RA (9, 12, y 4 biopsias se informaron como RA grados 1, 2 y 3 respectivamente) que correspondieron a 10 episodios de RA, incluyendo un rechazo humoral (crossmatch positivo).

Las lesiones indeterminadas para RA no se interpretaron clínicamente diagnósticas de RA. No observamos rechazo crónico. Microtrombos capilares y arteritis carecen hasta el momento de traducción clínica. Las inclusiones virales fueron. 6 adenovirus y 4 CMV, siendo negativa para CMV ante su sospecha, en 24.

Conclusiones: Los hallazgos histológicos mediante biopsias de seguimiento cumplen un rol trascendental en el post-trasplante de intestino. Lograr criterios histopatológicos previos a la graduación anatómopatológica de RA redundará en mejores beneficios terapéuticos y supervivencia del injerto.

P-12

IMPLICACIONES CLÍNICAS DEL DIAGNÓSTICO ANATOMOPATOLÓGICO DE INDETERMINADO PARA RECHAZO EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE INTESTINAL

S. Jiménez de los Galanes Marchán¹, B. Pérez Saborido¹, J.C. Meneu Díaz¹, Y. Fundora Suarez¹, C. Ibarrola², M. Abradelo de Usera¹, C. Jiménez Romero¹, G. López Alonso², J. Garofano Mota¹, F. Colina Ruizdelgado² y E. Moreno González¹

¹Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario «12 de Octubre», Madrid.

Introducción: Es reconocida todavía la escasa capacidad de controlar el rechazo de este injerto. Frecuentemente la pérdida del injerto se debe a rechazo agudo (RA) severo o infecciones letales secundarias a elevada inmunosupresión. Si el rechazo no es diagnosticado y tratado tempranamente, la progresión puede resultar letal para la supervivencia del injerto y/o receptor.

La triada histológica para diagnosticar RA es: infiltrado inflamatorio mixto, daño epitelial junto a inflamación y aumento de cuerpos apoptóticos en criptas, siendo este último el más importante de los tres.

Objetivo: Hallar cambios histopatológicos previos al diagnóstico de la graduación histopatológica de RA usada actualmente.

Material y métodos: Se analizaron 315 biopsias de 8 trasplantes intestinales (1 multivisceral) en un período de seguimiento de 18 meses. El criterio para el diagnóstico de la lesión indeterminada para RA es: 1 ó 2 de los tres criterios histológicos mencionados. Estudio prospectivo descriptivo.

Resultados: Se diagnosticó RA en 25 biopsias correspondientes a 10 episodios clínicos (9 G1, 12 G2, 4 G3). 17 muestras fueron informadas como lesiones indeterminadas para RA. Hallamos una cierta correlación entre los episodios de RA y la lesión indeterminada, pero se presentó tanto antes del RA como a continuación de éste, post-tratamiento. Se halló también mayor incidencia de la lesión «inflamación activa inespecífica» dentro de los 2 primeros meses post-trasplante.

Conclusión: El alentuzumab en receptores de trasplante intestinal podría provocar atenuación de los efectos histopatológicos (cambios histopatológicos en estadios tempranos) sugeridos para diagnóstico de rechazo, retrasando la aparición de los mismos. Quizás no deba esperarse la triada completa. Por lo tanto ¿Deben considerarse las lesiones indeterminadas para RA, como el primer signo de RA e instaurar tratamiento? Nuestra serie es pequeña todavía para contestar este interrogante. Queda confirmar la determinación de cambios previos histopatológicos a esta lesión. Se necesitan mayores estudios para dilucidar estas preguntas.

P-13

COMPLICACIONES INFECCIOSAS INFRECIENTES EN EL POSTOPERATORIO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO: MUCORMICOSIS GASTROINTESTINAL

S. Jiménez de los Galanes Marchán, B. Pérez Saborido, J.C. Meneu Díaz, Y. Fundora Suarez, A. Moreno Elola-Olaso, S. Olivares Pizarro, V. Moreno Molinero, R. Lopez Sterup, M.C. Hernández Pérez, C. Jiménez Romero y E. Moreno González

Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, H.U. «12 de Octubre», Madrid.

Introducción: La mucormicosis es una rara pero grave infección fúngica que ocurre en pacientes inmunocomprometidos, con una mortalidad de aproximadamente el 60%. Se da en un 1-9% tras trasplante de órganos. Es rara la localización digestiva, siendo más frecuente a nivel rino-cerebral, pulmonar, cutánea y en tejidos blandos. El tratamiento requiere cirugía agresiva y administración de anfotericina B.

Caso Clínico: Varón de 37 años con antecedentes de hipercolesterolemia, epilepsia, retraso mental leve, que ingresa por insuficiencia hepática grave secundaria a golpe de calor, requiriendo trasplante hepático urgente. Se instaura IS con doble terapia: tacrolimus en perfusión IV y prednisona.

En postoperatorio inmediato presenta parada cardiorrespiratoria por IR recuperada sin secuelas, varios episodios de atelectasia que requieren bronoscopias, insuficiencia renal aguda e infección por *Acinetobacter* que requiere aislamiento.

En 15º dpo comienza con HDA sin repercusión hemodinámica por lo que se le realiza Endoscopia objetivando ulceración en cuerpo gástrico de aprox 2 cm con fondo necrótico y bordes blanquecinos; biopsia: se objetivan hifas compatible con mucor gástrico. Se realiza CT de body descartando otras localizaciones y objetivando la ulceración gástrica.

El tratamiento consiste en Cirugía, con resección de la ulceración con un margen de 1 cm y de una pastilla de diafragma en contacto con la úlcera que estaba perforada, y gastrografía primaria. El examen histológico confirma la existencia de mucormicosis gástrica con bordes libres. Se instaura tratamiento con AMBISONE desde ese momento. Posteriormente el paciente evoluciona favorablemente desde el punto de vista digestivo presentando infección por *C. Difficile* y polineuropatía del paciente grave. Se da de alta tras suspender AMBISONE, 45 días tras la cirugía, y habiendo introducido posaconazol.

Conclusiones: La mucormicosis digestiva es una complicación rara pero grave, con alta mortalidad, en enfermos con THO. Requiere un diagnóstico precoz y un tratamiento agresivo con exéresis quirúrgica y antifúngicos.

P-14

LA TASA DE RECHAZO AGUDO EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO NO VARIA AL COMPARAR TACROLIMUS FRENTE A CICLOSPORINA ASOCIADA A MICOFENOLATO MOFETIL. ESTUDIO PRO

S. Jiménez de los Galanes Marchán, J.C. Menéu Díaz, Y. Fundora Suárez, B. Pérez Saborido, A. Moreno Elola-Olaso, M. Abradelo de Usera, V. Barra Valencia, S. Olivares Pizarro, C. Jiménez Romero y E. Moreno González

Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, Hospital Universitario «12 de Octubre», Madrid.

Introducción: El estudio de O'Grady, pareció demostrar que el tacrolimus, es más potente y eficaz que la ciclosporina. El estudio LIS2T (Levi), se concluía posteriormente, que la monitorización de C2, igualaba la eficacia de ambos.

Objetivo: Comparar la incidencia de rechazo agudo, grado, refractariedad a esteroides y seguridad de: Grupo A: Ciclosporina con monitorización C2, con micofenolato mofetil, esteroides y Grupo B: Tacrolimus, esteroides.

Diseño: Estudio prospectivo, aleatorio.

Material y métodos: Incluimos 151 pacientes (74 pertenecían al grupo A), media $50,6 \pm 10$ años. Criterios de exclusión: donantes a corazón parado, trasplantes combinados, receptores seropositivos para VIH, fulminantes y pediátricos.

Resultados: No hubo mortalidad postoperatoria precoz. Tras $35,18 \pm 10,53$ meses, el 94,7% están vivos (no diferencias entre grupos: A: 91,9% vs B: 97,5%). El 20,5%, presentaron al menos un episodio de rechazo por biopsia ($1,13 \pm 0,3$ episodios por paciente): intervalo medio, $10,33 \pm 6,40$ días. En el grupo A, la tasa alcanzó el 27%: en el grupo B un 14,3% ($p = 0,053$). Tampoco hubo diferencias en la gravedad ni en el intervalo medio. La presencia de rechazo agudo, no condicionó la supervivencia del injerto. La incidencia de abandonos fue del 6% (grupo A: 5,4% vs. grupo B: 6,5%; $p = 0,778$).

Conclusiones: La triple terapia (CyA-ME/C2 + esteroides + micofenolato mofetil), no reduce la tasa de rechazo, ni de complicaciones, en comparación con la doble terapia (tacrolimus + esteroides).

P-15

INCIDENCIA Y MANEJO CLÍNICO DEL SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO EN EL TRASPLANTE DE INTESTINO. NUESTRA EXPERIENCIA

S. Jiménez de los Galanes Marchán, J.C. Menéu Díaz, B. Pérez Saborido, Y. Fundora Suárez, A. Moreno Elola-Olaso, S. Olivares Pizarro, A. Gimeno Calvo y E. Moreno González

Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, Hospital Universitario «12 de Octubre», Madrid.

Introducción: La sospecha de Síndrome Linfoproliferativo en Trasplantes debe diagnosticarse cuanto antes con vistas a la efectividad del tratamiento. En trasplante intestinal existe una mayor asociación con ésta patología, más allá de los factores de riesgo inherentes a cualquier trasplante, además de agregar los anticuerpos monoclonales, que si son usados tanto en inducción y/o tratamiento del rechazo corticorresistente, incrementan el riesgo. Se estipula que un 20% de los receptores de trasplante intestinal desarrollarán algún grado de ésta enfermedad cuya aparición se produce generalmente durante el primer año post trasplante.

Objetivo: Presentar la casuística del Servicio en ocho trasplantes de intestino.

Material y métodos: Se realizaron ocho trasplantes de intestino en un período de 18 meses, 7 intestinales y 1 trasplante multivisceral que incluyó injerto hepático.

Estudio retrospectivo descriptivo.

Resultados: Tres pacientes presentaron síndrome linfoproliferativo. 1 produjo la muerte del paciente. Los dos restantes presentaron un grado I de la enfermedad, fueron tratados con disminución de inmunosupresión y se obtuvo buena respuesta. La dificultad diagnóstica en ciertos casos puede llevar al error diagnóstico cuyas consecuencias pueden ser fatales si no se trata el síndrome. La muerte se debió a una confusión con CMV cuyas alteraciones histopatológicas podrían estar alteradas en el uso de este esquema de inmunosupresión utilizado en receptores de trasplante intestinal en nuestro Servicio. El diagnóstico se realizó por la pieza quirúrgica del intestino identificándose un síndrome linfoproliferativo grado 4.

P-16

LA RECIDIVA DEL VHC EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO ES SUPERIOR CON LA UTILIZACIÓN TACROLIMUS QUE CON LA COMBINACIÓN CICLOSPORINA + MICOFENOLATO MOFETIL. ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO

S. Jiménez de los Galanes Marchán, Y. Fundora Suárez, B. Pérez Saborido, A. Moreno Elola-Olaso, S. Olivares Pizarro, V. Barra Valencia, F. Cambra Molero, M. Abradelo de Usera, A. De la Calle Santiuste y E. Moreno González

Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, Hospital Universitario «12 de Octubre», Madrid.

Introducción: La reactivación del VHC sobre el injerto de los receptores VHC+, representa un problema muy relevante.

Objetivo: Comparar la incidencia reactivación y precocidad de VHC. Grupo A: Ciclosporina con monitorización C2, con micofenolato mofetil, esteroides y Grupo B: Tacrolimus, esteroides.

Diseño: Estudio prospectivo, aleatorio.

Material y métodos: Se incluyen 151 receptores. Criterios mayores de exclusión los siguientes: donantes a corazón parado tipo I y II, trasplantes combinados, receptores seropositivos para VIH, portadores de insuficiencia hepática aguda grave y receptores pediátricos. Después del trasplante, todos los pacientes fueron evaluados de forma específica, en los siguientes días (1°, 5°, 7°, 14°, 21°, 28°) y meses (3°, 6°, 12°) del postoperatorio.

Resultados: Un total de 74 pertenecían al grupo A. No hubo mortalidad postoperatoria precoz. La mortalidad del injerto: 10,6%. No hubo diferencias en la supervivencia actuarial del injerto a 1, 3 ni 5 años, ni en la tasa de supervivencia cruda entre ambos grupos (grupo A: 90,5% vs. grupo B: 88,3%). Al final del estudio, en el 87,3% de los receptores VHC tenemos constancia de la recidiva histológica sobre el injerto. Al comparar, no hallamos diferencias significativas en la incidencia de hepatitis (grupo B: 94,3% vs grupo A: 78,6%), pero si en la precocidad de la misma (grupo B: $8,88 \pm 3,06$ meses vs. grupo A: $11,50 \pm 3,16$; $p = 0,003$).

Conclusiones: El uso de micofenolato mofetil en combinación con CyA-ME, parece retrasar la reactivación del VHC sobre el injerto, aunque este hecho no tenga impacto en la supervivencia del injerto ni en el porcentaje de pacientes con recidiva de VHC

P-17

LA UTILIZACIÓN DE TACROLIMUS NO OFRECE BENEFICIOS EN TÉRMINOS DE SUPERVIVENCIA DE INJERTO RESPECTO A LA UTILIZACIÓN DE CICLOSPORINA ASOCIADA A MICOFENOLATO MOFETIL. ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIAZO EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO

S. Jiménez de los Galanes Marchán, J.C. Menéu Díaz, B. Pérez Saborido, Y. Fundora Suárez, A. Moreno Elola-Olaso, V. Moreno Molinero, J. Garofano Mota, A. Gimeno Calvo, C. Jiménez Romero y E. Moreno González

Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, Hospital Universitario «12 de Octubre», Madrid.

Introducción: Los inhibidores de calcineurina sigue siendo la base de inmunoterapia en trasplante hepático. Nuevos protocolos pretende incrementar la supervivencia del injerto.

Objetivo: Comparar la supervivencia de paciente e injerto entre dos regímenes de inmunosupresión: Grupo A: Ciclosporina con monitorización C2, con micofenolato mofetil, esteroides y Grupo B: Tacrolimus, esteroides.

Diseño: Estudio prospectivo, aleatorio.

Material y métodos: Incluimos 151 pacientes (74 en el grupo A). Criterios mayores de exclusión los siguientes: donantes a corazón parado tipo I y II, trasplantes combinados, receptores seropositivos para VIH, portadores de insuficiencia hepática aguda grave y receptores pediátricos. Después del trasplante, todos los pacientes fueron evaluados de forma específica, en los siguientes días (1º, 5º, 7º, 14º, 21º, 28º) y meses (3º, 6º, 12º) del postoperatorio.

Resultados: Tras $35,18 \pm 10,53$ meses, el 94,7% están vivos. No hubo mortalidad postoperatoria precoz. No hubo diferencias significativas entre grupos (grupo A: 91,9% vs grupo B: 97,5%). La mortalidad del injerto: 10,6%. No hubo diferencias en la supervivencia actuarial del injerto a 1, 3 ni 5 años, ni en la tasa de supervivencia cruda.

P-18

TRASPLANTE MULTIVISCERAL EN RECEPTOR ADULTO

S. Jiménez de los Galanes Marchán, J.C. Meneu Díaz, B. Pérez Saborido, Y. Fundora Suárez, A. Gimeno Calvo, M. Abradelo de Usera, J.I. García García, A. De la Calle Santiuste, C. Jiménez Romero y E. Moreno González

Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, Hospital Universitario «12 de Octubre», Madrid.

Introducción: El primer Trasplante Multivisceral (TMV) se realizó en el año 1983 en Pittsburgh, 20 años después eran ya 170 los pacientes sometidos en todo el mundo, 93 de ellos adultos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una mujer de 31 años diagnosticada de Poliposis Adenomatosa Familiar en la infancia, que fue sometida a pancolectomía y reservorio ileal en el año 2000. Posteriormente, en el año 2002, fue diagnosticada de tumor desmoide abdominal que englobaba la totalidad del paquete intestinal y que fue considerado irreseccable, planteándose la necesidad de Trasplante Intestinal. En Endoscopia Digestiva Alta practicada en nuestro centro se observan múltiples pólipos de diferentes tamaños que alcanzan el cardias, así como, nódulos de aprox. 0,5 cm, en bulbo, papila de Vater y segunda porción duodenal. En AngioRM se comprueba permeabilidad de AMS e AMI, esta última con desplazamiento craneal por la presencia de una tumoración infiltrante que compromete la raíz del mesenterio y se extiende a hilos renales. El 12/9/06 la paciente es sometida a TMV, en lo que representó el primer trasplante de este tipo realizado en nuestro país a un individuo adulto. El injerto estaba formado por: hígado, páncreas, bazo, estómago, duodeno e intestino delgado. En la intervención quirúrgica se procede a la exéresis en bloque del tumor desmoide que se encuentra íntimamente adherido a aorta, cava, esplénica y pared abdominal. Se realiza anastomosis aorta torácica (Do) a aorta abdominal (Re), y vena suprahepáticas (Do) a venas suprahepáticas (Re). La continuidad digestiva se restablece mediante anastomosis mecánica esófago (Do) a estómago (Re).

En el momento actual la paciente es seguida ambulatoriamente, presentado buena tolerancia la alimentación oral y tránsito mantenido a heces por ileostomía.

Conclusiones: El TMV en receptores adultos es una opción terapéutica real y válida en nuestro país para pacientes con patología abdominal compleja.

P-19

INCIDENCIA DE RECHAZO AGUDO CONFIRMADO HISTOLÓGICAMENTE EN ADULTOS SOMETIDOS TRASPLANTE DE INTESTINAL

S. Jiménez de los Galanes Marchán¹, J.C. Meneu Díaz¹, B. Pérez Saborido¹, Y. Fundora Suárez¹, A. Moreno Elola-Olaso¹, G. López Alonso², S. Olivares Pizarro¹, C. Ibarrola², J. Garfano Mota¹, F. Colina Ruizdelgado² y E. Moreno González¹

¹Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, ²Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario «12 de Octubre», Madrid.

Introducción: El trasplante intestinal exige las aportaciones de la anatomía patológica en el proceso diagnóstico y terapéutico del re-

chazo agudo (RA) y morbilidad que afecta al injerto. Los receptores suelen experimentar uno o más rechazos, generalmente en los 2 primeros meses post-trasplante. Cualquier cambio clínico deben controlarse con biopsia. Los datos clínicos y cambios macroscópicos observables endoscópicamente pueden ser tardíos, y podrían influir en el éxito terapéutico del rechazo. La triada histológica característica bajo los cuales se gradúa el rechazo es: infiltrado inflamatorio mixto, daño epitelial junto a inflamación y aumento de cuerpos apoptóticos en criptas.

Objetivo: Mostrar la incidencia de RA en nuestra serie de trasplante intestinal.

Material y métodos: Se realizaron 7 trasplantes de intestino y 1 multivisceral en 7 pacientes, durante un período de 18 meses. La mediana de seguimiento es 5 meses (16-2 meses). Durante éste se realizaron 315 biopsias. La inmunosupresión utilizada fue: alentuzumab 30 mg única dosis y calcineurínicos. Estudio prospectivo descriptivo.

Resultados: Se diagnosticaron 10 episodios de RA en 8 injertos, que comprendieron 25 biopsias del total, en el estudio de su seguimiento: se informaron como RA grados I, II, III 9, 12, y 4 respectivamente y un rechazo humoral (crossmatch positivo).

Tres RA severos representaron posteriormente la pérdida del injerto, a pesar de tratamiento. Ninguno de los tres presentó RA severo en los 3 meses post-trasplante, y solo uno tuvo RA grado II, y al 3º mes pasó a severo. Los RA severos con pérdida de injerto fueron posteriores a los 90 días post-trasplante. Los RA correspondieron a 5 injertos y 4 pacientes.

P-20

«SMALL FOR SIZE». MODELO DE ESTUDIO EXPERIMENTAL EN CERDOS

S. Jiménez de los Galanes Marchán, S. Olivares Pizarro, J.C. Meneu Díaz, B. Pérez Saborido, Y. Fundora Suárez, A. Moreno Elola-Olaso, A. Gimeno Calvo, R. López Sterup, C. Jiménez Romero, M. Abradelo de Useras y E. Moreno González

Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, Hospital Universitario «12 de Octubre», Madrid.

Introducción: El síndrome de injerto pequeño en masa hepática es una entidad clínica descrita en el postrasplante hepático o tras hepatectomía extensa el cual ocurre en presencia de una masa reducida de hígado que es insuficiente para mantener las funciones hepáticas normales. Este síndrome se caracteriza por disfunción hepática postoperatoria con colestasis prolongada, coagulopatía y ascitis de grave asociada a hipertensión portal. Este estado a su vez predispone a numerosas complicaciones que conllevan una alta tasa de mortalidad. Su etiopatología no se conoce aún.

Material y métodos: Se recolectaron 30 especímenes de hígado de cerdo. Tras su estudio anatómico-funcional se procedió a la partición dejando una rama arterial, una rama portal y un canalículo biliar correspondiente al lóbulo remanente a la hepatectomía, preservando la vena cava, (la cual en el cerdo es de localización intrahepática) y con la vena hepática. La partición se realizó en banco y luego se procedió a pesar cada uno de los componentes. Se obtuvieron los pesos del hígado total y de los correspondientes remanentes y hepatectomías luego de la partición en banco. Se correlacionó el peso total del hígado y del remanente en relación al peso de cada cerdo.

Resultados: La mediana de los remanentes fue del 25,1% (rango 22,1-32%) lo que constituye menos del 30% del volumen estándar del hígado remanente tras hepatectomía, lo que se considera el porcentaje límite que ha de preservarse en un hígado sano para evitar complicaciones e insuficiencia hepática.

Conclusión: Presentamos un futuro modelo experimental aplicable al trasplante hepático ortotópico como método de estudio de un injerto pequeño en masa hepática para un determinado receptor.

P-21

ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA A CORTO, MEDIO Y LARGO PLAZO EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO INFANTIL. EXPERIENCIA DEL HOS-PITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA DE CÓRDOBA

J.M. Sánchez Hidalgo, A. Naranjo Torres, R. Ciria Bru, J. Briceño Delgado, A. Luque Molina, S. Rufián Peña, P. López Cillero y C. Pera Madrazo

Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

En el año 1990, se inicia el programa de trasplante hepático infantil en el Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba. Desde entonces y hasta 2006, se llevaron a cabo 89 trasplantes hepáticos en niños menores de 14 años, sobre un total de 77 pacientes.

Objetivos: Analizar el efecto en la supervivencia del injerto hepático y del paciente de las principales variables de interés pronóstico.

Materiales y métodos: Análisis univariante de supervivencia del injerto y paciente en una serie de variables relacionadas con el estado pretrasplante, etiología, permanencia en lista de espera, técnica quirúrgica y circunstancias del injerto (se utilizó el método del producto límite de Kaplan-Meier y el test de comparación de Log-Rank) a 1 mes, 6 meses, 1 año, 5 años, 10 años y global.

Resultados: La supervivencia global de la serie de pacientes fue 67% y de injertos del 55%. En el análisis univariante, 9 fueron las variables que tienen interés en la supervivencia del injerto y del paciente: periodo, etiología, grado de prioridad, tiempo en lista de espera, tiempo de isquemia, tiempo de cirugía, retrasplante transfusión de hemoderivados.

Conclusiones: El tiempo de permanencia en lista de espera ajustado por el grado de prioridad de trasplante influye en el pronóstico a corto, medio y largo plazo del paciente. La indicación de trasplante hepático por metabolopatía del receptor, presenta un mejor pronóstico a largo plazo del paciente frente al resto de indicaciones. El tiempo de cirugía se mostró como factor pronóstico de supervivencia del injerto y del paciente. El retrasplante hepático es factor condicionante de supervivencia del paciente. La curva de aprendizaje del trasplante hepático infantil no influyó en la supervivencia del injerto y paciente a corto, medio y largo plazo, al llevarse a cabo en una Unidad con entrenamiento previo en técnicas de trasplante hepático.

P-22

IMPACTO DE LA EDAD DEL DONANTE EN LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO VHC+

J. Pérez-Daga, M.A. Suárez, J. Santoyo, J.L. Fernández-Aguilar, C. Ramírez-Plaza, J.M. Aranda, B. Sánchez-Pérez, J.A. Bondía

Cirugía General y Aparato Digestivo, H. R. U. Carlos Haya, Málaga.

Introducción: España continúa en primer puesto a nivel mundial en tasa de trasplante hepático (25 pmh) fundamentalmente por la utilización de donantes teóricamente marginales por edad. Por otra parte es conocido que un 45% de los receptores de trasplante hepático son VHC+. Algunos estudios han encontrado peores resultados en los últimos años en este grupo de pacientes. Una posible explicación de estos resultados es el aumento de la edad media de los donantes y su asociación con la severidad de la hepatitis C recurrente, de las tasas de progresión de la enfermedad y de la supervivencia del injerto postrasplante.

Objetivo: Analizar el efecto de la edad del donante en la supervivencia del injerto de los pacientes trasplantados VHC+.

Paciente y método: Análisis retrospectivo de todos los pacientes trasplantados de forma programada en nuestra unidad desde el 14 de marzo de 1997 hasta el 31 de diciembre del 2004. Excluimos del análisis aquellos injertos con una supervivencia ≤ 90 días. Analizamos 277 trasplantes. La mediana de edad de nuestros donantes es 48 años. En función de si el receptor es VHC+ ó - y de si el donante es mayor o menor a 48 años podemos definir 4 grupos de estudio: 1) VHC+ trasplantados con donantes < 48 años. 2) VHC+ y donantes ≥ 48 años. 3) VHC- y donantes < 48 años. 4) VHC- y donantes ≥ 48 años. El seguimiento finaliza el 31 de diciembre del 2006. En este

momento los injertos podían estar funcionantes o perdidos (por retrasplante o por fallecimiento del receptor).

Resultados: La curva de supervivencia de los injertos de grupo 2 fue peor (Log Rank: $p = 0,02$). El estudio multivariable no encuentra diferencias entre estos cuatro grupos en los principales factores de riesgo que afectan la supervivencia a largo plazo de los pacientes VHC+ (tipo de inmunosupresión, tasa de rechazo agudo, edad del Receptor, grado de esteatosis del injerto) ni en el resto de variables relacionadas con el receptor, donante, técnica quirúrgica y seguimiento analizadas.

Conclusiones: A la vista de nuestros resultados la supervivencia del injerto hepático en los paciente VHC+ está afectada por la edad del donante.

P-23

CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD (CVRS) EN PACIENTES CON HEPATOPATÍA CRÓNICA CON O SIN HEPATOCARCINOMA (HCCA), CANDIDATOS A TRASPLANTE DE HÍGADO (TH)

T. Casanovas Taltavull¹, L. Jané Cabré¹, M. Herdman², A. Casado Collado³ y J. Fabregat Prous¹

¹Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat. ²3D-Health Research, Barcelona.

³Dynamicsolutions, Madrid.

La calidad de la vida relacionada con la salud (CVRS) en los pacientes con hepatocarcinoma (HCCA) y candidatos a TH ha sido poco estudiada. Estos pacientes se hallan en general, asintomáticos y los tumores suelen detectarse en controles rutinarios.

Objetivo: Comparar la CVRS de pacientes con HCCA (indicación principal del TH), candidatos a TH, con aquellos pacientes con otras indicaciones y sin HCCA.

Métodos: Estudio observacional realizado en la UTH del Hospital Universitario de Bellvitge (mayo 2002 a junio 2006). Se incluyeron pacientes candidatos a TH con o sin HCCA. La CVRS se midió con el cuestionario específico para hepatopatías (LDQOL). Se compararon tres grupos: pacientes con HCCA, pacientes cirróticos por hepatitis C pero sin HCCA, y pacientes con CH enólica y sin HCCA. Se estudiaron las variables sexo, edad, etiología, CHILD y puntuación MELD.

Resultados: Se analizaron 157 pacientes (68 pacientes con HCCA, 46 con CH ENOL y 43 con CH VHC). La edad media (SD) fue 52.6 (9.8) años y el 73% hombres. La distribución por edad y sexo fue similar en los tres grupos estudiados. Los pacientes con HCCA puntuaron significativamente mejor en 8 de las 12 subescalas del LDQOL, comparado con el grupo con CH VHC. Las escalas fueron síntomas de la enfermedad ($p = 0,000$), efectos de la enfermedad ($p = 0,000$), concentración ($p = 0,002$), memoria ($p = 0,015$), calidad interacción social ($p = 0,030$), sueño ($p = 0,000$), aislamiento ($p = 0,043$) y estigma ($p = 0,028$). Se encontraron diferencias significativas entre pacientes con HCCA y pacientes con CH ENOL en síntomas de la enfermedad ($p = 0,014$) y efectos de la enfermedad ($p = 0,035$).

Conclusiones: Los pacientes con HCCA candidatos a TH puntuaron mejor en varias subescalas del LDQOL, comparado con los candidatos sin tumor. Ello podría tener consecuencias importantes para medir y comparar cambios entre grupos a lo largo del tiempo y para la información dada a receptores y familiares.

P-24

INFECCIÓN DE LA HERIDA QUIRÚRGICA EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO: INFLUENCIA DEL TIPO DE PROFILAXIS PERIOPERATORIA

E. García Prado¹, E. Cordero Matía¹, J.M. Álamo Martínez², M.A. Gómez Bravo², I. García González², F.M. Porras López³, A. Cantos de la Casa⁴ y J.M. Cisneros Herreros¹

¹Servicio de Enfermedades Infecciosas, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ²Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplantes, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ³Unidad de Cuidados Intensivos, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla. ⁴Servicio de Microbiología, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: La infección de herida quirúrgica (IHQ) es una importante causa de morbilidad en el trasplante hepático (TH). La profila-

xis antibiótica perioperatoria (PAP) es uno de los principales factores de riesgo modificables.

Objetivos: Describir la epidemiología, los factores de riesgo y el pronóstico de la IHQ en receptores de TH y evaluar la influencia del tipo de PAP en su incidencia.

Método: Estudio prospectivo de una cohorte de receptores adultos consecutivos de TH entre 07/2003-12/2006. Tiempo de seguimiento: hasta 04/2007 o exitus. Análisis univariado y multivariado de los factores de riesgo de IHQ. Desde 07/2003-11/2005, se utilizó cefazolina como PAP. Se substituyó por amoxicilina/clavulánico, debido a una elevada incidencia de IHQ.

Resultados: 167 TH (56,2 ± 12,4 años, 70,1% varones). La incidencia de IHQ fue de 0,34 episodios/paciente: órgano/espacio (91,1%) e incisional (8,9%). La incidencia en los pacientes con cefazolina y amoxicilina/clavulánico fue del 36,2% y 30,1%, respectivamente ($p > 0,05$). Todos los episodios fueron bacterianos: gramnegativos 51,8% (*Escherichia coli* 17 - 8 productores de BLEE, *Acinetobacter baumannii* 9, *Klebsiella spp.* 4, *Enterobacter spp.* 4, otros 8), grampositivos 48,1% (*Enterococcus faecalis* 16, *Enterococcus faecium* 6, *Staphylococcus coagulans* negativo 7, *Staphylococcus aureus* 4, otros 6). Etiología polimicrobiana: 28,6%. No hubo diferencias de etiología según la PAP empleada. El único factor de riesgo de IHQ fue el uso de antibióticos en los 3 meses previos al TH (OR = 0,04). Los pacientes con IHQ tuvieron mayor estancia hospitalaria ($p = 0,001$) y en UCI ($p < 0,001$). No hubo diferencias en la supervivencia tras 30 días y tras un año del episodio.

Conclusiones: 1) La incidencia de IHQ en TH es elevada; 2) *Enterococcus spp.* y *E. coli* son las principales etiologías; 3) la tasa de *E. coli* productor de BLEE es elevada, y 4) el cambio de PAP no produjo una disminución de la tasa de IHQ.

P-25

ELEVADA PREVALENCIA DE COMPLICACIONES GASTROINTESTINALES EN PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO (ESTUDIO MITOS)

L. Castells¹, F. Suárez², A. Otero², J.I. Herrero³, S. Benlloch⁴, A. Bernardos⁵, I. Bilbao¹, J. Castroagudín⁶, L. González⁷, I. López¹, M. Navas⁸, J.A. Pons⁹, A. Rimola⁸, A. Escartín¹, T. Casanovas¹⁰, E. Otero⁶, M. Rodríguez⁷, T. Serrano¹¹, S. Otero¹², I. Irastorza¹, M. Miras⁹ y M. Prieto⁴, en nombre del grupo de estudio MITOS¹³

¹Unidad de trasplante hepático, Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona.

²Unidad de trasplante hepático, Hospital Juan Canalejo, A Coruña.

³Unidad de Hepatología, Clínica Universitaria Navarra, Pamplona.

⁴Medicina digestiva, Servicio de trasplante hepático Hospital La Fe, Valencia.

⁵Unidad de cirugía HBP y trasplante de hígado, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

⁶Servicio digestivo, Hospital Clínico Universitario Santiago, Santiago de Compostela.

⁷Unidad de trasplante hepático, Hospital Central Asturias, Oviedo.

⁸Servicio de hepatología, Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

⁹Unidad de trasplante hepático, Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

¹⁰Servicio Aparato Digestivo, Hospital Universitario Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Barcelona.

¹¹Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Clínico Lozano Blesa, Zaragoza.

¹²Unidad de Endoscopia, Hospital Ntra. Sra. de la Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

¹³Multicéntrico.

Introducción: Los problemas gastrointestinales (GI) en pacientes receptores de trasplante hepático, por su elevada prevalencia y repercusión en la vida del paciente, requieren un correcto manejo y seguimiento. Este estudio determina la prevalencia, repercusión y manejo de molestias GI en el trasplante hepático.

Métodos: Estudio epidemiológico, multicéntrico, transversal, en pacientes trasplantados para describir las complicaciones GI. Se incluyeron 417 pacientes (14 centros).

Resultados: Edad mediana (rango) de 58 (19-77) años, con tiempo medio desde el trasplante de 2,8(0,1-19) años. La prevalencia de molestias GI fue 49,4% (IC95%: 44,6-54,2). El 19,2% presentaba alguna patología GI pretrasplante. La tabla detalla las principales complicaciones (> 5%). De los pacientes con complicaciones, el 70,9%

(IC95%: 64,7-77,1) recibieron medidas farmacológicas, un 89,7% protectores gástricos. Respecto a los inmunosupresores, en el 17,9% (IC95%: 12,7-23,1) se redujo la dosis de alguno, en el 3,9% (IC95%: 1,3-6,5) se retiró temporalmente alguna medicación y en el 4,9% (IC95%: 2-7,8) definitivamente alguna de ellas. Estos cambios afectan principalmente a MMF (67,6%,75%,70% modificación de dosis, retirada temporal y definitiva, respectivamente) y tacrolimus (21,6% de reducciones de dosis).

TABLA I.

Pacientes con complicaciones GI N = 206 (49,4%)	Complicación GI		Afecta la vida diaria del paciente %
	N	%	
Acidez-dispepsia-reflujo	98	47,6	31,9
Náuseas-vómitos	92	44,7	45,6
Diarrea	82	39,8	48,1
Dolor abdominal	60	29,1	54,2
Anorexia	44	21,4	61,9
Estreñimiento	40	19,4	10,3

Conclusiones: Las complicaciones GI afectan a la mitad de la población con trasplante hepático. Para su manejo se recurre fundamentalmente a la prescripción de protectores gástricos, reducciones de dosis y/o retirada parcial o definitiva de inmunosupresores (especialmente MMF).

P-26

IMPORTANCIA DE LA SITUACIÓN CLÍNICA DURANTE EL 1º AÑO POST-TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA PREDICCIÓN DE SUPERVIVENCIA PROLONGADA

C. Dopazo¹, I. Bilbao¹, G. Sapisochin¹, L. Castells², A. Escartín¹, J.L. Lazaro¹, I. López¹ y J. Balsells¹

¹Unidad De Trasplante Hepático, Hospital Vall D'Hebron, Barcelona.

²Unidad de Hepatología, Hospital Vall D'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Analizar los factores que conducen a la supervivencia prolongada tras el trasplante hepático.

Material y métodos: Entre Enero-91 y Diciembre-01 se realizaron en nuestro centro 430 TH en 391 pacientes. 279 pacientes tuvieron una supervivencia > 1 año, siendo el grupo de pacientes objeto del estudio. La media de seguimiento fue de 6,6 años (r: 1-12 años). La edad media fue de 55,6 ± 9 años (10,8% > 65 años). La patología asociada preTH: 11% insuficiencia renal, 9% HTA, 16% DM, 14% alguna afección cardíaca y 17% trombosis portal previa. La inmunosupresión basal fue: CyA 47% y FK 506 53%. Hemos analizado las causas de mortalidad tardía a partir del 1º año y factores de riesgo que han conducido a la muerte. Para ello hemos comparado características del receptor, donante, cirugía y variables del 1º año postTH entre los pacientes vivos y muertos.

Resultados: La supervivencia actuarial de pacientes fue 93%-89%-79%-60% a 2-3-5-10 años. 75 pacientes (27%) murieron en el seguimiento. Las causas de mortalidad fueron: recidiva enfermedad de base 11%, causas médicas 7%, tumor de novo 5%, causas técnicas 2% y otras causas 2%. Fueron retrasplantados 27 pacientes (10%). Factores de riesgo de mortalidad tardía en el análisis multivariable fueron: la edad del receptor > 60 años (OR = 1,03), la presencia de insuficiencia renal durante el 1º año postTH (OR = 2) y la presencia de disfunción hepática al año del TH (OR = 2). Factores involucrados en la disfunción hepática al 1º postTH han sido: pacientes VHC+, inmunosupresión de inducción con ciclosporina, presencia de algún rechazo agudo y recidiva VHC durante 1º año.

Conclusión: La supervivencia a largo plazo está relacionada con lo que ocurre al paciente durante el 1º año del TH. De forma que el paciente que llega al año del TH con buena función hepática y buena función renal tiene más posibilidades de supervivencia prolongada. El único factor pretrasplante que influye negativamente en la supervivencia prolongada es la edad del receptor > 60 años.

P-27

FACTORES DE RIESGO DE DISFUNCIÓN RENAL A PARTIR DEL 1º AÑO POSTRASPLANTE HEPÁTICO

I. Bilbao Aguirre¹, C. Dopazo¹, G. Sapisochin¹, L. Castells², A. Escartin¹, J.L. Lazaro¹, I. López¹ y J. Balsells¹

¹Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Vall D'Hebron, Barcelona.

²Unidad de Hepatología, Hospital Vall D'Hebron, Barcelona.

Objetivos: Analizar los factores que conducen a la aparición de disfunción renal (DR) tardía a partir del 1º año post-trasplante hepático (postTH).

Material y métodos: Entre Enero-91 y Diciembre-01, se realizaron en nuestro centro 430 TH en 391 pacientes. 279 pacientes tuvieron una supervivencia > 1 año, siendo el grupo de pacientes objeto del estudio. La media de seguimiento fue de 6,6 años (r: 1-12 años). La edad media fue de 55,6 ± 9 años (10,8% > 65 años). La patología asociada preTH: 11% insuficiencia renal, 9% HTA, 16% DM, 14% alguna afección cardíaca y 17% trombosis portal previa. La inmunosupresión basal fue: CyA 47% y FK 506 53%. La DR fue considerada como valores de creatinina > 1,5 mg/dL durante 3 meses.

Resultados: La supervivencia actuarial de los pacientes de nuestra serie fue de: 93%, 89%, 79% y 60% a 2, 3, 5 y 10 años. La supervivencia de pacientes libre de padecer DR tardía fue de: 68%, 54%, 47% y 34% a 1, 3, 5 y 10 años. En análisis univariante los factores de riesgo de desarrollar DR fueron: primer período de TH (1991-1995), edad > 60 años, insuficiencia renal preTH, cardiopatía preTH, causa éxitus del donante, tiempo de isquemia > 8h, trombosis portal total, estancia hospitalaria prolongada, pautas inmunosupresoras en la inducción o en el mantenimiento al año postTH basadas en ciclosporina y utilización de esteroides superior al año del TH. En análisis multivariable, los factores de riesgo fueron: edad del receptor > 60 años (OR = 2,5) y presencia de cardiopatía preTH (OR = 3,1). La causa de éxitus del donante por TCE (OR = 0,5) y la inmunosupresión de inducción basada en tacrolimus han resultado como factores protectores (OR = 0,1).

Conclusión: La IRC a largo plazo está relacionada con la edad elevada del receptor y la presencia de cardiopatía previa, la causa de éxitus del donante por ACV relacionada con donantes añosos, y el manejo inmunosupresor de inducción basado en pautas diferentes al tacrolimus.

P-28

TRATAMIENTO CON INTERFERÓN PEGILADO (PEG) Y RIBAVIRINA (RBV) DE LA RECIDIVA DE LA HEPATITIS C POST-TRASPLANTE HEPÁTICO

M. Jiménez Pérez, I. Santaella Leiva, D. Marín García, A. Sáez Gómez, J. de la Cruz Lombardo, J.M. Lozano Rey, P. España Contreras y J.M. Rodrigo López

Servicio de Aparato Digestivo, Hospital Carlos Haya, Málaga.

Nos proponemos estudiar la eficacia y seguridad del tratamiento con PEG y RBV en la recidiva de la hepatitis C postrasplante hepático.

Pacientes y métodos: 27 pacientes con recidiva VHC postrasplante hepático diagnosticada por histología (grado 2, fibrosis ge2) y analítica, fueron tratados con PEG ($\alpha 2a$ 180 µg/semanal o $\alpha 2b$ 1,5 µg/kg/semana) en combinación con RBV (800-1200 mg/día) durante 24 semanas (genotipo 2 y 3) o 48 semanas (genotipo 1 y 4). Se determinó genotipo y carga viral basal, a las 4, 12, 24 y 48 semanas de tratamiento. 23 pacientes tenían genotipo 1b, 3 genotipo 3 y uno 4c. La media de la carga viral basal fue 20,3 x 106 copias/ml. 9 recibieron inmunosupresión con ciclosporina y 18 con tacrolimus. A los pacientes que persistían con RNA-VHC positivo tras 24 semanas se les suspendió el tratamiento. Los efectos adversos hematológicos se trataron mediante reducción de dosis y administración de factores estimulantes (G-CSF) en caso de neutropenia (< 1.000 granulocitos/mm³) y de eritropoyetina en caso de anemia (Hb < 10 gr/dl).

Resultados: El tiempo medio entre el trasplante y el tratamiento fue 20,3 meses (6-69 meses). 13 (48%) pacientes completaron el tratamiento y 14 (52%) lo finalizaron precozmente por efectos secundarios graves principalmente hematológicos. 9/27 (33%) pacientes presentan respuesta viral sostenida (RVS), 3/3 (100%) genotipo 3, 6/23

(26%) genotipo 1. Dos pacientes presentaron rechazo agudo y otros dos fallecieron, uno por un embolia cerebral y otro por fallo hepático subagudo atribuido a toxicidad del tratamiento antiviral. No hubo diferencias en la RVS según la inmunosupresión o el tipo de PEG empleado.

Conclusiones: 1) El tratamiento con PEG y RBV puede ser una opción válida para la recidiva VHC en el trasplante hepático. 2) Los efectos adversos son frecuentes y el empleo de factores estimulantes y eritropoyetina puede en parte paliar estos efectos.

P-29

RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN LAS ENFERMEDADES COLESTÁSICAS

J.M. Álamo Martínez, D. Domínguez Usero, L. Sánchez Moreno, L. Barrera Pulido, F. Pareja Ciuró, C. Bernal Bellido, G. Suárez Artacho, J. Serrano Díez-Canedo y M.A. Gómez Bravo

Cirugía Hepatobiliopancreática, Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivo: Evaluar los resultados del TOH en las enfermedades colestásicas.

Material y métodos: Estudio retrospectivo 29 pacientes (4,91% de TOH): 17 cirrosis biliar primaria (CBP), 6 colangitis esclerosante primaria (CEP) y 6 cirrosis biliar secundaria (CBS). Edad media 49,22 años, 72,41% mujeres, (37% en serie global TOH). Prurito 78,57% y astenia 53,57%. Varices esofágicas 32,14%, bilirrubina media 6,81 mg/dl. En CBP AMA+ el 58,82%

Resultados: TOH se ha practicado 6,89 años desde diagnóstico. En CBP, media de «Mayo score» 7,44, 58,82% edemas, 23,53% prurito invalidante, 41,18% osteopenia severa y 5,88% ascitis refractaria. Supervivencia global 75,86% (62,66% en serie global TOH) con media de 7,7 años (70,59% CBP, 100% CEP y 66,67% CBS). Re-TOH en 13,79% (6,64% en TOH) con mortalidad de 66,67% en CBP (57,89% en TOH) y sin mortalidad en CEP. Disfunción primaria 6,89% (global TOH 10,16%), trombosis arterial 6,89% (2,7% global TOH), fístula biliar 13,79% (6,05% global TOH), insuficiencia respiratoria 6,89% (3,94% TOH) y sepsis 31,03% (34,23% en serie global). Alta incidencia de estenosis biliar que necesitó hepaticoyeyunostomía tardía: 11,76% en CBP y 16,67% en CEP. Rechazo agudo 41,38% (33,79% en la totalidad de TOH), precisando 41,67% tratamiento con OKT3 (31,61% en serie global). Rechazo crónico 11,76% en CBP, 33,34% en CEP y 33,34% en CBS (6,75% en TOH). Recidiva en 17,65% de CBP, 16,67% de CEP y sin recidiva en CBS.

Conclusiones: La supervivencia a largo plazo es mayor que en el resto de TOH, presentando la mayor parte de los pacientes una calidad de la vida excelente. La incidencia de complicaciones postoperatoria, el re-TOH, la estenosis biliar y el rechazo del injerto son superiores al resto de TOH, pero con buena resolución. CEP presenta índices mejores de supervivencia que CBP. La CBS presenta mejores índices que CBP y CEP.

P-30

TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO COMO TRATAMIENTO DEL FALLO HEPÁTICO FULMINANTE POR GOLPE DE CALOR

S. Jiménez de los Galanes Marchán, B. Pérez Saborido, J.C. Meneu Díaz, M. Donat Garrido, A. Moreno Elola-Olaso, V. Barra Valencia, Y. Fundora Suárez, S. Olivares Pizarro, A. Gimeno Calvo, M. Abradelo Usera, C. Jiménez Romero y E. Moreno González

Servicio de Cirugía General, Aparato digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, Hospital Universitario «12 de Octubre», Madrid.

Introducción: El golpe de calor es un grave síndrome de fracaso multiorgánico desencadenado por una elevación incontrolada de la temperatura corporal debido al colapso de los mecanismos termorreguladores ante una sobrecarga térmica, bien exógena (calor ambiental), bien endógena (ejercicio físico). Clínicamente se caracteriza por la triada de fiebre alta, alteración de la conciencia y anhidrosis, acom-

pañado del fracaso de múltiples sistemas orgánicos. Frecuentemente se detectan cifras elevadas de enzimas hepáticas, y ocasionalmente puede desarrollarse un fallo hepático fulminante. El trasplante hepático se ha propuesto como tratamiento en casos de fallo hepático grave, aunque todavía no existe consenso en cuanto al mejor momento de llevarlo a cabo.

Caso clínico 1: Varón de 24 años de edad que presentó un golpe de calor tras realizar maniobras militares. Inicialmente se adoptaron medidas de soporte y observación clínica. Ante la mala evolución analítica se inició técnica de depuración hepática con MARS, completando dos sesiones, a pesar de lo cual desarrolló coagulopatía, trombopenia, insuficiencia renal, hipoglucemia, elevación de CPK y transaminasas, y finalmente fallo hepático fulminante, realizándose trasplante hepático al quinto día del inicio del cuadro.

Caso clínico 2: Varón de 37 años de edad, con retraso mental y epilepsia, que fue encontrado en la calle con movimientos tónico-clónicos e hipertermia, siendo diagnosticado en el hospital de golpe de calor. Progresivamente evolucionó a fracaso multiorgánico con fallo hepático fulminante, trasplantándose al cuarto día de ingreso. Durante el postoperatorio presentó un mucormicosis gástrica que precisó cirugía, evolucionado posteriormente de forma satisfactoria.

Conclusión: El trasplante hepático es una opción terapéutica en caso de fallo hepático fulminante por golpe de calor, existiendo asimismo, buenos resultados con el empleo de la técnica MARS como puente al trasplante.

P-31

INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA (IRC) ESTADIOS 4-5 DESPUÉS DE UN TRASPLANTE HEPÁTICO (TH): FACTORES DE RIESGO PRETRASPLANTE

J. Pascual¹, S. Tome², M. Samaniego¹, A. Djamali¹, J. Torrealba¹, L. Fernández¹, A. D'Alessandro¹, M. Lucey³, J. Pirsch¹ y S. Knechtle¹

¹Surgery, UW CSC Madison, Madison, United States. ²Unidad de Hepatología. Hospital clínico universitario de Santiago.

³Gastroenterology and Hepatology. UW CSC.

El Registro-UNOS mostró una incidencia acumulada de IRC con FG < 30 ml/min del 18% 5 años postTH. No se dispone de estudios a más largo plazo. En el presente estudio se evalúan las características de los pacientes y del proceso del TH en el desarrollo de IRC grave. Se analizaron todos los TH realizados en adultos entre 1994 y 2005, con el end-point primario de la IRC estadios KDOQI 4-5 (< 30 ml/min). Se excluyeron los pacientes que antes del TH tenían Crs > 2,5 mg/dl, requerían trasplantes combinados o sobrevivieron menos de 30 días.

Resultados: 651 pacientes presentaron todos los criterios de inclusión. La supervivencia (KM) sin IRC 4-5 fue del 92% a 3 meses, 84% al año, 81,2% a 3 años, 77% a 5 y de sólo el 69% a 10 años. Los factores de riesgo de IRC 4-5 en el análisis univariado fueron: edad al TH (HR 1,05/año, p < 0,0001), índice de masa corporal (IMC) (protector: HR 0,92/unidad, p < 0,0001), raza caucásica (protectora: HR 0,55, p = 0,03), sexo varón (protector: HR 0,30, p < 0,0001), Crs preTH (HR 1,73 cada mg/dl, p = 0,006), FG estimado (protector: HR 0,98 cada ml/min, p < 0,0001), GOT preTH (protectora: HR 0,99/unidad, p = 0,04). Factores del donante, otros parámetros analíticos, tipo de hepatopatía, VHC, necesidad de TIPS, situación clínica y factores peroperatorios (bypass vv, transfusiones) no tuvieron impacto significativo. El análisis multivariado confirmó que la edad al TH (HR 1,032/año p = 0,002), IMC (HR 0,94/unidad, p = 0,0006), raza caucásica (HR 0,50, p = 0,02), sexo varón (HR 0,31, p < 0,0001), y FG estimado preTH (HR 0,98 cada ml/min) fueron los únicos factores significativos. La Crs pre-TH perdió la significación cuando se incluyó el FG en el modelo.

Dado la alta incidencia de IR a 10 años estadios 4-5 (31%) resulta imprescindible desarrollar medidas de prevención especialmente dirigidas a los receptores de mayor edad, no caucásicos, sexo femenino, o con disfunción renal leve preTH.

P-32

FRACASO RENAL AGUDO (FRA) PRECOZ VS TARDÍO POST-TRASPLANTE HEPÁTICO (TH): IMPACTO EN LA SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE Y DEL INJERTO SEGÚN EL MOMENTO DE APARICIÓN

J. Pascual¹, S. Tome², M. Samaniego¹, A. Djamali¹, J. Torrealba¹, L. Fernández¹, A. D'Alessandro¹, M. Lucey³, J. Pirsch¹ y S. Knechtle¹

¹Surgery, UW CSC Madison, Madison, United States. ²Unidad de Hepatología. Hospital Clínico universitario de Santiago.

³Gastroenterology and Hepatology. UW CSC.

Es incierto el impacto que el FRA podría tener según su aparición en el transcurso del TH. Retrospectivamente se analizaron los 713 TH primarios realizados entre 1994 y 2005. Se definió FRA como la elevación brusca al doble de Crs o la necesidad de diálisis en pacientes con Crs < 2,5 y sin diálisis preTH. Se definió FRA precoz (FRA-P) como el desarrollado durante los primeros 7 días y tardío entre los días 8 y 30 postTH. Se excluyeron 62 pacientes con Crs preTH > 2,5 o en diálisis y 28 fallecidos durante los primeros 30 días.

Durante el periodo de estudio, 22 pacientes desarrollaron FRA-P, 63 FRA-T y 535 no presentaron FRA (No-FRA). Los FRA-P eran de edad mayor, habían permanecido más tiempo en lista de espera y tenían una Crs preTH más elevada que los FRA-T y los No-FRA. No se detectaron diferencias preTH entre los FRA-T y los No-FRA. Después de un año de TH funcionante, la Crs (mg/dl) era similar entre los pacientes que habían sufrido FRA-P y FRA-T y ambas eran superiores a la que presentaban los No-FRA (p = 0,019). No se observó diferencia entre la Crs preTH y la Crs al año en los pacientes FRA-P (1,45 ± 0,53 vs 1,60 ± 0,33), pero el aumento fue evidente en los FRA-T (preTH 0,81 ± 0,35 vs 1,56 ± 0,92 al año, p < 0,01). La supervivencia del paciente con injerto hepático censurada por la muerte antes del día 30 postTH fue menor en FRA-P (53% a 7 años) que en FRA-T (81% a 7 años) o No-FRA (78%) (p < 0,01). Un patrón similar se observó en la supervivencia del hígado (53% vs 77% vs 74%, FRA-P vs FRA-T/No-FRA p = 0,034).

El FRA durante la primera semana postTH se asocia mayor mortalidad y pérdida del injerto. Su aparición después 7º día no altera la supervivencia a largo plazo.

P-33

ARTERIA CÍSTICA RAMA DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR IMPLICACIONES TÉCNICAS EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

S. Jiménez de los Galanes Marchán, B. Pérez Saborido, J.C. Meneu Díaz, M. Donat Garrido, A. Moreno Elola-Olaso, V. Barra Valencia, Y. Fundora Suarez, S. Olivares Pizarro, A. Gimeno Calvo, M. Abradelo Usera, C. Jiménez Romero y E. Moreno González

Servicio de Cirugía General, Aparato digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, Hospital Universitario «12 de Octubre», Madrid.

Introducción: La vascularización hepática presenta múltiples y frecuentes variaciones anatómicas arteriales. Éstas deben ser identificadas durante el proceso de donación, obligando en ocasiones a modificar la técnica quirúrgica.

Caso clínico: La disección de los elementos del pedículo hepático se realiza desde la vertiente lateral derecha en sentido medial, a este nivel se identificó en este caso, una estructura tubular pulsátil, que fue respetada. Durante la preparación del injerto en banco se constató la presencia de una rama arterial originada en la AMS que fue diseccionada en su totalidad constatando su entrada en la vesícula biliar y la ausencia de ramas eferentes hepáticas se procedió a la ligadura de la misma. No obstante, en presencia de ramas de la misma en dirección al parénquima hepático, o bien, si no puede descartarse la existencia de las mismas, debería realizarse la sección a nivel de su origen en la AMS y posterior anastomosis a nivel de arteria esplénica o arteria gastroduodenal, si el calibre de ambos vasos lo permite.

Conclusiones: La arteria cística rama de la AMS es una variación anatómica menos frecuente, y de menor significado clínico, sin embargo, ésta debe ser respetada.



Fig. 1. Arteria Cística rama de AMS. Preparación en banco.

P-34

FÍSTULA ARTERIOPORTAL SECUNDARIA A BIOPSIA HEPÁTICA PERCUTÁNEA. OPCIONES DE TRATAMIENTO EN EL TRASPLANTADO HEPÁTICO

B. Pérez Saborido, S. Jiménez de los Galanes Marchán, J.C. Meneu Díaz, Y. Fundora Suárez, E. García Hidalgo, A. Moreno Elola-Olaso, V. Barra Valencia, V. Moreno Molinero, S. Olivares Pizarro, A. Gimeno Calvo y E. Moreno González
Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, H.U. «12 de Octubre», Madrid.

Introducción: Si bien es cierto que la Biopsia Hepática Percutánea (BHP) es de gran utilidad en el manejo postoperatorio del los trasplantados hepáticos.

Caso clínico: Presentamos el caso de una paciente mujer, de 45 años, sometida a trasplante hepático (TH) por cirrosis hepática VHC. La pa-



Fig. Fistula ararterioportal tratada.

ciente fue hospitalizada dos meses tras el trasplante debido a la presencia de una alteración del perfil hepático para la realización de una BHP. El procedimiento se realizó sin incidencias y la histología reveló la presencia de recidiva del VHC en el injerto hepático. Ante la sospecha de fístula arterioportal se realizó una angiografía en la que se observó la presencia de una comunicación entre las ramas posteriores de la arteria hepática y la vía biliar (figura). La fístula fue embolizada con éxito mediante la utilización de microesferas de material plástico.

Conclusión: La biopsia hepática percutánea es un procedimiento diagnóstico utilizado con frecuencia en los receptores de trasplante hepático, sin embargo, el desarrollo de una fístula arterioportal con manifestaciones clínicas es infrecuente tras la realización de la misma. La elección del tratamiento más adecuado, quirúrgico o endovascular, y los resultados obtenidos en función de la técnica utilizada se encuentran hoy día en discusión.

P-35

COMPLICACIONES DEL TRATAMIENTO DE LA HERNIA INCISIONAL EN EL TRASPLANTADO HEPÁTICO: HEMATOMA GIGANTE DIFERIDO

S. Jiménez de los Galanes Marchán, B. Pérez Saborido, J.C. Meneu Díaz, Y. Fundora Suárez, A. Moreno Elola-Olaso, S. Olivares Pizarro, R. López Sterup, F. Cambra Molero, J. Garofano Mota, V. Barra Valencia y E. Moreno González
Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, H.U. «12 de Octubre», Madrid.

La aparición de hernias incisionales en los pacientes trasplantados es relativamente frecuente apareciendo en entre un 7% y un 15% de los pacientes trasplantados. Su presentación suele ser precoz y su tratamiento incluye la reparación mediante la utilización de mallas.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente varón de 45 años de edad sometido a trasplante hepático ortotópico en diciembre de 2004 por cirrosis enólica. El 4º mes postrasplante refiere la presencia de tumoración abdominal indolora y que aumenta con el Valsalva. La exploración abdominal es compatible con eventración de laparotomía en T invertida.

Transcurridos 14 meses tras la realización del trasplante se procede a realizar la reparación mediante la utilización de una malla de polipropileno. El postoperatorio transcurre sin incidencias y el paciente es dado de alta. Revisado en la consulta externa 1 mes tras la realización del procedimiento presenta una tumoración abdominal de grandes dimensiones, sin repercusión clínica. El paciente es intervenido observándose la presencia de un hematoma evolucionado y de grandes dimensiones, con una pseudocapsula que es resecada excepto a nivel de la porción en contacto con la malla de polipropileno en la que se encuentra integrada y que es fulgurada con bisturí de argón.



Fig. Visión intraoperatoria.

P-36

IMPACTO DEL SEXO Y LA EDAD DE DONANTE Y RECEPTOR SOBRE EL ÉXITO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

C. Bernardos García, M.A. Gómez Bravo, I. Alarcón del Agua, J. Serrano Díez-Canedo, I. García Rodríguez, J.M. Álamo Martínez y C. Bernal Bellido

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

Introducción: Existen referencias bibliográficas que muestran la influencia sobre el éxito del trasplante ortotópico hepático (TOH) (expresado en la tasa de rechazo y supervivencia a largo plazo) de factores como la edad del donante y el sexo de donante/receptor.

Objetivos y método: Nuestro objetivo es analizar el impacto de edad y sexo de donante y receptor sobre la tasa de rechazo observada en una cohorte de 348 TOH realizados en 330 pacientes, en una unidad de trasplante hepático entre Enero de 1998 y Abril de 2005.

Resultados: El número total de rechazos fue de 76 lo que supone un 21% del total de trasplantes. Los porcentajes de rechazo fueron del 24,4% para los receptores mujeres y del 21% para los receptores hombres ($\alpha = 0,2$). En caso de donantes mujeres, se produjo rechazo en un 27,6% de los mismos y en caso de donantes varones, este porcentaje fue del 18,7% ($\alpha = 0,04$). Cuando las combinaciones sexo donante-sexo receptor fueron varón-varón, varón-mujer y mujer-varón los porcentajes de rechazo fueron del 19,8%, 14% y 23,8% respectivamente. Cuando la combinación fue mujer-mujer dicho porcentaje alcanzó el 37,5% ($\alpha = 0,02$ para receptores mujeres y $\alpha = 0,6$ para receptores varones). En cuanto a la edad, también hemos encontrado un aumento en la tasa de rechazo a medida que aumenta la edad del donante, sin que las diferencias alcancen la significación estadística.

Conclusiones: Los casos con donantes mujeres presentan una mayor tasa de rechazo. El sexo del receptor no parece influir en la tasa de rechazo. La combinación con mayor tasa de rechazo es donante mujer-receptor mujer. No hemos encontrado diferencias estadísticamente significativas en la tasa de rechazos en función de la edad de los donantes.

P-37

NEUROTOXICIDAD: INCIDENCIA Y MANEJO EN EL POSTRASPLANTE HEPÁTICO

G. Sánchez Antolín¹, F. García Pajares¹, M. González Sagrado², P. Fernández Orcajo¹, R. Velicia Llames¹ y A. Caro Patón¹

¹Servicio de Aparato Digestivo. Unidad de Hepatología, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ²Unidad de Investigación. Hospital Río Hortera.

Introducción: La Neurotoxicidad (NT) es uno de los efectos secundarios más conocidos de los inmunosupresores anticalcineurínicos (CNIs): Tacrolimus y Ciclosporina (CyA). En la actualidad la aparición de nuevos y potentes inmunosupresores sin toxicidad neurológica nos ha permitido resolver este problema sin aumentar el riesgo inmunológico del injerto.

Objetivo: Analizar retrospectivamente la incidencia de NT en un grupo de pacientes trasplantados hepáticos en nuestro Centro tratados con ICNs, y los factores asociados al desarrollo de NT y el manejo inmunosupresor.

Pacientes y métodos: Desde Noviembre 2001 hasta Diciembre 2006 fueron Trasplantados en nuestro Centro 149 pacientes. La Inmunosupresión de inducción fue tacrolimus, corticoides y MMF cuando existía indicación. Analizamos los pacientes que fueron diagnosticados de NT, su nivel de Tacrolimus al diagnóstico y comparamos los niveles de Sodio, Potasio, Magnesio, Urea y Creatinina antes y después del episodio de NT y con un grupo de pacientes similar sin NT. Se detalló el manejo inmunosupresor.

Resultados: Se diagnosticó de NT a 30 pacientes (20,13%). Los síntomas más frecuentes fueron encefalopatía y coma (76,6%), neuropatía periférica (13,3%) y convulsiones (6,6%). El nivel medio de Tacrolimus fue 6,83 (rango 3-17,4 ng/mL). La urea y creatinina fueron significativamente superiores en los pacientes con neurotoxicidad

($p < 0,05$), si bien no hubo diferencias significativas en las cifras de magnesio, sodio y potasio. 12 pacientes fueron convertidos a CyA, 14 a CyA y MMF, 2 rapamicina, 1 Rapamicina y CyA y 1 paciente rapamicina y MMF. 29 pacientes mejoraron total o parcialmente y 1 paciente falleció. 2 pacientes fueron diagnosticados de rechazo agudo resuelto en ambos casos aumentando los niveles de inmunosupresión.

Conclusiones: La NT es una complicación frecuente en los pacientes trasplantados hepáticos asociada al uso de anticalcineurínicos. Habitualmente ocurre con niveles terapéuticos de Tacrolimus. La disfunción renal es un factor asociado al desarrollo de NT. La conversión a Ciclosporina, MMF o Rapamicina es útil para controlar los síntomas.

P-38

FACTORES PRONÓSTICOS EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO POR HEPATOCARCINOMA ASOCIADO A CIRROSIS POR VIRUS C

J. Briceño Delgado¹, J. Ruiz Rabelo¹, R. Ciria Bru¹, A. Naranjo Torres¹, J.M. Sánchez Hidalgo¹, M. Pleguezuelo Navarro², A. Luque Molina¹, S. Rufián Peña¹, M. De La Mata García² y P. López Cillero¹

¹Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático. Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Unidad De Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivo: Establecer factores tumorales que influyan en las supervivencias de receptor e injerto, y crear un modelo pronóstico capaz de predecir la evolución del trasplante hepático y la recurrencia de hepatocarcinoma asociado a cirrosis por virus C.

Métodos: 63 pacientes adultos fueron trasplantados por enfermedad hepática terminal secundaria a hepatitis por virus C con hepatocarcinoma concomitante. Las características tumorales que se analizaron fueron: grado de diferenciación, pTNM, tamaño, número de lesiones, bilobularidad, multifocalidad, invasión vascular, trombosis portal y recurrencia. Se determinaron las supervivencias de receptor e injerto, la recurrencia, el tiempo libre de enfermedad y se realizó un análisis multivariante de Cox para obtener variables predictoras independientes para las mismas.

Resultados: La supervivencia del receptor a 1-, 3-, y 5 años fue de 82%, 80% y 69%, respectivamente, y mejor para los hepatocarcinomas incidentales en comparación con aquellos conocidos preoperatoriamente ($p = 0,04$). La supervivencia libre de enfermedad fue de 91%, 83% y 77% a 1, 3, y 5 años, respectivamente. En el análisis univariante, los hepatocarcinomas no incidentales ($p = 0,04$), el estadije pTNM ($p = 0,012$) y la invasión vascular ($p = 0,003$) se correlacionaron con la mortalidad del receptor. La invasión vascular (OR = 2,12; $p = 0,001$) y pTNM (OR = 1,50; $p = 0,008$) fueron factores predictores independientes de la supervivencia global. La combinación de invasión vascular por el tumor y pTNM avanzado se asociaron a un mal pronóstico (log-rank = 21,89; $p = 0,0001$). El grado de diferenciación (OR = 1,2; $p = 0,04$), pTNM (OR = 3,7; $p = 0,001$) e invasión vascular (OR = 1,6; $p = 0,002$) fueron predictores independientes de recurrencia.

Conclusiones: El trasplante hepático para hepatocarcinoma asociado a virus C es una modalidad efectiva de tratamiento, con aceptables resultados en cuanto a la supervivencia del paciente, injerto y recurrencia tumoral. Un estadije pTNM avanzado y la presencia de invasión vascular son potentes predictores de un peor pronóstico y una mayor recurrencia.

P-39

TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTE CON SD DE BUDD-CHIARI POR ENFERMEDAD DE BEHCET

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

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

El síndrome de Behcet es una entidad de origen desconocido considerado como una vasculitis multisistémica de evolución crónica y

aparición recidivante. La clínica predominante son las aftas orales y genitales aunque también se relaciona con lesiones vasculares como la oclusión de la vena cava inferior (VCI) o superior y el síndrome de Budd-Chiari.

Caso clínico: Mujer de 27 años, diagnosticada de síndrome de Behcet, que en Diciembre de 2006 ingresa por hepatopatía crónica con hipertensión portal y descompensación hidrópica. En la ECO y TAC se encuentra trombosis de arterias pulmonares segmentarias y trombosis de las venas suprahepáticas con extensión a VCI. Tras comenzar con tratamiento anticoagulante la paciente presenta mejoría clínica con recanalización parcial de la VSH media e izquierda por lo que es dada de alta. En Mayo de 2007 reingresa por deterioro del estado general, ascitis e ictericia. Se realiza cavografía encontrando afilamiento progresivo de la vena cava a nivel intra y suprahepática no pudiendo canalizarla. La paciente evoluciona a insuficiencia hepática con un Child C y MELD de 17 por lo que se decide incluir en lista de TH. El 22-6-07 se realiza TH por la técnica clásica y con preparación para posible circulación extracorpórea. Se encuentra hígado congestivo, con hipertrofia del lóbulo caudado. Se disecciona vena retrohepática ocluyendo vena porta y VCI infrahepática no precisando by-pass veno-venoso. Se ocluye VCI intratorácica obteniendo patch de VCI próximo a aurícula derecha. Se anastomosa vena porta, arteria hepática y colédoco receptor-donante de la manera habitual. En el postoperatorio comienza tratamiento inmunosupresor con Tacrólimus y corticoides evolucionando favorablemente.

Conclusiones: La enfermedad de Behcet es un síndrome poco frecuente que en ocasiones se relaciona con alteraciones vasculares como el Síndrome de Budd-Chiari precisando de TH.

P-40

INDICACIÓN DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN LESIONES DE LA VÍA BILIAR PRINCIPAL POR CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA

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

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Las lesiones iatrogénicas de la vía biliar (LYVB) tras cirugía laparoscópica (CL), pueden ser graves y requerir trasplante hepático (TH).

Pacientes: Hemos intervenido 14 pacientes por LYBV. En 4 se indicó TH. 3 casos fueron varones, y la edad media de 44,5 años. En 3 casos la indicación de colestectomía fue por coledocitis y un caso por colestitis. En 2 casos se produjo una hemorragia en el hilio hepático realizando hemostasia con clips y puntos presentando, en el primer caso, oclusión total de arteria hepática y vena porta con fallo hepático, y en el segundo caso ligadura completa de arteria hepática que desencadenó una necrosis hepática. En los 2 casos restantes, la LYVB se objetivó durante la intervención realizando una hepaticoyeyunostomía en Y de Roux. Uno de estos pacientes desarrolló episodios de colangitis recidivantes evolucionando a hígado de sepsis. El último presentó fuga biliar y sangrado por arteria hepática derecha que obligó a su sutura desarrollando un fallo hepático.

Resultados: De los 4 pacientes, 3 han fallecido, uno por bronconeumonía bilateral el día 30 postTH; el paciente con hígado de sepsis por fallo multiorgánico al 8º día postTH y el paciente con la necrosis del parénquima se dejó anhepático para evitar el síndrome tóxico falleciendo 6 horas después sin recibir un órgano. El paciente con sangrado de la hepática derecha continúa vivo, pero hubo que reintervenirlo por nueva fuga biliar el día 14 postTH derivando la vía biliar al exterior con una sonda de Foley en colédoco y posteriormente se reintervino realizando anastomosis colédoco receptor-donante. Su evolución, actualmente, es favorable.

Conclusiones: La LYVB tras CL se puede asociar a lesión vascular o a hígado de sepsis pudiendo requerir TH, en nuestra experiencia con malos resultados ya que fallecieron 3 de los 4 pacientes en los que se indicó.

P-41

NUESTRA EXPERIENCIA EN PACIENTES TRASPLANTADOS POR FALLO HEPÁTICO FULMINANTE

L. Sánchez Moreno, D. Domínguez Usero, F. Pareja Ciuró, J.M. Álamo Martínez, L. Barrera Pulido, C. Bernal Bellido, G. González Suárez, I. García González, J. Serrano y M.A. Gómez Bravo

Cirugía General y Digestivo. Unidad de Cirugía hepatobiliar pancreática y trasplante., Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla.

Introducción: El fallo hepático agudo es un cuadro infrecuente y potencialmente letal. Este estudio pretende determinar las características clínico-epidemiológicas, evolutivas, factores pronósticos y valorar el manejo y actitud terapéutica del FHA en un hospital de tercer nivel con programa de trasplante hepático.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 17 pacientes con FHA trasplantados entre Abril de 1990 y Junio 2007 que cumplían los siguientes criterios: evolución clínica inferior a 12 semanas, encefalopatía, ausencia de inmunosupresión o hepatopatía sintomática y confirmación anatomopatológica. Variables analizadas: sexo, edad, etiología del cuadro, complicaciones postoperatorias, supervivencia y mortalidad.

Resultados: Sexo: 11 varones y 6 mujeres, con una media de edad de 31,68 rango (15-51). Etiología: establecida en 6 pacientes, 2 virales 1 (VHB), 1 (VHC); 1 farmacológico (tuberculostáticos), 1 autoinmune, 1 tóxico (ingesta de setas; Amanita phalloides; 1 por Enfermedad de Wilson; resto criptogénico.

Complicaciones postoperatorias inmediatas: insuficiencia renal aguda (76,4%, precisaron diálisis el 29,4%; infección bacteriana 70,5%; infecciones víricas (por CMV, 17,6%); infecciones fúngicas (igual porcentaje); fístulas biliares (11,8%); trombosis de la arteria hepática (5,8%, en un único enfermo). Rechazo agudo en 8 pacientes (48%), en 6 de los cuales (75%) fue moderado severo, precisando en 4 tratamiento con OKT3. Se reintervinieron 3 enfermos (17,64%), dos por complicaciones biliares y el tercero por hemorragia postoperatoria. Se retransplantaron 2 pacientes por trombosis arterial y obstrucción biliar respectivamente. La supervivencia media a los 6 meses fue del 64,7% y de 58,8% al año. Mortalidad hasta los 6 meses: sepsis bacteriana como causa más frecuente. Único fallecimiento al 6º mes por aplasia medular.

Conclusiones: El FHF constituye una emergencia médica cuya etiología suele ser desconocida. Es fundamental el diagnóstico y el planteamiento precoz de la necesidad de trasplante hepático, no exento de morbi-mortalidad como se refleja en nuestra serie.

P-42

TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO DOMINÓ EN LA POLINEUROPATÍA AMILOIDÓTICA FAMILIAR

J.M. Álamo Martínez, M.A. Gómez Bravo, D. Domínguez Usero, L. Sánchez Moreno, F. Pareja Ciuró, C. Bernal Bellido, L. Barrera Pulido, G. Suárez Artacho, I. García González y J. García Moreno

Cirugía Hepatobiliopancreática, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Mostrar las técnicas quirúrgicas realizadas en el Hospital Virgen del Rocío en el trasplante hepático dominó en casos de polineuropatía amiloidótica familiar.

Material y métodos: Técnica 1: hepatectomía sin preservación de cava y con anastomosis en 1º receptor cavo-cava terminoterminal y 2º receptor cava del injerto con suprahepática del receptor. Anastomosis arterial hepática común del injerto con rama izquierda hepática del receptor. Técnica 2: hepatectomía con preservación de cava y anastomosis en 1º receptor cava del injerto y suprahepática del receptor, y en el 2º receptor suprahepáticas del injerto aunadas en una única boca venosa con suprahepática del receptor. La arteria hepática propia del injerto, corta y estrecha, se amplía mediante sección longitudinal de la misma y corte «en pico de flauta».

Conclusiones: El explante hepático del paciente con PAF en el trasplante dominó puede realizarse con y sin preservación de cava, con

buenos resultados en ambos. Es importante dominar las técnicas de plastias arteriales para las anastomosis arteriales, donde los cabos del injerto suelen ser cortos.

P-43

INFLUENCIA DEL TIEMPO DE ISQUEMIA EN LA INCIDENCIA DE COMPLICACIONES BILIARES POST-TRASPLANTE HEPÁTICO

L. Barrera Pulido, F. Pareja Ciuró, J.M. Álamo Martínez, M.A. Gómez Bravo, L. Sánchez Moreno, D. Domínguez Usero, F. Docobo, J. Serrano Díez Canedo, I. García González y C. Bernal Bellido

Cirugía Hepatobiliopancreática, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Evaluar la relación existente entre el tiempo de isquemia del injerto hepático y la aparición de complicaciones biliares en el postoperatorio del TOH.

Material y métodos: Estudio retrospectivo sobre 409 TOH realizados entre 1995 y 2006. Anastomosis biliar: 83,6% coledococolecodiana con tutor de Kher (A), 8,6% sin Kher (B) y 7,8% hepaticoyeyunostomías (C). 76% de injertos catalogados óptimos y 24% subóptimos.

Resultados: Isquemia < 360 minutos: sin complicaciones biliares 88,3% A, 77,3% B, 82,6% C, estenosis 2,8% A, 4,5% B, 0% C, colangitis 2,3% A, 0% B, 0% C, fuga biliar 4,5% A, 18,2% B, 13% C y coleperitoneo 1,4% A, 0% B, 4,3% C. Isquemia 361-600 minutos: sin complicaciones biliares 87,1% A, 77,8% B, 57,1% C, estenosis 7,9% A, 0% B, 0% C, colangitis 2,0% A, 0% B, 0% C, fuga biliar 1,0% A, 22,2% B, 28,6% C y coleperitoneo 2,0% A, 0% B, 14,3% C. Isquemia > 600 minutos: sin complicaciones biliares 100% A, 100% B, 0% C, estenosis 0% A, 0% B, 0% C, colangitis 0% A, 0% B, 0% C, fuga biliar 0% A, 0% B, 100% C y coleperitoneo 0% A, 0% B, 0% C.

Conclusiones: El tiempo de isquemia prolongado parece proteger frente a las complicaciones biliares en las anastomosis coledococolecodianas, mientras que favorece la aparición de fugas biliares en las derivaciones bilioentéricas.

P-44

TÉCNICA DEL TRASPLANTE HEPÁTICO SEGMENTARIO Y/O REDUCIDO

N. García López, N. Sáez Ayala, C. Riera y M.J. Pérez
Área Quirúrgica Infantil, Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: Como integrantes del centro de trabajo que fue pionero en España en trasplantes de hígado infantil (Hospital Infantil Vall d'Hebrón) y por la lucha constante en el progreso de técnicas y cuidados que mejoren la calidad asistencial del receptor pediátrico, creemos interesante crear un protocolo de actuación de enfermería que sintetice por prioridades la ejecución de la enfermera/o ante una técnica quirúrgica tan propia de un hospital infantil. El implante hepático con receptor infantil origina problemas añadidos, que hace años eran incluso incapacitantes, con los que no cuentan los receptores adultos. Entre ellos destacamos la escasez de donaciones infantiles y por ello la necesidad de solventar la diferencia de tamaño entre un donante adulto y un receptor infantil. Respecto a la técnica de particiones hepáticas cabe destacar la «técnica de SPLIT» utilizada en casos de un único donante y dos receptores (lóbulo hepático derecho para un adulto y segmento hepático para un niño).

Objetivo: Construir un díptico explicativo para actuación de enfermería ante la técnica de segmentación y/o reducción del órgano en el trasplante hepático infantil.

Metodología: Referencias bibliográficas desde el comienzo de la técnica.

Praxis profesional en un centro de referencia histórica.

Resultado: Protocolo de enfermería orientado en la ejecución de la enfermera ante la técnica quirúrgica del Split, reducción y segmentación hepática.

Conclusiones: Agilizar el proceso quirúrgico. Minimizar el tiempo de isquemia del hígado del donante. Realizar una ejecución precisa en la colaboración de la técnica.

P-45

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO CON OKT-3 DEL RECHAZO AGUDO EN TRASPLANTE HEPÁTICO

D. Domínguez Usero, L. Sánchez Moreno, J.M. Álamo Martínez, F. Pareja Ciuró, L. Barrera Pulido y M.A. Gómez Bravo

Cirugía General, Hospital Universitario Virgen Rocío, Sevilla.

Objetivos: Analizar los resultados del tratamiento con OKT3 del rechazo agudo en el trasplante hepático.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de pacientes trasplantados hepáticos con rechazo agudo que han sido tratados con OKT3 por la Unidad de Cirugía Hepatobilio-Pancreática del Hospital Virgen del Rocío, desde Enero de 1996 hasta Enero de 2005. Recogándose los siguientes datos: Número de casos, edad media, sexo, parámetros analíticos hepáticos (previos y posteriores a OKT3), biopsias hepáticas (previas y posteriores a OKT3), número de casos con infecciones oportunistas posteriores a OKT3, número de casos con implicación del CMV, mortalidad (por etiología infecciosa, por rechazo agudo, por rechazo crónico, sin relación OKT3).

Resultados: De 500 trasplantes hepáticos, 20 pacientes tuvieron un rechazo agudo que se trató con OKT3. Edad media 46 años. Distribución por sexo: 70% hombres y 30% mujeres. Promedio de parámetros analíticos hepáticos pre-OKT3: Bilirrubina total = 23,77 mg/dl; Bilirrubina Directa = 25,71 mg/dl; GOT = 223,25 UI/l; GPT = 311,70 UI/l; Fosfatasa alcalina = 1062,80 UI/l; GGT = 700,28 UI/l. Promedio de parámetros analíticos hepáticos post-OKT3: Bilirrubina total = 9,08 mg/dl; Bilirrubina Directa = 7,07 mg/dl; GOT = 66,11 UI/l; GPT = 111,79 UI/l; Fosfatasa alcalina = 837,42 UI/l; GGT = 518,74 UI/l. Biopsias hepáticas pre-OKT3: Rechazo agudo (RA) Grado II = 60%, RA Grado III = 40%. Biopsias hepáticas post-OKT3: No RA = 35%, RA Grado I = 20%, RA Grado II = 15%, RA Grado III = 10%, Otros = 20%. Casos con infecciones oportunistas post-OKT3 = 75%, de ellos el CMV implicado en el 33%. Mortalidad: 5 casos por etiología infecciosa post-OKT3, 1 caso por rechazo agudo, 1 caso por rechazo crónico, 5 casos por etiología sin relación con inmunosupresión.

Conclusiones: El papel del OKT3 en el tratamiento del rechazo agudo corticorresistente en trasplante hepático se muestra eficaz desde el punto de vista analítico y anatomopatológico, pero a expensas de una alta tasa de infecciones oportunistas y de mortalidad en relación a complicaciones infecciosas. Por lo tanto su utilización debe asentarse sobre una clara indicación.

P-46

EFFECTO DE LA ADMINISTRACIÓN DE N-ACETILCISTEÍNA SOBRE LOS VALORES INTRAOPERATORIOS DE LAS ACTIVIDADES ENZIMÁTICAS ANTIOXIDANTES CU, ZN-SUPERÓXIDO DISMUTASA Y GLUTATION REDUCTASA EN PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO

C. Olmedo¹, F.M. Santiago², P. Bueno¹, A.M. Comino¹, K. Muffak-Granero³, L. Hassan-Montero¹, M. Serradilla³, D. Garrote³, A. Ramírez² y J.A. Ferrón³

¹Unidad Investigación Cirugía Experimental, Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada. ²Servicio de Anestesiología, Reanimación y Terapéutica del dolor. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. ³Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada.

Objetivos: Estudiar el efecto de la administración intraoperatoria de N-acetilcisteína (NAC) sobre las actividades enzimáticas antioxidantes Cu, Zn-superóxido dismutasa (Cu,Zn-SOD) y glutatión reductasa (GR) en pacientes receptores de trasplante hepático.

Material y métodos: Estudio realizado en 50 pacientes receptores de trasplante hepático del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada distribuidos en dos grupos de estudio: 1) Grupo NAC (n = 25) que, además del tratamiento convencional, recibió NAC en dosis de 100 mg/Kg en dextrosa al 5% administrada en perfusión intravenosa durante 15 min al inicio de la fase anhepática, seguido de una perfusión intravenosa continua de 50 mg durante 24 horas. 2) Grupo Pla-

cebo (n = 25) que recibió el tratamiento convencional y dextrosa al 5% con igual periodicidad y duración que el grupo NAC. Las actividades enzimáticas Cu,Zn-SOD y GR se han determinado en muestras de sangre periférica en los siguientes tiempos: i-1 (tras inducción anestésica y antes de incisión quirúrgica); i-2 (a los 15 min de inicio de la fase anhepática previa administración de NAC o placebo); i-3 (5 min antes de reperfusión); i-4 (5 min post-reperfusión); i-5 (20 min post-reperfusión); i-6 (60 min post-reperfusión); i-7 (a 60 min de finalizada la intervención quirúrgica).

Resultados: Cu,Zn-SOD presenta un perfil paralelo en ambos grupos (placebo y NAC), con un incremento en fase anhepática (i-2), un máximo en cada grupo a los 5 min antes de reperfusión (i-3) y un mínimo estadísticamente significativo a los 5 min post-reperfusión (i-4, $p = 0,02$) en el grupo NAC. La actividad GR también muestra un perfil paralelo en ambos grupos, con un incremento estadísticamente significativo en el grupo NAC a 60 minutos post-reperfusión (i-6).

Conclusiones: La administración intraoperatoria de N-acetilcisteína en pacientes receptores de trasplante hepático muestra un incremento post-reperfusión de las actividades enzimáticas antioxidantes Cu,Zn-SOD y GR.

P-47

CORRELACIÓN ENTRE EL ESTADIAJE RADIOLÓGICO Y PATOLÓGICO EN EL HEPATOCARCINOMA EN LAS PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

G. Sánchez Antolín¹, F. García Pajares¹, I. Anacabe², E- Pérez², M.J. Velasco², E. Villacastin², B. Madrigal³, L. Ruiz¹, M.A. Cítores⁴ y R. Velicia¹

¹Servicio de Aparato Digestivo. Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid. ²Servicio de Radiología. Hospital Río Hortega. ³Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Río Hortega. ⁴Servicio de Cirugía General. Unidad de Trasplante Hepático.

El hepatocarcinoma es uno de los tumores más frecuentes del mundo. El trasplante hepático es el tratamiento de elección. El estadiaje preoperatorio adecuado es esencial de cara al pronóstico. La Ecografía, TAC y RMN desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico y estadiaje del HCC.

Objetivos: Analizar el impacto de las técnicas de imagen (Eco, TAC y RMN) en el estadiaje de la enfermedad, y comparar el estadiado radiológico (ER) con el estadiado patológico (EP) en el explante.

Material y métodos: Desde noviembre 2001 hasta Enero 2007 fueron trasplantados en nuestro Centro 149 pacientes. La presencia de hepatocarcinoma fue la indicación del trasplante en 34 pacientes (22,8%). Evaluamos el tamaño tumoral pre-trasplante con ECO, TAC y RMN (ER), y lo comparamos, con el tamaño en el hígado explantado (EP).

Resultados: En el grupo de hepatocarcinoma, la etiología de la cirrosis fue alcohólica en 10 (29,4%), hepatitis B en 5 (14,7%), hepatitis C en 17 (el 50%), 1 paciente tenía hepatitis B y C (2,3%) y 1 tenía una PBC (2,9%). En 21 pacientes encontramos nódulos únicos, 7 pacientes tenían 2 nódulos, 3 pacientes tenían 3 y 3 más de tres lesiones nodulares. En el hígado explantado no se detectó hepatocarcinoma en 1 paciente. El promedio del tamaño pretrasplante (ER) fue 3,41 cm ($\pm 1,46$) y en el explante (EP) 4,9 cm ($\pm 2,4$). Esta diferencia fue estadísticamente significativa ($p < 0,05$). La recidiva en los tumores mayores de 5 centímetros fue del 66,6% mientras que aquellos inferiores a 5 cm fue del 10,3%.

Conclusiones: El hepatocarcinoma es una indicación frecuente de trasplante hepático con Hepatitis C como enfermedad de base en al menos el 50% de los pacientes. Existen diferencias estadísticamente significativas entre el estadiado Radiológico y el Patológico y esta diferencia podría tener influencia en la tasa de recidiva tumoral.

P-48

LOS BENEFICIOS DE LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA PRE TRASPLANTE HEPÁTICO

G. Arroyo Herrero, Y. Elorduy Elorriaga, B. Hernández Lafuente y Y. Durango Marcos

Unidad de Trasplante Hepático, Osakidetza. Hospital de Cruces, Baracaldo.

Objetivos: Valorar la disminución de complicaciones pulmonares añadidas al proceso post quirúrgico del trasplante hepático.

Material y métodos: Estudio de 32 pacientes trasplantados hepáticos durante el primer semestre del 2006 en el Hospital de Cruces, independientemente si habían realizado o no fisioterapia respiratoria previa al trasplante.

Resultados: Se observa una disminución de complicaciones pulmonares, tales como la presencia de mayor capacidad pulmonar y volúmenes, comprobados por espirometrías, en el postoperatorio de los pacientes trasplantados hepáticos. Esto conlleva una disminución en la estancia hospitalaria.

Conclusión: El paciente percibe un mayor grado de satisfacción con el tratamiento de fisioterapia respiratoria propuesto durante su estancia y al alta.

P-49

MEJORÍA DE LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN HEPATOCARCINOMA EN DOS ÉPOCAS DIFERENTES (APLICACIÓN DE LOS CRITERIOS DE SELECCIÓN)

B. Pérez Saborido, S. Jiménez de los Galanes Merchán, M. Donat Garrido, J.C. Menéu Díaz, F. Cambra, C. Jiménez Romero, A. Moreno Elola-Olaso y E. Moreno González

Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El trasplante hepático constituye el tratamiento de elección para pacientes con carcinoma hepatocelular sobre hígado cirrótico mejorando los resultados con el paso de los años y la aplicación de criterios de selección.

Pacientes y métodos: Desde 1986 a diciembre 2003 hemos realizado 95 trasplantes en pacientes con CHC, con una edad media de 54,7 años y un 78 % de varones. Dividimos en dos períodos: antes y después de 1996, cuando comenzamos a aplicar los criterios de Milán.

Objetivo: Analizar si la mejor selección de pacientes aumenta la supervivencia y disminuye la incidencia de recidiva tumoral.

Resultados: La incidencia global de recidiva es de 15,8% (15 pac); extrahepática exclusiva en 11 pac (pulmonar en 7 pac) y mixta en otros 4. 36 pacientes han fallecido (41,4%) y la principal causa de mortalidad es la recidiva tumoral (12 pac, 33,3%). Hasta 1996 se trasplantan 37 pacientes (38,9%) y 58 (61,1%) tras 1996. 14/37 pac de la primera época no cumplían los criterios de Milán (37,8%) y sólo no 10 de 58 pac (17,2%) en la 2ª época ($p = 0,024$). En la primera época la mortalidad intrahospitalaria es significativamente mayor (16,2% vs 3,4%, $p = 0,029$, con mayor morbilidad (80% vs 53,7%, $p = 0,017$), mayores necesidades transfusionales (97,2% vs 74,5%, $p = 0,004$) y mayor estancia postoperatoria (> 26 días) (47,2% vs 20,8%, $p = 0,008$). Además los pacientes de la primera época presentan una significativa mayor incidencia de recidiva tumoral (29% vs 10,7%, $p = 0,03$) y menor supervivencia actuarial a 1,3 y 5 años: 80,6% vs 87,5%; 51,6% vs 79,7% y 41,9% vs 71,3% $p = 0,002$). Igual sucede con la supervivencia libre de enfermedad: 70,9% vs 85,6%; 45,1% vs 78,3%; 38,7% vs 70,1%; $p = 0,001$).

Conclusiones: Con una mejor selección de pacientes los resultados del THO en CHC consiguen una recidiva inferior a 10% y una supervivencia a 5 años $> 70\%$. Existe una disminución de la morbimortalidad en la 2ª época.

P-50

PATRÓN DE RECIDIVA Y FACTORES PRONÓSTICO TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO POR CARCINOMA HEPATOCELULAR

B. Pérez Saborido, S. Jiménez de los Galanes Merchán, S. Olivares, J.C. Menéu Díaz, A. Moreno Elola-Olaso, Y. Fundora Suárez, M. Abradelo de Usera, V. Barra Valencia y E. Moreno González

Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales, Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El trasplante hepático (THO) constituye el tratamiento de elección en pacientes con CHC y cirrosis.

Objetivo: Análisis de la incidencia de recidiva tumoral, patrón de recidiva y factores pronóstico.

Pacientes y métodos: De 1986-2003 95 THO en pacientes con CHC, con una edad media de 54,7 años y un 78% varones.

Resultados: La incidencia de recidiva es 15,8% (15): extrahepática exclusiva en 11 y asociada a hepática en 4. La localización extrahepática más frecuente es pulmonar (7; 7,4%); multiorgánica (3), suprarrenal (2), ósea, retroperitoneal y peritoneal (1 cada localización). Han fallecido 36 (41,4%), siendo la principal causa la recidiva tumoral (12; 33,3%). No observamos diferencias en la incidencia de recidiva con: sexo, QETA, edad, Child, Okuda, etiología ni satelitosis. Significativa mayor recidiva tumoral con PAAF (45,5% vs 5,9%); AFP > 200 ng/ml (37,5% vs 13,3%); CHC no incidental (25,5% vs 3,1%); invasión vascular (42,1% vs 10,3%); > 5 cm (50% vs 13%); > 3 nódulos (50% vs 13,9%); tumores PD (37,5% vs 12,7%); pTNM IV

(50% vs 8,7%); y el incumplimiento de los criterios de Milán (40,9% vs 9,2%). Factores de recidiva hepática son la invasión vascular, > 3 nódulos, tumores PD, pTNM IV; y el incumplimiento de los criterios de. Finalmente, son factores de recidiva extrahepática la PAAF, el CHC no incidental, invasión vascular, > 3 cm, > 3 nódulos, tumores PD, pTNM IV y el incumplimiento de los criterios.

Conclusiones: La incidencia de recidiva tumoral, aplicando los criterios de Milán, se reduce a < 10%, fundamentalmente extrahepática (pulmonar). Son factores pronóstico: invasión vascular, tamaño > 5 cm, > 3 nódulos, PD, estadio pTNM IV. La quimioembolización preoperatoria no condiciona la aparición de recidiva. El CHC como causa del THO y la realización de PAAF en el preoperatorio aumenta la incidencia de recidiva global a expensas de recidiva extrahepática.