

# Gastroenterología y Hepatología

www.elsevier.es/gastroenterologia



## PÓSTERS

### XXIII Congreso de la Sociedad Española de Trasplante Hepático (SETH)

Bilbao, 5-7 de octubre de 2011

#### P-01. DONANTES VIVOS. LA MEJOR SOLUCIÓN INFANTIL

I. Justo Alonso, O. Caso Maestro, N. Fakih Gómez, S.P. Olivares Pizarro, F. Cambra Molero, A. Manrique Municio, J. Calvo Pulido, A. González-Sesma Pérez-Fuentes, M. Abradelo de Usera, E. Bra Insa, S. García Aroz, E. Moreno González y C. Jiménez Romero

*Cirugía General del Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales C. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Introducción:** Quizás el donante vivo de padres a hijos sea el más fácilmente asumible moral y éticamente, pero ello no justifica necesariamente que tenga los mejores resultados. Se han publicado series contradictorias en cuanto a los resultados de donante cadáver frente al donante vivo, en receptores infantiles.

**Objetivos:** Analizar nuestros resultados en los receptores infantiles de injerto hepático procedente donante vivo.

**Material y métodos:** Presentamos la serie histórica de 13 receptores menores de 15 años de entre 47 pacientes trasplantados hepáticos con injerto procedente de donante vivo, entre mayo de 1995 y julio de 2008.

**Resultados:** Presentamos 13 pacientes con una media de edad de 3,08 años, de los cuales 9 eran mujeres por 4 hombres. La etiología más frecuente que ha motivado el trasplante ha sido la agenesia de vías biliares 61,5%, seguida de criptogénica 15%. El número de complicaciones postrasplante se elevó hasta un 59,2% de las cuales destaca la estenosis de la anastomosis biliar como principal problema en un 46% de los casos. A pesar de ello solo dos pacientes requirieron retrasplante por complicaciones de trombosis portal y arterial respectivamente. La supervivencia media de los pacientes ha sido de 2.572 días  $\pm$  188, mientras que la supervivencia actuarial a 1, 3 y 5 años ha sido del 92,3%, contrastando con la del adulto 85,3%, 82,4% y 76,3%  $p = 0,20$ . Solo se presentó un fallecimiento por linfoma B. En cuanto a la supervivencia del órgano presentó una media de 2.175,77  $\pm$  300 días, y una supervivencia actuarial del 84,6%, 76,9% y 76,9% a 1, 3 y 5 años respectivamente, mucho mejor que en adultos donde tenemos 67,6%, 61,8% y 55,9% respectivamente  $p = 0,07$ .

**Conclusión:** El donante vivo es una excelente opción para el tratamiento de hepatopatías terminales en el niño, con mejores resultados que en el adulto.

#### P-2. TRASPLANTE HEPÁTICO EN RECEPTORES MAYORES DE 60 AÑOS. EXPERIENCIA CON 5 AÑOS DE SEGUIMIENTO

I. Justo Alonso, O. Caso Maestro, F. Cambra Molero, N. Fakih Gómez, S.P. Olivares Pizarro, J. Calvo Pulido, M. Abradelo de Usera, A. García-Sesma Pérez-Fuentes, A. Manrique Municio, E. Moreno González y C. Jiménez Romero

*Cirugía General del Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales C. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Introducción:** Algunas series, han documentado resultados similares en trasplante hepático ortotópico (THO), independientemente de la edad del receptor, incluyendo receptores sexagenarios. En la actualidad las indicaciones de THO en receptores mayores de 60 años son controvertidas, salvo que se justifiquen en la ausencia de diferencias estadísticamente significativas.

**Material y métodos:** Entre abril 1996 y diciembre 2005 hemos seleccionado una muestra de 396 pacientes THO, de ellos hemos dividido 2 grupos de acuerdo a la edad del receptor. Un grupo A (casos) con 132 pacientes mayores de 60 años y un grupo B (controles) con 232 pacientes menores de 60 años. Todos los pacientes han completado al menos un periodo de seguimiento de 5 años.

**Resultados:** La edad media de los receptores del grupo A ha sido de 63,44  $\pm$  2,8a (rango 60-74) siendo la de los donantes de 46,75  $\pm$  19,8, y de 45,57  $\pm$  10,2 años (rango 15-59) en el grupo B ( $p = 0,00$ ). Hemos encontrado 80 hombres y 47 mujeres en el grupo A vs 152 H y 74 M en el B. La etiología ha sido en A: Ci VHC 51,2% y enólica 29,6%, mientras en el grupo B: Ci VHC 22,1% y enólica 29,6% ( $p = 0,02$ ). No hay diferencias significativas entre ambos grupos en relación al trasfusión de hemoderivados, ni en tiempos de isquemia. La supervivencia actuarial a 1, 3, 5 y 10 años ha sido: grupo A 75,8%, 65,2%, 58,3% y 41,8% vs grupo B 84,1%, 77,7%, 71,3% y 60,5% respectivamente ( $p < 0,001$ ). La supervivencia actuarial del injerto a 1, 3, 5 y 10 años fue de 72,9%, 63,6%, 51,2% y 35,3% vs grupo B 84,8%, 73,8%, 67,5% y 54,7% ( $p = 0,001$ ).

**Conclusión:** A pesar de los resultados a largo y corto plazo de nuestra serie, son necesarios más estudios para confirmar o rechazar nuestros resultados.

### P-3. NECESIDAD DE TRASFUSIÓN DE HEMODERIVADOS EN FUNCIÓN DEL ORIGEN DEL DONANTE. DONANTES EN MUERTE CEREBRAL (DMC) FRENTE A DONANTES A CORAZÓN PARADO (DCP)

I. Justo Alonso, M. Abradelo de Usera, N. Fakh Gómez, O. Caso Maestro, S.P. Olivares Pizarro, E. Bra Insa, A. Manrique Municio, A. García-Sesma Pérez-Fuentes, J. Calvo Pulido, F. Cambra Molero, E. Moreno González y C. Jiménez Romero

*Cirugía General del Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales C. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Introducción:** Los órganos procedentes de donante a corazón parado se han asociado con múltiples complicaciones en relación a las complicaciones de vía biliar así como de menor supervivencia a corto plazo. La mayor necesidad de trasfusión de hemoderivados, podría ser uno de los factores implicados en el proceso de mayor isquemia tisular.

**Objetivos:** Documentar la influencia del donante en asistolia sobre la necesidad de trasfusión de hemoderivados en los receptores de dichos órganos comparándolos con la serie general del hospital.

**Material y métodos:** Llevamos a cabo un estudio retrospectivo de pacientes trasplantados hepáticos entre enero de 2003 y mayo de 2011. Se realizaron un total de 522 trasplantes en mayores de 18 años, sin contar retrasplantes en dicho periodo en nuestro centro 52 eran procedentes de donantes en asistolia.

**Resultados:** Presentamos una serie de 522 pacientes con una edad media en DCP 57,4 vs DMC 53,25 años ( $p = 0,148$ ), ni diferencias significativas en cuanto a los valores de Hemoglobina, plaquetas ni INR previos al trasplante, así como en relación a su MELD ni MELD Na previo. La media de trasfusiones de hemoderivados ha sido de hematies DMC 9,81 concentrados vs DCP 18,45 ( $p = 0,00$ ), plasma 13,53 vs 22,75 ( $p = 0,00$ ), plaquetas 2,16 vs 2,71 ( $p = 0,537$ ).

**Conclusión:** La asistolia se asocia significativamente a mayor trasfusión de hemoderivados.

### P-4. ¿ES LA ASISTOLIA EL DONANTE IDEAL PARA UN VHC (+)?

I. Justo Alonso, M. Abradelo de Usera, O. Caso Maestro, N. Fakh Gómez, F. Cambra Molero, S.P. Olivares Pizarro, A. García-Sesma Pérez-Fuentes, A. Manrique Municio, J. Calvo Pulido, E. Álvaro Cifuentes, C. Alegre torrado, E. Moreno González y C. Jiménez Romero

*Cirugía General del Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales C. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Introducción:** La escasez de órganos para trasplante hepático, procedentes de donante en muerte cerebral (BDD) ha determinado la búsqueda de nuevas alternativas para la obtención de un mayor número de órganos, siendo los donantes a corazón parados (NHBD) una de las fuentes más atractivas. Nuestro objetivo en este estudio ha sido la comparación entre los receptores de asistolia, pagando un precio en cuanto a una mayor proporción de complicaciones.

**Material y métodos:** Entre abril de 1986 y diciembre de 2010, hemos realizado 43 NHBD. Comparamos nuestra serie de receptores de órganos de asistolia entre los VHC (+) y negativos.

**Resultados:** Comparamos una serie de 25 pacientes VHC (+) que han recibido órganos procedentes de NHBD con una edad media de 57,5 + 10,29 años vs 18 VHC (-) con una edad media de 59,17 + 7,98 años. No ha habido diferencias significativas con respecto a los tiempos de isquemia. Tampoco hemos hallado diferencias significativas respecto a la transfusión de hemoderivados, ni entre las clasificaciones de CHILd ni de MELD en ambos grupos. Hemos encontrado peores resultados, pero no estadísticamente significativos en cuanto a la su-

pervivencia de los pacientes que han recibido órganos de NHBD: 80%, 52,7% y 52,7% a 1, 3 y 5 años respectivamente en el grupo VHC (+), vs 88,5%, 81,7% y 68% a 1, 3 y 5 años respectivamente en el grupo no VHC ( $p = 0,15$ ). Esta misma tendencia la hemos encontrado con respecto a la supervivencia del órgano con unos porcentajes actuariales de 67%, 48,9% y 32,6% a 1, 3 y 5 años en el grupo de VHC (+), mientras que en el grupo de VHC (-) presentan 65,8%, 59,2% y 47,4% ( $p = 0,20$ ).

**Conclusión:** Parece haber una peor evolución en los pacientes receptores de NHBD cuando asocian VHC (+). Si esto se confirmase, el uso de este tipo de órganos en pacientes VHC (+), debería ser reconsiderado.

### P-5. VALOR PRONÓSTICO DEL ÍNDICE DE MELD. COMPARATIVA CON MELD NA

I. Justo Alonso, O. Caso Maestro, N. Fakh Gómez, A. Gimeno Calvo, S. García Aroz, E. Bra Insa, S.P. Olivares Pizarro, F. Cambra Molero, A. García-Sesma Pérez-Fuentes, A. Manrique Municio, J. Calvo Pulido, M. Abradelo de Usera, E. Moreno González y C. Jiménez Romero

*Cirugía General del Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales C. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Introducción:** La limitación existente en el pool de donantes, requiere un esfuerzo por conocer que pacientes se beneficiarán más de que órganos. El índice de MELD, ha demostrado ser un parámetro válido en la determinación de la mortalidad en lista de espera. Diversos estudios lo insinúan como válido para el cálculo de supervivencia al año del trasplante, al menos a corto plazo.

**Objetivos:** Documentar la validez del índice de MELD como factor predictor de supervivencia a largo plazo del injerto hepático en nuestra serie.

**Material y métodos:** Llevamos a cabo un estudio retrospectivo de pacientes trasplantados hepáticos entre enero de 2003 y mayo de 2011. Se realizaron un total de 522 trasplantes en mayores de 18 años, sin contar retrasplantes en dicho periodo en nuestro centro. Se ha empleado las fórmulas de la UNOS para el cálculo del índice de MELD y MELD-Na.

**Resultados:** Presentamos una serie de 522 pacientes con una edad media de 53,6 ± 11,82, con un porcentaje de 75% de varones. El seguimiento medio ha sido de 3 años. La tasa de retrasplante ha sido del 7%, con un porcentaje de HCC del 19,8% y de 47,5% de VHC (+). El índice de MELD medio ha sido de 15,55 (3-41), y el de MELD-Na de 17,9 (4-41). La etiología más frecuente de trasplante ha sido de la alcohólica pura en un 23%, seguida de VHC 21,9%. El grado de significación de correlación del índice de MELD con la Supervivencia del paciente esta ha sido de  $p = 0,000$ , mientras que para el MELD-Na ha sido de 0,001. En cuanto a la supervivencia del órgano esta diferencia ha sido de 0,012 para el MELD y de 0,020 para el MELD-Na.

**Conclusión:** El índice de MELD ha sido en nuestra serie un parámetro válido para predecir la supervivencia a largo plazo.

### P-6. INFLUENCIA DE LA ETIOLOGÍA DE TRASPLANTE EN LA SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO DE RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO MAYORES DE 60 AÑOS

I. Justo Alonso, C. Jiménez Romero, F. Cambra Molero, O. Caso Maestro, N. Fakh Gómez, S.P. Olivares Pizarro, S. García Aroz, E. Bra Insa, J. Calvo Pulido, A. Manrique Municio, A. García-Sesma Pérez-Fuentes, M. Abradelo de Usera, E. Álvaro Cifuentes, C. Alegre Torrado y E. Moreno González

*Cirugía General del Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales C. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Introducción:** Algunas series, han documentado resultados similares en trasplante hepático ortotópico (THO), independientemente de la edad del receptor, incluyendo receptores sexagenarios. En la actualidad, y debido a la carencia de donantes, así como el aumento de la mortalidad en lista de espera, las indicaciones de THO en receptores mayores de 60 años son controvertidas, salvo que se justifiquen en la ausencia de diferencias estadísticamente significativas. Revisamos a continuación, nuestra experiencia en receptores mayores de 60 años con un seguimiento mínimo de 5 años.

**Material y métodos:** Entre abril 1996 y diciembre 2005 hemos realizado 632 THO. En este periodo hemos seleccionado una muestra de 144 pacientes mayores de 60 años sometidos a trasplante hepático con un seguimiento mínimo de 5 años.

**Resultados:** Presentamos una serie de 144 pacientes con una edad media de receptor de 63,4 (60-74), frente a una edad media de donante de 47,61  $\pm$  19,90. El porcentaje de varones de la serie ha sido de 62,5%. El MELD medio del grupo ha sido de 14,4  $\pm$  5,49. La causa más frecuente de trasplante en este grupo ha sido VHC puro en el 27,1% de los pacientes, por un 15% de enólicos y un 15% de VHC+hepatocarcinoma (HCC). El porcentaje total de la serie de VHC (+), ha sido del 51,2%, mientras que el de HCC ha sido del 27,1%. Las supervivencias actuariales a 1, 3 y 5 años en función de la etiología ha sido de: enólica 90,5, 85,7 y 81%; VHC 79,5, 69,5 y 66,7%; VHC+HCC 76,5, 61,9 y 42,9%; OH+HCC 75, 58,3 y 58,3%; VHC+OH 81,8, 72,7 y 72,7% y para CBP 90, 80 y 70%; con una significación estadística de  $p = 0,003$ .

**Conclusión:** En el grupo de receptores añosos, de nuevo la etiología enólica es la que mejores resultados ofrece, mientras que la asociación de HCC confiere peor pronóstico.

## P-7. TRATAMIENTO DE LA INFECCIÓN LATENTE TUBERCULOSA TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO. NUESTRA EXPERIENCIA

B. Sampedro, E. Fábrega, J. Cabezas, F. Casafont, M.A. Mieses, I. Moraleja y F. Pons-Romero

*Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.*

**Introducción:** En los pacientes sometidos a trasplante hepático (TH) es necesario el uso de fármacos inmunosupresores para evitar el rechazo del injerto. Estos fármacos favorecen la reactivación de infecciones latentes como la tuberculosis (TB). Por ello, es importante establecer estrategias que permitan controlar dichas reactivaciones. Presentamos nuestra experiencia en el abordaje de la infección latente tuberculosa (ILT) tras el TH.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de los pacientes sometidos a TH en nuestro centro desde el 1 enero 2000 hasta el 31 de diciembre 2010 valorando: a) antecedentes de TB previa tratada inadecuadamente o antecedentes de contacto con un paciente con TB activa; b) prueba cutánea con PPD (positiva/negativa); y c) presencia de lesiones residuales de TB en la radiografía de tórax.

**Resultados:** En este periodo se identificaron 62 pacientes con ILT. Todos ellos recibieron profilaxis con isoniácida durante 6 meses, iniciándola en el postoperatorio inmediato (tras el primer día del TH). En ningún caso se detectó reactivación de la TB durante el seguimiento. Tan sólo 4 pacientes precisaron la retirada de la isoniácida por hepatotoxicidad, presentando en el seguimiento una normalización de las pruebas de función hepática. En ningún paciente se observó una disfunción grave del injerto en relación con este tratamiento.

**Conclusión:** En nuestra experiencia en el TH, el tratamiento precoz de la ILT con isoniácida parece ser seguro. No afecta de forma significativa a la evolución del injerto ni del paciente.

## P-8. NIVELES SÉRICOS DE IL-9 EN EL RECHAZO CELULAR DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

E. Fábrega<sup>a</sup>, M. López-Hoyos<sup>b</sup>, D. San Segundo<sup>b</sup>, F. Casafont<sup>a</sup>, M.A. Mieses<sup>a</sup>, B. Sampedro<sup>a</sup> y F. Pons-Romero<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo. <sup>b</sup>Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.*

**Introducción:** La IL-9 es una citocina producida por distintos subtipos de células T entre las que se encuentran las células Th2, Th9 y Th17. Se ha implicado recientemente en el rechazo celular (RC) en un modelo experimental de trasplante cardíaco. Su mecanismo de acción es doble, por un lado favorece la expansión clonal de las células Th17 y por otro promueve la infiltración por eosinófilos del injerto donde estos son activados y ejercen su actividad citotóxica, y por tanto el daño del injerto. Hasta el momento no existen evidencias del papel de IL-9 en el trasplante hepático (TH) humano. El objetivo de nuestro estudio ha sido investigar si IL-9 se eleva en el RC del TH humano.

**Métodos:** Se incluyeron prospectivamente 50 pacientes sometidos a TH sin complicaciones vasculares ni infecciosas. Se dividieron en dos grupos: 15 pacientes con RC y 35 sin RC. Se analizó los niveles circulantes de IL-9 en los días 1, 7 del postoperatorio del TH y en el día de la biopsia hepática. Como grupo control se incluyeron 34 sujetos sanos.

**Resultados:** La concentración sérica de IL-9 fue similar en los pacientes con RC respecto a los pacientes sin RC. Además, al analizar todos los pacientes incluidos en el estudio comprobamos que los niveles séricos de IL-9 fueron significativamente superiores en todos los tiempos respecto al grupo control.

**Conclusión:** En los pacientes con RC no se produce un incremento significativo en los niveles circulantes de IL-9 en el momento de su diagnóstico respecto al grupo de pacientes sin RC. Por tanto, nuestros resultados sugieren que IL-9 no participa en el RC del TH humano.

## P-9. IL-9 EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS ESTABLES A LARGO PLAZO

E. Fábrega<sup>a</sup>, M. López-Hoyos<sup>b</sup>, D. San Segundo<sup>b</sup>, F. Casafont<sup>a</sup>, I. Moraleja<sup>a</sup>, B. Sampedro<sup>a</sup> y F. Pons-Romero<sup>a</sup>

*<sup>a</sup>Servicio de Aparato Digestivo. <sup>b</sup>Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander. España.*

**Introducción:** Entre los mecanismos implicados en la tolerancia de los injertos destacan las células T reguladoras. La IL-9 es una citocina que recientemente se ha implicado en los fenómenos de tolerancia al promover la capacidad de las células T reguladoras de suprimir la respuesta aloinmune.

**Objetivos:** Cuantificar los niveles séricos de IL-9 en pacientes trasplantados hepáticos estables a largo plazo y determinar si distintos grados de inmunosupresión tienen influencia en dichos niveles.

**Métodos:** Se estudiaron 30 pacientes receptores de trasplante hepático en monoterapia con ciclosporina A o tacrolimus con función hepática estable y libre de episodios de rechazo con un seguimiento mínimo de 8 años. Los pacientes se dividieron en 2 grupos en función del grado de inmunodepresión: a) 17 pacientes con niveles subterapéuticos de anticalcineurínicos y b) 13 pacientes con niveles en rango terapéutico de ciclosporina A o FK506. Como grupo control se incluyeron 34 sujetos sanos.

**Resultados:** Al analizar todos los pacientes incluidos en el estudio comprobamos que los niveles séricos de IL-9 fueron significativamente superiores al grupo control. Cuando se compararon los niveles de acuerdo a la carga de inmunosupresión se comprobó como los pacientes con niveles subterapéuticos de anticalcineurínicos mostraban una mayor concentración de IL-9 que los que los

tenían en rango terapéutico. Este efecto se observó sobre todo en los pacientes en tratamiento con tacrolimus aunque sin alcanzar diferencias significativas.

**Conclusión:** Los resultados preliminares obtenidos sugieren que la IL-9 podría participar en los fenómenos de tolerancia en el trasplante hepático. Observamos en los trasplantados hepáticos de larga evolución un efecto diferencial en la inducción de IL-9 entre los pacientes tratados con ciclosporina o tacrolimus. Por tanto, estos resultados podrían contribuir en la elaboración de test diagnósticos no invasivos que nos permitan identificar aquellos pacientes tributarios a incluirse en protocolos de tolerancia operacional.

#### P-10. FACTORES QUE INTERVIENEN EN LA SUPERVIVENCIA Y DISFUNCIÓN DE INJERTOS HEPÁTICOS POR ENCIMA DE 70 AÑOS

J.M. Álamo, C. Bernal, L. Barrera, L.M. Marín, G. Suárez, J. Serrano, M.A. Gómez-Bravo y J. Padillo

*Trasplante Hepático. Hospital Virgen del Rocío. Sevilla. España.*

**Objetivos:** Analizar los resultados del trasplante hepático con injertos procedentes de donantes con edad superior a 70 años.

**Material y métodos:** Hemos evaluado de forma retrospectiva 72 pacientes que recibieron injertos hepáticos de donantes cadavéricos mayores de 70 años.

**Resultados:** Media de seguimiento 4,8 años (rango 1-15 años). no hubo diferencias en cuanto a complicaciones biliares (18% en mayores de 70 años vs 18,3%), vasculares (8,5% vs 9,4%), disfunción primaria del injerto 9,7% vs 6,7%), disfunción renal (57,7% vs 56,6%), índice de rechazo agudo (21,7% vs 22,1%), ascitis (15,5% vs 13,3%), complicaciones neurológicas (16,5% vs 15,3%), hemorragia postoperatoria (12,7% vs 13,8%) ni en tasa de retrasplante (8,3% vs 7,6%). Los pacientes trasplantados con injertos mayores de 70 años precisaron más necesidades de sangre (6,1 vs 4,7), plasma (5,7 vs 2,6) y plaquetas (3,1 vs 2,6) durante la intervención ( $p < 0,05$ ), y presentaron una mayor incidencia de infección postquirúrgica (21,6% vs 17,7%) ( $p < 0,05$ ), mortalidad postoperatoria (16,6% vs 7,9%) ( $p < 0,05$ ), y una menor supervivencia a 1, 5 y 10 años (65%, 58% y 45%) ( $p < 0,05$ ). En el análisis univariante los factores de riesgo asociados a mayor incidencia de disfunción primaria y mortalidad son, respectivamente, el peso del donante y el MELD. En el análisis multivariante, el peso del donante, el tiempo de isquemia y el MELD son los factores asociados a mayor incidencia de complicaciones.

**Conclusión:** La utilización de injertos de donantes cadavéricos mayores de 70 años supone una mayor incidencia de infecciones postoperatorias, que condicionan una mayor mortalidad postquirúrgica. Asimismo, la supervivencia a 1, 5 y 10 años es significativamente menor, sin distinción de grupo etiológico. La realización del trasplante hepático con estos injertos conlleva mayor sangrado intraoperatorio y mayores necesidades de hemoderivados. Debe realizarse una selección cuidadosa de los pacientes receptores de estos injertos.

#### P-11. LA HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO (HAD) EN EL SEGUIMIENTO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO (TH). ¿ES UNA BUENA OPCIÓN?

M.D. de Damborenea<sup>a</sup>, A. Landa<sup>a</sup>, O. Ávila<sup>a</sup>, J.M. Benito<sup>a</sup>, M.J. Asturias<sup>b</sup>, M.I. Ibarrola<sup>b</sup> y A. Fernández<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Hospitalización a Domicilio. <sup>b</sup>Departamento de Gestión Económica. Hospital de Cruces. OSAKIDETZA. Baracaldo. España.

**Introducción:** Al inicio de la actividad de TH, se estableció un protocolo con HAD para minimizar la estancia hospitalaria del pa-

ciente, siguiendo su control en el domicilio. Los nuevos fármacos y técnicas quirúrgicas, ha condicionado que las estancias hospitalarias hayan podido acortarse, por lo que nos planteamos si es rentable la utilización de HaD, o puede ser sustituida por la atención en otras áreas del hospital.

**Objetivos:** Analizar los pacientes TH atendidos por HAD en 10 años, desde el aspecto asistencial y económico, para valorar cual sería la forma más adecuada de seguimiento.

**Material y métodos:** De la base de datos de HaD se extraen: nº de pacientes, motivo de seguimiento, estancia media hospitalaria (Emh), estancia media domiciliaria (Emd), media de visitas por paciente, motivos de alta y tratamientos intravenosos practicados. El Departamento de Gestión Económica del hospital determina el coste de los pacientes en cualquier área asistencial.

**Resultados:** Se controlaron 311 pacientes en tres tipos de situaciones: 1) Alta precoz sin complicaciones; 2) Pacientes con complicaciones y 3) Complicaciones tardías post-TH. Se presenta un cuadro de las tres situaciones comparando el gasto domiciliario con el que se hubiera producido utilizando el área más apropiada del hospital, resultado favorable el seguimiento por HAD.

**Conclusión:** A la vista de los resultados, tanto asistenciales como económicos, parece adecuado concluir que la HAD, aún hoy en día, es un buen soporte asistencial en el seguimiento de los pacientes post-TH.

#### P-12. INDICACIONES PRECOCES Y TARDÍAS DE EVEROLIMUS TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

I. Bilbao<sup>a</sup>, C. Dopazo<sup>a</sup>, G. Sapisochin<sup>a</sup>, J.L. Lázaro<sup>a</sup>, L. Castells<sup>b</sup>, R. Rodríguez<sup>a</sup> y R. Charco<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplantes Digestivos. <sup>b</sup>Servicio de Medicina Interna-Hepatología. Hospital Vall d'Hebron. Barcelona. España.

**Introducción:** Everolimus (Ever) es un inhibidor mTor con indicación en trasplante renal y cardíaco. El objetivo de este estudio es analizar las indicaciones precoces y tardías tras el trasplante hepático (TH).

**Material y métodos:** Entre 1988 y 2010, se han realizado en nuestro centro 928 TH. El 6,7% (62 pacientes) recibieron Ever. Hemos analizado las características de estos pacientes, la indicación y el momento de la conversión, la evolución post conversión, así como los efectos adversos y la causa de retirada del fármaco.

**Resultados:** La edad media en la conversión fue de 58 años (r: 27-74). La indicación de la conversión fue: rechazo refractario 16 (26%); HCC fuera de criterios de Milán en el explante 11 (18%); HCC recidivado post-TH 6 (9,6%); Tumor "de novo" 11 (18%); insuficiencia renal post-TH 6 (9,6%); neurotoxicidad 8 (13%) y otros 4 (5,8%). El tiempo medio entre TH y conversión fue de 26 meses (r: 1-160), mediana 6m. El seguimiento medio post conversión fue 16 meses (r: 1-56), mediana 12 meses. En el momento de la conversión, 16 pacientes tenían insuficiencia renal, 18 HTA, 18 DM y 26 dislipemia. La pauta inmunosupresora preconversión fue: 58 tacrolimus, 3 ciclosporina y 1 MMF. post conversión fue tacrolimus+Ever 43; ciclosporina+Ever 3; Ever+MMF+esteroides 9; Ever+esteroides 5. Los niveles a alcanzar fueron de 3 ng/ml. De los 62 pacientes, 40 (64%) resolvieron la causa de la conversión. La mitad de los pacientes con insuficiencia renal y 7 de 18 pacientes con DM mejoraron sus cifras basales. El principal efecto adverso fue la dislipemia (45%) y 9 pacientes abandonaron el fármaco, 6 por ineficacia y 3 por resolución de los efectos adversos.

**Conclusión:** Everolimus a dosis bajas y niveles alrededor de 3 ng/ml, en combinación con tacrolimus o ciclosporina, es seguro y eficaz, con múltiples indicaciones tanto precoces como tardías post TH.

### P-13. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL DONANTE VIVO PARA TRASPLANTE HEPÁTICO INFANTIL

I. Bilbao, C. Dopazo, J.L. Lázaro, R. Rodríguez, J. Bueno y R. Charco

*Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplantes Digestivos. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España.*

**Introducción:** La técnica del donante vivo en el trasplante hepático infantil está bien aceptada por sus excelentes resultados en el receptor aunque es una cirugía con riesgos para el donante.

**Objetivos:** Analizar nuestra experiencia en el procedimiento en el donante vivo desde el inicio del programa en nuestro centro.

**Material y métodos:** Desde el año 2003, hemos realizado 14 procedimientos. Describiremos la selección y características de los donantes vivos, la cirugía y la evolución postoperatoria.

**Resultados:** La edad media de los donantes fue  $36 \pm 4$  (r: 31-43), 9 varones (padres) y 5 mujeres (4 madres y 1 abuela). Todos tenían un IMC < 30 excepto la abuela que tenía un IMC de 35. Un paciente requirió una biopsia transyugular por esteatosis ecográfica. Los donantes no tenían antecedentes de interés salvo un paciente con dislipemia, tiroiditis de Hashimoto y vitiligo, una paciente con laparotomía previa, dos con cesáreas y un paciente con ingesta moderada de alcohol. El tiempo medio quirúrgico fue  $6 \pm 1$  (r: 5-8h). Las pérdidas hemáticas medias fueron  $500 \pm 240$  (300-1.000). Se realizaron 3 hepatectomías izquierdas y 12 segmentectomías laterales izquierdas. A la semana de la cirugía los enzimas hepáticos fueron BT = 0,5, AST = 82, ALT = 197, FA = 120, GGT = 140. No hubo transfusión postoperatoria. Las complicaciones postoperatorias fueron: 3 bilirragias (1 requirió reintervención), 2 síndrome febriles y 1 infección de orina. La estancia media en UCI fue 1, 4 días y en hospital  $9 \pm 3$  (7-17d). En el seguimiento a largo plazo solo se constató una anemia, ningún caso de mortalidad y reincorporación total a la vida habitual en todos los casos. En el mismo periodo fueron estudiados otros 5 potenciales donantes.

**Conclusión:** La donación de vivo para el trasplante hepático infantil es un procedimiento con baja morbilidad y buena recuperación sociolaboral. Sin embargo exige los máximos cuidados y esfuerzos para minimizar o evitar la morbilidad.

### P-14. SUSTITUTO ARTIFICIAL DE LA VÍA BILIAR. NUEVAS TERAPIAS EN LA REPARACIÓN DE LESIONES IATROGÉNICAS DE LA VÍA BILIAR Y EL TRASPLANTE

A.J. Pérez Alonso, I. Machado Romero, C. del Olmo Rivas, B. Pérez Cabrera, P. Torne Poyatos y J.A. Jiménez Ríos

*Cirugía General y Aparato Digestivo. Departamento de Cirugía Experimental UGR. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.*

**Introducción:** Múltiples son las patologías que afectan la vía biliar, así como lesiones iatrogénicas que se producen en la cada vez más frecuente colecistectomía laparoscópica; las cuales requieren la utilización de técnicas derivativas tales como la hepatoyeyunostomía, con sus complicaciones asociadas y la presencia de comorbilidades. Del mismo modo estas técnicas deben ser empleadas con relativa frecuencia en la realización del trasplante hepático con injertos de baja calidad.

**Material y métodos:** Presentamos un estudio experimental realizado en 25 cobayas de experimentación, en las cuales se ha sustituido la vía biliar principal por un constructo de fabricación propia compuesto por colágeno/agarosa. Se interpuso el constructo de manera equidistante a ambos extremos del colédoco mediante sutura con puntos entrecortados de sutura irreabsorbible de 12/0 y ayudados mediante microscopio quirúrgico. Se realizó el sacrificio de los animales al mes de la implantación del constructo, y se realizaron análisis bioquímicos sanguíneos e histológicos de la pieza.

**Resultados:** Los niveles de BT, enzimas hepáticas y de colestasis se mantuvieron en niveles equitativos a los del grupo de cobayas control. El constructo se había reabsorbido parcialmente, siendo sustituido por tejido fibroso, recubierto por mesotelio en su cara peritoneal y por epitelio idéntico al de la vía biliar autóloga en su cara luminal.

**Conclusión:** A pesar de estar en fases muy tempranas de desarrollo e investigación, la utilización de constructos artificiales específicamente desarrollados podría ser un arma terapéutica de gran magnitud para la reparación de lesiones de la vía biliar y para su anastomosis en todas aquellas técnicas y patologías que se requiriera, como puede tratarse el trasplante hepático.

### P-15. ESTUDIO RADIOLÓGICO DE SUSTITUTOS ARTIFICIALES DE LA VÍA BILIAR EMPLEADOS EN LA ANASTOMOSIS TÉRMINO-TERMINAL DEL COLÉDOCO

A.J. Pérez Alonso, I. Machado Romero, V.M. Ruiz García, C. del Olmo Rivas, B. Pérez Cabrera, J.A. Jiménez Ríos y P. Torne Poyatos

*Cirugía General y Aparato Digestivo. Departamento de Cirugía Experimental UGR. Hospital Universitario San Cecilio. Granada. España.*

**Introducción:** Múltiples son las patologías que afectan la vía biliar, así como lesiones iatrogénicas que se producen en la cada vez más frecuente colecistectomía laparoscópica; las cuales requieren la utilización de técnicas derivativas tales como la hepatoyeyunostomía, con sus complicaciones asociadas y la presencia de comorbilidades. Del mismo modo estas técnicas deben ser empleadas con relativa frecuencia en la realización del trasplante hepático con injertos de baja calidad.

**Material y métodos:** Presentamos los resultados obtenidos mediante la realización de colangiografía de 25 animales de experimentación (cobayas) a las que se les sustituyó la vía biliar principal por un constructo de colágeno/agarosa, en la realización de una anastomosis término-terminal con preservación de la ampolla de Vater.

**Resultados:** Mediante los estudios obtenidos mediante colangiografía se observó un correcto drenaje de la vía biliar a las primeras porciones de intestino delgado, sin presencia de estenosis o colestasis a dicho nivel, presentando una correcta integración fisiológica dentro del árbol biliar.

**Conclusión:** La utilización de constructos artificiales específicamente desarrollados podría ser un arma terapéutica de gran magnitud para la reparación de lesiones de la vía biliar y para su anastomosis en todas aquellas técnicas y patologías que se requiriera, como puede tratarse el trasplante hepático; puesto que han demostrado una correcta integración histológica y fisiológica, cumpliendo las funciones de drenaje de la vía biliar nativa.

### P-16. TRASPLANTE DOBLE COMBINADO HEPATORRENAL COMO ALTERNATIVA AL TRASPLANTE SECUENCIAL

E. Iglesias, A. Torres, N. Lladro, M.J. Bautista, G. López y R. Ibarz

*Quirófano. Hospital Universitario de Bellvitge. Hospitalet de Llobregat. Barcelona. España.*

**Introducción:** Margreiter realizó el primer trasplante hepatorenal en 1983 a un paciente con insuficiencia renal terminal y hepatitis crónica por virus B. La insuficiencia renal dejó de ser contraindicación absoluta para efectuar un trasplante hepático. En España no se comenzó a realizar hasta cinco años más tarde. Desde entonces se han realizado más de 2000 trasplantes siendo, en la actualidad, un procedimiento terapéutico bien establecido en los casos de insuficiencia renal y hepática terminales. En la serie de

Jeyarajah en 1907 representaban el 1,8% de los trasplantes hepáticos, alcanzando un 3,2% en series más recientes.

**Objetivos:** Describir indicaciones y requisitos del doble trasplante además de exponer la experiencia de nuestro centro hospitalario.

**Material y métodos:** Consulta de revisiones bibliográficas, artículos publicados y análisis de casos.

**Resultados:** Los trasplantes combinados hígado-riñón benefician a pacientes con enfermedades en ambos órganos, incluidos con fallo renal reversible que hayan estado recibiendo diálisis durante un tiempo superior a dos meses, según revela un estudio realizado en UCLA, California (2006). Aunque también existen enfermedades metabólicas o genéticas que pueden beneficiarse de esta opción terapéutica. Casi el 50% de los receptores de trasplante hepático tienen asociada insuficiencia renal en diverso grado. La insuficiencia renal pretrasplante constituye un factor predictivo independiente de la mortalidad a corto plazo tras el trasplante hepático. Actualmente, el porcentaje y la duración del fallo renal están incrementándose, debido al aumento del tiempo en lista de espera.

**Conclusión:** La correcta selección del receptor, con ayuda del sistema de puntuación MELD (Model for End-stage Liver Disease), es la mejor herramienta para la evolución posterior del paciente y la adecuada utilización de los órganos disponibles. Debido a la escasez de órganos, el trasplante hepato-renal se reserva para pacientes cirróticos con enfermedad renal crónica terminal aunque sea dificultoso valorar su función renal.

#### P-17. TRASPLANTE HEPÁTICO COMO TERAPÉUTICA DE RESCATE TRAS ROTURA ESPONTÁNEA DE HEPATOCARCINOMA

T. Prieto-Puga Arjona, B. Sánchez Pérez, M.A. Suárez Muñoz, J.L. Fernández Aguilar, J.A. Pérez Daga, A. Titos García y J. Santoyo Santoyo

*UGC Cirugía General Digestiva y Trasplantes. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España.*

**Introducción:** La rotura espontánea es una complicación infrecuente (3-15%) pero grave del hepatocarcinoma, que coloca a los pacientes que la sufren en una doble situación de gravedad. En primer lugar la inmediata, en relación con el cuadro de abdomen agudo y/o shock hemorrágico como manifestación del cuadro clínico, y cuya mortalidad oscila entre el 32 y el 100% de los casos. En segundo, el desfavorable pronóstico a medio y largo en plazo por el riesgo de diseminación peritoneal así como por la propia hepatopatía subyacente (cirróticos en estadio B o C de Child-Pugh). El tratamiento de elección consiste en la embolización arterial de la lesión sangrante, que además de permitir una adecuada hemostasia, evita la elevada morbilidad asociada a una cirugía urgente en un paciente de alto riesgo. Una vez controlado el episodio hemorrágico, en un segundo paso, hemos de plantearnos el tratamiento definitivo, pudiendo valorar, según el estadio tumoral y el grado de función hepática, la realización de quimioembolización arterial, resección hepática electiva o tratamiento paliativo. Son escasas las referencias de la literatura en relación al empleo del trasplante hepático como opción de rescate para estos pacientes.

**Caso clínico:** Paciente de 46 años de edad, con cirrosis hepática de etiología enólica, estadio C de Child-Pugh, que en diciembre de 2004 debutó con un cuadro de shock hemorrágico debido a la rotura espontánea de una lesión sólida de 7 cm de diámetro en el lóbulo hepático izquierdo sugestiva de hepatocarcinoma. Se realizó embolización arterial urgente, que fue efectiva. En seguimiento posterior, tras quimioembolizaciones repetidas, reducción del tamaño de la lesión a 4,5 cm y no evidencia de progresión tumoral, fue incluido en lista de espera para trasplante, que fue realizado en abril de 2006. Cinco años después del mismo, el paciente se encuentra vivo y libre de enfermedad.

#### P-18. INEFICACIA DEL ACLARAMIENTO NO INVASIVO DEL VERDE DE INDOCIANINA (ICG-PDR) EN EL PRONÓSTICO DE LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS INMEDIATAS EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

A. Escorsell Mañosa<sup>a</sup>, A. Mas Ordeig<sup>a</sup>, J. Fernández Gómez<sup>a</sup> y J.C. García-Valdecasas Salgado<sup>b</sup>

*<sup>a</sup>UCI-Servicio de Hepatología. <sup>b</sup>Servicio de Cirugía Hepatobiliar y Pancreática. Hospital Clínic. Barcelona. España.*

**Objetivos:** Evaluar el valor pronóstico del aclaramiento no invasivo del verde de indocianina (ICG-PDR) en la evolución postoperatoria inmediata del trasplante hepático.

**Métodos:** En 59 receptores de trasplante hepático se analizaron (48-72h tras cirugía): índice de resistencia de la arteria hepática; gasto cardíaco; ALAT, ASAT e índice de protrombina; otros valores analíticos que influyen en el metabolismo del colorante (bilirrubina, albúmina, hematocrito); ICG-PDR y evolución.

**Resultados:** Dos injertos se perdieron durante la hospitalización (índice 21 días, rango: 10-88). Estos pacientes diferían de los 57 restantes en la necesidad de packing (1/2 vs 3/57) y la hipoproteínemia ( $46 \pm 0$  vs  $51 \pm 7,8$  g/L). Presentaban ICG-PDR normales (16,7 y 21,8%/min) y similares ( $17,3 \pm 7,2\%$ /min) a los de los 57 pacientes sin pérdida precoz del injerto. 7 pacientes presentaron ICG-PDR  $\leq 8,8\%$ /min, el dintel pronóstico para el desarrollo de complicaciones postquirúrgicas inmediatas. El índice de protrombina ( $47,9 \pm 15,9$  vs  $64,3 \pm 11,7\%$ ,  $p = 0,001$ ) y la bilirrubina ( $8,3 \pm 3,2$  vs  $3,3 \pm 2,9$  mg/dL,  $p = 0,0001$ ) resultaron significativamente distintos entre estos 7 pacientes y los 52 restantes. Sólo 2 de los 7 casos presentaron complicaciones postquirúrgicas precoces. 6/7 casos desarrollaron rechazo temprano (3-15 días), grave en 4 de ellos. Se observó una correlación significativa entre ICG-PDR y albúmina sérica ( $r = 0,345$ ;  $p = 0,007$ ), bilirrubina ( $r = -0,514$ ;  $p = 0,0001$ ) y hematocrito ( $r = 0,462$ ;  $p = 0,0001$ ); pero no con el resto de parámetros. La supervivencia actuarial a los 72 meses fue del 75%. Se perdieron un total de 14 injertos (seguimiento mediano: 78 meses, rangos: 1-99). No se observaron diferencias significativas en el ICG-PDR entre los injertos perdidos o no durante el seguimiento.

**Conclusión:** El ICG-PDR medido una sola vez de manera precoz tras el trasplante hepático no ofrece ninguna información relevante sobre el pronóstico inmediato de los pacientes. Esta ineficacia predictiva puede obedecer a la multitud de factores de confusión que intervienen en el metabolismo del verde de indocianina tras el trasplante hepático.

#### P-19. EVALUACIÓN LONGITUDINAL DEL IMPACTO DE LOS SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES EN LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD DEL PACIENTE PORTADOR DE TRASPLANTE HEPÁTICO: SENSIBILIDAD AL CAMBIO DEL CUESTIONARIO SIGIT-QOL. ESTUDIO MYPACIENTE-2

F. Ortega<sup>a</sup>, M. Salcedo<sup>b</sup>, J. de la Cruz<sup>c</sup>, M. Miras<sup>d</sup>, I. Bilbao<sup>e</sup>, G. Sánchez<sup>f</sup>, M. de la Mata<sup>g</sup>, F. García<sup>h</sup>, M. Balaña<sup>h</sup> y G. Guinea<sup>h</sup>

*<sup>a</sup>Área de Gestión Clínica de Nefrología y Metabolismo Óseo y Mineral. Hospital Universitario Central de Asturias. Oviedo. España. <sup>b</sup>Unidad de Trasplante Hepático. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. España. <sup>c</sup>Unidad de Hepatología-Trasplante Hepático. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Carlos Haya. Málaga. España. <sup>d</sup>Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia. España. <sup>e</sup>Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. Hospital Universitario Vall d'Hebron. Barcelona. España. <sup>f</sup>Servicio de Digestivo. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España. <sup>g</sup>Servicio de Aparato Digestivo. Sección de Hepatología. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España. <sup>h</sup>Novartis Farmacéutica, S.A. Barcelona. España.*

**Introducción:** El estudio MyPaciente-2 evalúa la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con trasplante funcional (TxF) de órgano sólido (renal, hepático, cardíaco y pulmonar) que presentan episodios gastrointestinales (EGIs) y analiza la sensibilidad del cuestionario SIGIT-QoL para detectar cambios en su situación clínica. Este análisis presenta el seguimiento de los pacientes con TxF hepático (TxFH).

**Material y métodos:** Estudio epidemiológico, multicéntrico, observacional, prospectivo. Momentos de evaluación: basal, retest (transcurridas 1-2 semanas) y segunda visita (3 meses después). Se incluyeron pacientes con TxFH que presentaban EGIs y que habían recibido el trasplante entre 3-24 meses antes. Se recogieron variables clínicas, impresión clínica de gravedad (escalas CGI-SI/-GI) y del paciente (PGI-SI/-GI) y el cuestionario SIGIT-QoL (rango: 0-mínima CVRS hasta 68-máxima CVRS). Se evaluó: fiabilidad test-retest (coeficiente correlación intraclass-CCI), validez de criterio (diferencias entre basal y segunda visita -prueba Wilcoxon-) y sensibilidad (tamaño del efecto-d de Cohen- y cálculo de las diferencias mínimas importantes-DMI- empleando como anclaje los valores CGI-GI y PGI-GI).

**Resultados:** 84 pacientes (72,6% hombres) con edad media (DT): 54,02 (9,29) años. Tiempo desde trasplante: 11,69 (6,73) meses, EGIs por paciente: 3,00 (4,07) y una tasa de rechazo agudo del 29,8%. El 33,33% de los EGIs se asociaron a tratamiento inmunosupresor. La fiabilidad test-retest fue buena (CCI = 0,761). Se encontraron diferencias entre la basal y la segunda visita en la puntuación global del SIGIT-QoL (-7,042 puntos,  $p < 0,001$ ). El tamaño del efecto fue moderado-alto ( $d = -0,565$ ) y las DMI se estimaron, respectivamente, en 4,7 y 7,0 puntos ( $F_{4,64} = 10,412$ ;  $p < 0,001$ ; Eta2 parcial = 0,394 y  $F_{4,66} = 8,954$ ;  $p < 0,001$ ; Eta2 parcial = 0,352).

**Conclusión:** El cuestionario SIGIT-QoL es un instrumento breve de rápida aplicación (17 ítems), fiable y válido, con alta sensibilidad para detectar cambios en la gravedad y evolución de la sintomatología gastrointestinal también en pacientes con TxFH.

## P-20. TRASPLANTE HEPÁTICO EN DOMINÓ: UNA BUENA ALTERNATIVA PARA AMPLIAR EL POOL DE DONANTES

O. Caso Maestro, I. Justo Alonso, N. Fakhí Gómez, J. Calvo Pulido, S.P. Olivares Pizarro, M. Abradelo de Usera, A. García Sesma, A. Manrique Municio, F. Cambra Molero, R. Sanabria Mateos, E. Moreno González y C. Jiménez Romero

*Cirugía General y Trasplante de Órganos Abdominales. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Introducción:** La polineuropatía amiloidótica familiar (PAF) es una enfermedad hereditaria que produce disfunción autonómica por el depósito de proteína amiloide (transtirretina - TTR) secretada en exceso por el hígado. El hígado de estos pacientes cuando son sometidos a trasplante, es una buena alternativa para ampliar el pool de donantes, ya que tiene una función preservada.

**Material y métodos:** Desde enero 2004 hasta diciembre 2010, hemos llevado a cabo 532 trasplantes hepáticos. De todos ellos 6 (Grupo A) han sido procedentes de donantes con PAF (trasplante en dominó) y excluyendo los grupos especiales, obtuvimos otro grupo de 307 pacientes (Grupo B).

**Resultados:** Ambos grupos presentaron características demográficas y patológicas similares (edad, sexo, ASA, Child-Pugh y MELD). En cuanto a la etiología, en el grupo A 3 (50%) pacientes tenían cirrosis VHC, 2 (33%) cirrosis enólica y 1 (16%) cirrosis por otras causas y en el grupo B 113 (36,8%) pacientes tuvieron cirrosis VHC, 82 (26,7%) cirrosis enólica, 41 (13,4%) cirrosis VHC+enólica y 71 (23,1%) cirrosis por otras causas. En el grupo A 2 (33%) pacientes tenían HCC y en el grupo B 64 (20,5%) pacientes. Los tiempos medios de isquemia fría y caliente fueron similares en ambos grupos. Los requerimientos transfusionales medios fueron también semejantes. No encontramos diferencias en cuanto estancia media en UCI y planta

entre los 2 grupos. Tras un seguimiento medio de 30 + 22 meses (0-85 meses), la supervivencia actuarial de paciente e injerto fue: grupo A 83,3%, 55,5% y 0% a 1, 3 y 5 años respectivamente; grupo B 81,3%, 71,1% y 63,5% a 1, 3 y 5 años respectivamente ( $p = 0,3$ ).

**Conclusión:** El trasplante en dominó en una excelente alternativa al trasplante hepático de donante en muerte encefálica con resultados a corto-medio plazo similares.

## P-21. ENFERMEDAD VENO-OCCLUSIVA: UNA COMPLICACIÓN SEVERA ATÍPICA TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

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

*Cirugía General y Trasplante de Órganos Abdominales. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Introducción:** La enfermedad veno-oclusiva es un síndrome clínico caracterizado por hepatomegalia, ascitis, ganancia de peso e ictericia secundario a una congestión de los sinusoides hepáticos. Es una complicación atípica en el trasplante hepático, con una incidencia en torno al 1,9%. De todas las opciones de tratamiento empleadas, el DefibrotideR, con propiedades pro-fibrinolíticas y antitrombóticas, ha sido la que ha mostrado mayor efectividad.

**Material y métodos:** Presentamos el caso clínico de una mujer de 63 años con cirrosis enólica que es sometida a trasplante hepático ortotópico de donante en muerte encefálica con postoperatorio inmediato favorable sin incidencias reseñables, que a los 6 meses post-trasplante presenta cuadro de ascitis refractaria a tratamiento diurético. Se realiza eco-doppler y biopsia del injerto hepático objetivándose únicamente una hepatomegalia homogénea sin LOES. Así mismo se realiza colangiograma y estudio serológico de virus y parásitos, siendo todos normales. La paciente desarrolla un deterioro progresivo consistente en ascitis refractaria a tratamiento diurético que precisa paracentesis evacuadoras periódicas, derrame pleural, síndrome constitucional con importante pérdida de peso e ictericia progresiva. Ante la progresión del cuadro de realiza angiografía abdominal en el que se evidencia bajo realce de las vena supra-hepáticas por retraso en su excreción a nivel sinusoidal. La realización de una nueva biopsia hepática pone de manifiesto la presencia de dilatación sinusoidal centrolobulillar sugestiva de enfermedad veno-oclusiva. Ante los hallazgos se inicia tratamiento con DefibrotideR. Debido a la falta de respuesta al tratamiento, se decide inclusión en lista de espera para retrasplante hepático. La paciente empeora progresivamente, desarrollando sepsis severa por neumonía nosocomial, fracaso multiorgánico y exitus.

**Conclusión:** La enfermedad veno-oclusiva es una complicación atípica del trasplante hepático con un pronóstico malo. Es fundamental instaurar tratamiento médico de forma precoz. Ante la falta de respuesta al tratamiento, el retrasplante hepático es la única opción curativa.

## P-22. TRASPLANTE HEPÁTICO POR HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE MÚLTIPLE

J. Márquez Rojas<sup>a</sup>, G. Rodríguez Caraballo<sup>b</sup>, G. Blanco Fernández<sup>a</sup>, S. Roldán Baños<sup>a</sup>, A. Henao Carrasco<sup>b</sup>, D. López Guerra<sup>a</sup>, M.J. Matito Díaz<sup>a</sup>, A. Guiberteau Sánchez<sup>b</sup>, J. Fernández Pérez<sup>a</sup>, O. López Sánchez<sup>a</sup>, F. Botello Martínez<sup>a</sup>, J. Santos Naharro<sup>a</sup>, M. Arribas Jurado<sup>a</sup>, F.G. Onieva González<sup>a</sup>, F. Galeano Díaz<sup>a</sup> y G. Solórzano Peck<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. <sup>b</sup>Unidad de Hepatología. Servicio de Digestivo. Hospital Infanta Cristina. Badajoz. España.

**Objetivos:** Descrito por Weiss (1982), el hemangioendotelioide epitelioide hepático (HEH) es un tumor infrecuente de origen vascular y potencial maligno variable. Su presentación abarca desde formas asintomáticas a insuficiencia hepática, hipertensión portal o síndrome de Budd-Chiari. Más frecuentemente multicéntrico, 20% debutan como lesión única. Un 30% presentarán metástasis linfáticas regionales o a distancia, siendo en estos casos la supervivencia del 50% a 5 años. Presentamos un caso de HEH múltiple tratado mediante trasplante hepático ortotópico (TOH).

**Material y métodos:** Se revisa un caso de TOH por HEH múltiple atendido en nuestra Unidad. Se complementa con una búsqueda bibliográfica con palabras clave "Hemangioendotelioide epitelioide" y "Trasplante hepático" en bases de publicaciones biomédicas.

**Resultados:** Paciente de 50 años con antecedentes de hipercolesterolemia y vasectomía, con dolor abdominal de semanas de evolución. La ecografía abdominal mostraba múltiples lesiones de hasta 3 cm en ambos lóbulos hepáticos, con centro hiperecogénico y halo hipocogénico. Tras administración de Sonovue® se comportan como lesiones vascularizadas de aspecto maligno. El TAC abdominal confirma las lesiones, con realce heterogéneo, sugestivas de metástasis. En la RMN son hiperintensas en T2 e hipointensas en T1. Tras estudio dinámico sugieren metástasis. PAAF sugestiva de metástasis por carcinoma indiferenciado. Estudio de extensión negativo. Se indica biopsia hepática: HEH. Ante la función hepática conservada se decide seguimiento. A los 5 meses se indica hepatectomía total con THO por aumento de las lesiones, realizado a los 3 meses de su inclusión en lista. En el postoperatorio desarrolló trombosis de la arteria hepática con disfunción grave del injerto, y derrame pleural derecho persistente resuelto con talcaje, permaneciendo asintomático y con buena calidad de vida tras 36 meses de la intervención.

**Conclusión:** El trasplante hepático representa una opción en cirugía oncológica y en otras patologías benignas multifocales, que cursen o no con una función hepática conservada.

### P-23. IMPACTO DE LA INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS (CMV) EN LA PROGRESIÓN RÁPIDA HACIA FIBROSIS DURANTE EL PRIMER AÑO DE TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO (THO) EN LOS PACIENTES INFECTADOS POR VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC)

M. Puig, O. Len, Ll. Castells, N. Sabe, A. García-Reyne, M. Montejo, G. Bou, J. Gavalda y A. Pahissa

RESITRA/REIPI (Red Española de Investigación en Patología Infecciosa).

**Objetivos:** Evaluar la influencia de la infección por citomegalovirus en la progresión rápida hacia fibrosis en los trasplantados hepáticos con infección por VHC.

**Material y métodos:** Entre julio 2003-2006, se realizó un estudio en 5 de 16 centros de la red de investigación RESITRA/REIPI. Las variables relativas al pretrasplante, peritransplante, episodios de infección, rechazo y evolución durante el primer año post THO fueron prospectivamente recogidas en una base de datos on line. Se incluyeron todos los enfermos con biopsia hepática por protocolo al año de seguimiento. La fibrosis severa fue definida como estadio F  $\geq 3$  (escala de Scheuer) o presencia de hepatitis coléstatica fibrosante. Según estos criterios, se evaluaron 119 pacientes con VHC sometidos a THO.

**Resultados:** 12 (10,1%) pacientes desarrollaron fibrosis severa en la biopsia al año. 8 (6,7%) presentaron infección por CMV, 1 (0,8%) síndrome viral y 4 recibieron profilaxis por ser seronegativos de donante seropositivo. Ninguno de los que recibieron ganciclovir como tratamiento o profilaxis, desarrollaron fibrosis severa (OR: 1,1, IC95%: 1-1,2;  $p = 0,35$ ). El tiempo medio de recurrencia del VHC entre los pacientes con y sin infección por CMV fue de 223,4 vs 249 días;  $p = 0,06$ . El análisis univariante mostró una tendencia hacia mayor riesgo de fibrosis severa en los pacientes coinfectados

por VIH: OR 2,6 (IC95%: 0,8-8,5;  $p = 0,13$ ) y donantes  $> 60$  años: OR 2,1 (IC95%: 0,8-7,1;  $p = 0,2$ ). No se pudo establecer ninguna relación entre la inmunosupresión, episodios de rechazo o parámetros del VHC con la fibrosis severa al año.

**Conclusión:** La infección por CMV no tiene un efecto desfavorable en la progresión hacia fibrosis severa de los pacientes con VHC durante el primer año post THO. Se precisan más estudios para evaluar si la replicación del CMV influye en la del VHC y así establecer cualquier tipo de correlación.

### P-24. INCIDENCIA DE SÍNDROME HEPATOPULMONAR (SHP) EN PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA CANDIDATOS A REALIZACIÓN DE TRASPLANTE HEPÁTICO

M.D. Espinosa<sup>a</sup>, F. Nogueras<sup>a</sup>, C. Olmedo<sup>b</sup>, R. Macías<sup>c</sup>, K. Muffak-Granero<sup>d</sup>, A. Comino<sup>b</sup>, M.T. Villegas<sup>d</sup>, J.A. Ramírez<sup>c</sup>, J. de Teresa<sup>a</sup>, D. Garrote<sup>d</sup>, P. Bueno-Laraño<sup>b</sup> y J.A. Ferrón<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Digestivo. <sup>b</sup>Unidad de Investigación de Cirugía Experimental. <sup>c</sup>Unidad de Hemodinámica. <sup>d</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

**Objetivos:** Determinar prevalencia de SHP en pacientes con cirrosis hepática enólica o viral, y su relación con etiología de la cirrosis.

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron 75 pacientes con cirrosis hepática candidatos a trasplante hepático, distribuidos en dos grupos: Grupo 1, pacientes con cirrosis enólica ( $n = 40$ ). Grupo 2, pacientes con cirrosis viral ( $n = 35$ ). En todos los pacientes se estimó la gravedad de su cirrosis mediante puntuación Child-Pugh y MELD. Se valoró la presencia de ascitis clínica. La presencia de SHP se determinó mediante administración de suero salino agitado y contraste intravenoso, considerándose presencia de SHP si había paso de suero o contraste a cámaras izquierdas antes del 5º ciclo cardíaco.

**Resultados:** El grupo 1 (90% de varones y 10% de mujeres) con edad media de  $55 \pm 8,2$  años, un 42,5% de pacientes con ascitis, un 24,7% de pacientes con estadio A de Child-Pugh, un 61,7% en estadio B y un 13,6% en estadio C, y con puntuación MELD media de  $15 \pm 4$  puntos, la frecuencia de SHP fue del 35%. En el grupo 2 (82,9% de varones y 22,9% de mujeres) con edad media de  $55,5 \pm 8$  años, con un 47,5% de pacientes con ascitis, un 28,6% de pacientes en estadio A de Child-Pugh, un 57,1% en estadio B y un 14,3% en estadio C, con puntuación MELD media de  $15 \pm 4$  puntos, la frecuencia de SHP fue del 64,7%. En relación a frecuencia de SHP esta diferencia fue estadísticamente significativa ( $p = 0,01$ ).

**Discusión:** No se han encontrado diferencias entre ambos grupos con respecto a edad, gravedad de la cirrosis o presencia de ascitis mientras que sí es significativa la diferencia en SHP en relación a la etiología.

**Conclusión:** Los pacientes con cirrosis hepática de etiología viral presentaron una frecuencia de SHP significativamente superior a la presentada por los pacientes con cirrosis de etiología enólica.

### P-25. EFECTO SOBRE LA PREVENCIÓN DE RECHAZO HIPERAGUDO EN XENOTRASPLANTE HEPÁTICO CERDO TRANSGÉNICO-PRIMATE DE LA ADICIÓN DE IL6, IL1 $\beta$ O $\alpha$ -TNF EN PRUEBAS RTCA DE CITÓLISIS IN VITRO

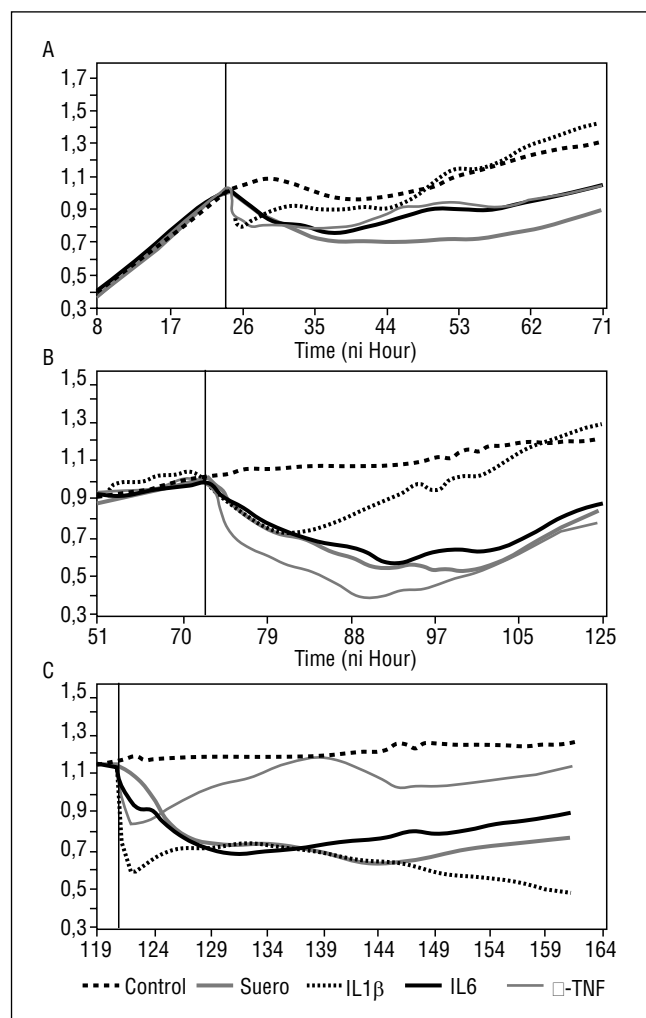
G. Ramis<sup>a</sup>, L. Martínez-Alarcón<sup>b</sup>, M. Majado<sup>c</sup>, J. Quereda<sup>a</sup>, L. Mendonça<sup>a</sup>, J. Herrero-Medrano<sup>a</sup>, J. Abellaneda<sup>a</sup>, A. Ríos<sup>b</sup>, P. Ramírez<sup>b</sup> y A. Muñoz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Producción Animal. Universidad de Murcia. España.

<sup>b</sup>Departamento de Cirugía. <sup>c</sup>Departamento de Hematología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

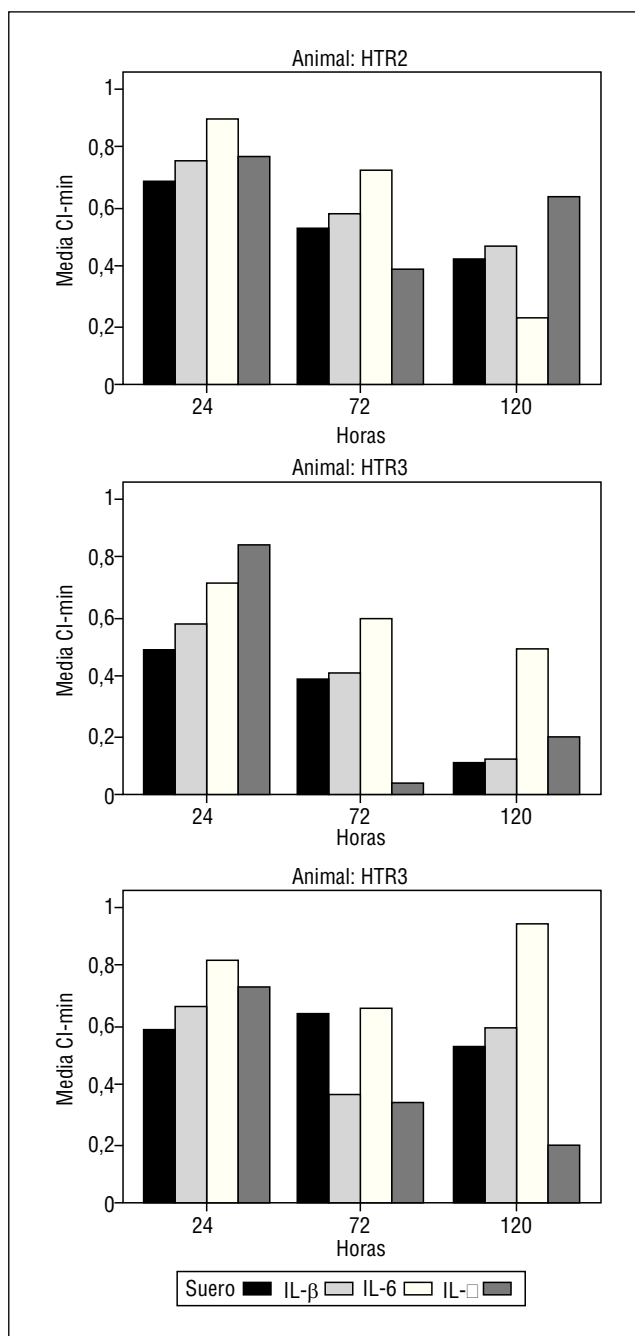
Se ha testado mediante un sistema de análisis celular en tiempo real RTCA xCELLigence (Roche) la capacidad de las citocinas IL6,





**Figura 1.** Perfil de impedancia en tiempo real obtenido a las 24 (a), 72 (b) y 120 horas (c) tras el desafío con suero humano en uno de los cultivos de cerdo transgénico.

IL1 $\beta$  y  $\alpha$ -TNF para reducir la gravedad del rechazo hiperagudo mediado por anticuerpos y complemento medido in vitro. Se realizó un cultivo de fibroblastos aislados de 3 cerdos (HTR2, HTR3 y MTR1) transgénicos para hDAF (CD55) en una placa microelectrónica, midiendo la variación de impedancia cada 15 minutos (expresada como índice celular, CI) durante un periodo de 164 horas consecutivas. Los cultivos fueron estimulados con IL6, IL1 $\beta$  o  $\alpha$ -TNF porcinos durante 24, 72 o 120 horas. Al finalizar esos periodos se añadieron 20  $\mu$ l de suero de humano y se cuantificó la CI mínima observada (C<sub>min</sub>) como indicador de citólisis o alteración morfológica de las células. Como control negativo se usaron cultivos sin estimular pero desafiados con suero. Tras la adición de suero se produjo una disminución rápida de la CI, con posterior recuperación de los cultivos tras alcanzar la C<sub>min</sub> (fig. 1). A las 24 horas, las 3 citoquinas mostraron una reducción menor de la CI que los controles sin estimular en los 3 cerdos transgénicos (fig. 2). A las 72 horas los cultivos de HTR2 y HTR3 estimulados con IL6 e IL1 $\beta$  mostraron una menor disminución de la CI tras el desafío y a las 120 horas los resultados fueron dispares dependiendo del cerdo (fig. 2). Como conclusión, IL6 e IL1 $\beta$  producen protección frente a la citólisis mediada por anticuerpos y complemento, base del rechazo hiperagudo en xenotrasplante en modelo cerdo-primate.



**Figura 2.** C<sub>min</sub> media observada en los cultivos estimulados con citoquinas durante el ensayo de RTCA en cada uno de los tres cerdos utilizados.

#### P-26. CAPACIDAD DE REGULACIÓN DEL COMPLEMENTO MEDIANTE HEPARINA EN CITÓLISIS MEDIADA POR ANTICUERPOS Y COMPLEMENTO. RESULTADOS DE UN ENSAYO RTCA PARA COMPATIBILIDAD CERDO-PRIMATE EN XENOTRASPLANTE HEPÁTICO

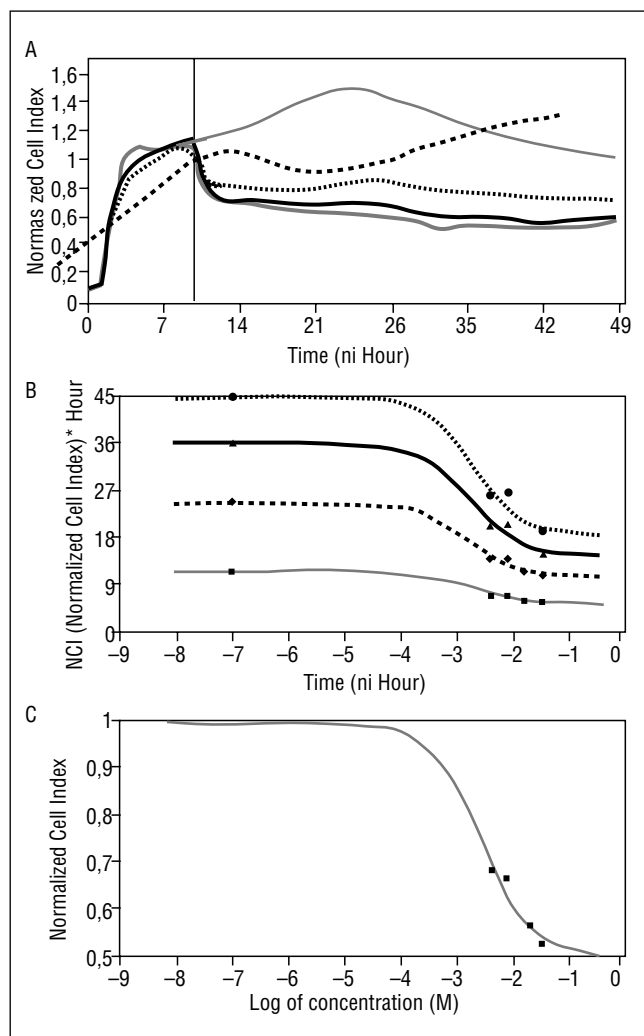
G. Ramis<sup>a</sup>, L. Martínez-Alarcón<sup>b</sup>, M. Majado<sup>c</sup>, J. Quereda<sup>a</sup>, L. Mendonça<sup>a</sup>, J. Herrero-Medrano<sup>a</sup>, J. Abelláneda<sup>a</sup>, A. Ríos<sup>b</sup>, P. Ramírez<sup>b</sup> y A. Muñoz<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Producción Animal. Universidad de Murcia. España.

<sup>b</sup>Departamento de Cirugía. <sup>c</sup>Departamento de Hematología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

**Objetivos:** La heparina es una molécula capaz de inhibir la activación del complemento en determinadas circunstancias. En este estudio se ha diseñado un experimento usando un analizador celular en tiempo real (RTCA) para comprobar la capacidad de prevenir la citólisis mediada por anticuerpos y complemento, como modelo de estudio in vitro del rechazo hiperagudo.

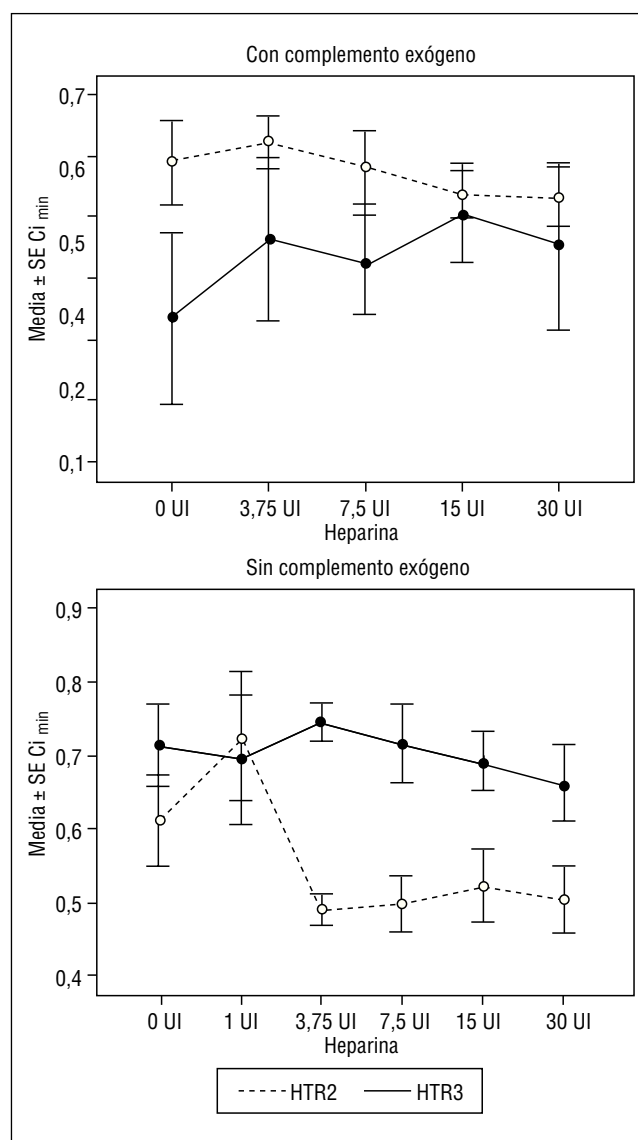
**Material y métodos:** Los fibroblastos de dos cerdos transgénicos para CD55 (HTR2 y HTR3) fueron cultivados en una placa microelectrónica durante 9 horas y a continuación se desafiaron con 20  $\mu$ l de suero de 2 humanos y dos babuinos, con y sin adición de complemento de conejo. Se comprobó el efecto de la adición de 1, 3,5, 5, 7,5, 15 y 30 UI de heparina a los cultivos. Se midió la impedancia cada 15 minutos durante 160 horas, y se obtuvo un gráfico del índice celular (CI) de cada cultivo. Al final del experimento, se calcularon el área bajo la curva frente a concentración y el CI mínimo (CI<sub>min</sub>) frente a concentración.



**Figura 1.** A. Gráfico de RTCA durante las primeras 50 horas a distintas concentraciones de heparina. B. Área bajo la curva y c. CI<sub>min</sub> frente a concentración de heparina.

**Resultados:** El área bajo la curva mostró un coeficiente de correlación muy alto durante las primeras 40 horas post-desafío ( $r^2 > 0,977$ ) en todos los casos (fig. 1b), mientras que el CI<sub>min</sub> frente a concentración también mostró un  $r^2 > 0,97$  (fig. 1c). Sin embargo, en este caso, a dosis crecientes de heparina se produjo mayor nivel de citólisis y por tanto mayor disminución del CI. El CI<sub>min</sub> para cada concentración en ambos cerdos aparece en la figura 2. Se aprecia como 1 UI produce el mayor CI<sub>min</sub>, por lo que parece ser la única concentración con capacidad de protección del cultivo.

**Conclusión:** Podemos concluir que la heparina otorga protección frente a la citólisis mediada por complemento in vitro de forma dosis dependiente.



**Figura 2.** A. CI<sub>min</sub> media por concentración de heparina en los dos cerdos sin adición de complemento exógeno. B. CI<sub>min</sub> media por concentración de heparina en los dos cerdos con adición de complemento exógeno.

## Características de los trasplantes

Edad	Sexo	Tipo de trasplante	Tiempo de Cirugía <sup>1</sup>	Hospitalización <sup>2</sup>	Transfusión CH	Transfusión PFC	Mortalidad
48	Mujer	THR	498	9	4	600	No
59	Mujer	TOH	264	4	2	600	No
56	Mujer	TOH	295	4	5	1.200	No
44	Mujer	TOH	320	4	2	600	No
40	Mujer	TOH	344	5	2	2.400	No
61	Mujer	TOH	275	12	4	1.800	No

TOH: Trasplante ortotópico de hígado. THR; trasplante hepatorenal. CH: concentrados de hemáties. PFC: plasma fresco congelado.

1: Expresado en minutos. 2: Expresado en días.

## P-27. GENERACIÓN DE QUIMERISMO HUMANO-PORCINO EN DONANTES PORCINOS MEDIANTE INYECCIÓN TRANSCUTÁNEA DE CÉLULAS STEM DE CORDÓN O MESENQUIMALES DE MÚDULA ÓSEA HUMANAS EN UN PROGRAMA PRECLÍNICO DE XENOTRASPLANTE HEPÁTICO: RESULTADOS PRELIMINARES

J. Abelláneda<sup>a</sup>, G. Ramis<sup>a</sup>, L. Martínez-Alarcón<sup>b</sup>, M. Majado<sup>c</sup>, J. Queda<sup>a</sup>, J. Herrero-Medrano<sup>a</sup>, L. Mendonça<sup>a</sup>, O. García<sup>d</sup>, F. Pallarés<sup>d</sup>, M. Reus<sup>b</sup>, R. González<sup>b</sup>, A. Muñoz<sup>a</sup>, P. Ramírez<sup>b</sup> y P. Parrilla<sup>b</sup>

<sup>a</sup>Producción Animal. Universidad de Murcia. España.

<sup>b</sup>Departamento de Cirugía. <sup>c</sup>Departamento de Hematología. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España.

<sup>d</sup>Anatomía y Anatomía Patológica Comparadas. Facultad de Veterinaria. Murcia. España.

**Objetivos:** La obtención de lechones con quimerismo prenatal como potenciales donantes para xenotrasplante ortotópico hepático.

**Material y métodos:** Se utilizaron dos tipos de células humanas, STEM procedentes de mononucleares totales de cordón umbilical (SCU) y mesenquimales aisladas de médula ósea (MMO). Las SCU se aislaron mediante separación por gradiente de densidad ACCUSPIN™-HISTOPAQUE®-1077 (Sigma-Aldrich). Ambos tipos de células se resuspendieron en 0,5 ml de PBS + 0,5 ml de SonoVue® (contraste ecográfico) y se procedió a la inyección transcutánea ecoguiada in utero en cavidad peritoneal de los lechones. En el caso del grupo SCU se utilizaron dos cerdas, inyectándose 4 lechones en cada una. En el grupo MMO se utilizaron igualmente dos reproductoras, inyectándose 2 y 4 lechones, respectivamente. Las 4 cerdas se encontraban entre 45-50 días de gestación.

**Resultados:** Todas las gestaciones llegaron a término, naciendo un total de 67 lechones, de los cuales 64 estaban vivos, 2 momificados y 1 muerto. Dos murieron en el parto. Se realizó una extracción de sangre periférica de la vena yugular a los 15 días del nacimiento. Dentro de las 24h posteriores a la obtención de la muestra, se realizó una citometría de flujo para detectar la presencia de células con moléculas de HLA I en superficie. Se testaron 62 animales, de los que 13 presentaron células con HLA-I (21%), siendo 9 de ellos procedentes de una cerda del grupo SCU, y 4 en una de las cerdas del grupo MMO. Nuestros resultados coinciden con los publicados previamente, produciéndose transmisión de células a compañeros de camada no inyectados.

**Conclusión:** Es posible generar animales que presenten quimerismo a nivel sanguíneo mediante inyección transcutánea, técnica mucho menos invasiva que las utilizadas hasta el momento.

## P-28. TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA POLIQUISTOSIS

J. Arredondo<sup>a</sup>, F. Pardo<sup>a</sup>, F. Rotellar<sup>a</sup>, I. Herrero<sup>b</sup>, P. Martí<sup>a</sup>, G. Zozaya<sup>a</sup>, N. Pedano<sup>a</sup>, M. Bellver<sup>a</sup>, P. Martínez<sup>a</sup> y C. Sánchez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Cirugía General y del Aparato Digestivo. <sup>b</sup>Unidad de Hepatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

**Introducción:** La sintomatología de la poliquistosis hepática (PQH) suele comenzar en la edad adulta, consistiendo en disnea, dolor abdominal, saciedad precoz e incluso malnutrición. Las complicaciones típicas son ruptura, infección o sangrado. El tratamiento sintomático se basa en aspiración y esclerosis, fenestración o hepatectomía parcial. El trasplante ortotópico hepático (TOH) es la única terapia curativa y desde el primero en 1988, la morbimortalidad ha disminuido. Se indica en pacientes sintomáticos, con mala calidad de vida y no susceptibles de otro tratamiento. Generalmente no existe una alteración hepática y renal suficiente como para elevar la puntuación MELD, dificultando el tratamiento precoz. Existe controversia sobre que el MELD sea el mejor índice, ya que el TOH realizado tardíamente, con malnutrición y un volumen quístico aumentado, presenta peores resultados.

**Métodos:** Presentamos la serie histórica de la Clínica Universidad de Navarra de TOH por PQH procedentes de donante cadáver con técnica piggy-back, fenestración quística y sin shunt venovenoso.

**Resultados:** Entre marzo de 1992 y de 2010 se realizaron en 6 TOH por orden estricto en lista (tabla). Un paciente requirió doble trasplante hepatorenal. La media de transfusión de concentrados de hemáties fue de 3,1 y de plasma fresco de 1.200 cc. El tiempo operatorio fue de 299 minutos -498 en el hepatorenal-. No hubo mortalidad operatoria ni reintervención. La estancia hospitalaria fue de 6,3 días, con un ingreso en UCI de 1,6 días. Un paciente presentó estenosis anastomótica de cava suprahepática corregida mediante endoprótesis. Todos los pacientes permanecen asintomáticos con un seguimiento de 69 meses.

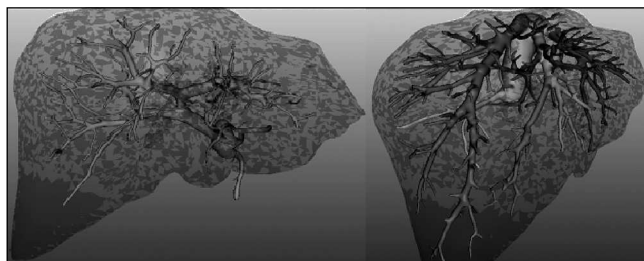
**Conclusión:** El TOH es el tratamiento curativo para la PQH sintomática, con una supervivencia excelente y mayor que por otras causas. Estos resultados dependen de la precocidad del TOH, por lo que estos pacientes deberían recibir una puntuación MELD adicional para priorizarlos en la lista de espera.

## P-29. TRASPLANTE HEPÁTICO DE DONANTE VIVO EMPLEANDO INJERTO DE SEGMENTOS POSTERIORES DERECHOS

J. Arredondo<sup>a</sup>, F. Pardo<sup>a</sup>, F. Rotellar<sup>a</sup>, I. Herrero<sup>b</sup>, P. Martí<sup>a</sup>, G. Zozaya<sup>a</sup>, N. Pedano<sup>a</sup>, M. Bellver<sup>a</sup>, P. Martínez<sup>a</sup> y C. Sánchez<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Cirugía General y del Aparato Digestivo, <sup>b</sup>Unidad de Hepatología. Clínica Universidad de Navarra. Pamplona. España.

**Objetivos:** El trasplante hepático de donante vivo (THDV) es una alternativa eficaz para la escasez de órganos procedentes de do-



**Figura 1.** Anatomía favorable del donante. Trifurcación portal, rama arterial bifurcada precozmente.

nante cadáver. En la mayoría de las ocasiones se realiza un injerto de hígado derecho o izquierdo, aunque en casos seleccionados se emplea un injerto de segmentos posteriores derechos (SPD). Presentamos el primer caso de THDV de SPD realizado, según la literatura, en Occidente.

**Paciente y método:** Varón de 54 años con infección por VIH en tratamiento antirretroviral desde 2001. Diagnosticado de hepatocarcinoma fibrolamelar de 10 cm en lóbulo hepático derecho, reseado en noviembre de 2009. Presentó recidiva tumoral intrahepática en julio de 2010 tratada mediante fenolización en dos ocasiones. Se incluyó en lista de espera para trasplante. El donante presentaba un lóbulo izquierdo desproporcionadamente pequeño (28%), imposibilitando una hepatectomía derecha por riesgo de insuficiencia hepática. Dada la anatomía favorable (fig. 1), se realizó THDV de SPD (peso del injerto: 420 g; 49,4% del volumen total; GRWR: 0,63).

**Resultados:** El THDV se realizó sin incidencias, bajo control ecográfico. Tiempo de transección hepática: 6 horas y 5 minutos. Se empleó injerto de vena iliaca entre suprahepática derecha y vena del segmento VI. Anastomosis biliar sin drenaje externo. Presentó homogénea revascularización portal (1.000 ml/min) y arterial (200 ml/min). Se transfundieron dos unidades de plasma fresco, sin concentrados de hemáties, con una pérdida hemática de 300 cc. Diagnóstico anatomopatológico: hepatocarcinoma multifocal recidivado. Nivel máximo de transaminasas: 200 UI/L, bilirrubina 3 mg/dl y actividad de protrombina: 50%. Mediante eco-doppler se objetivó enlentecimiento del flujo de vena hepática derecha con colestasis y eosinofilia progresiva, colocándose endoprótesis y observándose mejoría al iniciar tratamiento con prednisona. Actualmente el paciente se encuentra asintomático tras 2 meses.

**Conclusión:** El THDV de SPD permite ampliar el número de injertos válidos en donantes seleccionados tras una exhaustiva valoración volumétrica y anatómica.

### P-30. MUCORMICOSIS RINOCEREBRAL EN PACIENTE TRASPLANTADO: UNA COMPLICACIÓN INFRECUENTE

D. López Guerra<sup>a</sup>, G. Blanco Fernández<sup>a</sup>, F.G. Onieva González<sup>a</sup>, C. Corchado Berjano<sup>b</sup>, A. Prada Villaverde<sup>a</sup>, J. Fernández Pérez<sup>a</sup>, D. González Ballester<sup>c</sup>, J. Santos Naharro<sup>a</sup>, J. Márquez Rojas<sup>a</sup>, A. Guiberteau Sánchez<sup>b</sup>, I. Barragán<sup>d</sup>, F. Botello Martínez<sup>a</sup>, O. López Sánchez<sup>a</sup>, F. Galeano Díaz<sup>a</sup> y G. Solorzano Peck<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. <sup>b</sup>Servicio de Aparato Digestivo. <sup>c</sup>Servicio de Cirugía Maxilofacial. <sup>d</sup>Servicio de Medicina Intensiva. Hospital Infanta Cristina. Badajoz. España.

**Objetivos:** La mucormicosis es una infección oportunista muy grave con tasas de mortalidad alta, afecta a personas inmunodeprimidas, como aquellos pacientes sometidos a trasplante de órgano sólido. Está causada por hongos comunes que se encuentran en el suelo y vegetación descompuesta. La forma de presentación más frecuente es la mu-

cormicosis rino-orbito-cerebral por inhalación de esporas del hongo lo que conlleva necrosis de los tejidos por invasión vascular del hongo.

**Material y métodos:** Varón de 59 años con cirrosis etílica, hipertensión portal y hepatocarcinoma. Tras quimioembolización y radiofrecuencia, se realiza trasplante hepático ortotópico con reintervención inmediata por hemoperitoneo y CID, sufriendo isquemia hepático-renal por bajo gasto. Posteriormente, cuadro de edema agudo de pulmón, insuficiencia renal que precisa hemodiálisis, colestasis severa, infección por CMV, neurotoxicidad secundaria a tacrolimus y conversión a ciclosporina. Dos meses postrasplante, desarrolla mucormicosis rinosinusal, objetivándose en TAC craneal ocupación del seno maxilar izquierdo con desestructuración de la pared lateral, ocupación de celdillas etmoidales y seno esfenoidal izquierdo, engrosamiento mucoso de seno frontal izquierdo. Ante estos hallazgos, se realiza intervención quirúrgica urgente por parte del S. de Cirugía Maxilofacial, llevándose a cabo hemimaxilectomía izquierda con desbridamiento de etmoides, esfenoides y paladar duro, precisando posteriormente curas diarias y antifúngico (anfotericina B liposomal IV y posteriormente, posoconazol). Pese a la controversia, se suspende inmunosupresión total 48 horas hasta control de la infección, reintroduciendo ciclosporina hasta alcanzar niveles. Actualmente resolución del proceso fúngico (pendiente de reconstrucción maxilar), función hepática conservada y leve insuficiencia renal sin necesidad de diálisis.

**Resultados y conclusiones:** El diagnóstico precoz mediante confirmación histopatológica es clave para establecer el tratamiento adecuado basándose en desbridamiento quirúrgico agresivo resecando el tejido necrótico y anfotericina B intravenosa. El tratamiento oral con posoconazol se utiliza en aquellos casos que han respondido al tratamiento intravenoso como mantenimiento a largo plazo.

### P-31. ESTABLECIMIENTO DE REDES DE EXPRESIÓN GÉNICA PRE Y POSTRASPLANTE EN PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON CIRROSIS ENÓLICA

K. Muffak-Granero<sup>a</sup>, C. Olmedo<sup>b</sup>, F. García-Alcalde<sup>c</sup>, M.T. Villegas<sup>a</sup>, A. Comino<sup>b</sup>, A. Blanco<sup>c</sup>, D. Garrote<sup>a</sup>, P. Bueno-Laraño<sup>b</sup> y J.A. Ferrón<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. <sup>b</sup>Unidad de Investigación de Cirugía Experimental. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España. <sup>c</sup>Departamento de Ciencias, Computación e Inteligencia Artificial. Universidad de Granada. Granada. España.

**Objetivos:** Definir redes de expresión génica pre y post-trasplante en pacientes receptores de trasplante hepático con cirrosis de origen enólico.

**Pacientes y métodos:** El estudio se ha realizado en receptores de trasplante hepático con cirrosis enólica (n = 10) y un grupo de voluntarios sanos como grupo de referencia (n = 5). Las muestras de sangre periférica se obtuvieron antes (T0) y a los 7 días de realizado el trasplante (T7d). Con el RNA obtenido se obtuvo cDNA y cRNA e hibridar los microarrays para tener datos de expresión génica. De cada participante en el estudio y en los dos tiempos de toma de muestra se realizaron microarrays por duplicado. Los microarrays fueron leídos, cuantificados y normalizados mediante CodeLink software 5.0. Una selección de genes sobre-expresados se validaron mediante qRT-PCR en un nuevo grupo de pacientes receptores de trasplante hepático con cirrosis enólica (n = 5). Con los genes sobre-expresados y validados se han realizado mapas de interrelación génica utilizando Ingenuity Pathway Analysis (IPA) software.

**Resultados:** A T0 se encontraron 407 genes sobre-expresados > 2 veces (fdr < 0,05) respecto al grupo de referencia, seleccionándose para qRT-PCR: TNFRSF9; IL2RB; BCL2L2; NOX5; PEX5; PPARG; NIBP (IKK); NKIRAS2; IL4; IL4R; y los genes implicados en metabolismo del alcohol ADH1A y ALDH1L1. A T7d, y comparando con T0, se en-

contraron 109 genes sobre-expresados > 2 veces ( $\text{fdr} < 0,05$ ), seleccionándose para qRT-PCR: MPO; NPPA; BCL2A1; GADD45A; TEGT (Bax inhibidor 1); PIK3CA; IFNGR2; JAK2; FAS; TANK; TTRAP; ANXA5. Con los genes seleccionados pre y post-trasplante se ha establecido su interrelación biológica utilizando IPA.

**Conclusión:** Antes de trasplante los genes sobre-expresados están relacionados con inflamación (IL2R), estrés oxidativo (NOX5) y metabolismo del alcohol. Después del trasplante los genes sobre-expresados están relacionados con la ruta de señalización JAK, mecanismos de defensa (MPO) y vía extrínseca de la apoptosis (Fas), mientras que Bax inhibidor y bcl2 protegen la mitocondria.

### P-32. CÁNCER COLORRECTAL (CCR) EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

E. Álvaro, M. Abradelo, C. Jiménez, A. Manrique, J. Calvo, A. García-Sesma, F. Cambra, C. Alegre, S.P. Olivares, M. García, R. Sanabria y E. Moreno

*Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Introducción:** La neoplasia de novo en el paciente trasplantado merece una especial consideración por su frecuencia e implicaciones sobre la supervivencia del receptor. Por otro lado, cada receptor presenta un riesgo individual independiente del trasplante y la inmunosupresión para desarrollar un tumor maligno. Nuestro objetivo es analizar el impacto del CCR en el paciente trasplantado y conocer las características epidemiológicas y anatomoclínicas diferenciales con respecto al CCR en la población general.

**Material y métodos:** Se analiza un total de 1.530 pacientes trasplantados hepáticos desde abril de 1986 hasta mayo de 2011. De ellos, 15 pacientes (1%) han sido diagnosticados de CCR durante su evolución.

**Resultados:** De los 15 pacientes, el 73,4% fueron hombres. La causa más frecuente de trasplante hepático, fue la cirrosis enólica pura (26,6%). La edad media al diagnóstico fue de  $59,25 \pm 8,5$  años. El tiempo transcurrido entre el trasplante y el diagnóstico del CCR fue de  $5,3 \pm 5,97$  años. El 69,2% de los CCR se localizaron en el colon izquierdo (26,7% en recto). Se realizó cirugía en el 100% de los casos, con intención curativa en el 86,6%. El 45,6% de los CCR se diagnosticaron en estadios precoces (estadios I y II). El 33,3% presentaron pólipos en el seguimiento. Cerca del 100% de los tumores presentaron estabilidad de microsatélites. La supervivencia actuarial a 1, 3 y 5 años fue del 70%, 60% y 50% respectivamente.

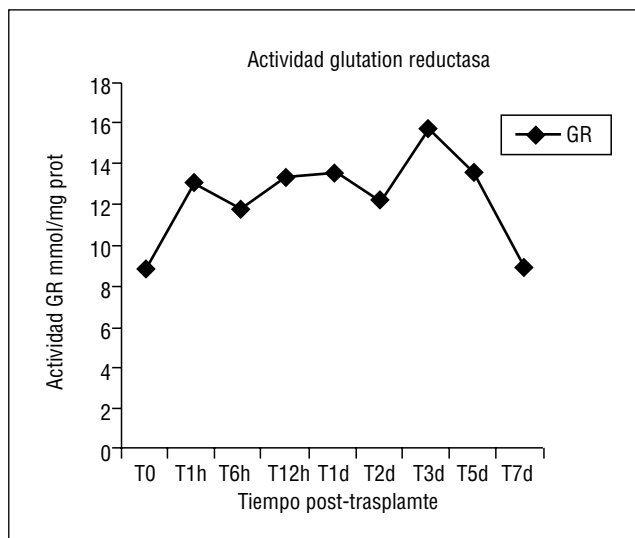
**Conclusión:** El CCR en el paciente trasplantado tiene una localización y unas características anatomoclínicas semejantes al CCR en la población general. Sin embargo, su comportamiento es más agresivo, probablemente debido a la inmunosupresión. La inmunosupresión prolongada favorece la aparición de neoplasias en estos pacientes, sin embargo hay pacientes en nuestra serie diagnosticados de CCR, un año después del trasplante lo que haría pensar en la necesidad de ampliar el estudio pretrasplante en los candidatos en lista de espera.

### P-33. ESTUDIO DE LOS NIVELES PERIOPERATORIOS DE LA ENZIMA GLUTATIÓN REDUCTASA EN PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON CIRROSIS POR VIRUS C DE LA HEPATITIS

M.T. Villegas<sup>a</sup>, C. Olmedo<sup>b</sup>, K. Muffak-Granero<sup>a</sup>, A. Comino<sup>b</sup>, D. Garrote<sup>a</sup>, P. Bueno-Laraño<sup>b</sup> y J.A. Ferrón<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. <sup>b</sup>Unidad de Investigación de Cirugía Experimental. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Granada. España.

**Objetivos:** Estudiar los niveles enzimáticos de glutatión reductasa (GR) tanto pre-trasplante como en el post-trasplante inme-



**Figura 1.** Valores de glutatión reductasa (GR) en mmol/mg proteína en pacientes receptores de trasplante hepático con cirrosis por virus C de la hepatitis (n = 22).

diato, a fin de conocer la capacidad de respuesta enzimática antioxidante en pacientes receptores de trasplante hepático con cirrosis por virus C de la hepatitis. Los antioxidantes, barredores de radicales libres de oxígeno (ROS), minimizan la destrucción de las membranas celulares ocasionadas por la peroxidación lipídica, producida por estos ROS sobre las membranas celulares, así como la muerte celular de las células endoteliales y hepatocitos lo que puede contrarrestar los efectos negativos de la isquemia-reperfundición.

**Pacientes y métodos:** El estudio se ha desarrollado en 22 pacientes receptores de trasplante hepático con cirrosis por virus C de la hepatitis. La determinación de la actividad glutatión reductasa (GR) se realizó en muestras de suero obtenidas en los siguientes tiempos de estudio: Antes de la realización del trasplante hepático (T0), a 1h post-trasplante (T1h), a 6h post-trasplante (T6h), a 12h post-trasplante (T12h), y a 1, 2, 3, 5 y 7 días de realizado el trasplante (T1d, T2d, T3d, T5d y T7d, respectivamente). La determinación de GR se basa en que esta enzima cataliza la reducción de glutatión-disulfido (GSSG) hasta glutatión reducido (GSH), empleando como cofactor NADPH cuya oxidación a 340 nm se registra espectrofotométricamente.

**Resultados:** Las diferencias entre los tiempos de estudio son estadísticamente significativas ( $p = 0,014$ ) al aplicar el ajuste para comparaciones múltiples de Bonferroni. Los valores para cada tiempo del estudio se presentan en la figura 1. Con un máximo a los 3 días de realizado el trasplante (T3d) ( $p = 0,001$ ).

**Discusión:** Los niveles de actividad glutatión reductasa se encuentran significativamente elevados a lo largo del tiempo perioperatorio estudiado, siendo un índice de los niveles de glutatión reducido presente en los pacientes receptores de trasplante hepático con cirrosis por virus C de la hepatitis.

### P-34. SÍNDROME DEL 7.º DÍA TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO DESENCADENADO POR INFECCIÓN POR VHH-6 Y TRATADO CON IGIV Y ANTIVIRALES DE AMPLIO ESPECTRO

I. Campos-Varela<sup>a</sup>, M. Bes<sup>b</sup>, I. Bilbao<sup>c</sup>, O. Len<sup>d</sup>, H. Allende<sup>e</sup>, G. Codina<sup>f</sup>, H. Sulleiro<sup>f</sup>, R. Charco<sup>c</sup>, J. Gavalda<sup>d</sup>, V. Vargas<sup>a</sup>, R. Esteban<sup>a</sup>, S. Sauleda<sup>b</sup>, L. Castells<sup>a</sup> y J.I. Esteban<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Hepatología. Departamento de Medicina Interna.

<sup>b</sup>Laboratorio de Seguridad Transfusional. Banc de Sang i Teixits (BST). <sup>c</sup>Unidad de Trasplante Hepático. Departamento de Cirugía HBP y Trasplante. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra. España. <sup>d</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. <sup>e</sup>Departamento de Anatomía Patológica. <sup>f</sup>Departamento de Microbiología. Universitat Autònoma de Barcelona. Bellaterra. España.

**Introducción:** El síndrome del 7º-día (7DS) es una complicación post-trasplante hepático (TH), de etiología desconocida, caracterizada por fiebre, diarrea y disfunción brusca del injerto que conlleva su pérdida en ausencia de trombosis vascular.

**Objetivos:** Describir un caso de 7DS en receptor de TH, probablemente desencadenado por VHH-6, y compararlo con receptores de TH-control.

**Pacientes y métodos:** Paciente TH VHC, al 9º día post-TH, presentó fiebre, diarrea, elevación de transaminasas (ALT 5.424 UI/mL), ictericia, y prolongación del TQ. Ecografía-doppler descartó trombosis vasculares. Se determinaron citokinas en plasma pre-TH, durante la disfunción del injerto y tras la recuperación. Se comparó con las determinaciones pre/post-TH realizadas en 9 pacientes (2-VHC con rechazo precoz, 7 VHC/OH con evolución post-TH sin complicaciones).

**Resultados:** Se realizó biopsia hepática-transyugular mostrando infiltrado portal linfo-plasmocitario, endotelitis, y necrosis-hemorrágica perivenular extensa. Presentaban identidad ABO, cross-math negativo. Se realizaron cultivos de sangre/orina, PCR para CMV, VEB, VHS-1-2, parvovirus-B19, VHH-6-7-8 y adenovirus iniciándose tratamiento empírico con piperacilina-tazobactam/aciclovir/ganciclovir/cidofovir e inmunoglobulina iv (IGIV) (5 g/8h). El nivel de citokinas plasmáticas se determinó mediante citometría de flujo, mostrando importante incremento de IFN- $\gamma$  (159 pg/mL) el día 8 post-TH, comparado con la mediana de valores de los pacientes controles realizados los días 7 y 14 post-TH 17,5 pg/mL (16,86-18,33 pg/mL). Los niveles de IL-2/IL-10/TNF- $\alpha$  no diferían entre controles y caso índice. Los cultivos y PCR virales fueron negativos, excepto para VHH-6 que fue positiva en sangre periférica y tejido hepático (sin inclusiones virales). El paciente presentó rápida mejoría clínica y analítica en 24-48 horas normalizando la función hepática y fue dado de alta a los 10 días.

**Conclusión:** Este caso sugiere la presencia de una reacción inflamatoria mediada por citokinas, con presentación clínica/analítica y hallazgos histológicos típicos del 7DS, posiblemente desencadenados por la infección por VHH-6. La evolución del caso avala el tratamiento empírico y precoz con IGIV y tratamiento antiviral de amplio espectro en pacientes con esta presentación clínica.

### P-35. CORRELACIÓN ENTRE LA RESPUESTA VHC-ESPECÍFICA, FRECUENCIA DE CÉLULAS FOXP3+ TREG Y EVOLUCIÓN DE LA RECIDIVA POR VHC EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO

I. Campos-Varela<sup>a</sup>, M. Bes<sup>b</sup>, S. Sauleda<sup>b</sup>, A. Rico<sup>c</sup>, M. Torrens<sup>d</sup>, I. Bilbao<sup>e</sup>, R. Charco<sup>e</sup>, J. Guardia<sup>a</sup>, L. Puig<sup>b</sup>, V. Vargas<sup>a</sup>, R. Esteban<sup>a</sup>, L. Castells<sup>a</sup> y J.I. Esteban<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Hepatología. Departamento de Medicina Interna. Hospital Universitari Vall d'Hebron. <sup>b</sup>Laboratorio de Seguridad Transfusional. Banc de Sang i Teixits (BST). <sup>c</sup>Unidad de Hepatología. Departamento de Medicina Interna. <sup>d</sup>Unidad de Trasplante Hepático. Departamento de Cirugía HBP y Trasplante. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). Universitat Autònoma de Barcelona. España. <sup>e</sup>Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd).

**Objetivos:** Evaluar respuesta CD4 VHC-específica y frecuencia de FoxP3+-Treg antes/después de TH y correlación con la gravedad de la recurrencia a las 48 semanas post-TH.

**Pacientes y métodos:** Se incluyeron 9 pacientes con cirrosis-VHC y 4 pacientes con cirrosis-alcohólica como controles, se analizaron las muestras pre-TH y 1, 8, 24 y 48 semanas post-TH. Se evaluó respuesta linfoproliferativa antígeno-específica [dilución CSFE por citometría de flujo] y producción de IFN-gamma (ELISpot) de CMSP frente a péptidos sintéticos-VHC. La frecuencia de Treg- (CD4+FoxP3+CD25+) se determinó mediante marcaje por citometría.

**Resultados:** Se observó respuesta CD4-Th1 VHC-específica pre-TH en 4/9 pacientes, post-TH precoz (semanas 1 y 8 post-TH) en 5/9 y post-TH tardío (semanas 24 y 48) en 4/9. Los pacientes sin fibrosis significativa ( $F < 2$ ) presentaron respuesta CD4+ Th1-específica frente a proteínas no estructurales en el post-TH tardío (3/3), mientras que los pacientes con  $F \geq 2$  solo 2/6 presentaron respuesta VHC-específica. La frecuencia de Treg pre-TH fue similar en pacientes y controles, con una mediana de 5, 84% (RI 4,08-8,07) los pacientes VHC y de 4,64% (RI 0,25-9) los controles. Se observaron cambios a las 48 semanas [5,79% (RI 3,91-6,14) vs 6,72 (RI 2,76-9,74) en controles y pacientes VHC respectivamente, ( $p = 0,03$ )]. En el grupo VHC se observó un descenso significativo de Treg respecto al basal, 5, 84% (RI 4,08-8,07) vs 3,08 (RI 1,10-7,74) semana 8, ( $p = 0,015$ ), coincidiendo con la recidiva clínica, pudiéndose explicar por su compartimentalización en tejido hepático, no observándose diferencias en la fibrosis ni el número de episodios de rechazo en función de la frecuencia de CD4-Treg en sangre periférica.

**Conclusión:** A pesar de la tendencia observada, no se encontró correlación entre respuesta CD4+-Th1 VHC-específica y evolución al año, esto podría relacionarse con el número de pacientes. La falta de correlación entre el porcentaje de Treg y la evolución post-TH debería confirmarse estudiando esta población en tejido hepático.

### P-36. RESCATE PARA TRASPLANTE HEPÁTICO DE PACIENTE CON HEPATOCARCINOMA AVANZADO TRATADO CON SORAFENIB Y QUIMIOEMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL

P.A. Cascales, P. Ramírez, R. González, F. Sánchez Bueno, R. Robles, A. Ríos, M. Miras, J.A. Pons, M. Marín, F. Lloret y P. Parrilla

*Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia. España.*

**Introducción:** Presentamos un caso de hepatocarcinoma en estadio avanzado tratado inicialmente con sorafenib y posteriormente con quimioembolización transarterial, lo que permitió ser reevaluado y trasplantado.

**Caso clínico:** Varón de 64 años, con antecedentes de beta-talasemia menor y diabetes. Diagnosticado de hepatocarcinoma con TAC al inicio del cuadro en el que se identificó una lesión de 7,1 cm en segmento VI y otra de 1,2 cm en SIII sugerentes de hepatocarcinoma. La punción de la lesión mayor confirmó el diagnóstico de hepatocarcinoma. Se inició tratamiento con sorafenib a dosis de 400 mg cada 12 horas que continuó durante 9 meses. Un nuevo TAC de control 4 meses después del inicio del tratamiento objetivó la disminución de la lesión mayor hasta 4,8 cm, con desaparición de la de menor tamaño. Un PET-TC realizado previo al trasplante confirmaba la desvitalización completa de la lesión y ausencia de enfermedad extrahepática. El paciente es remitido a la unidad de trasplante hepático de nuestro hospital incluyéndose en lista de espera, con el diagnóstico de hepatocarcinoma sobre cirrosis hepática etanólica en estadio A de Child (MELD 14). Durante su permanencia en lista de espera se somete a una sesión de quimioembolización transarterial con partículas precargadas con Adriamicina. Se realiza trasplante hepático 5 meses después de la TACE. El estudio anatomopatológico del hígado explantado confirma macroscópica-

mente la presencia de una única lesión de 4,5 cm encapsulada y con signos de necrosis tumoral. En el estudio microscópico, se aprecia la presencia de restos celulares malignos con características histológicas de hepatocarcinoma bien diferenciado grado II de Edmonson-Steiner en menos del 1% de la totalidad de la masa.

**Conclusión:** La reevaluación de los pacientes con hepatocarcinoma derivados al tratamiento con sorafenib es fundamental, para seleccionara a pacientes con buena respuesta que puedan ser susceptibles de rescate para trasplante.

### P-37. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO LAPAROSCÓPICO DE LA PERITONITIS DIFUSA BILIAR TRAS RETIRADA DEL TUBO DE KEHR EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

P.A. Cascales, P. Ramírez, R. González, M. Miras, J.A. Pons, R. Robles, F. Sánchez Bueno, A. Ríos y P. Parrilla

*Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia. España.*

**Introducción:** Existen grandes controversias con respecto a la utilización sistemática del tubo en T de Kehr tras la realización de la anastomosis biliar en el trasplante hepático. La retirada del mismo puede desencadenar una fuga biliar y una peritonitis aguda difusa biliar, con la necesidad de una nueva intervención quirúrgica para lavado y drenaje. Presentamos nuestra experiencia con el abordaje quirúrgico laparoscópico en este tipo de pacientes.

**Material y métodos:** Desde enero del 2000 hasta junio de 2009 se han realizado en nuestro hospital 402 trasplantes hepáticos en 376 receptores. En 165 pacientes la anastomosis se autorizó mediante la colocación de un tubo en T de Kehr. Tras su retirada se desarrollaron 34 fugas biliares (21%), 10 de ellas masivas, precisando cirugía mediante abordaje laparoscópico para lavado y drenaje de la cavidad.

**Resultados:** La duración media de la intervención fue de  $75,5 \pm 12,3$  minutos (60-95 minutos), sin complicaciones inmediatas durante el procedimiento. No hubo necesidad de realizar ninguna laparotomía. La estancia media hospitalaria tras la intervención fue de  $6,9 \pm 4,25$  días (4-18 días).

**Conclusión:** El abordaje laparoscópico de la peritonitis biliar tras la retirada del tubo en T de Kehr es factible y seguro ya que permite resolver dicha complicación sin la necesidad de realizar una nueva laparotomía.

### P-38. EFICACIA DE NIULIVA®, UNA NUEVA INMUNOGLOBULINA ANTIHEPATITIS B INTRAVENOSA, EN LA FASE ANHEPÁTICA DE UNA COHORTE DE PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO POR HEPATOPATÍA SECUNDARIA A INFECCIÓN POR VHB

A. Mas<sup>a</sup>, L. Castells<sup>b</sup>, M.A. Gómez<sup>c</sup>, A. Páez<sup>d</sup> y M.K. Woodward<sup>d</sup>

<sup>a</sup>Servei d'Hepatology. Institut de Malalties Digestives i Metabòliques IDIBAPS. Hospital Clínic i Provincial. Barcelona. España. <sup>b</sup>Servei de Medicina Interna-Hepatology. Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD). Hospital General Universitari Vall d'Hebron. Barcelona. España. <sup>c</sup>Unidad de Cirugía HBP y Trasplante Hepático. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España. <sup>d</sup>Instituto Grifols, S.A. Barcelona. España.

**Introducción:** El riesgo de reinfección en pacientes trasplantados de hígado por hepatopatía secundaria al VHB es máximo durante la fase anhepática y postoperatorio inmediato. Actualmente, la estrategia profiláctica más eficaz y extendida es la administración en paralelo de inmunoglobulina específica antihepatitis B (HBIG) y fármacos antivirales. Como parte de un ensayo clínico más amplio, Niuliva® (Instituto Grifols, S.A.), la primera inmunoglobulina anti-

hepatitis B iv aprobada en España, demostró su eficacia y seguridad durante el primer mes postransplante en un pequeño grupo de pacientes.

**Objetivos y métodos:** Con el fin de completar la cohorte, se presentan nuevos datos de eficacia de Niuliva® en la práctica habitual de tres hospitales terciarios. Todos los sujetos recibieron postoperatoriamente terapia combinada de Niuliva® y 1 o 2 antivirales orales. Las dosis de Niuliva® administradas oscilaron entre 5.000 y 10.000 UI durante la fase anhepática y el primer día postransplante, seguidas de infusiones diarias de 5.000 o 1.000 UI durante la primera semana y posteriormente semanales hasta un mes de tratamiento.

**Resultados:** Se exploró un total de 20 pacientes de los cuales 12 disponían de datos de seguimiento. Cinco recibieron inmunoprolaxis con Niuliva® durante un mes y 7 durante la primera semana postransplante. No se observó ninguna reinfección durante el periodo de seguimiento, incluyendo 2 sujetos ADN-VHB positivos previos al trasplante. Todos los sujetos alcanzaron niveles protectores de anticuerpos excepto un paciente coinfectado por VHD, con niveles de HBsAg elevados y tratado con el régimen terapéutico de menor dosis. Dicho paciente se mantuvo siempre ADN-VHB negativo y con una función hepática normal. No se observaron acontecimientos adversos atribuibles al fármaco.

**Conclusión:** En una población de sujetos perteneciente a la práctica asistencial habitual, Niuliva® fue un producto efectivo y seguro para la prevención de recurrencias en pacientes recién trasplantados de hígado por infección por VHB.

### P-39. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA ACTITUD HACIA LA DONACIÓN DE VIVO HEPÁTICA ENTRE LOS PROFESIONALES DE LOS SERVICIOS QUIRÚRGICOS EN HOSPITALES ESPAÑOLES, MEXICANOS Y CUBANOS

A. Ríos Zambudio<sup>a</sup>, A.I. López-Navas<sup>b</sup>, M.A. Ayala-García<sup>c</sup>, M.J. Sebastián<sup>d</sup>, A. Abdo-cuza<sup>e</sup>, L. Martínez-Alarcón<sup>a</sup>, E.J. Ramírez<sup>c</sup>, G. Muñoz<sup>c</sup>, G.C. Palacios<sup>d</sup>, J. Suárez-López<sup>f</sup>, R. Castellanos<sup>e</sup>, R. Ramírez<sup>c</sup>, M.A. Martínez<sup>c</sup>, A. Nieto<sup>c</sup>, P. Ramírez<sup>g</sup> y P. Parrilla<sup>h</sup>

<sup>a</sup>"Proyecto Colaborativo Internacional Donante". Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. El Palmar. Murcia. España. <sup>b</sup>"Proyecto Colaborativo Internacional Donante". Departamento de Psicología. Universidad Católica San Antonio (UCAM). Murcia. España. <sup>c</sup>Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío y Universidad de Guanajuato. León. Guanajuato. México. <sup>d</sup>Coordinación de Trasplantes. UMAE Hospital de Especialidades N°25 IMSS. Monterrey. México. <sup>e</sup>Centro de Investigaciones Médico-quirúrgicas. Cuba. <sup>f</sup>Hospital Hermanos Ameijeiras. Cuba. <sup>g</sup>Coordinación Autonómica de Trasplantes. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. Murcia. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. España. <sup>h</sup>Unidad de Trasplantes. Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. España.

**Introducción:** En la actualidad, las necesidades de hígados para trasplante no están cubiertas. Por ello, es necesario promover la donación hepática de vivo, ya que está cada vez presenta mejores resultados en el receptor y se ha disminuido la morbilidad en el donante.

**Objetivos:** Analizar la actitud hacia la donación de vivo hepática (DVH) entre el personal de los servicios quirúrgicos en centros hospitalarios de España y Latino-América.

**Material y métodos:** Se selecciona del "Proyecto Colaborativo Internacional Donante" diez hospitales, tres en España, cinco en



México y dos en Cuba. En ellos se obtiene una muestra aleatoria, estratificada por categoría laboral, entre los profesionales de los servicios quirúrgicos (n = 496). La actitud se valoró mediante un cuestionario validado de aspectos psico-sociales hacia la donación de órganos, que se cumplimentó de forma anónima y auto-administrada.

**Resultados:** El 86% (n = 425) de los profesionales encuestados está a favor de la DVH si esta fuera relacionada, y el 30% (n = 147) si es no relacionada. Por país, están a favor de DVH relacionada el 88% de los mexicanos, el 85% de los cubanos y el 82% de los españoles (p > 0,05). Los resultados obtenidos del análisis multivariante para valorar las variables con más peso en la actitud hacia la DVH nos muestra las siguientes asociaciones significativas: 1) Actitud hacia la donación de vivo renal (Odds Ratio = 91; p < 0,001); 2) Aceptar un hígado procedente de donante vivo si fuese necesario (OR = 11; p < 0,001) y 3) Haber comentado a nivel familiar el tema de la donación y el trasplante (OR = 2,581; p = 0,037).

**Conclusión:** La actitud hacia la donación de vivo hepática relacionada es muy favorable entre el personal de los servicios quirúrgicos españoles y latino-americanos. Dicha actitud no se relaciona con aspectos psico-sociales clásicos relacionados con la donación.

#### P-40. ¿CONDICIONA LA FIBROSIS AVANZADA UNA PEOR RESPUESTA AL TRATAMIENTO ANTIVIRAL EN LA HEPATITIS C POSTRASPLANTE HEPÁTICO?

F. García Pajares<sup>a</sup>, C. Almohalla<sup>a</sup>, G. Sánchez Antolín<sup>a</sup>, S. Lorenzo Pelayo<sup>a</sup>, R. Ruiz Zorrilla<sup>a</sup>, P. Pinto<sup>b</sup>, C. Ramos<sup>c</sup>, P. Fernández Orcajo<sup>a</sup> y A. Caro Paton<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Hepatología. Unidad de Trasplante Hepático. <sup>b</sup>Servicio de Cirugía General. Unidad de Trasplante Hepático. <sup>c</sup>Sección de Microbiología. Servicio de Análisis Clínicos. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España.

**Introducción:** La recidiva VHC postrasplante puede condicionar cirrosis hepática hasta en un 25-30% en los primeros 5 años postrasplante. Las tasas de Respuesta Viral Sostenida (RVS) son bajas con tratamiento estándar (33-42%). Parece que la fibrosis avanzada condiciona peor respuesta al tratamiento antiviral.

**Objetivos:** Analizar prospectivamente si el tratamiento en estadios iniciales de fibrosis (F0-1) y la prolongación del tratamiento se asocia a mayor tasa de RVS.

**Métodos:** Incluimos 29 pacientes trasplantados VHC, con biopsia hepática pre-tratamiento. Todos los pacientes se trataron con PEG-IFN alfa-2a y ribavirina. **Resultados:** Analizamos 22 varones y 7 mujeres, de edad media 56 años (rango 40-68). En 20 pacientes la biopsia mostro F0-1 (68,9%), en 4 F2 (13,7%) y en 5 F3-4 (17,24%). El tiempo medio de recidiva fue de 24,3 meses. El 82,7% y el 79,3% respectivamente presentaron leucopenia y anemia tratada con GCSF y EPO, además de reducción de la dosis. Se suspendió el tratamiento en 4 pacientes (13,7%) por efectos adversos. Durante el tratamiento fallecieron 5 pacientes (17,2%) por endocarditis (1), recidiva hepatocarcinoma (1) y por cirrosis secundaria a la recidiva VHC (3). Presentaron RVS 16 pacientes (55%), entre los pacientes < F2 la RVS fue 60% frente al 44% con F ≥ 2. Si bien la diferencia no mostro significación estadística (p > 0,05) fue probablemente por el pequeño tamaño de la muestra. El único factor predictivo de RVS en análisis uni y multivariante fue la presencia de RVP (p < 0,001 y p < 0,05).

**Conclusión:** La respuesta viral precoz es el principal factor predictivo de respuesta al tratamiento antiviral postrasplante hepático. Parece que la fibrosis avanzada condiciona peor respuesta al tratamiento. El empleo "agresivo" de factores de crecimiento que eviten la retirada del tratamiento muestra cierta tendencia a mejorar la tasa de RVS. Se precisan estudios más amplios que aclaren el papel de dichos factores

#### P-41. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LOS FACTORES QUE CONDICIONAN LA ACTITUD HACIA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS DE CADÁVER ENTRE LOS AUXILIARES DE ENFERMERÍA EN ESPAÑA Y MÉXICO

A. Ríos Zambudio<sup>a</sup>, A.I. López-Navas<sup>b</sup>, M.A. Ayala-García<sup>b</sup>, M.J. Sebastián<sup>c</sup>, L. Martínez-Alarcón<sup>a</sup>, E.J. Ramírez<sup>b</sup>, G. Muñoz<sup>b</sup>, G.C. Palacios<sup>c</sup>, M.A. Martínez<sup>b</sup>, A. Nieto<sup>b</sup>, P. Ramírez<sup>d</sup> y P. Parrilla<sup>e</sup>

<sup>a</sup>"Proyecto Colaborativo Internacional Donante". Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España. <sup>b</sup>Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío y Universidad de Guanajuato. León. Guanajuato. México. <sup>c</sup>Coordinación de Trasplantes. UMAE Hospital de Especialidades N°25 IMSS. Monterrey. México. <sup>d</sup>Coordinación Autonómica de Trasplantes. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. Murcia. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. España. <sup>e</sup>Unidad de Trasplantes. Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. España.

**Introducción:** El auxiliar de enfermería es un profesional sanitario considerado como generador de opinión entre la población. Su actitud hacia la donación de órganos va a condicionar la sensibilización poblacional en su área de influencia.

**Objetivos:** Analizar la actitud hacia la donación de órganos de los auxiliares de enfermería de centros españoles y mexicanos, y determinar los factores que influyen en dicha actitud a través de un análisis multivariante.

**Material y métodos:** Del "Proyecto Colaborativo Internacional Donante" se seleccionaron 32 centros de Atención Primaria y 4 hospitales de España y 5 de México. En ellos se obtuvo una muestra aleatoria y estratificada por servicio, de los auxiliares de enfermería. La actitud se valoró mediante un cuestionario validado de aspectos psico-sociales hacia la donación, que se cumplimentó de forma anónima y autoadministrada. Estadística: test de chi cuadrado, t de Student, y análisis de regresión logística.

**Resultados:** De los 532 encuestados, el 66% está a favor de la donación de órganos y el 34% en contra o indecisos. En el análisis multivariante, las variables con más peso específico son: 1) País, la actitud es más favorable en México (Odds Ratio = 1,964; p = 0,014); 2) La actitud a favor hacia la donación y el trasplante de la pareja (OR = 2,597; p = 0,013); 3) El no estar preocupado por la posible mutilación del cuerpo tras la donación (OR = 2,631; p = 0,006); 4) La preferencia de otras opciones distintas de la inhumación en el tratamiento del cuerpo tras el exitus (OR = 4,694; p < 0,001); y 5) La aceptación de la realización de una autopsia si fuese necesaria (OR = 3,584; p < 0,001).

**Conclusión:** La actitud hacia la donación de órganos propios entre el personal auxiliar de enfermería de centros sanitarios presenta variaciones importantes según el país del encuestado. Los factores psico-sociales que condicionan dicha actitud son similares a los descritos a nivel poblacional.

#### P-42. CONOCIMIENTO DEL CONCEPTO DE MUERTE ENCEFÁLICA POR EL PROFESORADO DE EDUCACIÓN SECUNDARIA

B. Febrero<sup>a</sup>, A. Ríos<sup>a</sup>, A.I. López-Navas<sup>b</sup>, L. Martínez-Alarcón<sup>a</sup>, J. Sánchez<sup>c</sup>, D. Guzmán<sup>c</sup>, P. Ramírez<sup>d</sup> y P. Parrilla<sup>e</sup>

<sup>a</sup>"Proyecto Colaborativo Internacional Donante". Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España. <sup>b</sup>"Proyecto Colaborativo Internacional Donante". Departamento de Psicología. Universidad Católica San Antonio (UCAM). Murcia. España. <sup>c</sup>Asociación de Ayuda al Enfermo Renal (ADAER). <sup>d</sup>Coordinación Autonómica de Trasplantes. Consejería



de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. España. <sup>a</sup>Unidad de Trasplantes. Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. España.

**Introducción:** El concepto de muerte encefálica (ME) no es bien conocido en la población, su desconocimiento es uno de los principales factores que genera una actitud contraria a la donación de órganos. El sector docente influye en la educación de los adolescentes, por ello el conocimiento de estos conceptos es fundamental para su correcta difusión entre los jóvenes.

**Objetivos:** Analizar el conocimiento del concepto de ME entre el profesorado de educación secundaria (ESO) en el sudeste español, y determinar su influencia en la actitud hacia la donación de órganos.

**Material y métodos:** Estudio multicéntrico, se seleccionan 10 centros de la ESO estratificados por localización geográfica (sudeste español). Se realiza un muestreo aleatorio entre el profesorado de ESO. Se analiza el conocimiento del concepto de la ME y la actitud hacia la donación mediante un cuestionario validado, cumplimentado de forma anónima y autoadministrada.

**Resultados:** El 64% (n = 180) de los encuestados conoce el concepto de ME y lo considera como la muerte de un individuo. Del resto, el 34% (n = 95) no lo conoce y el 3% (n = 8) restante considera que no supone el fallecimiento de una persona. Los que conocen el concepto de ME están más a favor de la donación de cadáver que los que tienen un concepto erróneo (82% vs 75%;  $p < 0,01$ ). El conocimiento del concepto de ME se asocia con variables relacionadas directa e indirectamente con la donación y el trasplante ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión:** Un tercio del profesorado de la ESO no conoce o no acepta el concepto de ME como la muerte del individuo. El conocimiento de ME influye positivamente en la actitud hacia la donación de órganos. Dado que el alumnado tiene a sus profesores como referentes informativos en muchos aspectos, sería importante la formación básica del profesorado de la ESO en conceptos básicos como el de ME.

#### P-43. VALORACIÓN DE LA ACTITUD HACIA LA DONACIÓN DE ÓRGANOS DE DONANTE VIVO ENTRE LOS ADOLESCENTES DEL SUDESTE ESPAÑOL

B. Febrero<sup>a</sup>, A. Ríos<sup>a</sup>, A.I. López-Navas<sup>b</sup>, L. Martínez-Alarcón<sup>a</sup>, J. Sánchez<sup>c</sup>, D. Guzmán<sup>c</sup>, P. Ramírez<sup>d</sup> y P. Parrilla<sup>e</sup>

<sup>a</sup>"Proyecto Colaborativo Internacional Donante". Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España. <sup>b</sup>"Proyecto Colaborativo Internacional Donante". Departamento de Psicología. Universidad Católica San Antonio (UCAM) Murcia. España. <sup>c</sup>Asociación de Ayuda al Enfermo Renal (ADAER). Murcia. España. <sup>d</sup>Coordinación Autonómica de Trasplantes. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. Murcia. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. España. <sup>e</sup>Unidad de Trasplantes. Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. España.

**Introducción:** La población infanto-juvenil conforma un sector poblacional en el que su concienciación de forma temprana es muy importante para incrementar la actitud favorable a la donación.

**Objetivos:** 1) Analizar la actitud de los adolescentes hacia la donación de órganos de vivo; y 2) Determinar las variables psicosociales que influyen en esta actitud.

**Material y métodos:** En el sudeste español se realizó un muestreo aleatorio y estratificado por centro educativo, entre los Centros de Educación Secundaria Obligatoria (ESO). En los 10 centros seleccionados se realizó un muestreo aleatorio entre cada una de las clases de 1º a 4º de la ESO. La actitud se valoró mediante un

cuestionario validado de aspectos psico-sociales hacia la donación. La cumplimentación del cuestionario fue anónima y autoadministrada. Estadística: test de la t de Student y de chi cuadrado.

**Resultados:** En cuanto a la donación de vivo renal, el 89% (n = 3.146) de los adolescentes está a favor de la donación de vivo relacionada, siendo solo del 29% (n = 1.035) si no es relacionada. En la donación de vivo hepática, un 78% (n = 2.753) está a favor de la donación relacionada, y el 19% (n = 668) si no es relacionada. La actitud favorable hacia la donación de vivo se asocia principalmente a las siguientes variables: 1) Ser mujer; 2) Tener experiencia previa con el proceso donación-trasplante; 3) Haber comentado con la familia y amigos sobre donación y trasplantes; 4) La actitud a favor del padre y de la madre; 5) La preocupación por la posible mutilación del cuerpo tras la donación; y 6) Haber realizado actividades de tipo pro-social ( $p < 0,05$ ).

**Conclusión:** La donación de vivo relacionada es muy aceptada entre los adolescentes del sudeste español. Destaca una aceptación importante de la donación de vivo no relacionada en comparación con los estudios publicados en otras áreas geográficas.

#### P-44. TRASPLANTE HEPÁTICO PROCEDENTE DE BIPARTICIÓN EN ADULTOS. ¿VARIAN LOS RESULTADOS ENTRE PACIENTES VHC Y PACIENTES NO-VHC?

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

Cirugía General y Trasplante de Órganos Abdominales. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.

**Introducción:** El trasplante hepático procedente de bipartición surge de la necesidad de ampliar el pool de donantes por el aumento creciente de los pacientes en lista de espera.

**Material y métodos:** Desde abril de 1986 hasta diciembre de 2010, se han realizado en nuestro centro 64 trasplantes procedentes de bipartición. De los 39 realizados en adultos, 17 han sido en receptores VHC (Grupo A) y 22 en receptores no-VHC (Grupo B).

**Resultados:** Ambos grupos presentaron características demográficas, patológicas y del donante similares. En 7 casos se utilizó el LHI (17,8%): 4 VHC y 3 no-VHC; en 20 casos el LHD (51,3%): 10 VHC y 10 no-VHC; y en 12 casos se utilizaron los segmentos IV-VIII (30,8%): 3 VHC y 9 no-VHC. Los tiempos medios de isquemia fría y caliente fueron semejantes entre ambos grupos. En 7 (41%) pacientes del grupo A y en 8 (36,4%) pacientes del grupo B hubo complicaciones en el postrasplante. El retrasplante solo fue necesario en 3 (7,6%) pacientes (1 VHC y 2 no-VHC). Tras un seguimiento medio de 50 + 42 meses (1-114 meses) tuvieron lugar 15 exitus (7 en el grupo A y 8 en el grupo B). La supervivencia actuarial del paciente en el grupo A fue 83%, 64% y 64% a 1, 3 y 5 años respectivamente, y en el grupo B 68%, 68% y 62% ( $p = 0,8$ ); y la del injerto en el grupo A fue 76,5%, 58,2% y 58,2% a 1, 3 y 5 años respectivamente y en el grupo B fue 68,2%, 68,2% y 62% ( $p = 0,5$ ).

**Conclusión:** En nuestra experiencia, parece que el VHC no influye en la supervivencia de paciente e injerto a largo plazo cuando se emplean injertos procedentes de bipartición en adultos.

#### P-45. TRASPLANTE HEPÁTICO CON INJERTOS PARCIALES EN ADULTOS. ANÁLISIS COMPARATIVO ENTRE INJERTOS PROCEDENTES DE BIPARTICIÓN HEPÁTICA E INJERTOS PROCEDENTES DE DONANTE VIVO

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

*Cirugía General y Trasplante de Órganos Abdominales. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Introducción:** El aumento progresivo del número de candidatos en las listas de espera de trasplante hepático, sin un aumento paralelo del número de donantes, ha hecho que a lo largo de los últimos años se busquen donantes alternativos que amplíen el pool para conseguir contrarrestar esta situación. La utilización de injertos parciales procedentes de bipartición hepática (SPLIT) o de donante vivo (DV) es un claro ejemplo.

**Material y métodos:** Desde abril de 1986 hasta diciembre de 2010, hemos realizado 73 trasplantes hepáticos en adultos con injerto parcial. De ellos, 39 (53,4%) procedieron de bipartición hepática (SPLIT) y 34 (46,6%) de donante vivo (DV).

**Resultados:** Ambos grupos presentaban características demográficas, patológicas y del donante similares. Tras un seguimiento medio de 42,8 + 35 meses (1-116 meses), tuvieron lugar 26 exitus (35,6%): 15 SPLIT y 11 DV. La supervivencia actuarial del paciente a 1, 3 y 5 años fue SPLIT: 70,2%, 63,5%, 52,7% y DV: 85,3%, 82,4%, 76,3% respectivamente ( $p = 0,05$ ). La supervivencia actuarial del injerto a 1, 3 y 5 años fue SPLIT: 67,4%, 56,4% y 50% y DV: 67,6%, 61,8%, 56% respectivamente ( $p = 0,8$ ). La única diferencia significativa que encontramos entre ambos grupos y que pudiera explicar los resultados hallados, fue el tipo de lóbulo empleado como injerto. Mientras que en SPLIT se empleó el LHD en 20 casos (51,2%), en DV se empleó en 29 pacientes (85,3%) ( $p = 0,001$ ). Si analizamos la supervivencia en función del lóbulo empleado, observamos como los casos en los que se empleó el LHD tuvieron una mejor supervivencia aunque ésta no fuese significativa ( $p = 0,6$ ).

**Conclusión:** El empleo de injertos parciales procedentes tanto de bipartición como de donante vivo, es una buena alternativa al empleo de injertos procedentes de donantes en muerte encefálica en adultos.

#### **P-46. PAPILOMATOSIS BILIAR DIFUSA: UNA INDICACIÓN ATÍPICA DE TRASPLANTE HEPÁTICO**

O. Caso Maestro, I. Justo Alonso, J. Calvo Pulido, N. Fakih Gómez, R. Ramos, S.P. Olivares Pizarro, F. Cambra Molero, S. García Aroz, M. Abradelo de Usera, A. Manrique Municio, A. García Sesma, E. Moreno González y C. Jiménez Romero

*Cirugía General y Trasplante de Órganos Abdominales. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Introducción:** Desde que Chappet describió por primera vez la papilomatosis de la vía biliar, solo se han publicado alrededor de 60 casos en la literatura. El principal problema de estos pacientes son las colangitis y pancreatitis de repetición, junto con el alto riesgo de malignización de dichas lesiones (25-50%). El tratamiento quirúrgico debe ser agresivo, resecaando todo el tejido afecto, por lo que el trasplante hepático en muchas ocasiones es la opción terapéutica más recomendada.

**Material y métodos:** Presentamos el caso de un varón de 43 años sin antecedentes de interés, que presenta cuadro de ictericia obstructiva, evidenciándose mediante ECO abdominal dilatación de la vía biliar tanto intra como extrahepática a expensas de un colédoco completamente ocupado. La realización de una CPRE objetivó la presencia de focos de adenocarcinoma in situ en la ampolla de Vater. Posteriormente el paciente sufre un episodio grave de colangitis que obliga a la realización de CPTH para drenaje de la vía biliar. Dada la situación, se decide realizar duodenopancreatectomía céfálica, siendo los hallazgos histopatológicos de papilomatosis biliopancreática difusa con múltiples focos de adenocarcinoma in situ. En los meses sucesivos el paciente reingresó en repetidas ocasiones por colangitis de repetición. Dada la situación, se plantea el trasplante hepático, previo a lo que se completa la pancreatectomía total para descartar focos de adenocarcinoma invasivo. A continua-

ción se realizó trasplante hepático de donante en muerte encefálica sin incidencias y con una evolución satisfactoria tras 15 meses de seguimiento.

**Conclusión:** El trasplante hepático es una buena opción de tratamiento en pacientes con papilomatosis difusa de la vía biliar. En los casos en los que la afectación no sobrepase la bifurcación de la vía biliar, el trasplante sería suficiente, pero en casos de afectación de la vía biliar extrahepática y/o pancreática, habría que asociar al menos duodenopancreatectomía céfálica.

#### **P-47. EL EMPLEO DE INJERTOS PROCEDENTES DE BIPARTICIÓN HEPÁTICA (SPLIT) ES TAMBIÉN UNA BUENA OPCIÓN CUANDO EL TRASPLANTE SE REALIZA DE FORMA ELECTIVA EN NIÑOS**

O. Caso Maestro, I. Justo Alonso, N. Fakih Gómez, S.P. Olivares Pizarro, A. García Sesma, R. Sanabria Mateos, A. Manrique Municio, J. Calvo Pulido, M. Abradelo de Usera, F. Cambra Molero, V. García Gutiérrez, E. Moreno González y C. Jiménez Romero

*Cirugía General y Trasplante de Órganos Abdominales. Hospital Universitario 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Introducción:** El trasplante hepático es un tratamiento efectivo para los niños con enfermedad hepática terminal. Con el fin de disminuir la morbilidad en lista de espera, se han desarrollado nuevas técnicas a lo largo de los años, siendo una de las más utilizadas actualmente el empleo de injertos procedentes de bipartición hepática (SPLIT).

**Material y métodos:** Desde abril de 1986 hasta diciembre de 2010 hemos realizado 64 trasplantes hepáticos con injertos procedentes de bipartición en nuestro centro, de los cuales, 25 han sido en receptores menores de 13 años, realizándose 15 de forma electiva y 10 de forma urgente.

**Resultados:** El grupo estaba compuesto por 6 (40%) niñas y 9 (60%) niños con una edad media de 5 + 6 años (5 meses-13 años). La etiología fue AVBEH en 9 (60%) pacientes, tumores en 4 pacientes (26,7%), y otras causas en 2 pacientes (13,3%). La edad media de los donantes fue 22,2 + 13,3 años (6-51 años), y las causas de exitus fueron: TCE 8 pacientes (53,3%), ACVA 4 pacientes (26,7%) y anoxia 3 pacientes (20%). En 5 casos (33,3%) utilizamos el LHI, en 7 casos (46,7%) los segmentos II-III, en 2 casos (13,3%) los segmentos IV-VIII y en 1 caso (6,7%) el LHD. La evolución fue buena en 11 pacientes (73,3%) sin objetivarse complicaciones severas, y solo 2 pacientes (13,3%) requirieron trasplante. Tras un seguimiento medio de 33 + 29 meses (1-96 meses), tuvieron lugar 2 exitus (13,3%), uno debido a FPI y otro por recidiva tumoral tras el trasplante. La supervivencia actuarial de paciente e injerto a 1, 3 y 5 años fue 85,7% en los 3 periodos y 80%, 72,7% y 72,7% respectivamente.

**Conclusión:** El trasplante hepático en niños con injertos procedentes de bipartición es también una excelente opción cuando el trasplante se hace de forma electiva.

#### **P-48. TROMBECTOMÍA POR EVERSIÓN PORTAL EN EL MANEJO DE LA TROMBOSIS PORTAL EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO**

P. Ruiz<sup>a</sup>, A. Valdivieso<sup>a</sup>, M. Gastaca<sup>a</sup>, J. González<sup>a</sup>, A. Ventoso<sup>a</sup>, J.R. Fernández<sup>b</sup>, J. Bustamante<sup>a</sup>, M. Testillano<sup>a</sup>, M. Montejo<sup>c</sup>, A. Matarranz<sup>a</sup>, M.J. Suarez<sup>a</sup> y J.O. de Urbina<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Cirugía Hepática y Trasplante Hepático. <sup>b</sup>Servicio de Gastroenterología-Hepatología. <sup>c</sup>Servicio de Enfermedades Infecciosas. Hospital de Cruces. Barakaldo. España.

**Introducción:** Actualmente la trombosis Portal (TP) no representa una contraindicación para el trasplante hepático aunque si un aumento de la complejidad quirúrgica y del manejo postoperatorio.

rio. Nuestro objetivo es analizar el papel de la trombectomía roma por eversión portal en el tratamiento de la TP durante el trasplante hepático (TH).

**Material y métodos:** Análisis retrospectivo de los aspectos técnicos de la trombectomía en 90 pacientes que presentaban TP en el momento del TH. Según nuestra técnica realizamos una trombectomía roma evertiendo la VP. La comprobación del flujo se realiza de forma manual tras la apertura del clamp. La VP evertida no se re-seca y se utiliza para la anastomosis terminoterminal con la VP del donante. No realizamos portocava previa. Realizada la anastomosis medimos el flujo con un medidor de flujo. (MedStimR).

**Resultados:** Hasta mayo del 2010 hemos realizado 835 trasplantes en 792 pacientes. 90 pacientes presentaron TP en el momento del trasplante. Según la clasificación de Yerdel, 37 trombosis eran tipo I-II, 4 eran tipo III y 12 eran tipo IV. En cinco casos se utilizaron injertos veno-venosos entre la vena mesentérica y la VP, en un caso se realizó una anastomosis sobre un TIPS y en otro una anastomosis renoportal izquierda. En el resto se realizó trombectomía según técnica descrita. Dos pacientes desarrollaron estenosis portal radiológica precoz. Una de ellas precisó dilatación. Un paciente desarrolló trombosis aguda y posterior retrasplante y dos desarrollaron trombosis tardía al año del trasplante en relación a recidiva de su enfermedad. La mediana de ingreso fue de 17 días con una mortalidad al alta y perioperatoria a 90 días de 5,5% y global del 22,2%.

**Conclusión:** En nuestra experiencia la trombectomía Portal por eversión resulta una técnica segura en el tratamiento de la TP sin incremento de la morbimortalidad postoperatoria.

#### P-49. MORBILIDAD DE LA EMBOLIZACIÓN SELECTIVA ESPLÉNICA POSTRASPLANTE HEPÁTICO

J. Herrador<sup>a</sup>, M.G. Zunzarren<sup>a</sup>, T. Pozancos<sup>a</sup>, R. Latorre<sup>a</sup>, J. Cabañas<sup>a</sup>, A.L. Buenadicha<sup>a</sup>, P.L. Hervás<sup>a</sup>, R. Peromingo<sup>a</sup>, J. Díe Trill<sup>a</sup>, A. Moreno<sup>b</sup>, J. Nuño<sup>a</sup> y E. Lobo<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Cirugía General y del Aparato Digestivo. <sup>b</sup>Departamento de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid. España.

**Objetivos:** Analizar la morbimortalidad de la embolización esplénica selectiva (EES) post trasplante hepático. Un 20-30% de los pacientes trasplantados debido a hepatopatía por el virus de la hepatitis C presenta recidiva de su enfermedad. La trombocitopenia por hipersplenismo es una de las contraindicaciones para el tratamiento con interferón pegilado y ribavirina. La EES es una alternativa eficaz a la esplenectomía en este tipo de pacientes, con vistas a corregir los niveles de plaquetas y poder iniciar el tratamiento.

**Material y métodos:** Entre los años 2002 y 2009 se realizaron en nuestro centro un total de 13 EES en pacientes trasplantados. Fueron doce varones y una mujer con una edad media de 45 años. Todos presentaban serología positiva frente a VHC y dos además frente a VIH. El tamaño del bazo oscilaba entre 14,5 y 23 cm y el volumen visceral embolizado varió entre un 50 y un 95%. En ocho de los pacientes el nivel de plaquetas era inferior a 50.000.

**Resultados:** Todos los pacientes desarrollaron un "síndrome post-embolización" (fiebre, dolor abdominal, náuseas). Un paciente presentó una trombosis venosa portal tratada satisfactoriamente con dosis terapéuticas de enoxaparina subcutánea. Tres pacientes presentaron complicaciones mayores que determinaron un ingreso prolongado: dos desarrollaron una ascitis inflamatoria con cultivo estéril que condujo a la colocación de un TIPSS, uno además con insuficiencia renal que requirió hemodiálisis, y otro paciente desarrolló un absceso esplénico por *Bacteroides fragilis* que precisó esplenectomía. De los trece pacientes dos fallecieron: uno debido a un deterioro clínico e infección generalizada de origen desco-

nocido y otro a raíz de una peritonitis bacteriana espontánea por *Escherichia coli*.

**Conclusión:** La EES presenta una morbimortalidad considerable en pacientes trasplantados, siendo el síndrome postembolización la complicación más frecuente y el absceso esplénico la más grave.

#### P-50. PREVALENCIA DE MARCADORES DE LOS VIRUS DE HEPATITIS B Y A E INDICACIÓN DE VACUNACIÓN EN LOS PACIENTES CIRRÓTICOS POTENCIALES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

I. Gutiérrez Domingo<sup>a</sup>, J.M. Pascasio Acevedo<sup>a</sup>, A. Alcalde Vargas<sup>a</sup>, A. Ramos Cuadra<sup>b</sup>, M.T. Ferrer Ríos<sup>a</sup>, J.M. Sousa Martín<sup>a</sup>, M. Sayago Mota<sup>a</sup>, A. Giráldez Gallego<sup>a</sup> y G. Suárez Artacho<sup>c</sup>

<sup>a</sup>UGC Enfermedades Digestivas. <sup>b</sup>Medicina Preventiva. <sup>c</sup>Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

**Objetivos:** Estimar la necesidad de vacunación frente al VHB y VHA en los pacientes cirróticos evaluados para trasplante hepático (TH).

**Métodos:** Estudio retrospectivo de cohorte de cirróticos evaluados para TH (2002-2010). Se evalúa la indicación de vacunación frente al VHB y VHA investigando su asociación con la edad, sexo y factores etiológicos.

**Resultados:** Se han estudiado 568 pacientes, 75% hombres, de  $53,6 \pm 8,9$  (17-69) años, 20% diabéticos. Etiología: alcohol (68%), VHC (35%), otra (10,4%). Child-Pugh: A (26%), B (44%) y C (30%). El 36,8% presentaron algún marcador del VHB (+): HbsAg (+) 7,6%; anti-HBc (+) aislado 10%; anti-HBs (+) aislado 3,3%; anti-HBc (+)/anti-HBs (+) 15,8%. El 73,2% tuvieron indicación de vacunación frente al VHB (marcadores VHB negativos y anti-HBc positivo aislado). La indicación de vacunación frente al VHB fue más frecuente en mujeres (82,3% vs 70,3%;  $p = 0,005$ ), sin observarse diferencias en función de la edad ni etiología. El 8,2% (44/538) presentaron IgG-antiVHA negativo y, por tanto, indicación de vacunación frente al VHA, que fue más frecuente en los pacientes más jóvenes:  $\leq 45$  años (27,6%), 46-55 (7,2%) y  $> 55$  (2,6%);  $p < 0,0001$ ), no diabéticos (9,5% vs 2,8%;  $p = 0,023$ ), no alcohólicos (11,4% vs 6,6%;  $p = 0,056$ ) y sin marcadores del VHB (10,2% vs 4,6%;  $p = 0,023$ ). Hubo 3 pacientes con IgG-antiVHA (-)  $> 60$  años.

**Conclusión:** Más el 70% de los cirróticos candidatos a TH tienen indicación de vacunación frente al VHB, siendo ésta más frecuente en mujeres. La indicación de vacunación frente al VHA en esta población es baja globalmente (8,2%), pero alcanza una frecuencia significativa en los pacientes más jóvenes, siendo menos frecuente en diabéticos, alcohólicos y con marcadores del VHB (+). Dado que pueden encontrarse pacientes  $> 60$  años con IgG-antiVHA (-), es conveniente investigar el estado inmune frente al VHA en todos los grupos de edad.

#### P-51. RESPUESTA A LA VACUNACIÓN FRENTE AL VIRUS DE LA HEPATITIS B CON 4 DOSIS DE 40 µG EN PACIENTES CIRRÓTICOS, POTENCIALES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO. FACTORES ASOCIADOS A LA RESPUESTA

I. Gutiérrez Domingo<sup>a</sup>, J.M. Pascasio Acevedo<sup>a</sup>, A. Alcalde Vargas<sup>a</sup>, A. Ramos Cuadra<sup>b</sup>, M.T. Ferrer Ríos<sup>a</sup>, J.M. Sousa Martín<sup>a</sup>, M. Sayago Mota<sup>a</sup>, A. Giráldez Gallego<sup>a</sup> y G. Suárez Artacho<sup>c</sup>

<sup>a</sup>UGC Enfermedades Digestivas. <sup>b</sup>Medicina Preventiva. <sup>c</sup>Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.

**Objetivos:** Evaluar la respuesta a una pauta de vacunación frente al VHB con cuatro dosis de 40 µg y los factores asociados a la misma en cirróticos candidatos a trasplante hepático (TH).

**Métodos:** Estudio retrospectivo de cirróticos evaluados para TH, investigando la respuesta a la vacunación frente al VHB (anti-HBs > 10 UI/ml) con cuatro dosis de 40 µg (0, 1, 2, 6 meses). En pacientes sin respuesta se intentó revacunación con la misma pauta.

**Resultados:** 278 pacientes, 70% hombres, de  $53,6 \pm 9,3$  (17-69) años, 19% diabéticos. Etiología: alcohol (66%), VHC (32%), otra (13%). Child-Pugh: A (33%), B (41%), C (26%). MELD:  $12,7 \pm 5,3$  (5-29). BMI:  $27,5 \pm 5$  kg/m<sup>2</sup> (15,9-50). Hubo 10 pacientes antiHBc (+) aislado. Recibieron una, dos, tres y cuatro dosis de vacuna, 7 (2,5%), 12 (4,3%), 50 (18%) y 209 (75,2%) pacientes, respectivamente. 57 pacientes sin respuesta a un ciclo completo fueron revacunados con la misma pauta. La tasa de respuesta global a la vacunación fue del 39,2%; con tres dosis, 36% y con cuatro dosis, 40,7%. El 51% respondieron a la revacunación. Las variables asociadas a mayor respuesta fueron: mejor función hepática [Child-Pugh (A 53,8%; B 33,3%; C 30,1%;  $p = 0,002$ ), MELD (11,4 vs 13,6;  $p = 0,001$ )], ausencia de diabetes (43,6% vs 20,8%;  $p = 0,002$ ), presencia de anti-HBc (80% vs 37,7%;  $p = 0,007$ ) y edad más joven (< 45 años, 52,2%; 45-50 años, 40,4%; > 45 años, 34,1%;  $p = 0,031$ ). En 79 pacientes pudo conocerse la respuesta tras la tercera y la cuarta dosis, siendo la tasa de seroconversión del 36,7 y 53%, respectivamente.

**Conclusión:** La tasa de respuesta a la vacunación frente al VHB en cirróticos evaluados para TH alcanza al 36% de los que recibieron al menos 3 dosis, siendo mayor en los pacientes con anti-HBc (+), mejor función hepática, más jóvenes y no diabéticos. Dado el bajo incremento en la respuesta tras la cuarta dosis, en relación a la obtenida tras las 3 primeras dosis, parece recomendable indicar la revacunación en caso de ausencia de respuesta con 3 dosis. Debe iniciarse la vacunación frente al VHB en estadios precoces de la enfermedad.

## P-52. ESTUDIO DE ACTITUD HACIA LA DONACIÓN DE VIVO ENTRE LOS ESCOCES RESIDENTES EN EL SUDESTE ESPAÑOL

A. Ríos Zambudio<sup>a</sup>, A.I. López-Navas<sup>b</sup>, L. Martínez-Alarcón<sup>a</sup>, J. Sánchez<sup>c</sup>, D. Guzmán<sup>c</sup>, B. Febrero<sup>a</sup>, P. Ramírez<sup>d</sup> y P. Parrilla<sup>e</sup>

*"Proyecto Colaborativo Internacional Donante". Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España. <sup>b</sup>"Proyecto Colaborativo Internacional Donante". Departamento de Psicología. Universidad Católica San Antonio (UCAM). Murcia. España. <sup>c</sup>Asociación de Ayuda al Enfermo Renal (ADAER). Murcia. España. <sup>d</sup>Coordinación Autonómica de Trasplantes. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. Murcia. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. España. <sup>e</sup>Unidad de Trasplantes. Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. España.*

**Introducción:** Existe un importante déficit de órganos para trasplante, y para sufragar este déficit de órganos se está potenciando el donante vivo. Los subgrupos poblacionales extranjeros afincados en España son potenciales pacientes para trasplante y/o donantes. El objetivo es analizar la actitud hacia la donación de vivo (DV) de la población del sudeste español nativa de Escocia.

**Material y métodos:** Del "Proyecto Colaborativo Internacional Donante" se obtiene una muestra representativa de forma aleatoria de la población adulta que reside en sudeste español y que nació en Escocia ( $n = 350$ ). La actitud se valora mediante un cuestionario validado, de cumplimentación auto-administrada y anónima. Se aplicaron los tests de la t Student, chi-cuadrado, y Fisher.

**Resultados:** El grado de cumplimentación fue del 93% ( $n = 324$ ). El 90% ( $n = 290$ ) están a favor de la DV relacionada, descendiendo al 26% ( $n = 85$ ) si es no relacionada. En el análisis de las variables que influyen en la actitud hacia la DV se objetivan diferencias en:

1) Actitud hacia la donación de cadáver ( $p < 0,001$ ); 2) Haber tenido experiencia previa con el proceso donación-trasplante ( $p = 0,049$ ); 3) Creer el encuestado que su religión está a favor de la DV ( $p < 0,001$ ); y 4) La actitud de la pareja hacia la donación y el trasplante ( $p = 0,007$ ).

**Conclusión:** La actitud hacia la DV relacionada de los escoceses residentes en el sudeste español es muy favorable, y va muy ligada a la actitud hacia la donación de cadáver, la actitud familiar y la actitud religiosa. Los pacientes en lista de espera de origen escocés serán uno de los grupos propicios para proponer la DV, en el momento actual que se quiere aumentar la donación de vivo en España.

## P-53. LOS IRLANDESES Y LOS IRLANDESES DEL NORTE RESIDENTES EN EL SUDESTE ESPAÑOL ANTE EL XENOTRASPLANTE DE ÓRGANOS SÓLIDOS

A. Ríos Zambudio<sup>a</sup>, A.I. López-Navas<sup>b</sup>, L. Martínez-Alarcón<sup>a</sup>, J. Sánchez<sup>c</sup>, D. Guzmán<sup>c</sup>, B. Febrero<sup>a</sup>, P. Ramírez<sup>d</sup> y P. Parrilla<sup>e</sup>

*"Proyecto Colaborativo Internacional Donante". Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España. <sup>b</sup>"Proyecto Colaborativo Internacional Donante". Departamento de Psicología. Universidad Católica San Antonio (UCAM). Murcia. España. <sup>c</sup>Asociación de Ayuda al Enfermo Renal (ADAER). Murcia. España. <sup>d</sup>Coordinación Autonómica de Trasplantes. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. Murcia. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. España. <sup>e</sup>Unidad de Trasplantes. Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. España.*

**Introducción:** En el xenotrasplante es importante conocer cuál sería su aceptación a nivel social, especialmente donde existen proyectos pre-clínicos. En la población nativa del sudeste español esta situación es conocida. En los últimos años se ha producido un importante cambio social, por el importante flujo migratorio, sobre todo de Irlanda. Objetivo: analizar la actitud hacia el xenotrasplante entre la población del sudeste español nacida en Irlanda y determinar las variables que la condicionan.

**Material y métodos:** Del "Proyecto Colaborativo Internacional Donante" se seleccionó una muestra aleatoria ( $n = 325$ ) de la población del Sudeste de España nacida en Irlanda. La actitud se valoró mediante un cuestionario validado, cumplimentado de forma anónima y auto-administrada.

**Resultados:** El grado de cumplimentación del cuestionario fue del 82% (266 encuestados de 325 seleccionados). En cuanto a la donación de órganos animales para humanos, si los resultados fueran superponibles a los conseguidos con donantes humanos, el 62% ( $n = 165$ ) estaría a favor, el 30% ( $n = 79$ ) indeciso y el 8% ( $n = 22$ ) restante en contra. Si los resultados fueran peores a los conseguidos con donantes humanos, el 20% ( $n = 50$ ) estaría a favor, el 59% ( $n = 150$ ) indeciso y el 21% ( $n = 54$ ) restante en contra. La actitud hacia el xenotrasplante de órganos se relaciona con: la religión ( $p = 0,003$ ), conocer la actitud favorable de su religión hacia el trasplante ( $p = 0,037$ ), haber hablado a nivel familiar sobre donación-trasplante ( $p = 0,001$ ), actitud favorable de la pareja hacia el trasplante ( $p = 0,001$ ), actitud favorable hacia la donación de humano, de cadáver ( $p = 0,001$ ) y de vivo ( $p = 0,023$ ).

**Conclusión:** La actitud hacia el xenotrasplante de los irlandeses residentes habituales en el sudeste español es peor que la de la población nativa española, y viene determinada principalmente por factores relacionados con la actitud previa hacia los distintos tipos de donación de órganos humanos, la actitud de la familia y motivos religiosos.

#### P-54. ANÁLISIS DE LA EFICACIA DE LA PROFILAXIS UNIVERSAL DE LA INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS EN TRASPLANTE HEPÁTICO

S. Lorenzo Pelayo<sup>a</sup>, G. Sánchez Antolín<sup>a</sup>, C. Almohalla<sup>a</sup>, F. García Pajares<sup>a</sup>, R. Ruiz Zorrilla<sup>a</sup>, L. Sancho del Val<sup>a</sup>, B. Pérez Saborido<sup>b</sup> y A. Caro Paton<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Hepatología. <sup>b</sup>Servicio de Cirugía General. Unidad de Trasplante Hepático. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España.

**Introducción:** La infección por citomegalovirus (CMV) en los receptores de trasplante Hepático (TOH) tiene efectos "directos" e "indirectos", incluyendo rechazo, disminución supervivencia de injerto y pacientes y predisposición a infecciones oportunistas y tumores malignos. Las opciones para la prevención de CMV incluyen terapia pre-emptiva o profilaxis universal. Cada método tiene ventajas y desventajas en términos de eficacia, costes y efectos secundarios. No hay pautas de actuación consensuadas.

**Objetivos:** Analizar los resultados de las pautas de profilaxis universal en un grupo de pacientes en un solo centro de trasplante hepático.

**Métodos:** Se incluyeron en el estudio los pacientes trasplantados en nuestro centro desde noviembre de 2001 hasta junio de 2010. Se excluyeron los pacientes fallecidos en los primeros seis meses post-TOH, o re-trasplantados o trasplantados por IHAG. Analizamos finalmente 187 pacientes. Todos ellos fueron seguidos más al menos 6 meses. Hicimos profilaxis universal en este grupo inicialmente con aciclovir o ganciclovir (AGP) oral (38 pacientes) y posteriormente con valganciclovir (VP) oral (149 pacientes). Calculamos la tasa de pacientes seronegativos para CMV preTOH y la incidencia de infección por CMV en ambos grupos.

**Resultados:** La tasa de receptores seronegativos fue de 5,32%. En el grupo AGP fue 5,26% y de 5,37% en el VP. La tasa de enfermedad por CMV fue 0,53% de manera global. En el grupo de pacientes AGP fue de 2,60% mientras que no hubo ninguna infección por CMV en el grupo con profilaxis con valganciclovir. Ningún paciente estable debió retirar el tratamiento.

**Conclusión:** La profilaxis universal para CMV es útil para prevenir tanto la infección aguda como los efectos indirectos asociados a CMV en trasplantados hepáticos. valganciclovir es el fármaco de elección. Los costes asociados a la profilaxis podrían ser menores que los derivados de la monitorización de rutina y del tratamiento pre-emptivo. Se necesitan estudios más amplios para definir el régimen de profilaxis óptimo.

#### P-55. EL PACIENTE CON PATOLOGÍA HEPÁTICA CRÓNICA TERMINAL ANTE LA SITUACIÓN DE ENFERMEDAD

A.I. López-Navas<sup>a</sup>, A. Ríos Zambudio<sup>b</sup>, A. Riquelme Marín<sup>c</sup>, L. Martínez-Alarcón<sup>b</sup>, B. Febrero<sup>b</sup>, F. Moya-Faz<sup>d</sup>, J.A. Pons<sup>e</sup>, M. Miras<sup>e</sup>, P. Ramírez<sup>f</sup> y P. Parrilla<sup>g</sup>

<sup>a</sup>"Proyecto Colaborativo Internacional Donante". Departamento de Psicología. Universidad Católica San Antonio (UCAM). Murcia. España. <sup>b</sup>"Proyecto Colaborativo Internacional Donante". Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España. <sup>c</sup>Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. España. <sup>d</sup>Departamento de Psicología. Universidad Católica San Antonio (UCAM). Murcia. España. <sup>e</sup>Unidad de Trasplantes. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España. <sup>f</sup>Coordinación Regional de Trasplantes. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. España. <sup>g</sup>Unidad de Trasplante. Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. España.

**Introducción:** Ante la situación de enfermedad, el tipo de estrategia o estilo de afrontamiento será determinante en la morbilidad psiquiátrica del enfermo. Por ello, evaluar e identificar los distintos estilos de afrontamiento ante la evolución de la enfermedad es importante en la valoración de las alteraciones emocionales presentes los pacientes. **Objetivo:** Identificar como estilo de afrontamiento de ante la enfermedad la "Preocupación Ansiosa" y su relación con la sintomatología psicopatológica de tipo emocional en pacientes con enfermedad hepática crónica terminal.

**Material y métodos:** Han sido evaluados pacientes con enfermedad hepática crónica terminal (n = 63). Instrumentos de evaluación: 1) Cuestionario MAC de estilos de afrontamiento; 2) Cuestionario SA-45, evalúa somatizaciones, obsesiones-compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo.

**Resultados:** El 51% de los pacientes evaluados utilizan como estrategia inadecuada de adaptación ante la enfermedad la "Preocupación Ansiosa". A este se asocian cinco dimensiones psicopatológicas: 1) el 75% presenta sintomatología clínica en obsesiones-compulsiones, 2) el 25% en sensibilidad interpersonal, 3) el 59% en depresión, 4) el 75% en ansiedad, y 5) el 19% en ansiedad fóbica. En el análisis multivariante de los resultados, se observa que se mantiene la asociación significativa entre el estilo de afrontamiento de tipo "Preocupación Ansiosa" y la presencia de sintomatología psicopatológica de tipo obsesiva-compulsiva, con una Odds Ratio de 5,020 (p = 0,008) y de tipo ansiosa con una Odds Ratio de 4,094 (p = 0,020).

**Conclusión:** Más de la mitad de los pacientes con enfermedad hepática crónica terminal presenta un estilo ansioso de afrontamiento ante la enfermedad. La preocupación ansiosa como modo de inadaptación ante la enfermedad se asocia con una mayor presencia de sintomatología psicopatológica de tipo emocional entre dichos pacientes.

#### P-56. SINTOMATOLOGÍA PSICOPATOLÓGICA DE TIPO EMOCIONAL ENTRE LOS PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA CRÓNICA TERMINAL DE ETIOLOGÍA ETANÓLICA

A.I. López-Navas<sup>a</sup>, A. Ríos Zambudio<sup>b</sup>, A. Riquelme<sup>c</sup>, L. Martínez-Alarcón<sup>b</sup>, B. Febrero<sup>b</sup>, F. Moya-Faz<sup>d</sup>, M. Miras<sup>e</sup>, J.A. Pons<sup>e</sup>, P. Ramírez<sup>f</sup> y P. Parrilla<sup>g</sup>

<sup>a</sup>"Proyecto Colaborativo Internacional Donante". Departamento de Psicología. Universidad Católica San Antonio (UCAM). Murcia. España. <sup>b</sup>"Proyecto Colaborativo Internacional Donante". Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España. <sup>c</sup>Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico. Facultad de Psicología. Universidad de Murcia. España. <sup>d</sup>Departamento de Psicología. Universidad Católica San Antonio (UCAM). Murcia. España. <sup>e</sup>Unidad de Trasplantes. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España. <sup>f</sup>Coordinación Autonómica de Trasplantes. Consejería de Sanidad. Servicio Murciano de Salud. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. España. <sup>g</sup>Unidad de Trasplantes. Servicio de Cirugía. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Departamento de Cirugía. Facultad de Medicina. Universidad de Murcia. España.

**Introducción:** El alcoholismo es un problema social con graves consecuencias físicas, psicológicas y sociales, en los pacientes y en los familiares. Conocer las características psicopatológicas de estos pacientes facilitaría la labor de prevención.

**Objetivos:** Evaluar la sintomatología psicopatológica de tipo emocional en pacientes con cirrosis hepática etanólica crónica terminal.

**Material y métodos:** Se evalúan pacientes con cirrosis alcohólica crónica terminal tratados en nuestro centro hospitalario (n = 41). Los instrumentos utilizados son: 1) Historia socio-personal y 2) Cuestionario de sintomatología psicopatológica emocional de Gon-

zález y Cuevas (1988), evalúa: somatizaciones, obsesiones-compulsiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo.

**Resultados:** El 85% de los pacientes evaluados fueron varones y el 15% mujeres. El 71% tiene pareja y el 81% descendencia. En cuanto al nivel de estudios, el 37% no tiene estudios, el 39% graduado escolar, el 12% bachiller y el 12% estudios universitarios. En cuanto a la evaluación psicopatológica el 76% de los pacientes con cirrosis hepática etanólica presenta algún tipo de sintomatología clínica relevante. En las dimensiones evaluadas se observa que estos pacientes etanólicos presentan sintomatología emocional: 1) En somatizaciones el 37% de los pacientes; 2) En obsesiones-compulsiones el 56%; 3) En sensibilidad interpersonal el 19%; 4) En depresión el 54%; 5) En ansiedad el 59%; 6) En hostilidad el 29%; 7) En ansiedad fóbica el 10%; 8) En ideación paranoide el 7%; y 9) En psicoticismo el 5%. Los resultados obtenidos tras el análisis multivariante de los datos nos muestra que se mantiene la asociación entre pacientes de etiología etanólica y la presencia de sintomatología clínica emocional relacionada con la hostilidad con una Odds Ratio de 8,695 ( $p = 0,045$ ).

**Conclusión:** Los pacientes con cirrosis hepática etanólica presentan una elevada sintomatología psicopatológica. Las alteraciones emocionales de tipo depresiva y de hostilidad son las más frecuentes en este tipo de pacientes.

#### P-57. TRASPLANTE HEPÁTICO POR FALLO HEPÁTICO AGUDO POR SÍNDROME DE DRESS

N. Faki Gómez, I. Justo, O. Caso, S. Olivares, M. Abradelo, A. Manrique, J. Calvo, F. Cambra, E. Moreno y C. Jiménez

*Servicio de Cirugía del Aparato Digestivo C. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Objetivos:** Presentar un caso de trasplante hepático por fallo hepático fulminante secundario a síndrome de DRESS (rash medicamentoso con eosinofilia y reacción sistémica). Existen pocos casos descritos en la literatura.

**Caso clínico:** Paciente varón de 23 años que tras un cuadro catarral y toma de paracetamol y AINES, sufre un fallo hepático agudo. Además presenta un rash cutáneo extenso por todo el cuerpo. Se descartaron causas víricas y tóxicas. Ante el empeoramiento de la función hepática se decide la realización de trasplante hepático urgente. En el postoperatorio no presenta complicaciones con niveles normales de enzimas hepáticas, y desaparición del rash cutáneo. Precisa la colocación de malla abdominal que posteriormente se retira. El estudio histopatológico del hígado muestra necrosis submasiva con características compatibles con hepatotoxicidad similares a las descritas en el síndrome de DRESS.

**Discusión:** El síndrome DRESS es una forma rara de hipersensibilidad a fármacos con una alta mortalidad, que ocurre unas 2-14 semanas después del inicio de la toma de fármacos. Afecta a la piel y a otros órganos. Los inductores más frecuentes son allopurinol, antiepilépticos, minociclina, diltiazem, lamotrigina y sulfonamidas aromáticas. Los síntomas incluyen edema facial, rash cutáneo, fiebre, alteraciones hematológicas (hipereosinofilia y aumento de linfocitos atípicos) y afectación de órganos produciendo hepatitis, miocarditis, nefritis intersticial o neumonitis. Dependiendo del fármaco, se puede encontrar esplenomegalia y adenopatías. La mortalidad es del 10% debido sobre todo al fallo hepático con necrosis masiva y la enfermedad progresa aunque se suspenda la toma del medicamento causante. Existe el riesgo de recurrencia post trasplante, que es mayor si persiste la eosinofilia.

**Conclusión:** La sospecha precoz de un síndrome de DRESS y su tratamiento con corticoides a altas dosis es fundamental para evitar consecuencias fatales. El trasplante es el único tratamiento si existe fallo hepático fulminante.

#### P-58. UTILIDAD DE LA LAPAROSCOPIA EN EL MANEJO DE COMPLICACIONES TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO

N. Pedano, F. Rotellar, J. Arredondo, M. Bellver, P. Ortega y F. Pardo

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

**Introducción:** El abordaje laparoscópico ha experimentado un gran desarrollo en las últimas décadas, realizando con éxito intervenciones abdominales complejas y también abordando patología de órganos sólidos. Sin embargo, no existen referencias sobre la utilidad del abordaje laparoscópico en el manejo de sangrado en el postoperatorio del trasplante hepático.

**Objetivos:** Mostrar nuestra experiencia con el abordaje laparoscópico en el manejo de complicaciones inmediatas post trasplante hepático. Discutir las posibilidades que ofrece este abordaje así como las maniobras utilizadas para ello.

**Material y métodos:** Entre mayo del 2009 y mayo de 2011, 3 pacientes fueron intervenidos vía laparoscópica tras trasplante hepático. Un paciente por oclusión intestinal y 2 pacientes por sangrado. Paciente 1: varón de 53 años, THO por metástasis de tumor neuroendocrino, DBT II; tras 7 días del mismo presentó distensión abdominal y vómitos incoercibles, se decide laparoscopia exploradora evidenciando asas intestinal volvulada en lecho hepático; desvolvulamos sin resección. Paciente 2: varón, 37a, HVC, ADVP, MELD 15. Al 2º día postoperatorio tras ecografía realizada, evidencia ascitis de aspecto hemorrágico, tras exploración laparoscopia, se aspiran 5 litros de ascitis hemorrágica sin apreciar punto evidente de sangrado, llamando la atención fragilidad de vasos de epiplón mayor. Paciente 3: varón, 40a, HVC+, MELD 8. Al 5º día postoperatorio tras ecografía realizada se evidenció ascitis de características hemorrágicas, y tras laparoscopia exploradora, se aspiran 6,6 l de ascitis hemorrágica (Hb de 3 mg/dl). Se aprecia un leve sangrado en la zona de despegamiento del ligamento falciforme que se coagula con bipolar. Se deja un drenaje en subfrénico derecho y control en cuidados intensivos. Los pacientes recibieron injerto de cadáver. Todos presentaron buena evolución postoperatoria.

**Conclusión:** El abordaje laparoscópico es un procedimiento válido para la exploración de pacientes trasplantados hepáticos en el postoperatorio inmediato. Es una técnica útil y accesible, por lo que consideramos válida para realizar exploración quirúrgica en pacientes con complicaciones inmediatas tras THO.

#### P-59. IMPACTO DE LOS CAMBIOS EPIDEMIOLÓGICOS EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS SOBRE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA HEPATITIS FULMINANTE (HF) EN ESPAÑA

H. Uchima, A. Mas, A. Escorsell y J. Fernández

*UCI-Unidad de Hepatología. Hospital Clínic. Barcelona. España.*

**Objetivos:** Investigar el impacto de los cambios epidemiológicos de la población española sobre la etiología, características clínicas y evolución de los pacientes ingresados por HF en la UCI, durante los últimos 10 años en un hospital de tercer nivel.

**Métodos:** Datos de 87 pacientes con HF ingresados en la UCI del Hospital Clínic (2001-2010) fueron comparados con pacientes de 2 series previamente publicadas: período 1 (1988-1992); período 2 (1992-2000, incluyendo pacientes de 17 hospitales en España).

**Resultados:** La edad, género, características bioquímicas y curso clínico de la HF fue similar en las 3 series. Las diferencias más relevantes fueron la etiología (incremento significativo de HF por paracetamol y disminución de HF de causa desconocida y viral). El número de casos extra-comunitarios (no comunidad europea) aumentó significativamente en el último período. En este grupo el VHB representa un tercio de los casos (07/21, 33%), mientras que en los casos comunitarios (comunidad europea) la proporción del

VHB fue ligeramente menor (15/66, 23%; ns). En los últimos 5 años, el VHB disminuyó como causa de HF (42-30%). HF por paracetamol se produjo en 7 casos comunitarios (4 de España) frente a uno extra-comunitario. La evolución no fue significativamente diferente en las 3 series. La aplicabilidad del trasplante hepático urgente fue similar (45, 56 y 50%) con tendencia a un ligero aumento en el porcentaje de pacientes con contraindicaciones para el trasplante hepático en los periodos 1 y 3 (incluyendo pacientes de nuestro centro, que en otras circunstancias no ingresarían para manejo en UCI).

**Conclusión:** La intoxicación aguda por paracetamol parece haber aumentado como causa de HF en España, en cambio el VHB sigue disminuyendo como causa de HF en nuestro centro, pese al aumento en los casos extra-comunitarios durante los últimos 10 años.

#### P-60. NEUMOPATÍA INTERSTICIAL COMO COMPLICACIÓN INFRECUENTE DE MICOFENOLATO MOFETIL (MMF) EN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO

N. Fakih Gómez, O. Caso, I. Justo, A. Manrique, M. García, I. Domínguez, M. Gutiérrez, A. García, E. Moreno y C. Jiménez

*Cirugía General C. Hospital 12 de Octubre. Madrid. España.*

**Objetivos:** Las complicaciones respiratorias posteriores al trasplante hepático son frecuentes y habitualmente secundarias a infecciones, retención de líquidos, inmovilidad postoperatorio o como efecto secundario a medicamentos.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de paciente trasplantado hepático por virus hepatitis C más hepatocarcinoma de donante en muerte encefálica. El paciente presenta un cuadro de disnea progresiva y dolor centrotorácico. Es valorado por el servicio de infecciosas en donde se descarta la etiología infecciosa del cuadro. El TC torácico presenta hallazgos sugerentes de neumopatía intersticial no específica. La biopsia pulmonar muestra cambios histológicos inespecíficos. Ante la sospecha de neumopatía por MMF, se suspende el mismo, presentando el paciente una mejoría de su sintomatología.

**Discusión:** Las complicaciones respiratorias en el paciente trasplantado hepático son frecuentes y hay que descartar causas infecciosas como primera posibilidad. El MMF actúa a nivel del metabolismo de las purinas y es un fármaco utilizado como primera o segunda línea de tratamiento inmunosupresor. Aunque se han descrito varias patologías pulmonares secundarias a los inmunosupresores, es importante descartar otras causas sobre todo infecciosas, antes de establecer el diagnóstico. La relación temporal entre la suspensión del MMF y la resolución de los síntomas sugiere a este último como la causa más probable de la neuropatía.

**Conclusión:** El MMF debe de tenerse en cuenta como causa de neumopatía y fibrosis pulmonar en el paciente trasplantado, ya que su suspensión suele mejorar la progresión de la enfermedad y estabilizar al paciente.

#### P-61. RECURRENCIA DE HEPATOCARCINOMA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

C. Bernal, J.M. Álamo, J. Serrano, G. Suárez, L. Marín, L. Barrera, J.M. Sousa, J. Padillo y M.A. Gómez-Bravo

*Unidad de Trasplante Hepático. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.*

**Introducción:** La supervivencia del trasplantado por hepatocarcinoma (CHC) se afecta por la recurrencia (R) del mismo: precoz (RP) o tardía (RT) y ocurre con frecuencia en tumores que sobrepasan los criterios de Milán (CM) en el explante. El tratamiento pre-trasplante podría modificarlas.

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

**Pacientes y métodos:** Entre 1990-2010 se realizaron 839 TOH en 771 pacientes edad media 57,6 años. El trasplante-CHC se realizó en 133 pacientes (17,2%) (114 varones y 19 mujeres) (excluímos 13 pacientes fallecidos en el primer mes). Establecimos dos grupos: (explante cumple, o no, criterios de Milán). Se han determinado las tasas de RP y RT. Calculamos las curvas de supervivencia utilizando el método de Kaplan-Meier y comparamos con log-rank test.

**Resultados:** De 120 pacientes incluidos: 44 (36,6%) asociaban VHC+, 38 alcohol, 29 VHB y 9 otras etiologías. En 49 (41,2%) se realizó tratamiento previo. 90 cumplían con los criterios de Milán (75%). Recurrencia: 17 pacientes (14,1%), 9 pacientes cumplían CM (10%) vs 8 no (26,6%), ( $p = 0,023$ ). RP: 4 cumplían CM vs 4 no ( $p = 0,09$ ). RT: 5 cumplían CM vs 4 no ( $p = 0,15$ ). Recurrencia: 18,5% en pacientes sin tratamiento vs 8, 1% con tratamiento ( $p = 0,11$ ). Supervivencia: 1, 3 y 5 años: 82,6%, 70,9% y 62,5%.

**Conclusión:** La recurrencia es mayor en pacientes que sobrepasan en el explante los criterios de Milán. No encontramos diferencias en recurrencia precoz o tardía en pacientes con, o sin tratamiento previo.

#### P-62. MUCORMICOSIS CUTÁNEA POR ABSIDIA DE ORIGEN NOSOCOMIAL EN 2 TRASPLANTADOS HEPÁTICOS CONSECUTIVOS

F. García-Pajares

*Unidad de Hepatología. Hospital Río Hortega. Valladolid. España.*

**Introducción:** Las zigomicosis (mucormicosis) son una infección causada por hongos filamentosos de la clase Zygomycetos. Los géneros más comunes son Rhizopus, Absidia, Mucor y Rhizomucor. Es más frecuente en pacientes con hepatopatía, diabetes mellitus, desnutrición, trasplante de órganos, insuficiencia renal y neoplasias. La incidencia en trasplante hepático es de 1-9%. Presentamos 2 casos consecutivos en un corto período de tiempo en 2 trasplantados en nuestro hospital.

**Casos clínicos:** La paciente 1 es una mujer de 47 años trasplantada el 27/03/2004 por cirrosis alcohólica Child C. El día 17º post-trasplante desarrolló en la pierna izquierda una úlcera necrótica. Se tomaron biopsias y cultivos que mostraron la presencia zigomicetos tipo Absidia. Se realizó desbridamiento quirúrgico agresivo y tratamiento con anfotericina B complejo lipídico (Abelcet®). El paciente 2 es un varón de 62 años con antecedentes de diabetes mellitus tipo 2 y cirrosis alcohólica Child C, trasplantado el 10/04/2004. En el cuarto día postrasplante, el paciente presentó en ambas piernas múltiples nódulos eritematosos, dolorosos y calientes al tacto. La biopsia y el cultivo de demostraron zigomicetos tipo Absidia. Se realizó tratamiento con anfotericina B complejo lipídico (Abelcet®). La curación fue completa en ambos casos. Se investigó la posibilidad de que el origen de la infección fuera nosocomial. Los cultivos ambientales del quirófano fueron negativos. El único factor en común fue el uso de vendas en las piernas durante la cirugía; por lo que se asumió que se trataba de la fuente de la infección. Desde entonces hemos utilizado vendajes estériles y no ha habido más casos de mucormicosis.

**Conclusión:** Las zigomicosis son infecciones poco frecuentes en trasplante hepático. Las formas cutáneas se suelen localizar alrededor de la herida quirúrgica y de los orificios de los drenajes, pero es posible la transmisión nosocomial por material contaminado, como por ejemplo vendas no estériles.

### P-63. LAS NECESIDADES TRANSFUSIONALES EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO SON UN FACTOR PRONÓSTICO DE SUPERVIVENCIA

E. Fernández Fernández<sup>b</sup>, B. González Mena<sup>a</sup>, B. Albarrán Severo<sup>a</sup>, I. de la Fuente Graciani<sup>a</sup>, C. Almohalla<sup>b</sup>, F. García Pajares<sup>b</sup>, D. Pacheco Sánchez<sup>c</sup>, A.B. Dueñas Pérez<sup>a</sup>, R. del Villar Carrey<sup>a</sup>, G. Sánchez Antolín<sup>a</sup>, A. Cantalapiedra Díez<sup>a</sup> y L.J. García Frade<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Hepatología. Unidad de Trasplante Hepático. <sup>b</sup>Servicio de Hematología. <sup>c</sup>Servicio de Cirugía General. Unidad de Trasplante Hepático. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España.

**Introducción:** El trasplante hepático (TOH) requiere transfusión importante de productos sanguíneos. La mejora de la técnica quirúrgica-anestésica ha disminuido progresivamente las transfusiones intraoperatorias.

**Objetivos:** Analizar factores asociados a necesidades transfusionales durante la cirugía del trasplante. Establecer posible relación entre necesidades transfusionales y mortalidad asociada, para diseñar estrategias que las minimicen.

**Métodos:** Estudiamos retrospectivamente los TOH realizados desde 1-1-2007 hasta el 31-12-2010. Se realizaron 131 TOH en 123 pacientes. Se recogieron edad, sexo, retrasplante, indicación TOH, necesidades transfusionales (CH, plasma, plaquetas), cirugía previa al trasplante, y exitus. Se clasificó a los pacientes según necesidades transfusionales perquirúrgicas (24h desde el inicio del TOH) en 2 grupos: a) trasfusión de 20 o menos concentrados de hematies (CH) y b) más de 20 CH.

**Resultados:** La edad media fue 54,5 (24-69) años. 78,6% varones. 119 eran primer trasplante y 12 retrasplantes. La indicación TOH fue cirrosis enólica 27,6%, carcinoma hepatocelular 41,5%, Hepatopatía vírica (VHB, VHC) 19,5% y en 9,35% otras. Hubo antecedentes de cirugía previa en 27,1%. Cirrosis enólica y hepatitis VHC se asociaron con mayores requerimientos transfusionales, respecto a otras indicaciones ( $p = 0,01$ ). 115 pacientes recibieron 20 o menos CH y 15 más de 20, lo que también se asoció a mayor consumo del resto de hemoderivados ( $p < 0,0001$ ). La cirugía previa también fue significativamente más prevalente en el grupo de  $> 20$  CH (34,25% vs 22%). La supervivencia asociada al grupo  $> 20$  CH, fue significativamente menor con una mediana estimada de 72 días frente a mediana aun no alcanzada en  $> 20$  CH ( $p < 0,001$ ). La mortalidad a día +100, fue de 15, 27% (9, 57% vs 56, 3% en ambos grupos  $p < 0,0001$ ).

**Conclusión:** En nuestra serie la indicación por cirrosis enólica y hepatitis viral, el retrasplante y la cirugía previa son factores que se asocian a un aumento de necesidades de transfusión de hemoderivados durante el TOH. La transfusión de más de 20 CH se asoció de forma significativa a menor supervivencia.

### P-64. ENFERMEDAD DE INJERTO CONTRA HUÉSPED COMPLICANDO EL POSTOPERATORIO DE UN TRASPLANTE HEPÁTICO. UNA RARA PERO GRAVE ASOCIACIÓN

B. Pérez Saborido<sup>a</sup>, D. Pacheco<sup>a</sup>, P. Pinto<sup>a</sup>, A. Barrera<sup>a</sup>, J.C. Sarmentero<sup>a</sup>, P. Rodríguez-Vielba<sup>a</sup>, E. Asensio<sup>a</sup>, F. Labarga<sup>a</sup>, R. Martínez<sup>a</sup>, F. García-Pajares<sup>b</sup>, M.C. Velasco<sup>c</sup>, J.M. Martínez<sup>d</sup> y A. de Anta<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Trasplante Hepático. Servicio de Cirugía General.

<sup>b</sup>Unidad de Trasplante Hepático. Servicio de Aparato Digestivo.

<sup>c</sup>Servicio de Anatomía Patológica. <sup>d</sup>Servicio de Cuidados

Intensivos. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España.

**Introducción:** Con incidencia tras TOH  $< 1\%$  afecta al sistema gastrointestinal, piel y médula ósea. El tratamiento varía desde el incremento de inmunosupresión a la retirada. Tiene alta mortalidad especialmente debida a complicaciones infecciosas.

**Caso clínico:** Varón de 68 años con cirrosis enólica trasplantado con un donante cadáver de 42 años con identidad ABO. Postoperatorio sin incidencias y alta el 17º día con triple terapia inmunosupresora (tacrolimus, MMF y prednisona). Seis días tras después reingresa con diarreas (6-10 deposiciones líquidas/d), febrícula, fracaso renal prerrenal y rash cutáneo descamativo-pruriginoso en tronco y brazos. Las pruebas de laboratorio fueron normales (incluida función hepática) salvo un incremento de creatinina. Todos los cultivos y la toxina de *Clostridium difficile* fueron negativos. La gastroscopia y la colonoscopia demuestran ulceraciones mucosas, con una superficie irregular, nodular y friable en duodeno, íleon y colon; la biopsia: ulceraciones mucosas con pérdida del epitelio superficial, destrucción de criptas y presencia de células apoptóticas, sin inclusiones virales. La biopsia cutánea: degeneración vacuolar de la membrana basal con células disqueratóticas, células apoptóticas e infiltración linfocitaria. Con el diagnóstico de enfermedad de injerto contra huésped grado III tratamos con 3 bolos de metilprednisolona, asociando antibioterapia de amplio espectro y profilaxis antifúngica y antiviral. Tras buena respuesta inicial (mejoría de la diarrea y de las lesiones cutáneas), al iniciar el descenso empeora por lo que retiramos la inmunosupresión basal e iniciamos tratamiento con basiliximab IV  $\times 2$ , pero el paciente empeora progresivamente apareciendo leucotrombopenia, y alteraciones de las pruebas de función hepática con hiperbilirrubinemia y elevación de transaminasas, falleciendo 90 días tras el TOH. El estudio necrópsico demostró una infección sistémica por CMV.

**Conclusión:** La enfermedad de injerto contra huésped es una rara pero grave complicación tras trasplante hepático. A pesar del tratamiento, la mortalidad es alta especialmente debida a complicaciones infecciosas.

### P-65. ANEMIA HEMOLÍTICA DEBIDA AL SÍNDROME DEL LINFOCITO PASAJERO COMPLICANDO EL POSTOPERATORIO DE UN TRASPLANTE HEPÁTICO

B. Pérez Saborido<sup>a</sup>, A. Barrera<sup>a</sup>, D. Pacheco<sup>a</sup>, P. Pinto<sup>a</sup>, P. Rodríguez-Vielba<sup>a</sup>, J.C. Sarmentero<sup>a</sup>, M. Gonzalo<sup>a</sup>, M. Rodríguez<sup>a</sup>, R. Velasco<sup>a</sup>, C. Almohalla<sup>b</sup> y A. de Anta<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Trasplante Hepático. Servicio de Cirugía General.

<sup>b</sup>Unidad de Trasplante Hepático. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid. España.

**Introducción:** El síndrome del linfocito pasajero es debido a la producción de anticuerpos por los linfocitos B donante (linfocito pasajero) contra los antígenos de los hematies receptor (sistema ABO y Rh). Ocurre 1-3 semanas tras trasplante, autolimitado y se resuelve a los 3 meses. Su inicio es abrupto y puede ser desde leve a grave, dependiendo de la cantidad de tejido linfoide trasplantado, de los títulos de isoaglutininas donante y de un incremento rápido de los títulos de anticuerpos receptor.

**Caso clínico:** Varón de 59 años trasplantado por cirrosis alcohólica y HCC con donante cadáver de 75 años ABO compatible no idéntico (receptor AB y donante B. Postoperatorio inmediato sin incidencias con normalización progresiva de la función hepática. En el día 10º postoperatorio el paciente empeora bruscamente con aumento de GOT y GPT (1.341 y 542), anemia severa (Hb 3), ictericia (bilirrubina 18), disnea y fracaso renal. El ECO-Doppler y CT-abdomen fue normal. Los tests hematológicos demostraron elevación LDH (3.220), haptoglobina 5,8, Coombs directo positivo (IgG +++, C3d +++, IgA ++ e IgM -), anticuerpos anti-A en el receptor, Coombs indirecto negativo, y anti-A sobre los hematies. Hallazgos compatibles con anemia hemolítica debida a linfocito pasajero. Tratamos al paciente con transfusión de 16 [Htes], reposición hídrica, hemofiltración, corticoides y cambio de inmunosupresión de tacrolimus a everolimus, con mejoría progresiva de las cifras de Hb, función renal y hepática. Fue dado de alta el día 31 con Hb 10,9, GOT 22, GPT 44, bilirrubina 1, 3, LDH 176 y Cr 1,9.



**Conclusión:** El síndrome de linfocito pasajero es debido a la producción de anticuerpos por los linfocitos B del donante contra los antígenos de los hematíes del receptor. Suele cursar abruptamente con alteración de la función hepática y anemia hemolítica. Es autolimitado y el tratamiento es transfusión y esteroides.

## P-66. SÍNDROME DEL COMPARTIMENTO ABDOMINAL Y TRASPLANTE HEPÁTICO

M.A. Suárez Muñoz, A. González Sánchez, M.C. Montiel Casado, B. Sánchez Pérez, J.L. Fernández Aguilar, J.A. Pérez Daga, A. Titos García y J. Santoyo Santoyo

*Cirugía General, Digestiva y Trasplantes. Hospital Regional Universitario Carlos Haya. Málaga. España.*

A pesar de los avances en el conocimiento de los efectos deletéreos del aumento de la presión intraabdominal, y de una de sus principales consecuencias, el síndrome del compartimento abdominal, pocas referencias existen en relación con su aparición en pacientes sometidos a trasplante hepático. Al igual que en otros contextos clínicos, la etiología del síndrome es multifactorial. Sin embargo, en relación con el trasplante hepático, una de sus causas condicionantes puede ser la desproporción injerto/receptor. Presentamos el caso de un paciente de 56 años de edad trasplantado de manera electiva en junio de 2010 por presentar una cirrosis VHC y un hepatocarcinoma de 3 cm de diámetro. El procedimiento se llevó a cabo mediante la técnica de preservación de vena cava inferior con shunt portocava temporal. Debido a una desproporción entre el tamaño del injerto y el espacio ofrecido por la fosa hepática, en el momento del cierre de la laparotomía subcostal bilateral, y en orden a prevenir el desarrollo de un síndrome de hipertensión intraabdominal, se decidió el cierre de la pared abdominal mediante colocación de una malla de colágeno porcino (Permacol®) en contacto con la superficie hepática sobresaliente, y sobre ella una malla de polipropileno. A su llegada a la unidad de cuidados intensivos, el paciente presentaba una presión intraabdominal de 20 mmHg (medida mediante catéter urinario), con unos valores de transaminasas de AST/ALT 8.326/2.496 respectivamente. La creatinina ascendió hasta un valor de 1,6 mg/dl (normal preoperatoriamente), apreciándose un importante descenso en el volumen de diuresis. Dada la normal evolución de parámetros de síntesis hepática, se realizó inducción con basiliximab, tratamiento depleitivo intenso y uso de procinéticos con el objetivo de reducir la presión intraabdominal. La evolución postoperatoria fue favorable, con normalización progresiva de parámetros y alta del paciente al 10º día postrasplante.

## P-67. COMPLICACIONES BILIARES EN 743 TRASPLANTES ORTOTÓPICOS CON RECONSTRUCCIÓN BILIAR MEDIANTE COLÉDOCO-COLEDOCOSTOMÍA SOBRE TUBO EN T

M. Gastaca<sup>a</sup>, A. Matarranza<sup>a</sup>, F. Muñoz<sup>b</sup>, A. Valdivieso<sup>a</sup>, J. Bustamante<sup>c</sup>, A. Aguinaga<sup>b</sup>, P. Ruiz<sup>a</sup>, M. Testillano<sup>c</sup>, J. González<sup>a</sup>, I. Terreros<sup>b</sup>, A. Ventoso<sup>a</sup>, J.R. Fernández<sup>c</sup>, M.J. Suárez<sup>c</sup>, M. Montejo<sup>d</sup> y J. Ortiz de Urbina<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático. <sup>b</sup>Unidad de Radiología Intervencionista. <sup>c</sup>Unidad de Hepatología. <sup>d</sup>Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital Universitario de Cruces. Baracaldo. España.

**Objetivos:** Presentar nuestra experiencia de 14 años realizando la colédoco-coledocostomía sobre tubo en T (CC T).

**Material y métodos:** Entre febrero de 1996 a abril de 2010, se realizaron 833 trasplantes ortotópicos en 790 pacientes. Se estudió retrospectivamente nuestra base de datos para identificar las complicaciones biliares en los 767 pacientes con una CC T. Se excluyeron aquellos que fallecieron o fueron retrasplantados durante la

primera semana. El grupo de estudio lo constituyen 743 trasplantes. La CC T se realiza rutinariamente con puntos sueltos de Maxon 6-0. Se utiliza un tubo en T de goma (no silicona) de 2, 5 o 2 mm. Se realizan colangiografías en el día +7 y a los 3 meses.

**Resultados:** La incidencia de complicación biliar fue del 10,2%. Trece casos (1,7%) desarrollaron una estenosis tratada mediante dilatación percutánea o endoscópica en 11 casos y con hepático-yeyunostomía en 2. Observamos una fuga biliar en 42 casos (5,7%), 17 fueron anastomóticas y 25 perikehr. El 73,8% se trató satisfactoriamente abriendo el tubo en T mientras que el drenaje percutáneo o endoscópico fue necesario en 7 casos. Cuatro pacientes necesitaron cirugía, todos ellos con fístula anastomótica, realizando 3 hepático-yeyunostomías y una reanastomosis. Seis pacientes (0,8%) sufrieron una salida accidental del tubo; solo uno de ellos fue intervenido. La retirada programada del tubo en T se realizó en 689 casos. Observamos 7 complicaciones (1%) tratadas medicamente en 5 casos y mediante cirugía en 2: sutura del orificio y drenaje abdominal, respectivamente. En general, 10 pacientes fueron reintervenidos por complicaciones biliares (1,3%). La mortalidad asociada fue del 0,1% (1 paciente).

**Conclusión:** La incidencia de complicaciones biliares, tanto global (10,2%) como tras la retirada programada del tubo en T (1%), la necesidad de tratamientos quirúrgicos (1,3%) y la mortalidad asociada (0,1%) pueden considerarse como muy bajas.

## P-68. EVOLUCIÓN CLÍNICA DEL TRASPLANTE COMBINADO HÍGADO-RIÑÓN EN NUESTRO PROGRAMA DE TRASPLANTE

P. Ruiz<sup>a</sup>, M.D. Galván<sup>b</sup>, J. Jurado<sup>a</sup>, F. Núñez<sup>a</sup>, G. Costán<sup>a</sup>, J. Briceño<sup>c</sup>, J. Ruiz<sup>c</sup>, J.L. Montero<sup>a</sup> y M. de la Mata<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España. <sup>b</sup>Aparato Digestivo. Hospital General de Ciudad Real. España. <sup>c</sup>Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

**Introducción:** El trasplante hepático (TH) combinado es una alternativa terapéutica eficaz cuando se produce disfunción grave e irreversible de varios órganos.

**Objetivos:** Evaluar la evolución clínica en los pacientes trasplantados de hígado-riñón en nuestro centro.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo del grupo de pacientes adultos trasplantados de hígado-riñón en nuestro programa de trasplante hepático.

**Resultados:** Desde el 14/07/1989 hasta el 18/05/2011 se han realizado en nuestro centro 832 trasplantes hepáticos en adultos, de los cuales 20 (2,4%) fueron trasplantes combinados: 4 hígado-pulmón y 16 hígado-riñón (4 con páncreas). Se evaluaron estos últimos 16 pacientes: 81% hombres y 19% mujeres, edad media de 44,75 años  $\pm$  2,91 (17-62). El tiempo medio de isquemia hepática fue de 9,23  $\pm$  0,77 horas (4-15) y renal de 12,11  $\pm$  0,85 (7-16). La etiología más frecuente de la enfermedad hepática basal fue cirrosis C (50%) y etílica (31,25%), mientras que la enfermedad renal más frecuente fue de origen multifactorial (37,5%) y nefropatía diabética (25%). El 75% de los pacientes presentaban un estadio funcional B de Child-Pugh y un MELD medio de 19,2  $\pm$  3,26 (10-30). El 60% de los pacientes tenían comorbilidad asociada (47% diabetes mellitus). El 80% presentaron complicaciones postrasplante inmediatas, siendo la más frecuente la disfunción del injerto renal (33%) y las infecciones (33%) sobre todo urinarias (70%). La incidencia de rechazo agudo hepático fue de 26,7% y renal del 33,3%. Como complicaciones a largo plazo (69%) predominó la recidiva de la enfermedad basal (29%) y disfunción del injerto renal (21,4%). De los 16 pacientes, 3 presentaron neoplasias de novo. La supervivencia global fue del 68,8%.

**Conclusión:** El trasplante combinado hígado-riñón presenta en nuestra serie una baja incidencia de rechazo agudo tanto hepático como renal, y se muestra como una excelente alternativa en cuanto a supervivencia a largo plazo.

### P-69. COMPLICACIONES BILIARES EN TRASPLANTE HEPÁTICO CON Y SIN TUTORIZACIÓN MEDIANTE TUBO EN T

J.M. Benítez Cantero<sup>a</sup>, G. Costán Rodero<sup>a</sup>, J.L. Montero Álvarez<sup>a</sup>, C. Naveas<sup>a</sup>, M.D. Ayllón<sup>b</sup>, E. Fraga<sup>a</sup>, P. Barrera<sup>a</sup>, P. López Cillero<sup>b</sup>, A. Luque Molina<sup>a</sup> y M. de la Mata García<sup>a</sup>

<sup>a</sup>Unidad de Gestión Clínica. Aparato Digestivo. <sup>b</sup>Unidad de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba. España.

**Introducción:** Las complicaciones biliares postrasplante hepático constituyen una causa frecuente de morbi-mortalidad, con una incidencia entre 10-30%. Últimamente se ha ido abandonando el empleo del tubo en T en la reconstrucción de la vía biliar.

**Objetivos:** Comparar las complicaciones biliares en los grupos con y sin tubo en T y determinar posibles factores de riesgo.

**Material y métodos:** Estudio retrospectivo de 95 trasplantados hepáticos adultos consecutivos, con tubo en T (grupo 1, n = 45) y sin Kehr (grupo 2, n = 50) entre enero 2008 y diciembre 2010. Se recogieron variables del receptor, cirugía y donante.

**Resultados:** Incluidos 70 hombres (78,9%), con una edad media de 53,9 ± 0,94 (21-73). Las indicaciones principales fueron insuficiencia hepatocelular (46, 48,4%) y hepatocarcinoma (28, 29,5%); causa: alcohol en 50 pacientes (52,6%); 10 asociaban VHC (10,5%), 12 CHC (12,6%); y 37 VHC (38,9%); 15 con CHC (15,8%). Mediana de seguimiento: 665 días. La supervivencia global fue 86,3% con 6,3% retrasplante. Solo 18 pacientes (18,9%) presentaron complicaciones biliares mayores (necesidad de tratamiento intervencionista). Los tratamientos aplicados fueron: 11 CPRE (11,6%); 3 CTH (3,2%); 4 cirugía (4,2%). No hubo diferencias en la mortalidad; y la incidencia de complicaciones biliares mayores fue similar en los dos grupos (9/45 vs 12/50, p 0,64), así como el tratamiento aplicado, aunque la estenosis de la anastomosis biliar fue más frecuente en el grupo sin Kehr (14/50 vs 4/45, p 0,01).

**Conclusión:** El trasplante hepático con anastomosis biliar sin tubo en T no presenta en general mayores complicaciones biliares, aunque la estenosis de la anastomosis biliar es más frecuente. El procedimiento de abordaje más común para la resolución de la estenosis fue la CPRE.

### P-70. MORTALIDAD PRECOZ POSTRASPLANTE HEPÁTICO SEGÚN MELD E INDICACIÓN

P. Ruiz, J.L. Montero Álvarez, F. Núñez, J. Jurado, P. Barrera, A. Poyato, G. Costán, E. Fraga, R. Ciria, P. López-Cillero y M. de la Mata

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

**Introducción:** La progresiva generalización de la priorización en lista de trasplante hepático es controvertida al poder conllevar un aumento en la morbi-mortalidad postrasplante.

**Objetivos:** Comparar la morbi-mortalidad precoz postrasplante en enfermos priorizados según Meld y/o indicaciones especiales.

**Material y métodos:** Pacientes adultos (excluidos fallo hepático agudo y retrasplante) trasplantados hepáticos en una lista priorizada según Meld e indicación especial (ascitis refractaria y hepatocarcinoma). Se estudian variables clínico-analíticas y evolutivas del paciente y donante.

**Resultados:** 116 pacientes (93; 80,2% hombres) fueron incluidos, con edad media de 54,09 ± 0,74 años (23-73) y supervivencia precoz global del 86,2% (100/116). Las indicaciones fueron las siguientes: 50 (43,1%) insuficiencia hepatocelular (IH), 20 (17,2%), ascitis refractaria (AR), 38 (32,7%), hepatocarcinoma (HCC) y 8 (6,9%) otras. Entre los 3 primeros grupos (IH, AR y HCC) hubo diferencias significativas en los valores de Meld pretrasplante (IH 20,52 ± 4,79, AR Meld y Meld-Na 12,70 ± 3,8 y 20,10 ± 4,91, HCC 11,45 ± 4,6, p < 0,05) y tiempo en lista de espera en días (108,59 ± 90,59, 216,95 ± 130,31 y 177,81 ± 93,76), pero no se logró demostrar diferencias significativas en cuanto mortalidad (4/50, 3/20 y 4/38, p 0,75). Tampoco hubo diferencias significativas en las características del donante (lesión de preservación, esteatosis, edad), ni en las complicaciones postrasplante (insuficiencia renal, vasculares, biliares, infección, rechazo), tiempo de hospitalización, consumo de hemoderivados o tiempo de ventilación mecánica.

**Conclusión:** La priorización en lista de trasplante hepático por Meld y/o indicaciones especiales no incide en la mortalidad ni en la aparición de complicaciones postrasplante. En nuestro sistema de priorización está favorecido el grupo de insuficiencia hepatocelular, aunque esto no se traduce en diferencias en morbi-mortalidad entre los grupos.