

Comunicaciones orales I

O-1

TRATAMIENTO DE LA RECIDIVA DE LA INFECCIÓN POR EL VIRUS DE LA HEPATITIS C (VHC) POST-TH CON INTERFERÓN PEGILADO (PEG-IFN) Y RIBAVIRINA (RBV) EN LOS PACIENTES VIH: RESULTADOS PRELIMINARES DEL ESTUDIO DE COHORTE FIPSE OLT-HIV-05-GESIDA (2002-2007)

L. Castells¹, M. Montejó², I. Bilbao¹, A. Rafecas³, A. Rimola⁴, J. Fortún⁵, P. Miralles⁷, M. Blanes⁶, M. De la Mata⁸, J. Pons⁹ y J.M. Miró⁴

¹Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona. ²Hosp. Cruces Bilbao. ³Hosp. Univ. Bellvitge, Barcelona. ⁴Hosp. Clinic-IDIBAPS Univ. Barcelona. ⁵Hosp. Ramón y Cajal, Madrid. ⁶Hosp. Univ. La Fe Valencia. ⁷Hosp. Gregorio Marañón, Madrid. ⁸Hosp. Univ. Reina Sofía, Córdoba. ⁹Hosp Univ. Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivo: Valorar la eficacia y seguridad del tratamiento con PEG-IFN y RBV de la recurrencia del VHC post-TH en los pacientes VIH-VHC.

Métodos: Estudio cohorte prospectivo y multicéntrico de 89 pacientes sometidos a TH por coinfección VIH-VHC entre 2002-2007. Veinte pacientes (22,5%) fallecieron durante el seguimiento. Setenta y cuatro pacientes (83%) presentaban coinfección por VIH-VHC. Se presentan los resultados de los primeros 18 pacientes evaluados. Se realizó un análisis por intención de tratamiento.

Resultados: La edad media fue: 42 (38,46) años, el 83% fueron hombres y la ADVP (61%) fue el factor de riesgo más frecuente. La media del MELD pre-TH fue: 11 (11,18). El tratamiento antiretroviral basado en efavirenz fue el más frecuente (61%). La media de CD4 pre-TH fue 324 (194, 490) cel/mm³ y el 89% de los pacientes presentaban carga VIH indetectable. La pauta de inmunosupresión se basó en ciclosporina (33,3%) y en tacrolimus (66,6%) de los pacientes y la tasa de rechazo fue del 56%. Los genotipos 1/4 ó 2/3 fueron detectados en 12 (67%) y 5 (28%) pacientes respectivamente. El tratamiento antiviral se inició como media a los 7 (5,11) meses post-TH. La RVP, RFT y RVS fue de 11(61%), 7 (39%) y 6 (33%) pacientes, respectivamente. La RVS según el genotipo fue del 17% en genotipo 1/4 y del 80% en genotipo 2/3, respectivamente. Once pacientes (61%) requirieron eritropoyetina y cuatro (22%) G-CSF debido a anemia grave o neutropenia. Tras un seguimiento medio de 27 (17,35) meses, seis (33%) pacientes fallecieron debido a la pérdida del injerto por la recidiva del VHC y un paciente (5,5%) recibió un re-TH.

Conclusiones: El tratamiento con PEG-IFN y RBV en los pacientes VIH-VHC sometidos a TH es seguro, requiere frecuentemente tratamiento de soporte y presenta una RVS del 33%. Se requieren nuevas estrategias terapéuticas para mejorar el pronóstico.

O-2

ANÁLISIS PRECOZ DE LOS BIOMARCADORES SÉRICOS DE FIBROSIS TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO: UTILIDAD EN LA HEPATITIS C RECURRENTE GRAVE

D. Michelaud¹, M. Salcedo², D. Rincón², M. Vega Catalina², O. Núñez², G. Clemente², M.A. Muñoz-Fernández¹, R. Bañares² y S. Resino¹

¹Laboratorio de Inmunobiología. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid. ²Unidad de Trasplante Hepático.

La hepatitis C (HVC) tras el trasplante hepático (TH) es el principal condicionante de la evolución a largo plazo; La hipertensión portal (HP) y fibrosis al año del TH se han asociado con mal pronóstico. Diversos marcadores séricos se han relacionados con la progresión de la fibrosis en pacientes con hepatitis C, no trasplantados.

Objetivo: Análisis de biomarcadores de fibrogénesis en el periodo precoz (a 3 meses del TH) como factores predictivos de hepatitis C recurrente grave, considerada como el desarrollo de fibrosis y/o Hipertensión portal al año del TH.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 37 TH consecutivos (19 cirrosis VHC y 18 cirrosis etílica, grupo control). Se analizaron parámetros de función hepática y marcadores séricos de fibrosis a los 3 meses del TH. Se consideró hepatitis C grave (HCG) en caso de fibrosis > F1 (score Metavir) y/o hipertensión portal (GPVH > 6 mmHg) al año del TH. Los biomarcadores analizados incluyeron los de inflamación y quimiotaxis (TNF- α , IP-10, MCP-1, RANTES, MIP-1B), angiogénesis (VEGF, HGF, Ang2), adipocinas (insulina, índice HOMA, Leptina), activación endotelial (sVCAM-1, sICAM-1), degradación de la matriz extracelular (MMP-9, TIMP-1) y síntesis de colágeno (ácido hialurónico AH), analizados en un panel mediante inmunoensayo (Luminex 100™ analyzer) y ELISA; los valores se expresan como mediana y rango intercuartílico.

Resultados: 12 de 19 pacientes mostraron HCG. A 3 meses del TH presentaron mayores niveles de IP10, sVCAM-1 y ácido hialurónico que los pacientes con hepatitis C leve y que los controles: IP10 [820 (2409), 348 (280), 180 (240) pg/ml], sVCAM-1 [2466 (839), 1266 (916), 1354 (1330) ng/ml], ácido hialurónico [624 (246), 434 (351), 326 (207) pg/ml]. Mediante curvas ROC se identificaron como valores predictivos de HCG: IP10 > 590: 0,74 (0,5-0,9); sVCAM-1 > 1481: 0,89 (0,7-1), y ácido hialurónico > 461: 0,70(0,5-0,9).

Conclusión: Los niveles séricos de IP-10, sVCAM-1 y ácido hialurónico a tres meses del TH se asocian a recidiva grave de la hepatitis C. La evaluación de estos biomarcadores puede identificar a los pacientes con mal pronóstico, que se pueden beneficiar de medidas terapéuticas específicas y precoces.

O-3

TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTES MAYORES DE 70 AÑOS EN RECEPTORES VHC

A. Escartín Arias, G. Sapisochin Cantis, C. Dopazo Taboada, M. Caralt Barba, L. Castellés Fuste, J. Bueno Recio, I. Bilbao Aguirre y J. Balsells Valls

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

La cirrosis VHC es la principal causa de trasplante hepático (TH) en nuestro país. Aunque hay evidencias de que los donantes mayores de 50 años influyen negativamente en la evolución del receptor VHC+, más del 75% de nuestros donantes superan dicha edad, lo que hace inevitable su empleo. Nuestro interés actual es saber si hay una edad a partir de la cual el riesgo sea inasumible.

Entre 1997 y 2005 hemos trasplantado 116 pacientes VHC+ con donantes > 50 años. Excluimos splits, VIH+, retrasplantes y mortalidad hospitalaria. Grupo D70 (21 receptores VHC+ donante > 70 años) y grupo D50-70 (62 receptores VHC+ donantes 50-70 años). Ambos grupos fueron similares al comparar las características receptor y cirugía, pero reflejan una mejor selección de los D70. Otros factores de riesgo de mala evolución del VHC analizados D70 vs D50-70: rechazos (19% vs 39%), infección CMV (5% vs 10%), tiempo de isquemia (433 vs 420 min) tampoco mostraron diferencias.

Han fallecido por cirrosis hepática o causas directamente relacionadas al VHC el 14% de D70 y el 21% de D50-70 ($p = 0,5$).

Valoramos la severidad de la recidiva VHC al año del trasplante por presentar un grado de lesión superior a hepatitis aguda (hepatitis colostásica, crónica, cirrosis o exitus por cirrosis): El 80% de D70 presentaba un grado avanzado frente al 69% del D50-70 ($p = 0,5$).

La supervivencia actuarial a 1-3-5 años de ambos grupos fue D70: 95-77-77% y D50: 70-90-73-64% LogRank = 0,4

Con una adecuada selección y manejo de los D70 los resultados son similares al grupo D50-70 en cuanto a supervivencia y evolución de la recidiva VHC. Aunque se recomienda no asociar donantes añosos con receptores VHC+, no hemos hallado datos que nos obliguen a ser estrictos en este aspecto.

O-4

LA ESTEATOSIS DEL DONANTE COMO FACTOR DE RIESGO DE SUPERVIVENCIA DEL INJERTO Y RECURRENCIA VIRAL EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO POR HEPATITIS C

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

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

Introducción: No existen conclusiones firmes acerca de la influencia que un órgano esteatósico ejerce sobre un trasplante por VHC respecto a supervivencia del injerto y grado de recurrencia viral postrasplante.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 120 trasplantes consecutivos por cirrosis debida a VHC. El grado de esteatosis fue catalogado en: no esteatosis (0-10%; $n = 40$; 33%), leve (10-30%; $n = 32$; 26,9%), moderada (30-60%; $n = 29$; 24,4%) y severa ($\geq 60\%$; $n = 19$; 16%). Se analizaron, sin obtenerse diferencias, las características entre los distintos grupos de sexo, edad, tiempo de isquemia fría y MELD del receptor. La supervivencia del injerto se analizó con el test de Kaplan Meier (test exacto log-rank). La recurrencia viral fue medida en periodos de 3 meses postrasplante y detectada mediante niveles elevados de transaminasas, biopsia y/o PCR de RNA-VHC. Las proporciones de recurrencia para cada categoría de esteatosis fueron comparadas (corrección de Bonferroni).

Resultados: 56 injertos se perdieron (46%) durante el periodo de seguimiento. La supervivencia de los injertos disminuyó con el incremento de la esteatosis del donante: 82%, 72% y 72% a 1, 2 y 3 años respectivamente postrasplante con injerto no esteatósico; 73%, 63% y 58% con esteatosis leve; 74%, 62% y 43% si la esteatosis fue moderada; y 62%, 49% y 42%, con esteatosis severa (chi-

square = 5.793; $P = 0,012$). La recurrencia viral fue más frecuente y precoz en receptores de injertos con esteatosis $\geq 30\%$ (46% vs 32% a 3 meses, $p = 0,017$; 58% vs 43% a 6 meses, $p = 0,020$; 70% vs 56% a 12 meses, $p = 0,05$; y 95% vs 69% a los 3 años postrasplante, $p = 0,0001$).

Conclusiones: La recurrencia de hepatitis C fue más frecuente y precoz en receptores de órganos con esteatosis moderada y severa contribuyendo a una menor supervivencia del injerto con elevado contenido graso. El trasplante con injertos que presenten esteatosis $\geq 30\%$ debería restringirse en receptores VHC.

O-5

DIAGNÓSTICO DE LA ESTEATOSIS HEPÁTICA POR IMPEDANCIA

R. Villa Sanz¹, D. Parramón Capdevila¹, A. Guimerà Brunet¹, I. Erill Sagalés¹, C. Fondevila Campo², A. Hessheimer², J. Fuster Obregón² y J.C. García-Valdecasas Salgado²

¹Centro Nacional de Microelectrónica, Consejo Superior de Investigaciones Científicas, Bellaterra, Barcelona. ²Unidad de Trasplante Hepático. Instituto de Enfermedades Digestivas. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona.

Introducción: La esteatosis hepática (EH) es la principal causa de fallo postrasplante y el mayor causante de rechazo de hígado donante por causa patológica. La biopsia es la prueba habitual para diagnosticar esteatosis, pero es un procedimiento invasivo, lento y costoso.

La bioimpedancia eléctrica ha sido descrita como un parámetro relacionado con la estructura tisular y, en concreto, con el espacio extracelular.

El aumento del tamaño del hepatocito en EH modifica la relación de espacio extracelular/intracelular, causando alteraciones en la microcirculación hepática ampliamente reportadas, y que pueden derivar en menor resistencia a las situaciones de isquemia inherentes al trasplante hepático. La bioimpedancia puede ser útil para analizar la alteración estructural del tejido hepático y su grado de esteatosis. En este estudio se valida la bioimpedancia como indicador no invasivo e inmediato del grado de EH.

Materiales y métodos: Se han utilizado ratas modificadas genéticamente para hacer estudios sobre hígados esteatósicos. Se usaron dos grupos de estudio con ratas Zucker Fat ($n = 3$) y Zucker Lean ($n = 3$; control) de 4 a 14 semanas de vida. Se hicieron medidas multifrecuenciales a cuatro puntas de bioimpedancia mediante un sensor colocado en la superficie hepática y medidas del microflujo hepático mediante una sonda óptica. Posteriormente los hígados fueron extraídos y preparados para su estudio histológico.

Resultados: Los grados de EH obtenidos por histología fueron correlacionados con la bioimpedancia y el microflujo medidos. Los valores de bioimpedancia se correlacionan inversamente con los de microflujo y ambos diferencian claramente los hígados esteatósicos de los normales, así como los diferentes grados de EH.

Conclusiones: Durante los procedimientos de trasplante hepático es fundamental contar con un indicador precoz del grado de esteatosis. En este estudio mostramos los primeros resultados de la utilización de la bioimpedancia como un nuevo método rápido y no invasivo para medir el grado de EH.

O-6

IMPACTO DE LAS TÉCNICAS DE IMAGEN EN LA DETECCIÓN DE HEPATOCARCINOMA EN CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

F. García Pajares¹, I. Anacabe Goyogana², G. Sánchez Antolín¹, E. Villacastin Ruiz², M.A. Vallecillo¹, A. Vara², M.A. Citores³ y R. Velicia Llamas¹

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

El avance en las técnicas de imagen de los últimos años, permiten realizar un diagnóstico más preciso del hepatocarcinoma tanto en ta-

maño tumoral como en número de nódulos de cara a la indicación de trasplante hepático.

Objetivo: Evaluar la sensibilidad y especificidad de las pruebas de imagen en el diagnóstico de hepatocarcinoma en los pacientes sometidos a trasplante hepático.

Material y métodos: Desde Noviembre 2001 hasta Enero 2007 fueron trasplantados en el Hospital Río Hortega 149 pacientes. Se revisaron de manera retrospectiva los hallazgos preoperatorios de las pruebas de imagen (Ecografía, TAC y RMN) y dichos hallazgos se compararon con los encontrados en el hígado explantado como gold Standard.

Resultados: El estudio de los hígados explantados evidenció la presencia de hepatocarcinoma en 35 pacientes, con un total de 64 nódulos. En 2 pacientes las pruebas de imagen fueron negativas y el explante mostraba tumor (Falsos Negativos), y 1 paciente fue diagnosticado de hepatocarcinoma y el explante mostró únicamente nódulos de regeneración (Falso Positivo). La sensibilidad global de las técnicas de imagen para diagnosticar Hepatocarcinoma fue de 94,28% (85,2-100) y la Especificidad de 99,1% (97-100). Asimismo, el Valor Predictivo Positivo (VPP) global de las pruebas de imagen fue de 97,05% (89,9-100) y el Valor Predictivo Negativo (VPN) 98,26% (95,4-100). Tanto La Eco como el TC detectaron significativamente menos nódulos de los diagnosticados en el explante ($p < 0,05$), sin embargo no hubo diferencias entre los nódulos detectados por la RMN y el explante ($p = 0,35$).

Conclusiones: La sensibilidad y especificidad de las pruebas de imagen para el diagnóstico de hepatocarcinoma, es muy elevada, consiguiéndose una tasa mínima de Falsos positivos y negativos y minimizando las indicaciones de trasplante incorrectas. La RMN es la exploración que detecta mayor número de nódulos frente a ecografía y TAC. Nuevas técnicas como la Ecografía con contraste podrían simplificar el algoritmo diagnóstico.

O-7

FACTORES ASOCIADOS A LA EVOLUCIÓN DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL CARCINOMA HEPATOCELULAR

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

Cirugía Hepatobiliopancreática, Hospital Virgen Del Rocío, Sevilla.

Objetivo: Evaluar la morbilidad, la recurrencia tumoral y la supervivencia de los pacientes trasplantados por hepatocarcinoma.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 56 pacientes con HCC trasplantados en 15 años (10,77% del total de TOH). 91,1% varones, edad media 53,88%. VHC 42,9%, alcohol 33,9%, VHB 17,9%. Se analizan curvas de supervivencia y análisis multivariantes y univariantes de factores asociados a recidiva y morbilidad.

Resultados: En explante: tamaño medio 3,08 cm, 25% multinodulares, 58,9% encapsulados, 19,6% incidentales, 5,4% satelitosis, 32,1% necrosis, 19,6% invasión vascular, 16,1% invasión capsular (17,9% no cumplen criterios de Milán (NCM)). Mortalidad global 19,6% (54,6% si recidiva) (supervivencia 44% en la serie global de TOH),

12,5% recidiva (30% NCM) con 58,4% metástasis, tiempo libre de enfermedad 46,04 meses y 10,5 meses en los casos de recidiva (23 meses NCM). 7,1% de recidiva si quimioembolización o alcoholización en lista de espera frente a 13,6% sin tratamiento previo. Factores asociados a mal pronóstico ($p < 0,05$): NCM, invasión capsular, satelitosis, tamaño, grupo sanguíneo O e infección postoperatoria. Factores asociados a buen pronóstico ($p < 0,05$): HCC incidental, Child-Pugh C, disfunción primaria del injerto, complicaciones vasculares y rechazo agudo celular, sobre todo si se trata con OKT3.

Conclusiones: El TOH es el mejor tratamiento para el HCC, con tasas de supervivencia globales superiores incluso al resto de TOH e índices de recidiva bajos y asociados entre otros a HCC que no cumplen los criterios de Milán.

O-8

CALIDAD DE VIDA EN TRASPLANTE HEPÁTICO: REVISIÓN SISTEMÁTICA DE LOS ESTUDIOS QUE UTILIZAN SF-36 COMO INSTRUMENTO DE MEDIDA

S. Tome¹, J. Wells², A. Said² y M. Lucey²

¹Unidad de Hepatología, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago. ²Gastroenterology and Hepatology UW CSC Madison.

La calidad de vida tras el trasplante hepático mejora notablemente sin embargo la tasa mejoría no es uniforme en todas las áreas. El presente trabajo analiza los estudios publicados sobre calidad de vida en Trasplante hepático con atención a estudios que utilizan SF-36 como instrumento de medida.

Materiales y métodos: Búsqueda bibliográfica en Pub Med, Cochrane y Embase. Las coordenadas han sido "liver transplantation", "quality of life", "employment", "sexuality", and "gender". Se restringió a estudios publicados en Inglés y utilizando instrumentos validados, en adultos y entre Enero/1963 y enero/ 2007.

Se identificaron 613 artículos, 95 de los cuales contenían información relevante. Entre ellos 52 son longitudinales con información que incluía ítems relativos al pre y post trasplante. Sobre estos estudios se realizó un Sign Test en dominios comunes. Además se realizó un análisis específico de los estudios que utilizaron SF-36 (total 21).

Un total de 1.676 enfermos fueron incluidos en el análisis con una media de seguimiento de 12 meses después del trasplante. El análisis 8 áreas de salud evaluadas por SF-36 comparadas con la población control demostró tasas significativamente altas para la población control en seis dominios Función física: -21,15 ($p: 0,008$); rol físico: -30,54 ($p < 0,0001$); rol emocional: -11,18 ($p: 0,003$); funcionamiento social: -11,2 ($p < 0,0001$); energía mean diff: -10,45 ($p: 0,02$); salud general: -16,34 ($p < 0,0001$). Los dominios específicos de Dolor físico: -10,08 ($p: 0,19$); salud mental: -1,68 ($p: 0,11$) resultaron similares en los dos grupos. El análisis de 52 estudios con diferentes instrumentos respecto al pretrasplante en salud general ($p < 0,0001$), adaptación psicosocial ($p = 0,002$), funcionamiento físico ($p < 0,0001$), social functioning ($p = 0,01$) y salud psicológica ($p = 0,05$) pero no en function sexual ($p = 0,45$).

Conclusión: La calidad de vida mejora tras el trasplante, sin embargo cuando se compara con controles sanos, los pacientes trasplantados presentan significativos déficits en diferentes dominios.

Comunicaciones orales II

O-9

TRASPLANTE HEPÁTICO CON INJERTO PROCEDENTE DE DONANTE EN ASISTOLIA. RESULTADOS PRELIMINARES

J.C. Montejo González¹, M. Catalán González¹, J.C. Meneu Díaz², M.B. Estébanez Montiel¹, B. Pérez Saborido², M. Ochoa Calero¹, M. Abradelo de Usera² y E. Moreno González²

¹Medicina Intensiva, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

²Servicio de Cirugía General, Aparato Digestivo y Trasplante de Órganos Abdominales. Hospital Universitario 12 de Octubre.

Introducción: La posibilidad de utilizar injertos hepáticos de donantes en asistolia (DA) incrementa la disponibilidad de órganos para trasplante hepático (TxH). No obstante, existen dudas sobre la supervivencia de este tipo de injertos y sobre la repercusión en los receptores.

Objetivo: Valorar diferencias en el postoperatorio inmediato de TxH con injertos procedentes de DA (TxHDA) respecto a los de donante en muerte encefálica (DME) (TxHDME).

Material y métodos: Estudio prospectivo casos-control en pacientes adultos con TxH. Periodo de estudio: 2 años. Los pacientes se dividieron en dos grupos según tipo de injerto: Grupo estudio: TxHDA; Grupo control: TxHDME. Ambos fueron tratados con el mismo protocolo. Se analizaron parámetros del donante y evolución postoperatoria del receptor: edad, género, patología de base, situación hepática basal, nivel de gravedad en UCI, evolución postoperatoria en UCI y hospitalaria. El análisis estadístico se realizó con SPSSv11.

Resultados: Incluyeron 39 pacientes: TxHDME: 26; TxHDA: 13. Los DA presentaban mayores cifras de citolisis; amilasa; rhabdomiolisis, acidosis metabólica e hiperglucemia que DME. En los receptores no hubo diferencias en distribución por sexos; Child-Pugh y MELD previos al TxH. La edad media fue mayor en TxHDA ($60,8 \pm 4,7$ vs 52 ± 11 años). No hubo diferencias en tiempos de isquemia. La incidencia de complicaciones postoperatorias fue mayor en el grupo TxHDA (76% vs 55%). Se apreció mayor incidencia de síndrome de reperfusión (77% vs 31%), disfunción del injerto (31% vs 15%) y grado de coagulopatía durante las primeras 72 horas post-TxH en los TxHDA. Tres pacientes TxHDA precisaron retrasplante y ninguno en TxHDME. La estancia media en UCI y hospitalaria fue también mayor en TxHDA $7,26 \pm 8,7$ vs $4,11 \pm 4,63$ días y $20,51 \pm 19,85$ vs $20,43 \pm 11,12$ días respectivamente. En este grupo, la mortalidad en UCI fue del 23% y la hospitalaria del 31%. Ningún paciente falleció en el TxHDME.

Conclusiones: 1) Los TxHDA presentan mayor incidencia de síndrome de reperfusión, disfunción del injerto y coagulopatía que

los TxHDME, precisando mayor cantidad de hemoderivados durante la cirugía y postoperatorio inmediato. 2) Los TxHDA presentan mayor incidencia de complicaciones en el postoperatorio inmediato. 3) Los datos deben ser confirmados con mayor número de casos.

O-10

IMPACTO DE LA HEPATITIS ALCOHÓLICA HISTOLÓGICA EN EL EXPLANTE HEPÁTICO SOBRE EL RESULTADO DEL TRASPLANTE

S. Tome¹, J. Wells², R. Agni³, A. Said², S. Hughes², P. Dureja² y M. Lucey²

¹Unidad de Hepatología, Hospital Clínico Universitario de Santiago, Santiago. ²Gastroenterology and Hepatology. UWCS. Madison.

³Pathology Department. UW CSC Madison.

Es incierto si la presencia de Hepatitis alcohólica histológica (HAH) en el explante es un factor pronóstico negativo para el paciente o para el injerto.

El objetivo del presente estudio es examinar la presencia de HAH en el explante en ausencia de Hepatitis alcohólica clínica y relacionar su presencia con el resultado del trasplante.

Se han comparado pacientes con y sin Hepatitis alcohólica histológica y pacientes trasplantados por otras causas diferentes al alcohol. De 1.097 trasplantes, en 148 la causa fue por cirrosis alcohólica. Se seleccionó una población control de 125 pacientes con similares características donde el trasplante se realizó por motivos distintos a la cirrosis alcohólica. 32 casos de 148 presentaban HAH y 118 casos fueron catalogados como cirrosis simple. Un 28% de los cirróticos alcohólicos confesaron menos de 6 meses de abstinencia alcohólica y un 54% menos de 12 meses. Se encontró una relación entre la abstinencia alcohólica menor de 12 meses y hallazgos de HAH en el explante ($p = 0,009$). La supervivencia entre los trasplantados por Cirrosis alcohólica resultó la misma a otras causas ($p = 0,53$). De la misma manera la supervivencia del injerto y del paciente entre aquellos que exhibían Hepatitis histológica y los que presentaban una cirrosis simple fue similar ($p = 0,13$ y $p = 0,11$ respect). La tasa de recaída alcohólica fue del 16% y no se documentaron pérdidas de injerto ni descenso de supervivencia cuando se compararon con enfermos de otras categorías. De igual forma, tampoco se documentó una mayor tasa de recaída entre aquellos enfermos con hepatitis histológica y los que no presentaban este hallazgo. En el análisis multivariante ni la duración de la abstinencia ni la recaída alcohólica influyeron en la supervivencia.

En conclusión, la presencia de hepatitis histológica en el explante no predice peor pronóstico en relación a recaída alcohólica o supervivencia del paciente o del injerto hepático.

O-11

UTILIDAD DE UN PROGRAMA DE DIAGNÓSTICO PRECOZ DE NEOPLASIAS DE NOVO POST-TRASPLANTE HEPÁTICO

J.I. Herrero¹, F. Alegre¹, J. Quiroga¹, F. Pardo², M. Iñarrairaegui¹, B. Sangro¹, F. Rotellar², C. Montiel² y J. Prieto¹

¹Unidad de Hepatología, Clínica Universitaria, Pamplona. ²Servicio de Cirugía. Clínica Universitaria.

Las neoplasias de novo son una causa frecuente de mortalidad tras el trasplante hepático. Se desconoce si los programas de detección precoz pueden ser útiles.

Objetivo: Evaluar la eficacia de un programa de diagnóstico precoz de neoplasias de novo en un programa de trasplante hepático.

Métodos: Se registraron las neoplasias de novo diagnosticadas a 308 trasplantados hepáticos (excluyendo las neoplasias cutáneas y los síndromes linfoproliferativos). Los pacientes se dividieron en dos grupos: Grupo A (pacientes con neoplasia diagnosticada a través de un programa de diagnóstico precoz) y grupo B (pacientes con neoplasias diagnosticadas de forma incidental o sintomáticas). Se compararon las supervivencias tras el diagnóstico de la neoplasia en ambos grupos.

Resultados: En el grupo A se diagnosticaron 11 neoplasias a 9 pacientes. En el grupo B se diagnosticaron 26 neoplasias a 24 pacientes. Todos los pacientes del grupo A se encuentran vivos y libres de neoplasia tras una mediana de seguimiento de 19 meses. En el grupo B han muerto 18/24 (75%) pacientes, todos ellos como consecuencia de la neoplasia, tras una mediana de seguimiento de 13 meses. La supervivencia de los pacientes del grupo A fue significativamente mayor que la del grupo B ($P = 0,003$).

Conclusión: Los pacientes con neoplasia post-trasplante hepático diagnosticada como consecuencia de un programa de seguimiento para diagnóstico precoz tiene una supervivencia tras el diagnóstico de neoplasia mayor que los pacientes a los que la neoplasia se les diagnosticó por ser sintomática o de forma incidental. Los programas de diagnóstico precoz de neoplasia en los receptores de trasplante hepático, pueden tener una repercusión positiva sobre la supervivencia.

O-12

INFLUENCIA DE LA INMUNOSUPRESIÓN E IMPLICACIÓN DEL VIRUS C (VHC) EN LA APARICIÓN DE DIABETES DE NOVO (NODM) POSTRASPLANTE HEPÁTICO

B. Sánchez Pérez, J. Santoyo Santoyo, J.M. Aranda Narváez, J.L. Fernández Aguilar, M.A. Suárez Muñoz, J.A. Pérez Daga, A.J. González Sánchez y M. Jiménez Hernández

Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante hepático, Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Objetivo: Conocer la incidencia de NODM y de alteración de la glucemia basal (IFG) en pacientes trasplantados y definir las variables causantes de su distribución.

Diseño: Estudio observacional descriptivo transversal estudiando la relación NODM/IFG y la inmunosupresión empleadas, controlando potenciales variables confundentes (edad, sexo, obesidad, VHC). Se incluyeron 127 pacientes, con una mediana de edad de 52 años (20-65). Se excluyeron de los 200 primeros trasplantes los pacientes con diabetes pretrasplante y seguimiento menor 6 meses. Se analizaron las variables categóricas mediante Chi-cuadrado y las cuantitativas mediante T de Student. Se estratificó para VHC, única variable confusora con significación estadística y se calculó OR de Mantel-Haenszel (ORM-H) de forma global e independiente para NODM e IFG.

Resultados: Seguimiento medio de 73.7 meses (7-120). 93 pacientes (73,2%) recibieron ciclosporina (CyA) y 34 (26,8%) tacrolimus (Tac). 30 pacientes (23,6%) presentaron NODM/IFG, 15 (6 NODM, 9 IFG) en el grupo de CyA y 15 (7 NODM, 8 IFG) en el de Tac ($p = 0,001$, OR 4,1). Los dos grupos presentaban homogeneidad en cuanto a las variables confusoras salvo para el VHC ($p = 0,01$). De los pacientes con VHC positivo (55 pacientes), 12 pacientes presentaron NODM/IFG, 9 recibían Tac y 3 CyA ($p = 0,03$, OR 7,7), mientras que en los pacientes VHC negativo (72 pacientes) la asociación CyA/Tac con NODM/IFG no alcanzaba la significación estadística. La ORM-H fue

de 4,9. La consideración de los eventos NODM y IFG por separado determinó que la interacción del VHC con la inmunosupresión se produce fundamentalmente en los casos de IFG (VHC+: $p = 0,008$, OR 8).

Discusión: En base a estos resultados puede definirse una asociación entre Tac y la aparición de NODM/IFG. El riesgo es mayor en pacientes VHC positivos, sobre todo en lo que respecta a la IFG. Cabría plantearse, la elección del tratamiento inmunosupresor en función del status pretrasplante.

O-13

RESULTADOS PRELIMINARES DEL REGISTRO ANDALUZ DE INMUNOSUPRESIÓN. PAPEL DEL MICOFENOLATO

F. Pareja Ciuro¹, M. Jimenez², F. Nogueras³, L. Barrera Pulido¹, D. Marin², M.D. Espinosa³, J. Rodrigo², M.A. López-Garrido³ y M.A. Gómez Bravo¹

¹Unidad de Trasplante Hepático, HH.UU. Virgen Del Rocío, Sevilla.

²H. Carlos Haya. ³Hospital Virgen de Las Nieves.

Objetivos: Se propone la elaboración de un registro que recoja la evolución general de los pacientes trasplantados de hígado en la comunidad andaluza.

Método: Se realiza un análisis prospectivo de 169 pacientes trasplantados hepáticos entre enero-04 y mayo-06. Los datos se recogen en una base de datos específicamente desarrollada para el proyecto y se recogen datos epidemiológicos del receptor y donante, inmunosupresión, efectos secundarios, evolución analítica y clínica, rechazo del injerto y status del enfermo. Se estudian el tipo y la frecuencia de efectos secundarios la incidencia de rechazo agudo y la respuesta a los diferentes tipos de tratamiento en enfermos con Micofenolato Mofetil (MMF) como inmunosupresor de inducción y sin MMF.

Resultados: La primera causa de trasplante es la cirrosis etílica (39,6%), seguida de cirrosis VHC y hepatocarcinoma. Se retrasplantaron 5 pacientes (3%). El inmunosupresor principal más usado fue tacrolimus (71%), seguido de MMF (34%). El 95% asoció esteroides. Se indujo con antiCD25 en el 14%. La tasa de rechazo agudo fue 12,4% (no hay diferencias entre grupo con MMF y sin MMF). La supervivencia al año es de 89,3%, sin diferencias entre grupos. La incidencia de diabetes mellitus postrasplante y la cifra de creatinina en los cortes a 3-6 y 12 meses es significativamente menor en pacientes con MMF vs sin MMF ($p < 0,005$). No hay diferencias en las cifras de leucocitos, plaquetas, colesterol, ácido úrico y triglicéridos entre ambos grupos. No hay diferencias de incidencia de hipertensión entre ambos grupos en ningún corte.

Conclusión: El uso de MMF puede contribuir a la optimización de la función renal en pacientes trasplantado, así como a mejorar otros factores de riesgo vascular como la diabetes durante el primer año postrasplante sin comorbilidad asociada. En próximos análisis reportaremos datos a más largo plazo.

O-14

INHIBIDORES DEL MTOR EN PACIENTES TRASPLANTADOS EN EDAD PEDIÁTRICA

R. Díez Dorado, M. Maldonado Smith, A. Medina Vega y J. Bueno Recio

Unidad de Trasplante Hepático Infantil, Hospital Infantil Vall d'Hebrón, Barcelona.

Los inhibidores de mTor (ImTor) (rapamicina y everolimus) son nuevos inmunosupresores con efecto antitumoral, sin los efectos adversos de los anticalcineurínicos (tacrolimus y ciclosporina) como nefrotoxicidad, neurotoxicidad, hipertensión y diabetes. Su indicación está reservada para casos concretos.

Objetivo: Analizar nuestra experiencia con ImTor en pacientes con trasplante hepático en edad pediátrica.

Pacientes y métodos: Revisión retrospectiva de 11 pacientes que recibieron ImTor entre 2000 y 2006. La edad media al tratamiento fue de 11,9 años y el tiempo postrasplante de 8,1 años. La indicación del ImTor fue: rechazo agudo severo corticorresistente ($n = 4$), rechazo crónico ($n = 1$), nefropatía por anticalcineurínicos ($n = 4$), linfoma ($n = 1$), alergia alimentaria/hirsutismo severo ($n = 1$).

Resultados: El seguimiento medio ha sido de 1,8 años. En los 4 niños con rechazo agudo cortico-resistente (sirolimus asociado a tacrolimus y corticoides) este se resolvió sin la necesidad de utilizar anticuerpos monoclonales (normalización de enzimas al mes, al 4º y al 6º mes del tratamiento). El paciente remanente continúa con disfunción sin presentar rechazo en la biopsia de control. La niña con rechazo crónico continúa con disfunción presentando también colangitis de repetición. En los 4 pacientes con disfunción renal no se ha observado mejoría del filtrado glomerular. En la niña con hirsutismo e hipertrofia gingival desaparecieron. El paciente con linfoma está en remisión completa tras la quimioterapia. No ha aparecido ningún episodio de rechazo durante el tratamiento. Los efectos secundarios observados fueron: hiperlipemia (6), neumonía/neumonitis (5), infecciones de piel (2), aftas bucales (2). Se suspendió el ImTor en 3 pacientes por: neumonías de repetición (n = 1), abscesos cutáneos (n = 1) y otro por pancitopenia severa (paciente con glucogenosis y esplenomegalia). **Conclusiones:** Los ImTor, asociados a anticalcineurínicos pueden rescatar pacientes con rechazo agudo corticorresistente. Como inmunosupresor basal es efectivo. Hasta el momento, no hemos observado mejoría de la función renal en los pacientes con nefropatía establecida. La neumonitis y dislipemia es frecuente.

O-15

CONVERSIÓN A EVEROLIMUS CON REDUCCIÓN O SUPRESIÓN DE ICN EN PACIENTES RECEPTORES DE UN TRASPLANTE HEPÁTICO CON DISFUNCIÓN RENAL: DATOS A 6 MESES DE UN ENSAYO MULTICÉNTRICO ALEATORIZADO

E. Varo¹, I. Bilbao², V. Cuervas-Mons³, I. Herrero⁴, M. De la Mata⁵, M. Prieto⁶

¹Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Clínico Universitario Santiago de Compostela, Santiago de Compostela. ²Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Vall d'Hebrón, Barcelona. ³Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Puerta de Hierro, Madrid. ⁴Unidad de Trasplante Hepático, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona. ⁵Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ⁶Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: La disfunción renal debida a nefrotoxicidad relacionada con un inhibidor de calcineurina (ICN) es frecuente después del trasplante hepático, y está asociada con un aumento de la mortalidad. Hemos investigado si la conversión, de pacientes con disfunción renal, a everolimus con ICN reducido/eliminado mejoraría la función renal.

Métodos: Ensayo abierto, multicéntrico, de 6 meses de duración. Se aleatorizaron, 144 pacientes receptores de trasplante hepático, con disfunción renal relacionada con ICN, en dos grupos. El grupo A permaneció en dosis estándar de ICN y la actual terapia adyuvante (ácido micofenólico [MPA] o azatioprina±corticosteroides). En el grupo B, el MPA o la azatioprina se discontinuaron el día 1 y se inició la administración de everolimus (3 mg/día), ajustada hasta alcanzar los niveles objetivos de C₀. La dosis de ICN se redujo un 50% el día 1, y otro 50% más si la C₀ de everolimus era ≥ 3 ng/mL y la tasa de filtración glomerular (TFG) era < 10 mL/min respecto los datos basales; la administración de ICN era interrumpida si la función renal no había mejorado en ≤ 10 mL/min respecto los datos basales. Para formar parte del ensayo se seleccionaron pacientes adultos receptores de un trasplante hepático primario de 12 a 60 meses antes con TFG ≥ 20 y ≤ 60 mL/min y recibiendo tacrolimus o CsA. Fueron criterios de exclusión disfunciones renales no debidas a ICN; proteinuria $\geq 1,0$ g/24 h; rechazo agudo < 6 meses antes. La variable principal es la TFG a los 6 meses.

Resultados: Se presentarán los resultados a 6 meses de los 144 pacientes reclutados, incluyendo función renal (TFG), fallo de eficacia (rechazo agudo comprobado por biopsia, pérdida del injerto o muerte) y variables de seguridad.

Conclusión: El estudio mostrará si la conversión a everolimus con ICN reducido/suprimido puede mejorar la función renal en pacientes con trasplante hepático y nefrotoxicidad relacionada con ICN sin pérdida de eficacia.

O-16

RIESGO DE RECHAZO EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO Y ESTADO CRÍTICO

L. Rafael-Valdivia, A- Sánchez-Fueyo y A. Rimola
Servicio Hepatología, Hospital Clinic, Barcelona.

Los pacientes sometidos a agresiones importantes y en situaciones críticas, como cirugía mayor, hemorragia grave, shock o sepsis, presentan inmunodepresión severa. Por tanto, es posible que los pacientes con trasplante hepático (TH) y estado crítico presenten inmunodepresión de base, que se asociaría a una menor tendencia a presentar rechazo en comparación a pacientes no críticos. Sin embargo, no existen estudios que hayan evaluado tal posibilidad.

Objetivo: Determinar si los pacientes con TH en estado crítico presentan riesgo disminuido de rechazo.

Métodos: Revisión retrospectiva de historias clínicas de 62 pacientes consecutivos con TH primario, sin otros trasplantes, HIV-, supervivencia > 7 días y no incluidos en ensayos clínicos con inmunosupresores. El tratamiento inmunosupresor planeado fue un inhibidor de calcineurina (ICN, tacrolimus o ciclosporina) con corticoides. Período de estudio: postoperatorio inmediato (30 días post-TH; fase de mayor riesgo de rechazo y situaciones críticas). Los pacientes se clasificaron en críticos (Grupo A, n = 15) y no críticos (Grupo B, n = 47) según presentaran o no fallo de 2 o más órganos (Spanier, Crit Care Med 1995;23:466).

Resultados: La incidencia de rechazo fue similar en ambos grupos: 20% en el grupo A v. 25% en el grupo B. Sin embargo, los grupos A y B difirieron significativamente (p = 0,000) en relación a la inmunosupresión recibida, que fue considerada correcta (ICN $> 90\%$ días, niveles de tacrolimus > 7 ng/mL o ciclosporina > 150 ng/mL) en 13% vs 53%, regular (ICN $> 90\%$ de días, pero niveles inferiores a los mencionados, con adición de micofenolato) en 40% vs 40%, o insuficiente (ICN $< 90\%$ de días, con adición de micofenolato) en 47% vs 6%, respectivamente. La incidencia de infecciones (53% vs 19%) y mortalidad (20% vs 0%) fueron superiores (p $< 0,01$) en el grupo A. **Conclusiones:** Los pacientes con TH y estado crítico presentan igual riesgo de rechazo que los pacientes no críticos a pesar de recibir una inmunosupresión menos intensa, lo que sugiere un estado de inmunodepresión de base en los primeros.

O-17

UTILIDAD DEL EVEROLIMUS COMO TERAPIA INMUNOSUPRESORA DE RESCATE EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO Y NEOPLASIAS

J. Gómez Camarero, M. Salcedo, D. Rincón, G. Clemente, A. Matilla, J. Calleja, J.L. García Sabrido y R. Bañares
Unidad de Trasplante Hepático, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Las neoplasias constituyen un importante condicionante de morbi-mortalidad tardía tras el trasplante hepático (TH). El Everolimus posee propiedades antitumorales y antiangiogénicas; su uso puede ser útil en pacientes con neoplasias tras el TH, al aunar el efecto inmunosupresor, antitumoral y antiangiogénico.

Objetivo: Evaluar la seguridad y el impacto en la supervivencia de la reconversión a Everolimus en monoterapia en pacientes con TH y neoplasia.

Pacientes y método: Se incluyeron 10 pacientes con diagnóstico consecutivo de neoplasia (noviembre de 2004 a julio de 2006); se analizó la incidencia de rechazo, toxicidad, infección, progresión tumoral y complicaciones vasculares. La supervivencia tras el diagnóstico tumoral se comparó con el grupo histórico con similares neoplasias no tratados con Everolimus (curvas Kaplan-Meier, comparación con Log-Rank Test. Los resultados se expresan como mediana (rango)).

Resultados: 10 pacientes, hombres, fueron diagnosticados de Ca. Esófago, pulmón, laringe, Hepatocarcinoma, S. Kaposi y linfoma hepático (1,3,1,1,3,1) a 38 (2-142) meses del TH.

El TH se realizó por cirrosis etílica en 7 casos; la IS inicial se basó en anticalcineurínicos y esteroides, con micofenolato en caso de insuficiencia renal. El intervalo diagnóstico de la neoplasia-reconversión

fue 4 (2-42) meses. La mediana de edad en la reconversión, 54 (35-64) años.

La dosis de Everolimus osciló entre 0,5-1,5 mg/12 h (objetivo terapéutico 3-8 ng/ml). El seguimiento con Everolimus fue de 10,8 (4-23) meses. No se objetivó rechazo ni toxicidad significativa (4 casos, sin precisar disminución de la dosis ni suspensión). En 3 casos se registraron complicaciones infecciosas. Al final del seguimiento 8 viven, 6 en remisión completa. La mediana de supervivencia de los pacientes con Everolimus fue 18 meses (7-36 meses), superior al grupo histórico (100%, 100%, 75% Vs 46%, 26% y 13%) a 6, 12 y 24 meses respectivamente ($p = 0,015$).

Conclusión: La monoterapia con Everolimus parece una alternativa segura y útil en pacientes con neoplasias postrasplante.

O-18

FRECUENCIA, INDICACIONES Y RESULTADOS DEL CAMBIO A CICLOSPORINA EN PACIENTES INICIALMENTE INMUNOSUPRIMIDOS CON TACROLIMUS

M.L. González Dieguez¹, A. Miyar², V. Cadahía¹, P. Alonso¹, L. Vazquez², L. Barneo², I. González-Pinto² y M. Rodríguez¹

¹Servicio Digestivo, Hospital Universitario Central Asturias, Oviedo.

²Servicio de Cirugía, Hospital Universitario Central de Asturias.

Objetivo: Describir la frecuencia de conversión de tacrolimus a ciclosporina, los motivos y los resultados tras la misma.

Pacientes: 148 consecutivos receptores de un primer trasplante y tratados inicialmente con tacrolimus (112 varones; edad: 53 ± 9 años). Indicaciones TH: cirrosis alcohólica (CAL) 58, CHC 44, cirrosis vírica 30, otras 17. Seguimiento: $26,3 \pm 18,9$ meses.

Resultados: 18 (12%) fueron convertidos a CyA en un plazo de $84,8 \pm 199$ días. El 56% de los cambios se hicieron durante el primer mes y el 44% durante los 3 primeros meses. Causas del cambio: toxicidad neurológica (TN) 14 y diabetes de-novo (DM) 4. El cambio por TN fue más frecuente en trasplantados por CAL que en trasplantados por otras causas (12% vs 6%) y en los que habían tenido episodios de encefalopatía que en aquellos sin encefalopatía (14% vs 5%), sin diferencias significativas. El cambio por DM fue más frecuente en trasplantados por cirrosis VHC que por otras causas (8% vs 0%; $p = 0,009$). Los síntomas de TN se resolvieron en todos tras el cambio y la DM se resolvió en 3/4. 8/18 (44%) pacientes se reconvirtieron a tacrolimus en un periodo de 152 ± 196 días tras la conversión a CyA. Causas de reconversión: rechazo agudo en 5 (27%) e IR en 3. Tras la reconversión no hubo recurrencia de las complicaciones neurológicas. La supervivencia entre los convertidos a CyA y los que no precisaron conversión fue similar (94% y 85% vs 91% y 84% a 1 y 3 años).

Conclusiones: En nuestra serie, un 12% precisó conversión a ciclosporina por efectos adversos. El motivo más frecuente fue la toxicidad neurológica. La conversión por diabetes fue más frecuente en pacientes trasplantados por VHC. La conversión es segura y eficaz en la resolución de los efectos adversos. No obstante, casi la mitad de los pacientes precisaron reconversión de nuevo al FK, sin recurrencia de las complicaciones neurológicas.

O-19

1.000 TRASPLANTES HEPÁTICOS EN EL HOSPITAL DE BELLVITGE. EVOLUCIÓN Y SITUACIÓN ACTUAL

L. Lladó, J. Fabregat, J. Castellote, L. Secanella, E. Ramos, D. Julia, J. Torras, A.G. Ruiz de Gordejuela, C. Baliellas, C. Valls, X. Xiol, T. Serrano, J. Figueras y A. Rafecas

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

Desde 1984 hasta 2007, se han realizado 1.000 trasplantes hepáticos en el Hospital de Bellvitge.

Pacientes: Analizamos la base de datos prospectiva, estudiando por periodos de 200 pacientes (5 grupos), la evolución quirúrgica y resultados. Mostramos los resultados cuantitativos en medianas, y los cualitativos en %.

Resultados: Las principales indicaciones fueron hepatocarcinoma (292,30%), cirrosis enólica (215, 22%), y cirrosis VHC (159, 16%). Se indicó retrasplante en 106 pacientes (11%). A lo largo de las etapas aumentó la edad de los donantes (GI: 27, GII: 48, GIII: 44, GIV: 49, GV: 59 años), así como el porcentaje de donantes con AVC (GI: 21%, GII: 52, GIII: 49, GIV: 54, GV: 54).

No ha variado de forma significativa el tiempo quirúrgico, ni el tiempo de isquemia, pero si ha disminuido la transfusión (CH: GI: 16, GII: 10, GIII: 3, GIV: 2, GV: 0), la estancia en UCI (GI: 6, GII: 6, GIII: 4, GIV: 4, GV: 3), la estancia hospitalaria (GI: 26, GII: 23, GIII: 16, GIV: 12, GV: 11), las reintervenciones (GI: 21%, GII: 17, GIII: 10, GIV: 5,5, GV: 6,6) y la mortalidad hospitalaria (GI: 27%, GII: 4, GIII: 9, GIV: 4,5, GV: 6). E4), El porcentaje global de complicaciones es del 60%, pero en estos periodos ha disminuido la disfunción primaria (GI: 6%, GII: 14, GIII: 11, GIV: 7,5, GV: 4), de rechazo (GI: 43%, GII: 29, GIII: 16, GIV: 17, GV: 14) y de complicaciones biliares (GI: 22,5%, GII: 28, GIII: 19, GIV: 13, GV: 15). La supervivencia actuarial global a 1, 5, y 10 años es de 79%, 64%, y 49% respectivamente.

Conclusiones: La evolución técnica y de manejo peroperatorio han permitido mejorar progresivamente los resultados del trasplante hepático, hasta los resultados actuales.

Comunicaciones orales III

O-20

PAPEL DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA CURACIÓN DE LAS METÁSTASIS NEUROENDOCRINAS. EXPERIENCIA ESPAÑOLA

F. San Juan¹, R. Robles², M. Bustamante³, A. Rafecas⁴, A. Valdivieso⁵, J.C. Meneu⁶, E. Tejero⁷, P. López Cíleros⁸, F. Pardo⁹, J. Calleja¹⁰, M.A. Moreno¹³, D. Casanova¹¹ y P. López Hervás¹²

¹Unidad de Cirugía y Trasplante Hepático, Hospital LA FE, Valencia.

²Hospital Virgen de la Arrixaca Murcia. ³Hospital Xeral de Galicia Santiago de Compostela. ⁴Hospital de Bellvitge Barcelona. ⁵Hospital de Cruces. Bilbao. ⁶Hospital 12 de Octubre Madrid. ⁷Hospital Universitario Zaragoza. ⁸Hospital Reina Sofía de Córdoba. ⁹Clinica Universitaria Navarra Pamplona. ¹⁰Hospital Gregorio Marañón Madrid. ¹¹Hospital Marques de Valdecilla Santander. ¹²Hospital Ramón y Cajal Madrid. ¹³Hospital Virgen del Rocío de Sevilla.

Objetivo: Conocer los resultados del TxH en el tratamiento de las Mts Neuroendocrinas, valorando los factores que influyen en la supervivencia del paciente y en la recurrencia tumoral.

Material y métodos: Se analizan 52 casos, realizados hasta 12/05, 27 de tipo Carcinoide, 58% en varones, con edad media de 46 años (19-66), diagnosticadas en un 70% antes o simultáneamente con el tumor primario, localizadas en páncreas en 31 casos y en 9 en intestino delgado. La cirugía del tumor primario se realizó antes del TxH excepto en seis casos que fue simultáneo (3) o precedieron al mismo en 3 semanas (3).

Resultados: La morbilidad del proceso fue alta 46,2%, con una tasa de TAH del 7,7%, índice de RetXh del 11,5% y mortalidad del 19,2%. La mortalidad fue mayor en los que se realizó simultáneamente el TxH con la resección del tumor primario (3/6) o en los que precisaron ReTxH (3/6). La supervivencia global fue del 46% a los 5 años, siendo mejor para el grupo carcinoide (55,8% vs 34,3% p 0,058) influenciada por la morbilidad del TxH, de modo que eliminada esta es similar para ambos grupos (57,1 vs 51,6). En el estudio multivariante se acercaron a la significación estadística el tipo tumoral y el momento de la aparición de las mts. La recurrencia tumoral ha sido del 57% a los 5 años, existiendo en la actualidad 23 pacientes sin recurrencia, 6 mas allá de los 5 años. En el estudio multivariante la afectación ganglionar y la indicación por dolor mostraron significación estadística.

Conclusiones: La curación en casos seleccionados de pacientes es posible. Los factores que influyen en la supervivencia son el tipo carcinoide, las mts metacrónicas y la ausencia de morbilidad en el TxH, y para la recurrencia la afectación locoregional en el momento del mismo.

O-21

ESTUDIO COMPARATIVO DE DOS SOLUCIONES DE PRESERVACIÓN EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

S. Deusa Gea, R. López Andújar, E. Montalvá Orón, F. San J. Rodríguez, A. Moya Herráiz, J.J. Vila Carbó, E. Pareja Ivars, M. de Juan Bargueño y J. Mir Pallardó

Unidad Hepatobiliopancreática y Trasplante, Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Objetivos: El objetivo de este estudio es comparar la eficacia de las soluciones de Celsior y de la Universidad de Wisconsin (UW) en la preservación de hígados para trasplante en cuanto a la función inicial y supervivencia de los pacientes.

Material y método: Desde marzo 2003 hasta mayo 2005, se incluyeron en un estudio prospectivo randomizado un total de 196 hígados de donante cadáver utilizados para trasplante, 104 perfundidos con UW y 92 con Celsior. Comprobada la homogeneidad estadística de ambos grupos en cuanto a esteatosis hepática, características de donantes y receptores (tabla 1), analizamos comparativamente, según el líquido de preservación empleado (fig. 1), la función de los injertos recogiendo las variables SGOT, SGPT, bilirrubina total e índice de Quick en los días 1º, 3º, 7º, 15º, 30º y 3º mes postoperatorios, y la supervivencia al año, 2º y 3º año de los pacientes. Efectuamos un análisis de la varianza para medidas repetidas, y para la supervivencia utilizamos Kaplan-Meier y se compararon con los log-rank.

TABLA I. Características de los receptores

	Celsior n = 92 (%)	Wisconsin n = 104 (%)	P
Edad	53 ± 12,9	52 ± 8,9	ns
Sexo			
Hombre	75 (81,5)	76 (73)	ns
Mujer	17 (18,5)	28 (27)	
Child-Pugh			
A	12 (13)	14 (13)	ns
B	32 (35)	33 (32)	ns
C	45 (49)	54 (52)	ns
No procede	3 (3)	3 (3)	ns
Tiempo isquemia			
Fría (min)	323,9 ± 147,4	361,7 ± 181,1	ns
Tiempo isquemia caliente (min)	44,6 ± 13,9	43,7 ± 16,4	ns
Tiempo quirúrgico (min)	256,0 ± 38,6	255,0 ± 53,2	ns

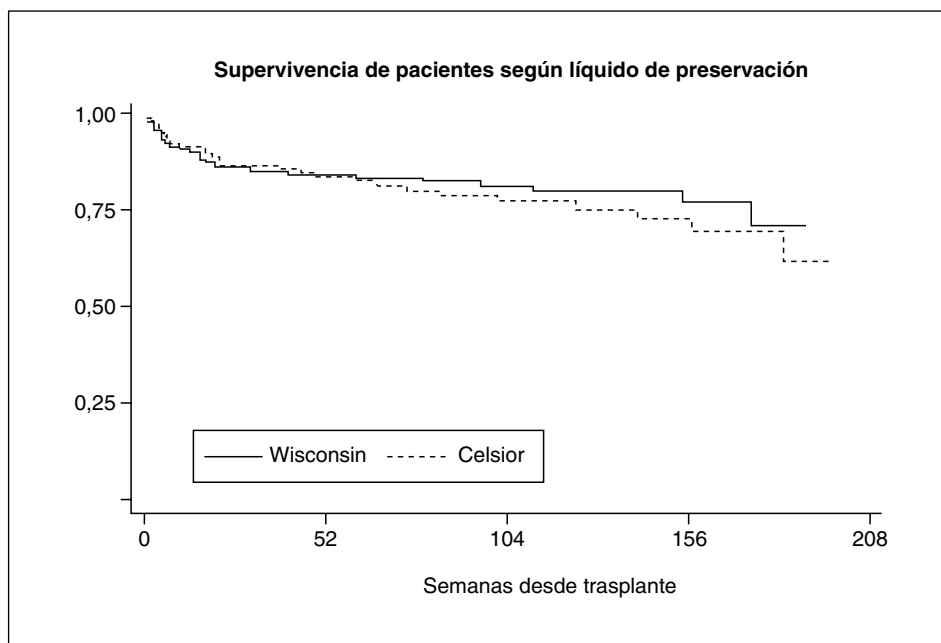


Fig. 1.

Resultados: Al comparar las variables, comprobamos que los injertos perfundidos con Celsior mostraron niveles inferiores de SGPT en el 3º mes postoperatorio ($p = 0,01$), y niveles inferiores de bilirrubina total en el 1º mes postoperatorio ($p = 0,03$) (tabla II). Ninguna diferencia más observamos en los parámetros analíticos durante el tiempo de estudio. Episodios de disfunción primaria del injerto fueron numéricamente inferiores en el grupo de Celsior con 5 (5,5%) casos que en el grupo UW con diez (9,7%) casos ($p = ns$). Las supervivencias actuariales de pacientes al año, dos y tres años fueron en Celsior del 83%, 76% y 72% ($p = ns$), y en UW de 84%, 81% y 77% ($p = ns$), respectivamente.

Conclusiones: La solución Celsior es tan efectiva como la solución UW en la preservación de injertos hepáticos durante el postoperatorio inmediato y en la supervivencia a uno, dos y tres años.

TABLA II. Resultado de parámetros analíticos según el líquido de preservación

	Celsior media $\pm$ DE	Wisconsin media $\pm$ DE	P
SGOT 1º día po	515 $\pm$ 1059	527 $\pm$ 829	ns
SGOT 3º día po	177 $\pm$ 633	166 $\pm$ 254	ns
SGOT 7º día po	58 $\pm$ 47	63 $\pm$ 88	ns
SGOT 15º día po	49 $\pm$ 52	54 $\pm$ 83	ns
SGOT 30º día po	52 $\pm$ 57	59 $\pm$ 82	ns
SGOT 3º mes po	48 $\pm$ 56	65 $\pm$ 76	ns
SGPT 1º día po	578 $\pm$ 829	597 $\pm$ 727	ns
SGPT 3º día po	409 $\pm$ 739	437 $\pm$ 509	ns
SGPT 7º día po	170 $\pm$ 142	181 $\pm$ 175	ns
SGPT 15º día po	121 $\pm$ 149	111 $\pm$ 145	ns
SGPT 30º día po	95 $\pm$ 114	96 $\pm$ 128	ns
SGPT 3º mes po	71 $\pm$ 87	96 $\pm$ 99	0,01
Bilirrubina 1º día po	3,57 $\pm$ 3,13	3,80 $\pm$ 2,46	ns
Bilirrubina 3º día po	4,89 $\pm$ 3,67	4,82 $\pm$ 3,46	ns
Bilirrubina 7º día po	9,24 $\pm$ 9,65	8,46 $\pm$ 6,94	ns
Bilirrubina 15º día po	5,82 $\pm$ 7,94	5,53 $\pm$ 5,34	ns
Bilirrubina 30º día po	3,76 $\pm$ 6,33	3,77 $\pm$ 4,34	0,03
Bilirrubina 3º mes po	2,36 $\pm$ 4,77	2,63 $\pm$ 4,05	ns
I. Quick 1º día po	55 $\pm$ 13	56 $\pm$ 14	ns
I. Quick 3º día po	64 $\pm$ 12	67 $\pm$ 14	ns
I. Quick 7º día po	71 $\pm$ 15	71 $\pm$ 13	ns
I. Quick 15º día po	44 $\pm$ 12	74 $\pm$ 12	ns
I. Quick 30º día po	78 $\pm$ 13	75 $\pm$ 14	ns
I. Quick 3º mes po	85 $\pm$ 12	85 $\pm$ 13	ns

O-22

TRASPLANTE EN EL PACIENTE CON ENFERMEDAD HEPÁTICA Y RENAL: ANÁLISIS COMPARATIVO DEL TRASPLANTE COMBINADO DE HÍGADO Y RIÑÓN (TCHR) VS DE RIÑÓN DESPUÉS DEL HÍGADO (TRDH)

J. Pascual¹, S. Tome², M. Samaniego¹, A. Djamali¹, J. Torrealba³, L. Fernandez¹, A. D' Alessandro¹, M. Lucey⁴ y S. Knechtle¹

¹Surgery, UW CSC Madison, Madison, United States. ²Unidad de Hepatología. Hospital Clínico Universitario de Santiago de Compostela. ³Pathology Department. UW CSC. ⁴Gastroenterology and Hepatology. UW CSC Madison.

El TCHR constituye una indicación creciente y controvertida en la que los receptores utilizan dos órganos y en las zonas de aplicación del MELD ganan preferencia sobre otros enfermos renales con largo tiempo de espera. Se cree que algunos de estos receptores podrían estar recibiendo TCHR mientras presentan insuficiencia renal reversible. Una alternativa es el TRDH, en pacientes que tras el TH presentan realmente insuficiencia renal irreversible. El presente estudio compara ambas opciones.

Métodos: Análisis retrospectivo de los TCHR y TRDH realizados en una institución entre 1996 y 2006, centrado en indicaciones, función renal, complicaciones y supervivencia.

Resultados: Se realizaron 34 TCHR y 27 KALT (tabla en página siguiente). No se observaron diferencias en la edad, sexo y raza entre ambos grupos. Todos los TCHR y sólo el 70% de los TRDH fueron realizados con donante renal cadáver ($p=0,0008$). La hepatopatía de base no era significativamente diferente en ambos grupos. La nefropatía de base renal fue probada por biopsia en un porcentaje mayor en TCHR, aunque no alcanzó la diferencia significación estadística. En el grupo de TRDH, se sospechó que la nefropatía terminal era secundaria a nefrotoxicidad por anticalcineurínicos en el 55,5%, pero sólo se probó por biopsia en un caso. Se realizó trasplante renal prediálisis con más frecuencia en casos de TRDH ($p = 0,055$). El rechazo agudo fue casi inexistente en TCHR y más frecuente en TRDH (3 vs 22%, $p = 0,03$). El porcentaje de supervivencia, su duración, y las Crs finales fueron similares en ambos grupos.

Conclusiones: Tanto el TCHR como el TRDH son opciones eficaces en el tratamiento de la enfermedad hepato-renal crónica avanzada. El TCHR se asocia a menos rechazo agudo y parecería ser mejor opción, si bien la supervivencia y nivel funcional renal son similares.

TABLA

	TCHR (n = 34)	TRDH (n = 27)	p
Edad media al TR (Años, media $\pm$ DS)	49,9 $\pm$ 12,6	50,7 $\pm$ 10	NS
Raza caucásica (%)	88	96	NS
Sexo varón (%)	50	63	NS
TR de donante cadáver (%)	100	70	0,0008
Cirrosis hepatitis C (%)	26,5	37	NS
Hepatopatía alcohólica (%)	17,6	22,2	NS
Nefropatía probada por biopsia o radiología (%)	29,4	18,5	NS
Hemodiálisis antes del TR (%)	50	74,1	0,055
Rechazo agudo renal (%)	3	22,2	0,037
Rechazo agudo renal humoral (%)	0	7,4	NS
Supervivencia desde el TR (%)	76,5	81,5	NS
Supervivencia postTR (meses, media y rango)	41 (0,2-122)	45 (5-143)	NS
Última creatinina sérica (Cr _s)	1,5 (0,7-4,7)	1,5 (0,8-3)	NS

O-23**SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO EN NIÑOS TRASPLANTADOS DE HÍGADO: ESTADO A LOS 10 Y 15 AÑOS**

C. Díaz¹, L. Hierro¹, A. De la Vega¹, A. González de Zarate¹, E. Frauca¹, C. Camarena¹, G. Muñoz Bartolo¹, L. Martín¹, J. Murcia², M. Gamez², N. Leal², F. Hernandez², M. López Santamaria² y P. Jara¹

¹Servicio de Hepatología y Trasplantes, Hospital Infantil La Paz, Madrid. ²Cirugía, Trasplantes Digestivos, Hospital Infantil La Paz, Madrid.

Objetivo: Describir el estado de los pacientes supervivientes a los 10 y 15 años post-trasplante hepático (TH)

Métodos: Valoración de 114 niños supervivientes 10 años post-TH. Son el 70% de 164 que recibieron TH en 1986-1996. En 33 fue disponible la evolución a los 15 años. Se describen 1) los problemas presentados en el seguimiento tardío (desde 6º mes postTH) y 2) el estado a 10 y 15 años.

Resultados: En 114 pacientes al 10º año postrasplante los problemas anteriores consistieron en: 1) PTLT/linfoma en 10 (8,7%) de los cuales 1 falleció al año 11 y el resto están asintomáticos; 2) Problemas del injerto: a) estenosis biliar en 8 (7%), resuelta en 7 con procedimientos percutáneos, b) rechazo o disfunción idiopática con ictericia, en 9 (7,8%), necesitaron trasplante 3 casos; c) Otros problemas, resueltos con tratamiento: hepatitis autoinmune en 2, estenosis portal en 3, estenosis de cava en 1, trombosis arterial en 1, d) Otros problemas, persistentes: trombosis portal en 4; 3) Hubo insuficiencia renal crónica severa en 4 (trasplante renal en 1); 4) otros problemas fueron diabetes en 2, miocardiopatía en 1, hipogammaglobulinemia en 3, policitemia en 3. Al 10º año, la función del injerto fue completamente normal en n = 89 (78%), levemente alterada (ALT y/o GGT < 100 U/L) en 9,5%, con alteraciones de ALT y/o GGT > 100 U/L en 10,5%, y con ictericia en 1,7%. La función renal es normal (FGE > 80 ml/min) en el 66%.

En 33 casos seguidos hasta el año 15 hubo problemas nuevos desde el año 10: linfoma en 1, estenosis biliar en 1, disfunción ictericia en 2. La función del injerto era al año 15: normal en 66,6%, con leve alteración en 15%, moderada en 15% y asociada a ictericia en 3%.

Conclusiones: El estado del injerto a los 10 años es normal en el 78% de los niños.

O-24**SOPORTE HEPÁTICO ARTIFICIAL MARS. EFICACIA EN PACIENTES CON FALLO HEPÁTICO AGUDO GRAVE ANTES DEL TRASPLANTE HEPÁTICO**

J.C. Montejo González¹, M. Catalán González¹, J.C. Meneu Díaz², M.B. Estébanez Montiel¹, M. Ochoa Calero¹, B. Pérez Saborido² y E. Moreno González²

¹Medicina Intensiva, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

²Cirugía Digestiva y Trasplante de Órganos Abdominales, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El fallo hepático agudo grave (FHAG) presenta elevada mortalidad a pesar de los medios de soporte aplicables en UCI. El

tratamiento definitivo es el trasplante hepático (TxH) en los casos que evolucionan a disfunción multiorgánica. Diferentes medios de depuración hepática extracorpórea han sido descritos, si bien su eficacia en estas situaciones no ha sido determinada.

Objetivo: Valorar el efecto de la aplicación de un sistema de depuración hepática (MARS) sobre la evolución de los pacientes con FHAG.

Material y métodos: Estudio casos-control. Incluyeron pacientes adultos ingresados en UCI diagnosticados de FHAG con indicación de TxH. Periodo de estudio: 7 años. Los pacientes se dividieron en dos grupos, en función de aplicar tratamiento MARS: Grupo control: no tratados con MARS; Grupo MARS: tratados con MARS. Resto de medidas similares en ambos grupos. Analizaron variables de enfermedad de base, nivel de gravedad, parámetros analíticos y evolución de los pacientes. Análisis estadístico mediante programa SPSSv11 en el Servicio de Epidemiología e Investigación de nuestro hospital.

Resultados: Incluyeron 45 pacientes: Grupo control: 26; Grupo MARS: 19. No hubo diferencias en edad o distribución por sexos. Grupo MARS presentaba mayor puntuación de gravedad: APACHEII 7,7 $\pm$ 5,1 vs 17,3 $\pm$ 8 (p < 0,0005), SOFA 8 $\pm$ 1,9 vs 11 $\pm$ 3,1 (p = 0,0002), CHILD-PUGH 10,5 $\pm$ 1,4 vs 12,6 $\pm$ 1,2 (p < 0,0001), MELD 24,8 $\pm$ 5 vs 31,3 $\pm$ 8,4 (p = 0,001). Se realizaron 63 tratamientos MARS media 3 por paciente (rango 1-10), con una duración media por sesión 11,6 $\pm$ 6,5 horas (rango 5-26,7). No hubo complicaciones atribuibles al procedimiento. Descenso significativo de bilirrubina sérica a las 24 horas con MARS. No hubo otras diferencias analíticas. Trasplantaron 17 pacientes (65,4%) en el grupo control y 11 (57,8%) en el grupo MARS. Tiempo de espera al TxH similar. Ambos grupos, la mortalidad fue superior para los que no se trasplantaron, pero la diferencia solo fue significativa en el grupo MARS: Grupo control 55,56% vs 35,29% (p = 0,32); Grupo MARS 87,5% vs 27,27% (p = 0,019). Curvas de supervivencia Kaplan-Meier de acuerdo con el tratamiento recibido indicaron que pacientes con MARS antes del TxH presentaban mayor probabilidad de supervivencia a los 28 días (p = 0,04).

Conclusiones: 1. MARS es un tratamiento eficaz si pacientes con FHAG reciben posteriormente TxH. 2. La aplicación del MARS no aumenta tiempo de espera hasta el TxH. 3. Terapia MARS puede aplicarse con seguridad en un entorno de UCI.

O-25**COMPLICACIONES ARTERIALES DEL TRASPLANTE HEPÁTICO. DIEZ AÑOS DE EXPERIENCIA**

J.L. Fernandez Aguilar, M.A. Suárez Muñoz, J. Santoyo Santoyo, B. Sánchez Pérez, A. Pérez Daga, C. Ramírez Plaza, A. González Sánchez, J. Aranda Narváez y J. Antonio Bondia Navarro

Cirugía, Hospital Carlos Haya, Málaga.

Objetivos: Evaluar la incidencia y factores de riesgo de aparición de complicación arterial postrasplante. Estudiar su relación con el desarrollo de complicaciones biliares y su impacto sobre la supervivencia.

Material y método: Estudio retrospectivo de 400 trasplantes consecutivos realizados entre 1997 y 2006. Se clasifican las complicacio-

nes arteriales según el momento de presentación (precoz o tardía), relacionándolo con variables del receptor, donante y procedimiento quirúrgico. Así mismo se estudia el impacto del momento del diagnóstico y tipo de tratamiento realizado sobre la supervivencia y complicaciones biliares.

Resultados: Se han presentado 18 complicaciones arteriales (4,5%), precoces 2,5% (trombosis 8 y estenosis 2) y tardías 2% (trombosis 5 y estenosis 3). No se ha encontrado correlación entre las complicaciones arteriales y las distintas variables el receptor (edad, indicación, IMC, diabetes, riesgo CMV, rechazo, retrasplante), donante (edad, IMC, solución de preservación, donante pancreático, causa de éxitus, anomalías arteriales y reconstrucción (banco) y el procedimiento quirúrgico (tiempo de isquemia, tiempo quirúrgico, consumo de plasma y hemafías). Las complicaciones precoces fueron tratadas de forma invasiva (1 retrasplante, 6 trombectomías urgentes, 3 angioplastias) y las tardías más conservadora (2 retrasplantes, 6 tratamiento conservadores). La supervivencia a 1, y 5 años de los pacientes tratados de forma invasiva fue del 90% y 64% y la de los tratados de forma conservadora del 50% y 50%. La tasa de complicaciones biliares fue del 50%, 20% en las complicaciones precoces y 87% en las tardías ($p < 0,04$). Solo un paciente (5%) falleció tras la reintervención precoz por rotura de un aneurisma micótico.

Conclusiones: No se han encontrado factores de riesgo predictivos de complicación arterial. El diagnóstico precoz y el tratamiento agresivo de las complicaciones arteriales aporta a los pacientes mayor supervivencia a corto plazo y menor incidencia de complicaciones biliares.

O-26

ESTUDIO ABIERTO, MULTICÉNTRICO, ALEATORIZADO PARA EVALUAR LOS EFECTOS DE UNA SOLUCIÓN DE PERFUSIÓN CON TACROLIMUS SOBRE LA LESIÓN POR ISQUEMIA REPERCUSIÓN EN TRASPLANTE HEPÁTICO

E. Varo¹, I. González-Pinto², G. Solorzano³, J. Fabregat⁴, F. Pardo⁵, V. Sánchez-Turrión⁶, J. Santoyo⁷, F. San Juan⁸, E. Tejero⁹, M. Gómez¹⁰, R. Charco¹¹, A. Bernardos¹², J. Calleja¹³ y C. Jiménez¹⁴

¹Unidad de Trasplante de Órganos Abdominales, Hospital Universitario de Santiago, Santiago de Compostela. ²Servicio de Cirugía General I – Sección HPB, H. Central de Asturias, Oviedo. ³Unidad Quirúrgica Digestiva, H. Reina Sofía, Córdoba. ⁴Unidad de Trasplante Hepático, H. de Bellvitge. ⁵Servicio de Cirugía, Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona. ⁶Servicio de Cirugía, H. Puerta de Hierro, Madrid. ⁷Servicio de Cirugía Digestiva, H. Carlos Haya, Málaga. ⁸Unidad de Cirugía y Trasplante Hepático, H. La Fe, Valencia. ⁹Servicio de Cirugía, H. Lozano Blesa, Zaragoza. ¹⁰Servicio de Cirugía, H. Juan Canalejo, La Coruña. ¹¹Unidad de Cirugía Hepática-Trasplante, H. Clinic, Barcelona. ¹²Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática, H. U. Virgen del Rocío, Sevilla. ¹³Cirugía General, H. Gregorio Marañón, Madrid. ¹⁴Cirugía General-Trasplante Hepático, H. 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Evaluar la utilidad de la perfusión del hígado con tacrolimus antes del trasplante para prevenir la lesión por isquemia-reperfusión.

Material y métodos: 137 receptores de un trasplante hepático primario fueron randomizados a recibir un injerto hepático perfundido con una solución de lavado con tacrolimus a una concentración de 20 ng/ml (grupo experimental, $n = 66$), o a recibir un lavado sin tacrolimus (grupo control, $n = 71$). El objetivo primario del estudio fue valor máximo de GPT a las 48 h del trasplante (GPT max). El tratamiento de profilaxis de rechazo agudo se realizó con tacrolimus y esteroides.

Resultados: No se observaron diferencias clínico-demográficas entre ambos grupos de tratamiento. Tampoco se observaron diferencias estadísticamente significativas en el valor pico máximo de GPT alcanzado en las primeras 48 horas post-trasplante (Grupo experimental: 623,2, grupo control 582,8, $p = ns$). Sin embargo, en el grupo de pacientes tratados con Tac la mediana de GPT-máx fue significativamente inferior en el grupo con donantes menores de 50 años (261 UI/L vs 462 UI/L, $p = 0,043$). En el grupo control los valores de GPT máx fueron similares en los grupos definidos según edad del donante (380 UI/L con donantes menores de 50 años y 367 UI/L con donantes mayores de 50 años). No se observaron diferencias significativas en

las tasas de rechazo agudo ni en la supervivencia del paciente entre ambos grupos de tratamiento. Tampoco se observaron diferencias en la incidencia de efectos adversos entre ambos grupos.

Conclusiones: El lavado con tacrolimus resulta en una disminución del daño hepato-celular en el subgrupo de pacientes con donantes menores de 50 años, pero no aporta ventajas en los receptores de donantes mayores.

O-27

RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPATO-RENAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO LA FE

J. Rivera Baquero¹, V. Aguilera Sancho-Tello², R. Torres-Quevedo¹, A. Rubín², F. Sanjuan¹, M. Berenguer², M. Prieto², J. Sánchez Plumed³ y J. Mir Pallardó¹

¹Servicio de Cirugía y Trasplante Hepático, Hospital Universitario La Fe, Valencia. ²Servicio de Medicina Digestivo, unidad de Hepatología, Hospital Universitario La Fe, Valencia. ³Servicio de Nefrología, Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Introducción: El trasplante hepato-renal (THR) es el tratamiento indicado en enfermedad hepático-renal terminal, con evolución aceptable pero supervivencia menor a corto plazo.

Objetivo: Analizar características basales y evolución post-THR en nuestro centro.

Pacientes y métodos: Se analizaron características bio-demográficas, indicaciones THR, complicaciones perioperatorias y supervivencia.

Resultados: 16 THR (13 hombres), mediana de edad 54 años. Indicación de TH: cirrosis (N.º 13; 5 VHC con 2 hepatocarcinoma, 7 alcohol, 1 VHB), 2 poliquistosis hepato-renal, 1 hiperoxaluria tipo I). Estadío Child A en 2, B en 12 y C en 2. Indicación de TR: 7 glomerulonefritis crónica, 2 glomeruloesclerosis, 1 nefropatía diabética, 2 poliquistosis, 1 hiperoxaluria tipo I y 1 nefropatía glomerular hipocomplementémica (11 estaban en hemodiálisis y 5 en pre-dialisis). Pre-THR: HTA 40%, dislipemia 13%, diabetes 33%. Inmunosupresión de inducción: corticoides-tacrolimus-micofenolato (62%), corticoides-ciclosporina-micofenolato (31%) y corticoides-tacrolimus-sirolimus (7%). Inmunosupresión de mantenimiento: tacrolimus o ciclosporina más micofenolato en 54%. No hubo rechazo renal. 3 desarrollaron rechazo agudo hepático en el primer mes. Cuatro pacientes se reoperan por sangrado intraabdominal. Hubo una disfunción leve del injerto hepático y tres infecciones respiratorias. 5 pacientes (31,25%) requirieron hemodiálisis (4 NTA y 1 disfunción de injerto renal). Mediana de creatinina al primer, tercer y quinto año: 1,1, 1,2 y 1,3 respectivamente. Al primer año post-THR: 17% diabetes, 25% dislipemia y 33% HTA. Se realizó un re-TH a los 17 meses por trombosis arterial tardía. Un paciente presentó un infarto agudo del miocardio a los 4 años post-THR y otro un cáncer de novo (adenocarcinoma prostático). Supervivencia al primer, tercer y quinto año: 81,3%. Mortalidad global: 18,75% (3 éxitus el primer mes).

Conclusiones: La supervivencia post-THR es comparable a la del TH aislado. La mortalidad es precoz, asociada a complicaciones quirúrgicas y renales. Pese a la inmunosupresión la incidencia de complicaciones metabólicas (HTA, DM) fue menor a lo esperado.

O-28

MODULACIÓN CON N-ACETILCISTEÍNA DE LOS VALORES INTRAOPERATORIOS DE pH EN PACIENTES RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO

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

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

Objetivos: Estudiar el efecto de la N-acetilcisteína (NAC) sobre los valores de pH en muestras intraoperatorias de sangre arterial de pacientes receptores de trasplante hepático.

Material y métodos: Estudio realizado en 50 pacientes receptores de trasplante hepático del Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo del Hospital Universitario Virgen de las Nieves de Granada tras la firma del correspondiente consentimiento informado y distribuidos en dos grupos: 1) Grupo NAC (n = 25) que, además del tratamiento convencional, recibió NAC en dosis de 100 mg/Kg disueltos en dextrosa al 5% administrados en perfusión intravenosa durante 15 min al inicio de la fase anhepática, seguido de una perfusión intravenosa continua de 50 mg, igualmente disueltos en dextrosa al 5%, durante 24 horas. 2) Grupo Placebo (n = 25) que recibió el tratamiento convencional y una solución de dextrosa al 5% con igual periodicidad y duración que el grupo NAC.

Los valores de pH se han determinado en muestras de sangre arterial analizadas en un Radiometer (serie ABL77, Copenhagen), tomadas

en los siguientes tiempos: i-1 (tras inducción anestésica y antes de incisión quirúrgica); i-2 (a los 15 min de inicio de la fase anhepática previa administración de NAC o placebo); i-3 (5 min antes de la reperfusión); i-4 (5 min post-reperfusión); i-5 (20 min post-reperfusión); i-6 (60 min post-reperfusión); i-7 (a 60 min post-intervención quirúrgica).

Resultados: Los valores de pH descienden en ambos grupos de estudio (placebo y NAC) con un mínimo a 5 min post-reperfusión (i-4). Descenso estadísticamente significativo en el grupo NAC a los 5 min antes de la reperfusión (i-3, $p = 0,051$), a 5 min post-reperfusión (i-4, $p = 0,027$) y a 20 min post-reperfusión (i-5, $p = 0,031$).

Conclusiones: Los pacientes receptores de trasplante hepático tratados con N-acetilcisteína muestran unos valores intraoperatorios de pH inferiores al grupo placebo, con un valor mínimo a los 20 minutos post-reperfusión.