TRASPLANTE DE ÓRGANOS

COMUNICACIONES ORALES

O-199. ESTUDIO COMPARATIVO DE RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO (THO) CON INJERTOS PROCEDENTES DE DONANTE A CORAZÓN PARADO CON OTROS DONANTES MARGINALES

I. Justo Alonso, M. Abradelo, N. Fakih, O. Caso, S. Olivares, F. Cambra, J. Calvo, A. Manrique, A. García-Sesma, E. Moreno y C. Jiménez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Los resultados obtenidos de donantes a corazón parado (DCP) han sido criticados debido a la alta incidencia de disfunción primaria y complicaciones biliares, y solo deberían ser aceptados en el contexto del descenso del número de donantes.
Métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo de receptores de THO entre enero de 2006 y diciembre. En este periodo hemos realizado 387 trasplantes hepáticos, 289 excluyendo retrasplantes y receptores infantiles, 44 de ellos procedentes de donante en asistolia,
Resultados: Presentamos una serie de 289 THO con una media de edad de 58,43 años para DCP vs 55,05 en donantes en muerte cerebral (DMC) (p = 0,190), de los cuales el 23% eran mujeres con un MELD de 15,03 y 14,4 para DMC y DCP (p = 0,327). Comparando el grupo de DCP con donantes con esteatosis macrovascular, los receptores de DCP presentan una mayor supervivencia media (1206 días DCP vs 926 receptores de donante con macroesteatosis, p = 0,506) y una mayor supervivencia media del injerto (1120 días vs 1006 receptores de donante con macroesteatosis, p = 0,869). Con respecto a los receptores de injerto parcial, los DCP presentan similar supervivencia del injerto (1120 DCP vs 1160, p = 0,449) y mejor supervivencia del paciente (1206 DCP vs 1162 p = 0,674). Con respecto a los receptores de donantes añosos, presentan supervivencias de injerto y paciente similares 1206 días DCP vs 1260 días Do < 70, (p = 0,425) y 1120 días DCP vs 1206 para Do > 70 (p = 0,329).
Conclusiones: Los donantes a corazón parado presentan similares resultados a otros órganos marginales, debiendo ofertarlos informando de tal hecho.

O-200. ABSCESO HEPÁTICO EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS EN EL HOSPITAL 12 DE OCTUBRE

I. Justo Alonso, C. Jiménez, N. Fakih, O. Caso, F. Cambra, S. Olivares, J. Calvo, M. Abradelo, A. Manrique, A. García-Sesma y E. Moreno

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: Las infecciones tras el trasplante hepático son una importante causa de mortalidad y morbilidad. Los abscesos hepáticos, son una extraña complicación tras THO, con una incidencia en el único artículo reportado del 2,6% y una mortalidad del 42%.
Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo en receptores de THO, entre enero de 2000 y diciembre de 2010. Hemos encontrado 9 casos de THO diagnosticados de absceso hepático de un total de 732 THO y contra 101 abscesos en la comunidad.
Resultados: Presentamos un grupo con una media de edad de 56,33 años (DE 9,097), 7 hombres y 2 mujeres. El porcentaje de diabéticos fue del 55,6%. El signo clínico más frecuente ha sido la fiebre en más de un 88,9% de los casos; seguido de hepatomegalia, 66,7%, y nauseas con el mismo porcentaje, dolor en HCD que ocurre en un 55,6%, 44,4% sufren anorexia; ictericia 44,4% al igual que un 44,4% sufre pérdida de peso. La afectación torácica ha ocurrido en 2 pacientes, como derrame pleural derecho, sin consolidación, siendo preciso el tubo de drenaje torácico en ambos. Respecto a los resultados de los test de laboratorio han sido: albúmina 2,83 ± 0,41 (2,18-3,6), creatinina 1,79 ± 1,5 (0,6-5,7), Bi T 3,12 ± 3,57 (0,8-12,18), GOT 218,6 ± 262 (21-808), GPT 190,8 ± 212 (11-571), GGT 374 ± 315 (22-908), AP 80,11 ± 24,56 (34-111). Duración del Ingreso 36,78 ± 22,35 (15-86). 3 de los pacientes con absceso hepático eran receptores de donante vivo. 78,8% presentaron como único inmunosupresor, tacrolimus, en los otros dos casos eran consumidores de ciclosporina. El origen de los abscesos ha sido biliar in 88,9% (en oposición a la población general de nuestra serie que ha sido del 47,6%), el único no biliar, ha sido tumoral. El problema intercurrente más frecuente ha sido el de la colangiopatía isquémica en 8 de 9 pacientes. La bacteria más frecuentemente aislada ha sido ***E. coli*** seguida de ***Klebsiella pneumoniae***, representando más del 50% de los patógenos de la serie. En el 66.6% de los casos el absceso ha aparecido en el LHDcho, en un único caso el el LHIzquierdo y en dos de ellos bilobar. En dos casos los pacientes asociaban trombosis venos portal, y 6 de ellos presentaban trombosis arterial, dos de ellos completa. El tratamiento más frecuentemente aplicado ha sido la punción y drenaje asociado a antibioterapia de amplio espectro intravenosa, solo uno necesitó cirugía, que consistió en retrasplante. La supervivencia actuarial de estos pacientes ha sido del 77%, 46,7 y 31,1% a los 1,3 y 5 años.
Conclusiones: El absceso hepático es un factor de mal pronóstico en el paciente trasplantado hepático, no inmediato, si en cuanto a la función del injerto. La colangiopatía isquémica es uno de los factores decisivos de la patogénesis. La mejor opción para aumentar la supervivencia es el retrasplante.

O-201. ¿ES LA REPERFUSIÓN POR VÍA PORTAL EL *GOLD STANDAR* EN EL IMPLANTE HEPÁTICO?

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

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: La reperfusión por vía portal es la técnica estándar utilizada para la revascularización del injerto hepático. Sin

embargo, existen indicios en la literatura que otras vías de revascularización podrían proporcionar mejoras en parámetros hemodinámicos, empleo intraoperatorio de hemoderivados o complicaciones biliares. Presentamos un estudio de cohortes prospectivas para analizar la función hepática postrasplante y complicaciones biliares en receptores de trasplante hepático (OLT) según el modelo de revascularización: secuencial inicialmente portal (SIP) y simultánea arterioportal (SAP).
Material y métodos: Dos grupos (SIP y SAP) de 61 pacientes cada uno, elegidos de entre la totalidad de trasplantes realizados entre enero 2004 y mayo 2009, tras excluir pacientes fallecidos antes del día +30, retrasplantes, fulminantes o anastomosis biliares tipo hepaticoyeyunostomía. Todos se realizaron con shunt portocava temporal. Ambos grupos fueron homogéneos en todas las variables relacionadas con receptor y donante excepto en la puntuación MELD (SIP 13 vs SAP 16, $p < 0,006$) y Child (estadios C: 21% SIP vs 36% SAP, $p < 0,06$). También lo fueron para los tiempos intraoperatorios excepto para el tiempo de isquemia caliente (SIP 45,52 vs SAP 66,79, $p < 0,000$). Usamos como variables la BT, AST, ALT, FA, GGT, plaquetas, TP (tiempo de protrombina) y factor V en tres momentos el 1º, 3º y 7º día postransplante, analizando el área bajo la curva (AUC) calculada mediante la aproximación trapezoidal, y el pico máximo. Además se estudió el rechazo agudo, las complicaciones biliares y arteriales postrasplante. Se utilizó la t Student o la χ^2 dependiendo de las variables analizadas, aceptando como significativos valores $p < 0,05$, y se realizó un análisis multivariante para las variables con significación bivariante.
Resultados: No encontramos diferencias estadísticamente significativas al analizar BT, AST, ALT, FA y GGT, ni en la cifras de plaquetas. Sin embargo la variable TP inicial (3 primeros días, $p < 0,001$) y de primera semana (primeros 7 días, $p < 0,001$) fueron significativas, y el factor V mostraba tendencia a la significación, siempre a favor del grupo SIP. Sin embargo, sólo la edad del donante ($p < 0,001$) y el tiempo de isquemia caliente ($p < 0,05$) alcanzaron significación al realizar la regresión lineal. Respecto al rechazo, complicaciones biliares y arteriales no encontramos diferencias significativas entre ambos grupos.
Conclusiones: La SAP no aporta beneficios respecto a la SIP en los test de función hepática inicial ni respecto a las complicaciones biliares y arteriales postrasplante.

O-202. HEMODINAMIA Y OXIGENACIÓN TISULAR EN EL RECEPTOR DE TRASPLANTE HEPÁTICO SEGÚN EL MÉTODO DE REVASCULARIZACIÓN DEL INJERTO (SECUENCIAL VS SIMULTÁNEA)

B. Sánchez Pérez, M.A. Suárez Muñoz, J.M. Aranda Narváez, J.L. Fernández Aguilar, J.A. Pérez Daga, A.J. González Sánchez, C. Montiel Casado, C. Jiménez Mazure, Y. Pulido Roa y J. Santoyo Santoyo

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Introducción: Aunque son escasos los estudios y diferentes las conclusiones, existen sugerencias a que métodos alternativos a la clásica reperfusión del injerto hepático por vía portal pueden condicionar mejoras en parámetros hemodinámicos, empleo intraoperatorio de hemoderivados o complicaciones biliares. Presentamos un estudio de cohortes prospectivas para analizar la estabilidad hemodinámica y la oxigenación tisular de receptores de trasplante hepático (OLT) según el modelo de revascularización: secuencial inicialmente portal (SIP) y simultánea arterioportal (SAP).
Material y métodos: Dos grupos (SIP y SAP) de 61 pacientes cada uno, elegidos de entre la totalidad de trasplantes realizados entre enero 2004 y mayo 2009, tras excluir pacientes fallecidos antes del día +30, retrasplantes, fulminantes o anastomosis biliares tipo hepaticoyeyunostomía. Todos se realizaron con shunt portocava temporal. Ambos grupos fueron homogéneos en todas las variables relacionadas con receptor y donante excepto en la puntuación MELD (SIP 13 vs SAP 16, $p < 0,006$) y Child (estadios C: 21% SIP vs 36% SAP, $p < 0,06$). PH, $paCO_2$ y SvO_2 fueron las variables en relación a la oxigenación tisular. Presión arterial media (PAM), presión venosa central (PVC), presión pulmonar media (PPM), gasto cardíaco (GC) y resistencias vasculares sistémicas (RVS) y pulmonares (RVP) las relacionadas con la hemodinamia. Las medidas escogidas fueron las iniciales, las de la revascularización y las del final del procedimiento, realizando un análisis crudo y de las diferencias entre las medidas de los diferentes momentos, empleando siempre la t de Student y aceptando como significativos valores $p < 0,05$.
Resultados: Ambos grupos presentaron incidencia similar de síndrome de reperfusión y necesidad de inotrópicos. Los siguientes parámetros mostraron diferencias significativas entre grupos al inicio, en virtud del peor estado funcional del grupo SAP: pH ($p < 0,04$), pVC ($p < 0,001$), PPM ($p < 0,001$) y RVS ($p < 0,02$). Dichas diferencias se mantuvieron en las determinaciones posteriores, a excepción de la RVS que se igualaron durante la reperfusión gracias a una significativa caída de las mismas en el grupo SIP (diferencia RVS medidas entre reperfusión y al inicio: SIP 152 vs SAP 45, $p < 0,02$) para luego recuperar su tendencia al final del procedimiento. Estas oscilaciones no tuvieron repercusión en la PAM ($p < 0,77$, ns).
Conclusiones: Ambos métodos de reperfusión del injerto hepático presentan similares parámetros de oxigenación tisular y hemodinamia en el receptor.

O-203. SPLIT Y DONANTE VIVO: DOS BUENAS ALTERNATIVAS AL EMPLEO DE INJERTOS COMPLETOS EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO INFANTIL

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

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El trasplante hepático es un tratamiento efectivo para los niños con enfermedad hepática terminal. La escasez de órganos afecta principalmente a este grupo erario, ya que la necesidad de un órgano de menor tamaño limita aún más la obtención de injertos adecuados. Con el fin de disminuir la morbimortalidad en lista de espera, se han desarrollado nuevas técnicas a lo largo de los años empleando injertos parciales (SPLIT y donante vivo). Estas técnicas se han convertido en la actualidad en una buena alternativa al empleo de injertos completos de donantes en muerte encefálica.
Material y métodos: Desde enero de 2003 hasta diciembre de 2009 hemos realizado 45 trasplantes hepáticos en receptores menores de 13 años. En 20 casos se utilizó injerto completo y en 25 casos injerto parcial (14 SPLIT y 11 donantes vivos).
Resultados: Ambos grupos presentaban características demográficas equiparables. La indicación del trasplante fue enfermedad colestásica en un 58%, enfermedad metabólica en un 9%, fallo hepático fulminante en un 11%, tumores hepáticos en un 9% y otras causas de cirrosis en un 13%. En la hepatectomía se empleó la técnica del Piggy-Back en todos los casos, utilizando como solución de preservación Wisconsin en 43 casos y Celsior

en 2. El tiempo de isquemia fría fue menor en el grupo de injertos parciales, aunque las diferencias no fueron significativas. La pauta de inmunosupresión empleada fue homogénea en todos los casos. Tras un seguimiento medio de 44 + 29 meses (2-92 meses), acontecieron 8 exitus (18%) (4 recidivas de la enfermedad de base, 3 shocks sépticos y 1 hepatitis herpética de novo sobre el injerto), siendo la supervivencia actuarial de paciente e injerto a 1,3 y 5 años: 91, 85 y 82% y 88, 81 y 77% respectivamente, no hallándose diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos. En un 60% de los casos (27 pacientes) aparecieron complicaciones. Un 11% presentaron disfunción primaria del injerto, un 31% complicaciones vasculares, un 26% complicaciones biliares, un 42% rechazo agudo, un 58% complicaciones infecciosas y un 9% desarrollaron un sd. linfoproliferativo. El retrasplante solo fue necesario en un 15% de los casos (7 pacientes), 3 de ellos habían recibido un injerto completo y 4 un injerto parcial. Solo se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en el desarrollo de complicaciones infecciosas (36% de ellas tuvieron lugar en receptores de injerto completo y 64% en receptores de injerto parcial) con una p = 0,03.

Conclusiones: El empleo de injertos parciales en receptores menores de 13 años es una buena opción terapéutica alternativa al empleo de injertos totales, prestando especial atención en este grupo a un mayor riesgo de desarrollar complicaciones infecciosas.

O-204. MATRICES HEPÁTICAS BIOARTIFICIALES: DESARROLLO Y RESULTADOS PRELIMINARES DE UN MODELO DE DESCELULARIZACIÓN

E. Velasco Sánchez, L. Rodríguez-Bachiller Villaronga, B. Díaz-Zorita Aguilar, J.F. del Cañizo, L. Gómez Lanz, R. Bañares Cañizares, J. Vaquero y J.L. García Sabrido

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos: Planteamos el desarrollo de un modelo experimental reproducible para la obtención de matrices biológicas a partir de órganos sólidos de grandes mamíferos, basado en experiencias previas publicadas en animales pequeños, con el objeto de utilizarlas como base para la creación de órganos bioartificiales funcionantes mediante la recelularización posterior de las mismas, y exportar el modelo al humano. Para ello, proponemos la utilización de un sistema de perfusión de órgano aislado controlado por presión con monitorización continua, utilizando una solución detergente que ya ha demostrado su eficacia en trabajos previos. Se pretende la obtención de 20 especímenes.

Métodos: Se extrajeron 20 especímenes de hígado porcino, mediante técnica de extracción multiorgánica similar a la empleada en la donación cadavérica humana, con infusión hipotérmica de solución de preservación por vía portal y arterial. Tras preparación en el banco, cada órgano se conectó al sistema de perfusión controlada y se inició una perfusión continua de solución detergente basada en SDS durante 24h. El sistema incluye una bomba de infusión con control externo y un sensor de presión conectados a un ordenador con software de manejo desarrollado en nuestro centro. Una vez finalizado el proceso de descelularización, se comprobó la integridad macroscópica de los sistemas arterial, portal, biliar y venoso mediante radioscopia. Se realizó un examen histológico mediante microscopia electrónica y convencional con técnicas de inmunofluorescencia, así como determinación cuantitativa del residuo de DNA como control de calidad del proceso.

Resultados: Tras una experiencia preliminar con tres órganos, fuimos capaces de establecer los parámetros necesarios para el desarrollo del modelo de descelularización, con el que realizamos las 17 experiencias posteriores. Los 20 especimenes de hígado porcino quedaron completamente acelulares, con la anatomía macroscópica conservada así como la matriz extracelular a nivel microscópico, con niveles de DNA residual menor del 2%, y de manera uniforme y comparable en todos ellos.

Conclusiones: Hemos desarrollado un modelo reproducible para la descelularización de órganos de grandes mamíferos para su uso como matrices biológicas para su posterior recelularización, lo que constituye un primer paso esperanzador para la creación de órganos bioartificiales aptos para el trasplante en humanos.

PÓSTERS

P-320. UTILIZACIÓN DE INJERTOS HEPÁTICOS DE DONANTE VIVO EN RECEPTORES CON CIRROSIS POR VHC

I. Justo Alonso, O. Caso, N. Fakih, S. Olivares, F. Cambra, J. Calvo, A. Manrique, A. García-Sesma, M. Abradelo, E. Moreno y C. Jiménez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El problema de donantes limitados para infinidad de receptores, así como el aumento de la mortalidad en lista de espera, conlleva el intento de conseguir órganos a través de métodos no totalmente inocuos.

Objetivos: Valorar que pronóstico marca la etiología VHC en el receptor de donante vivo, así como la influencia de distintos factores sobre la evolución de dicha etiología.

Material y métodos: Desde abril del 86 hasta diciembre del 2009 se han trasplantado en nuestro hospital 1.440 injertos hepáticos de los cuales contabilizamos 47 pacientes trasplantados hepáticos con injerto procedente de donante vivo, entre mayo de 1995 y julio de 2008.

Resultados: Presentamos un estudio de 47 pacientes trasplantados con órgano procedente de donantes vivos con una media de edad de 38,77 (DT de 23,6) (51,23 en VHC(+), p = 0,023) y un porcentaje de varones del 59,6%(76,9% en VHC (+) 52,9% en VHC(-), p = 0,14). El porcentaje de pacientes portadores del VHC ha sido en total del 27,7% siendo esta la etiología más frecuente. Se ha retrasplantado al 23,4% (11 casos) 27,7% de ellos VHC(+). Se han presentado un 59,6% (61,5% en los pacientes VHC(+), 58,8% en VHC(-), p = 0,87) de complicaciones quirúrgicas o inmediatamente posteriores a ella, destacando tres casos de sall for size (1 caso VHC(+)). La supervivencia global de los pacientes VHC (+) fue de 2.271 días ± 341,77 y en VHC(-) de 2.949,12 ± 187,11 p = 0,206. La supervivencia actuarial de los pacientes al año VHC(+) fue 84,6% vs 88,2 VHC(-), a los 5 años 68,4 vs 85,1. La supervivencia global del órgano en VHC(+) fue 1.614,46 días ± 386,04 y en VHC(-) 2.174,3 ± 240,72 p = 0,244. La supervivencia actuarial del órgano fue a un año del 69,2% en VHC(+), del 53,8% a 3 años, del 46,2 a 5 años y del 30,8% a 10 años. En VHC(-) presentan al año un 70,6%, a los 3 años del 67,4%, del 67,4% a los 5 años y a 10 años del 62,2%.

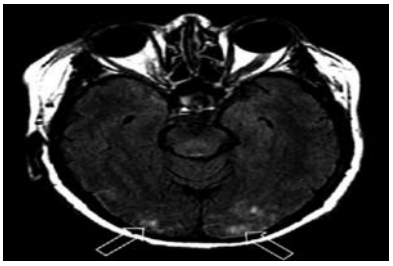
Conclusiones: EL trasplante de donante vivo, en receptores VHC (-), parecen acarrear un peor pronóstico en cuanto a supervivencia, más acentuado en el supervivencia del órgano.

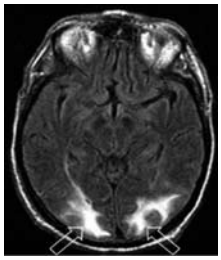
P-321. SÍNDROME DE ENCEFALOPATÍA POSTERIOR REVERSIBLE (PRES): UNA COMPLICACIÓN NEUROLÓGICA RARA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

O. Caso Maestro, I. Justo Alonso, N. Fakih Gómez, A. García Sesma, S.P. Olivares Pizarro, S. García Aroz, A. Manrique Municio, E. Bra Insa, J. Calvo Pulido, E. Moreno González y C. Jiménez Romero

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El síndrome de encefalopatía posterior reversible (PRES) se caracteriza por afectar típicamente a pacientes sometidos a trasplante de órganos sólidos (potencialmente asociado a tratamiento con anticalcineurínicos), trasplante de progenitores hematopoyéticos y mujeres con eclampsia, y menos frecuentemente a pacientes con infecciones, enfermedades autoinmunes y en tratamiento con quimioterapia. El cuadro debuta con cefalea, alteración de la capacidad visual y deterioro cognitivo. El mecanismo productor de la neurotoxicidad continúa siendo hoy en día controvertido, aunque parece relacionarse con un fallo en la autorregulación de la tensión arterial (hasta el 70-80% de los pacientes presentan HTA de difícil manejo) con hipoperfusión cerebral y el consiguiente edema vasogénico puesto de manifiesto en las pruebas de imagen cerebral.
Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 60 años con cirrosis hepática enólica que es sometido a trasplante hepático ortotópico de donante en muerte encefálica, que al 6º día postoperatorio debuta con intensa cefalea seguida de crisis tónico-clónica generalizada y autolimitada, asociando deterioro cognitivo con desorientación temporoespacial e importante disminución de la capacidad visual. En las pruebas de imagen realizadas se evidenciaron áreas de hipodensidad subcortical fundamentalmente parietooccipital, bilateral y simétrica, y en el EEG un enlentecimiento generalizado de la actividad cerebral con focos epileptiformes en región occipital izquierda. Se objetivaron niveles de tacrolimus ligeramente elevados (17,8 ng/ml), y tras establecer el diagnóstico de PRES se procedió a cambiar la pauta de inmunosupresión de tacrolimus a ciclosporina. El paciente evolucionó satisfactoriamente con recuperación progresiva de todas las funciones corticales afectadas hasta el alta.





Discusión: El PRES tras trasplante hepático es raro, con una incidencia en las series más largas descritas inferior al 0,4%. Su rápido reconocimiento y tratamiento en forma de cambio en la pauta inmunosupresora, sustituyendo un anticalcineurínico por otro en el postrasplante precoz o incluso por otros inmunosupresores no anticalcineurínicos en fases más tardías, es básica, ya que se han descrito casos en los que el síndrome evoluciona rápidamente a un estado de coma profundo irreversible al intentar tratar el mismo únicamente con disminución de la dosis del anticalcineurínico.

P-322. VALOR PREDICTIVO DE TRASFUSIÓN DEL ÍNDICE DE MELD COMPARADO CON MELD NA

I. Justo Alonso, O. Caso, A. Gimeno, N. Fakih, A. Manrique, A. García-Sesma, F. Cambra, J. Calvo, E. Bra, S. García-Aroz y C. Jiménez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: El uso del "model for end-stage liver disease" (MELD) score para determinar la severidad y pronóstico de la enfermedad hepática, en varias situaciones clínicas, así como su empleo para la decisión de actitudes terapéuticas ha sido demostrado.
Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo en receptores de Trasplante hepático ortotópico (THO), entre enero de 2003 y diciembre de 2010. Seleccionamos 316 pacientes de un total de 448 THO tras excluir aquellos que han presentado HCC, y fallo hepático fulminante, así como aquellos realizados en pacientes menores de 16 años. Usando el test de ANOVA, hemos analizado la relación entre la necesidad de trasfusión de hemoderivados y el índice de MELD.
Resultados: Presentamos una serie de 316 pacientes con una media de edad de 52,4 ± 12, de los cuales 234 eran hombres y 82 eran mujeres. La media del índice de MELD ha sido en nuestra serie 16,5 ± 6 (6-37) mientras que la media de MELD Na fue de 18,9 ± 6,3 (6-38). La estancia media hospitalaria ha sido de 22 días. Hemos observado una correlación entre el índice de MELD y la trasfusión de hemoderivados, encontrando una relación significativa parar: transfusión de plasma (FFP) ($p = 0,019$), plaquetas ($p < 0,001$), concentrado de sangre ($p = 0,026$), y fibrinógeno ($p = 0,07$). Con respecto al índice de MELD Na, hemos observado una correlación con la trasfusión de hemoderivados: plasma (FFP) ($p = 0,078$), plaquetas ($p = 0,016$), concentrados de hematíes ($p = 0,035$), y fibrinógeno ($p = 0,04$).
Conclusiones: El índice de MELD es un interesante parámetro para la predicción de trasfusión de hemoderivados, siendo superior incluso al MELD Na.

P-323. NEUROMA DE AMPUTACIÓN COMO CAUSA DE ESTENOSIS BILIAR TARDÍA TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO

K. Cuiñas León, V. Sánchez Turrión, F. Martínez Arrieta, M. Cea Soriano, A. Sánchez Ramos, N. Farhangmehr Setayeshi, M. Jiménez Garrido, M.D. Chaparro Cabezas, L. Giménez Alvira y J.L. Lucena de la Poza

Hospital Puerta de Hierro, Madrid.

Objetivos: Presentamos dos casos de estenosis de la vía biliar postrasplante hepático por neuroma de amputación
Casos clínicos: Caso 1: mujer de 63 años trasplantada en 1987 por cirrosis biliar primaria. Se realizó colédoco-coledocostomía T-T con tubo de Kehr, retirado a los tres meses. Ha seguido tratamiento inmunosupresor con tacrolimus. Durante el seguimiento se evidencia, con ecografía, dilatación de la vía biliar confirmada por TC y colangioRM que es informada como "estenosis focal a nivel de la anastomosis quirúrgica de la vía biliar asociada a discreta dilatación de la vía biliar intrahepática, sin poder excluir el diagnóstico de colangiocarcinoma". La CPRE muestra estenosis menor de 1 cm de la zona anastomótica de aspecto indeterminado, colocándose prótesis plástica biliar y esfinterotomía. El cepillado de la vía biliar es negativo para malignidad. Marcadores tumorales negativos destacando elevación de GGT (147 U/L), fosfatasa alcalina (165 U/L) y amilasa (136 U/L). Se propone para laparotomía exploradora. Caso 2: varón de 43 años trasplantado hepático por cirrosis VHC. La reconstrucción biliar se realizó mediante colédoco-coledocostomía T-T y Kehr que

fue retirado a los 3 meses. La inmunosupresión se llevó a cabo con tacrolimus, daclizumab y micofenolato. Al sexto mes postrasplante presentó hiperbilirrubinemia e hipertransaminemia. La ecografía, la TC y la CPRE evidenciaron estenosis infraanastomótica de la vía biliar tratándose con dilatación y endoprótesis. Se propone para laparotomía exploradora. En ambos casos se realizó laparotomía exploradora hallándose tumoración redondeada a nivel de la vía biliar de 3 × 2 cm. Se realiza resección de la misma y hepaticoyeyunostomía en Y de Roux, con tubo de Kehr transanastomótico. Se realizó biopsia intraoperatoria en el primer caso que fue informada como neuroma traumático (de amputación) de la vía biliar. El análisis anatomopatológico definitivo de la pieza quirúrgica confirmó el diagnóstico.
Discusión: Los neuromas traumáticos o de amputación son tumoraciones formadas por conglomerados axonales hiperplásicos recubiertos de tejido fibroso. Se forman tras una solución de continuidad en cualquier nervio recubierto por células de Schwann (como en el caso del tracto biliar). Generalmente son asintomáticos y cuando se asocian a un cuadro clínico el síntoma más frecuente es el dolor, y en menor medida ictericia obstructiva. Esto obliga a establecer diagnóstico diferencial con neoformaciones malignas. Puede aparecer después de un trasplante hepático, generalmente en los primeros 6 meses y su incidencia puede estar infravalorada. Esta entidad debe ser tenida en cuenta en el diagnóstico diferencial de pacientes que presentan una estenosis biliar, especialmente en aquellos que no responden al tratamiento endoscópico o percutáneo. El tratamiento es la cirugía ante la evidencia de una neoformación estenosante a nivel de la vía biliar de etiología no filiada como en los casos que presentamos. La evolución postoperatoria es favorable. Es preciso el estrecho seguimiento dado el riesgo de recidivas a pesar de un correcto tratamiento quirúrgico.

P-324. COMPARACIÓN DE LA NECESIDAD DE TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS EN DONANTES A CORAZÓN PARADO (DCP) Y DONANTES EN MUERTE ENCEFÁLICA (DME)

I. Justo, M. Abradelo, O. Caso, N. Fakih, Á. García-Sesma, J. Calvo, A. Manrique, E. Bra, F. Cambra, E. Moreno y C. Jiménez

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Introducción: La escasez de órganos para trasplante de DME, así como el incremento de la mortalidad en lista de espera, nos ha hecho buscar alternativas para la obtención de un mayor número de órganos, siendo los DCP uno de los grupos de obtención más interesante.
Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de receptores de trasplante hepático ortotópico (RTHO), entre junio de 2006 y diciembre de 2010. Realizamos un total de 289 THO en pacientes mayores de 18 años, excluyendo retrasplantes, hepatitis fulminantes. 44 de ellos eran procedentes de DCP.
Resultados: La edad media de los DCP ha sido de 57,4 ± 9 mientras que en grupo de DME fue 55 ± 10. Ha habido 9 mujeres y 35 hombres en grupo de DCP y 56 mujeres y 199 en el grupo de DME (p = ns). La media del MELD score en DME ha sido de 14,9 vs 14,4 en DCP (p = ns). La media de estancia en UCI fue de 7,41 días en DCP vs 4,82 días en DME (p = 0,04). La media de trasnsfusión de hemoderivados fue: 9,18 bolsas de sangre en DME vs 17,98 en DCP (p < 0,01), 12,41 para concentrados de plasma (FFP) en DME vs 22,12 en DCP, 2,65 plaquetas en DME vs 1,55 en DCP (p = 0,03). La media de supervivencia actuarial a 1, 3 y 5 años ha sido de 85,9%, 61,4% y 52,6% para receptores de DCP en comparación con 83,9%, 72,5% y 60,3% (p = 0,44).
Conclusiones: El trasplante de hígados procedentes de DCP se asocial significativamente con una mayor frecuencia de transfusión de hemoderivados, por cuanto que no se asocial a un acortamiento de la supervivencia significativo.

P-325. TRATAMIENTO DEL SÍNDROME LINFOPROLIFERATIVO EN EL PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO (SLPT)

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

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Introducción: En los pacientes trasplantados es mayor la incidencia de síndromes linfoproliferativos. Se asocia en la mayoría de los casos a la infección primaria del VEB adquirida a partir de un donante positivo. Ciclosporina A y anticuerpos monoclonales antiCD3 (OKT3) son los inmunosupresores que más incrementan su riesgo de desarrollo, seguidos de tacrolimus y azatioprina. La quimioterapia empleada como terapia inicial o como terapia asociada a la reducción de la inmunosupresión (CHOP o quimioterapia basada en antraciclina), debe emplearse en el SLPT como tratamiento de segunda línea, para aquellos pacientes que no hayan respondido a rituximab®. MMF potencia la acción de los agentes antiherpéticos (aciclovir, ganciclovir, penciclovir), por lo que puede tener efecto preventivo sobre esta patología. El uso de tacrolimus en pacientes pediátricos con trasplante renal ha demostrado no aumentar el riesgo. La sustitución de anticalceneurínicos por inhibidores de mTor en pacientes con trasplante renal parece asociarse a una regresión completa de SLPT, no demostrado en trasplantados hepáticos.
Caso clínico: Varón de 64 años con serología positiva para CMV y negativa para VEB, trasplantado en 2008, en tratamiento inmunosupresor con tacrolimus, MMF y prednisona. Debido a un cuadro de obstrucción intestinal, se diagnostica de masa retroperitoneal cuya biopsia operatoria denota linfoma inmunoblástico de células grandes tipo B. Se comprueba mediante PET-TAC la captación de una masa en mesogastrio con afectación retroperitoneal, varios nódulos hepáticos y nódulos pulmonares bilaterales; positividad de PCR-VEB (1800 copias). Cambio de tratamiento inmunosupresor: MMF, sirolimus (mTOR) y anticuerpos monoclonales anti-CD20 (Rituximab®). Mejoría clínica y analítica, negatividad mantenida de los niveles de PCR-VEB, y desaparición de las imágenes metabólicamente activas en PET-TAC.

P-326. DOS AÑOS DE TRASPLANTE DE PÁNCREAS: RESULTADOS INICIALES

M. Iglesias Iglesias, M.C. Esteban Velasco, P. Fraile Gómez, R.A. Iglesias López y L. Muñoz-Bellvís

Hospital Clínico Universitario de Salamanca, Salamanca.

Introducción y objetivos: Cualquier programa de trasplante de órganos sólidos presenta unas tasas de morbimortalidad importante asociada a la cirugía, este hecho se acentúa en los comienzos de cualquier programa y especialmente en el caso del páncreas simultáneo con riñón que añade numerosos riesgos al trasplante renal aislado. El ánimo de esta comunicación es mostrar la puesta en marcha de nuestro programa, las bases quirúrgicas que lo han sustentado y los alentadores resultados obtenidos.
Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de donantes y pacientes trasplantados desde el inicio del programa en marzo 2009, mediante consulta en base de datos de la unidad. Se realiza análisis descriptivo incluyendo resultados, técnica quirúrgica empleada y complicaciones quirúrgicas.

Resultados: Se han realizado 16 trasplantes simultáneos de páncreas-riñón (SPK) con edad media de 39 años. Estancia media en lista: 69 días. Donante: extracción estándar con perfusión aórtica de 2.000 ml (hígado-páncreas) y portal (hígado) de otros 2.000 ml, extracción independiente de injertos. Implante, en todos los casos: Drenaje venoso sistémico y derivación intestinal. Trasplante renal por abordaje independiente. Tiempo medio de isquemia fría: 11h. Estancia media: 15d. No mortalidad quirúrgica. Complicaciones quirúrgicas pancreáticas: Infección menor de herida (2 casos); oclusión intestinal incompleta (1 caso); reintervenciones, 2 casos, el primero por peritonitis secundaria a necrosis de grasa peripancreática resuelta con tratamiento quirúrgico y conservando el páncreas, el segundo una oclusión por bridas. Función de los injertos excelente.

Conclusiones: Una selección adecuada de los donantes, la coordinación con todos los miembros del equipo, el cumplimiento de los protocolos, la sistematización y homogeneización del procedimiento así como una técnica depurada y exigente son, en nuestra opinión, las bases de los resultados obtenidos.