

SO1.01

CARACTERIZACIÓN DEL SÍNDROME DE OBSTRUCCIÓN SINUSOIDAL (SOS) TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO: ESTUDIO OBSERVACIONAL MULTICÉNTRICO

Aránzazu Caballero-Marcos (1,13), Isabel Peligros (1,2,1), Judith Pérez-Rojas (3,12), Isabel Campos-Varela (4,13), Jordi Colmenero (5,13), Miguel Angel Gómez-Bravo (6), Iago Justo (7), Alejandra Otero (8), Esther Molina-Pérez (9), Luisa González-Diéguez (10), Carme Baliellas (11), Mario Romero-Cristobal (1,13), Victoria Aguilera (12,13), Lluís Castells (4,13), Alba Díaz (5,13), Luis Miguel Marín-Gómez (6v), Carmelo Loinaz (7), José Ángel López-Baena (1,13), Rafael Bañares Cañizares (1,13), María Magdalena Salcedo Plaza (1). (1) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Universidad Complutense, Madrid, España (2) Departamento de Patología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España (3) Departamento de Patología, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España; (4) Unidad de Hígado, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Campus Hospitalario Vall d'Hebron Barcelona, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona, España (5) Unidad de Trasplante de Hígado, Hospital Clínic, IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona, España; (6) Unidad de Trasplante de Hígado, Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España; (7) Departamento de Hepatología/Cirugía del Hígado/Trasplante, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España (8) Unidad de Trasplante Hepático, Hospital de A Coruña, A Coruña, España (9) Departamento de Trasplante Hepático, Hospital Universitario de Santiago, Santiago de Compostela, España; (10) Unidad de Hígado y División de Gastroenterología y Hepatología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España (11) Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitario de Bellvitge, IDIBELL, L'Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España (12) Departamento de Hepatología y Trasplante Hepático, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Valencia, España; (13) Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Madrid, España (14) Departamento de Patología, Hospital Clínic, IDIBAPS, Universidad de Barcelona, Barcelona, España

El SOS tras el TH parece diferente al que sucede tras el T. de células hematopoyéticas, cuyos criterios diagnósticos clínicos (ganancia de peso, hepatomegalia, ictericia y ascitis) son poco específicos en el postTH.

Objetivo: Caracterizar el SOS tras el TH.

Metodología: Estudio multicéntrico, retrospectivo mediante formulario reportado desde las unidades de TH: 20 respondieron. Se notificaron 50 casos: 43 por sospecha clínica y biopsia confirmatoria. En 7 el SOS se estableció tras biopsia realizada por protocolo o en ausencia de sospecha de SOS. En todos se descartó compromiso del drenaje venoso.

Los casos se reevaluaron centralmente por 2 hepatólogos, y las biopsias (80), por 2 patólogas, de manera ciega respecto a histología y clínica, respectivamente. Se aplicaron los parámetros de Rubbia-Brandt. Posteriormente se realizó una evaluación conjunta para asignar un diagnóstico final. El gradiente de presión venosa hepática (GPVH) se consideró criterio diagnóstico adicional. Se recabaron datos epidemiológicos, clínicos, de inmunosupresión y tratamiento, y sobre la evolución final.

Estadística: Descriptiva y de supervivencia (Kaplan-Meier, Log-rank test). Análisis de riesgos competitivos para estimar la incidencia de trasplante (ReTH) considerando la muerte como un evento competitivo. Análisis multivariante de regresión de Fine y Gray que proporcionó la razón de subriesgos (SHR) para el tratamiento específico del SOS.

Resultados: Fueron finalmente diagnosticados 41 de los 50 casos propuestos, procedentes de 10 centros. Ninguno presentaba la tríada clásica (hepatomegalia, ascitis e ictericia). La ascitis fue frecuente al diagnóstico (80,5%), más en los diagnosticados en los primeros 6 meses postTH (95,6% vs. 41,7%, $p < 0,001$). Hubo rechazo en 13 (31,7%), en 7 antes del SOS. Tratamiento: 13 recibieron TIPs, 5 defibrotide, 6 anticoagulación o ImTOR.

- Nueve pacientes precisaron ReTH: supervivencia libre de ReTH 65,3% y 58,1% (5,10 años). Un GPVH inicial >20 mmHg se asoció a ReTH (88,9% Vs. 11,1%, $p=0,02$). No hubo recurrencia tras los ReTH.

Conclusión: El SOS después del TH tiene características y resultados diferentes a los conocidos tras el T. de células hematopoyéticas. El tratamiento específico del SOS tras el TH puede mejorar el pronóstico.

SO1.02*

MODELO PREDICTIVO DE RECIDIVA PRECOZ DE CARCINOMA HEPATOCELULAR POSTRASPLANTE BASADO EN INTELIGENCIA ARTIFICIAL (REDES BAYESIANAS)

Rafael García-Domínguez (1); Eva Montalvá-Orón (1); Antonio Serrano-López (2); Andrea Bosca-Robledo (1); Javier Maupoey-Ibáñez (1); Joan Vila-Francés (2); Ana Hernando-Sanz (1); Rafael López-Andújar (1). (1) Hospital Universitari i Politécnico La Fe - Valencia, (2) Intelligent Data Analysis Laboratory - Universitat de València

Objetivos: Desarrollar un modelo predictivo de inteligencia artificial (redes bayesianas) para determinar la probabilidad de recidiva precoz de CHC en los dos primeros años postrasplante hepático, utilizando exclusivamente variables conocidas antes del trasplante, con el fin de identificar los pacientes con mayor riesgo de recurrencia, en los que el trasplante resulta poco útil.

Material y métodos: Estudio retrospectivo, analítico y unicéntrico sobre una muestra de receptores adultos durante un período de 15 años (seguimiento mínimo de 2 años). Empleando únicamente variables pretrasplante, se desarrolló un modelo de redes bayesianas para predecir la recurrencia precoz del CHC. El modelo se comparó con un modelo clásico de regresión logística. Se utilizó el área bajo la curva (ABC) como medida de rendimiento predictivo para comparar ambos modelos.

Resultados: Se analizaron 515 pacientes. La etiología más frecuente fue infección por VHC ($n = 316$; 61,36%). 391 pacientes (75,92%) recibieron tratamiento del CHC previamente al trasplante; 316 casos (61,36%) como puente al trasplante y 70 casos (13,59%) como downstaging. La supervivencia global fue de 81,90% a 2 años. La supervivencia libre de enfermedad fue de 76,10% a 2 años. 54 pacientes presentaron recidiva en los 2 primeros años postrasplante (10,49%). Comparando ambos modelos generados, que emplean 5 variables clínicas y analíticas de fácil obtención y conocidas previamente al trasplante, el modelo de regresión logística obtuvo una ABC de 0,791 para el grupo de entrenamiento y de 0,843 para el grupo de generalización. El modelo de redes bayesianas obtuvo una ABC superior, de 0,820 para el grupo de entrenamiento y 0,917 para el grupo de generalización.

Conclusiones: Es posible obtener un modelo predictivo de recurrencia precoz del CHC basado exclusivamente en variables conocidas previamente al trasplante utilizando redes bayesianas. Este modelo posee una capacidad de discriminación entre RECURRENCIA/NO RECURRENCIA mayor que los modelos clásicos de regresión logística. Esto permite identificar aquellos pacientes con menor riesgo de recidiva precoz, optimizando así los injertos disponibles.

IMPACTO DE LA EXPOSICIÓN ACUMULADA A TACROLIMUS EN EL RIESGO DE CÁNCER TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Manuel Rodríguez-Perálvarez (1); Rafael Alejandro Altamirano (1); Carmen Bernal Bellido (2); Laia Escudé (3); Estefanía Berge (4); Alberto Ventoso (5); Anna Curell (6); Magdalena Salcedo (7); Ana Sánchez-Martínez (8); Tommaso Di Maira (9); Mercedes Iñarrairaegui (10); Ana Corcho (11); Sara Lorente (12); Antonio Cuadrado-Lavín (13); Sonia Pascual (14); María Dolores Espinosa Aguilar (15); Rocío González Grande (16); Susana López Ortega (16); María Ángeles López Garrido (15); Patricio Mas Serrano (14); Emilio Fábrega (13); Trinidad Serrano (12); Esteban Fuentes (11); José Ignacio Herrero (10); Andrea Boscà Robledo (9); Miguel Ángel Gómez Bravo (2); José Antonio Pons (8); Mario Romero-Cristobal (7); Itxarone Bilbao (6); Antonio González (4); Jordi Colmenero (3); Mikel Gastaca (5). (1) Unidad de Hepatología y Cirugía de Trasplante hepático. Hospital Universitario Reina Sofía, IMIBIC, CIBERehd, Córdoba, España., (2) Unidad de Cirugía HBP y Trasplantes. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España., (3) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital Clinic, IDIBAPS, CIBERehd, Barcelona, España., (4) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital Virgen de la Candelaria, Tenerife, España., (5) Unidad de Cirugía Hepatobiliar, Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital Universitario de Cruces, Bilbao, España., (6) Unidad de Trasplante Hepático. Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, España., (7) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital General Universitario e Instituto de Investigación biomédica Gregorio Marañón, CIBERehd, Madrid, España., (8) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia, España., (9) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital La Fe e Instituto de Investigación sanitaria La Fe, CIBERehd, Valencia, España., (10) Unidad de Hepatología y Cirugía de Trasplante Hepático. Clínica Universitaria de Navarra, IdiSNA, CIBERehd, Navarra, España., (11) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital Rio Hortega, Valladolid, España., (12) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España., (13) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander, España., (14) Unidad de Trasplante Hepático. Hospital General de Alicante, ISABIAL, CIBERehd, Alicante, España., (15) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital Virgen de las Nieves, Granada, España., (16) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital Regional Universitario de Málaga, Málaga, España

Objetivo: Determinar el impacto de la exposición acumulada a tacrolimus sobre la aparición de cáncer tras el trasplante hepático (TH).

Métodos: Estudio casos-contrroles anidado en una cohorte multicéntrica de pacientes adultos sometidos a TH (2010-2015) con supervivencia superior a 1 año (n=2.495). Cada caso de cáncer post-TH fue apareado con un control mediante propensity score. La exposición acumulada a tacrolimus (EAT) fue calculada mediante el área bajo la curva de niveles valle durante los primeros 12 meses post-TH (PMID:31107827). Calculadora online disponible en: <https://proyectos.imibic.org/cumulative-tacro/>.

Resultados: Se incluyeron 850 pacientes (425 parejas de casos y controles). La edad media fue de 58,1±7,5 años (13,9% mujeres). Los tipos más frecuentes de cáncer post-TH fueron: recidiva de carcinoma hepatocelular (24,2%), cáncer de piel (17,9%), pulmón (14,4%) y área ORL (12,7%). El cáncer fue diagnosticado en estadio localmente avanzado o metastásico en el 53,7% de los pacientes. Entre los pacientes con cáncer post-TH, el 41,4% fallecieron como consecuencia del mismo tras una mediana de 8 meses. No hubo diferencias en cuanto al protocolo de inmunosupresión entre casos y controles. La EAT tanto a los 3 meses como a los 12 meses fue el único factor de riesgo independiente para cáncer post-TH, siendo el incremento de riesgo más pronunciado para la recidiva del carcinoma hepatocelular, el cáncer de pulmón, el cáncer de piel, y el cáncer colorrectal. En el análisis multivariante, un incremento del 20% de EAT obtuvo HR=1,11 (IC95% 1,05-1,19; p=0,001) a los 3 meses y HR=1,10 (95%CI 1,03-1,17; p=0,004) a los 12 meses. Este efecto fue consistente al analizar neoplasias de novo, tumores no dermatológicos y recidiva del carcinoma hepatocelular por separado.

Conclusión: La exposición acumulada a tacrolimus en los primeros 12 meses post-TH aumenta el riesgo de cáncer, particularmente de tumores de piel, pulmón, cáncer colorrectal y recidiva de carcinoma hepatocelular.

TROMBOSIS PORTAL COMPLEJA EN TRASPLANTE HEPÁTICO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO INTERNACIONAL

Yiliam Fundora (1); Amelia Hessheimer (1); Cristiano Quintini (2); Mikel Gastaka (3); Daniel Azoulay (4); Jacques Pirenne (5); Alexis Laurent (6); Ulrich Baumann (7); Silvio Nadalin (8); Giacomo Germani (9); Wojtek G Polak (10); Krzysztof Zieniewicz (11); Christian Toso (12); Victor Lopez (13); Javier Briceño (14); Carmelo Loinaz (15); Javier Nuño (16); Gerardo Blanco (17); Francisco J León (18); Fernando Rotellar (19); Manuel A Barrera (20); Rafael López (21); Miguel A Gómez (22); Juan A Echeverri (23); Eloy Tejero (24); Evaristo Varo (25); Gonzalo Rodriguez-Laiz (26); Baltasar Pérez-Saborido (27); Laura Llado (28); Ernest Hidalgo (29); J Steve Bynon Jr (30); Fuat Aksoy (31); Vighnesh Vetrivel (32); Lucas McCormack (33); Paulo N Martin (34); Damiano Patrono (35); Jifi Nicovsky (36); Fabrizio Di Benedetto (37); Julius Janek (38); Lorenzo Maroni (39); Murta Dyangac (40); Abdul Rahman Hakeem (41); Constantino Fondevila (1). (1) Hospital Clínic de Barcelona, Spain., (2) Cleveland Clinic, Ohio, USA, (3) Hospital de Cruces, Bilbao, Spain, (4) Paul Brousse Hospital, Villejuif, France, (5) UZ, Leuven, Belgium, (6) Henri Mondor, Paris, France, (7) Hannover Medical School, Germany, (8) University of Tubigen, Germany, (9) Padova University Hospital, Italy, (10) Erasmus MC, University Medical Center Rotterdam, (11) Medical University of Warsaw, Poland, (12) Hopitaux Universitaires de Geneve, Switzerland, (13) Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia, Spain, (14) Hospital Universitario Reina Sofía de Córdoba, Spain, (15) Hospital Universitario Doce de Octubre, Madrid, Spain, (16) Hospital Ramón y Cajal, Madrid, Spain, (17) Hospital Infanta Cristina, Badajoz, Spain, (18) Hospital Regional de Málaga, Spain, (19) Universidad de Navarra, Pamplona, Spain, (20) Hospital Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife, Spain, (21) Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia, Spain, (22) Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, Spain, (23) Hospital Universitari de Valdecilla, Santander, Spain, (24) Hospital Clínico Universitario de Zaragoza, Spain, (25) Hospital Clínico de Santiago de Compostela, Galicia, Spain, (26) Hospital General de Alicante, Spain, (27) Hospital Universitario Río Ortega, Valladolid, Spain, (28) Hospital Universitari de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, Spain, (29) Hospital Vall d'Hebron, Barcelona, Spain, (30) University of Texas, Houston. Memorial Hermann TMC, (31) Bursa Uludağ University Organ Transplantation Center, Turkey, (32) University of Miami, Division of Liver and GI Transplantation, USA, (33) Hospital Alemán de Buenos Aires, Argentina, (34) University of Massachusetts, Memorial Medical Center, Worcester, USA, (35) Liver Transplant Center AOU Citta della Salute e della Scienza di Torino, Italy, (36) Centrum Kardiovaskulární a Transplantací Chirurgie, Brno, Czech Republic, (37) University degli studi di Modena e reggio emilia, Modena, Italy, (38) FD Roosevelt, Banská Bystrica, Slovakia, (39) S. Orsola.Malpighi Hospital, Bologna, Italy, (40) Medipol University Hospital, Istanbul, Turkey, (41) St James's University Hospital, Leeds, UK

Actualmente no existe consenso en la indicación de trasplante hepático (TH) en candidatos con trombosis portales complejas (TPC).

Método: Estudio colaborativo, multicéntrico y retrospectivo, patrocinado por la SETH y ELITA, de pacientes trasplantados con TPC. Análisis de las indicaciones, técnicas de revascularización portal y resultados.

Resultados: Se incluyeron 181 pacientes de 42 centros, incluyendo Europa, América y Asia, entre enero 1996 y junio 2021. No se encontraron diferencias significativas al analizar los donantes y receptores. Se evidenció oclusión completa de la vena porta y vena mesentérica superior (Yerdel IV) en 94 casos (51,9%). Las técnicas de revascularización portal utilizadas fueron anastomosis renoportal (n=73, 39,2%), vena gástrica izquierda o pericoledocal (n=38, 21%), hemitransposición cavoportal (n=28, 15,5%), mesoportal (n=36, 19,9%), arterialización en un caso y 5 casos fueron definidos como otras técnicas. El tiempo de isquemia fría y caliente fue de 450 (170-934) y 36 (10-220) minutos, respectivamente. La insuficiencia renal postoperatoria se presentó en el 48,6% de los pacientes. Se observó persistencia de hipertensión portal en forma de ascitis persistente (8,7%) y hemorragia por várices (7,7%). Doce pacientes fueron retrasplantados (6,6%), un caso relacionado con trombosis de la anastomosis. Se consiguió un 86,7% de anastomosis permeable tras un a mediana de seguimiento de 24 meses. La supervivencia actuarial injerto-receptor a 1, 3 y 5 años fue de 95%, 93%, 91% y 82%, 67%, 53%, respectivamente.

Conclusiones: Los datos analizados muestran resultados aceptables a corto y largo plazo, incluyendo la resolución de los síntomas relacionados con hipertensión portal. Sí bien la TPC no puede considerarse una contraindicación absoluta, se impone la evaluación y manejo multidisciplinar para asegurar los resultados.

SO1.05*

EMBARAZO EN PACIENTES TRASPLANTADAS HEPÁTICAS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL

Javier Castro Rodriguez (1); Andrea Boscà Robledo (2); Belinda Sanchez Perez (3); Ana Arias Milla (4); Alberto Amador Navarrete (5); Antonio Cuadrado Lavin (6); Victor Lopez Lopez (7); Alejandra Otero Ferreriro (8); Ainhoa Fernandez Yunquera (9); Ana Guiberteau Sanchez (10); José Ignacio Herrero Santos (11); Sonia Pascual Bartolomé (12); Gloria De la Rosa (13); Itxarone Bilbao Aguirre (14). (1) Unidad de Hepatología y Cirugía de Trasplante hepático. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba, España., (2) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital La Fe e Instituto de Investigación sanitaria La Fe, Valencia, España., (3) Unidad de Trasplante Hepático y Hepatología. Hospital regional Universitario Carlos Haya, Málaga, España., (4) Unidad de Hepatología y Cirugía de Trasplante hepático. Hospital Puerta de Hierro de Madrid, España., (5) Unidad de Hepatología y Cirugía de Trasplante hepático. Hospital Universitario de Bellvitge, Barcelona España., (6) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital de Valdecilla, Santander, España., (7) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital Virgen de la Arrixaca, Murcia, España., (8) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital Universitario A Coruña. España., (9) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España., (10) Unidad de Trasplante Hepático y Hepatología. Hospital Universitario de Badajoz. España., (11) Unidad de Hepatología y Cirugía de Trasplante Hepático. Clínica Universitaria de Navarra, España., (12) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital General Universitario de Alicante, España., (13) Organización Nacional de Trasplante (ONT). Madrid, España., (14) Unidad de Trasplante Hepático y Hepatología. Hospital Universitario Vall d'Hebron. VHIR. Ciberehd. UAB. Barcelona, España

Objetivos: El objetivo de este estudio retrospectivo multicéntrico español es analizar la experiencia en embarazo y trasplante hepático y responder a las preguntas que hacen mujeres trasplantadas hepáticas en edad de procreación.

Material y métodos: Trece Unidades de Trasplante Hepático recopilaron los siguientes datos clínicos: edad al trasplante y en la gestación; indicación; inmunosupresión (IMS) y función hepática pre y durante la gestación; tipo y complicaciones del parto; características del recién nacido; supervivencia de la paciente e injerto.

Resultados: Se han analizado 78 gestaciones en 57 mujeres trasplantadas (14 en edad pediátrica). Sesenta y cinco fueron gestaciones a término y 13 (17%) abortos. Tres abortos fueron provocados por indicación médica. Solo un embarazo fue no planificado. La edad media en el momento del embarazo fue 32 años (18-42). El tiempo medio entre trasplante y embarazo fue 116 meses (4-396). La IMS pregestación fue Tacrolimus 61%, Ciclosporina 19% y otros 19%. Pregestación 3 interrumpieron MMF, 4 Everolimus y 1 Rapamicina. Una paciente con un embarazo no planificado interrumpió el MMF en el 2º trimestre. Durante el embarazo 5 pacientes (6,9%) sufrieron rechazo, 27 anemia, 7 diabetes y 5 infección. En 66 % de los casos el embarazo ha sido considerado de riesgo por definición y controlado en Unidades Obstétricas Especializadas. En 9 casos (14%) hubo complicaciones del parto. Nueve recién nacidos (14%) fueron prematuros. Hubo 1 caso de alteración congénita severa, 1 meningitis estreptocócica postnatal, 1 retraso psicomotor a largo plazo y 1 muerte por prematuridad. Siete mujeres fallecieron y una perdió el injerto, ninguna en relación con la gestación.

Conclusión: A pesar de que la mayoría de centros consideran el embarazo en trasplantadas hepáticas como un embarazo de riesgo, los resultados indican que el embarazo es factible con un adecuado y estrecho control simultáneo por Unidad Obstétrica-Unidad de Trasplante.

SO1.06

LIVERCOLOR: ESTUDIO MULTICÉNTRICO. CUANTIFICACIÓN DE ESTEATOSIS HEPÁTICA UTILIZANDO MACHINE LEARNING Y PROCESAMIENTO DE IMÁGENES

Concepción Gómez Gavara (1); Itxarone Bilbao (1); Gemma Piella (2); Javier Vázquez-Corral (3); Berta Benet-Cugat (1); Elizabeth Pando (1); José Andrés Molino (4); Daniel Esono (2); Miguel Ángel Cordobés (2); Ángela Bilbao (1); Cristina Dopazo (1); Mireia Caralt (1); Ernest Hidalgo (1); Ramon Charco (1). (1) Servei de Cirurgia HBP i Trasplantament Hospital Vall d'Hebrón, (2) BCN Med Tech Universitat Pompeu Fabra, (3) Universitat Autònoma de Barcelona, (4) Servei de Cirurgia Pediàtrica de l'Hospital Vall d'Hebrón

Introducción: La esteatosis es la principal causa de descarte de injertos hepáticos en nuestro país.

Objetivos: Desarrollar un nuevo método diagnóstico para la esteatosis hepática que sea rápido, preciso y robusto.

Métodos: Desde mayo 2021 hasta la actualidad se ha iniciado un estudio multicéntrico mediante el cual se han realizado fotografías de los injertos hepáticos evaluados para trasplante aceptados o descartados. Para incorporar toda la metadata en tiempo real se ha desarrollado una plataforma y los investigadores han compartido los datos mediante una APP.

Resultados: De manera progresiva se han incorporado 7 centros de trasplante hepático al proyecto LiverColor. Se han reclutado un total de 120 hígados. Después de calibrar las imágenes y segmentarlas en parches de parénquima hepático se han incluido 1330 parches para entrenar el algoritmo. Se ha realizado un modelo de Random Forest que utilizando escala cromática I^*a^*b y parámetros de textura ha obtenido una precisión del 94.28 (± 4.8).

Conclusiones: La utilización de machine learning para el análisis de imágenes es un excelente método para la cuantificación de esteatosis. El uso de la APP ha facilitado la posibilidad de trabajar conjuntamente con múltiples centros en tiempo real.

SO1.07

IMPACTO DE LAS COMORBILIDADES EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO PROSPECTIVO

Trinidad Serrano (1); Sergio Sabroso (2); Luis M. Esteban (3); Rafael Del Hoyo (4); Vega Rodrigalvarez (4); Miguel Angel Gomez-Bravo (5); Pablo Ruiz (6); Rosa Martín-Mateos (7); Alejandra Otero (8); F. Javier Bustamante (9); Sonia Pascual (10); Carolina Almohalla (11); Marta Guerrero (12); Itxarone Bilbao (13); Valle Cadahia (14); Luis Cortés (1); Elena Oton (16); Angel Rubin (15); Ana Arias (17); Esther Molina (18); Urszula Gajownik (19); J. Ignacio Herrero (20); Magdalena Salcedo (21). (1) HCU Lozano Blesa, Zaragoza, (2) CNIO, (3) Escuela Politécnica de la Almunia, Universidad de Zaragoza, (4) ITAINNOVA, Zaragoza, (5) H. Virgen del Rocío, Sevilla, (6) Clinic, Barcelona, (7) H. Ramón y Cajal, Madrid, (8) H. U. A Coruña, (9) H. U. de Cruces, Baracaldo, (10) H. U. de Alicante, (11) H. Río Hortega, Valladolid, (12) H. Reina Sofía de Córdoba, (13) Vall d'Hebron, Barcelona, (14) H. Central de Asturias, (15) H. La Fe, Valencia, (16) C.H. U. de Canarias, (17) H. U. Puerta de Hierro, Madrid, (18) H.C.U. de Santiago, (19) H. U. Virgen de la Arrixaca de Murcia, (20) C. Universidad de Navarra, (21) H.U. Gregorio Marañón, Madrid

Objetivo: Analizar el impacto de las comorbilidades de los pacientes con enfermedad hepática, en el Trasplante Hepático (TH)

Métodos: Análisis prospectivo de 1115 paciente incluidos en lista de espera de TH en 18 centros españoles desde octubre-2019 hasta enero-2022. Se han recogido las comorbilidades en el momento de inclusión en lista y las variables de evolución. Se ha realizado un análisis desagregado por sexos. Para estudiar la agrupación de los pacientes en clusters se han aplicado técnicas de machine learning.

Resultados: Los pacientes incluidos en lista de espera de TH fueron predominantemente varones (76.7%) con una edad media de 61 años IQR (55-66); 60 años en mujeres IQR (54-66) y 61 in varones (56-66) (p=n.s). El hepatocarcinoma fue casi la mitad de las indicaciones de TH, siendo más prevalente en hombres (50%) que en mujeres (26,2%).

SO2.01*

OPTIMIZACIÓN DE LOS RESULTADOS DEL PROGRAMA SPLIT EN CATALUÑA

Oriana Barrios (1); Ernesto Hidalgo (2); Constantino Fondevila (3); Lluís Secanella (1); Concepció Gómez-Gavara (2); Antonio Ramon Rull (4); Cristina Dopazo (2); Miguel Angel López-Boado (4); Abigüei Torrents (5); Laura Lladó (1). (1) Hospital Universitario de Bellvitge, (2) Hospital Universitario Valle de Hebrón, (3) Hospital Universitario La Paz, (4) Hospital Clinic de Barcelona, (5) Organización Catalana de Trasplantes

Introducción: En 2018 cambió la distribución de donantes hepáticos siendo los < 35 años asignados a la lista pediátrica y se flexibilizó en la OCATT la asignación del injerto derecho en los adultos.

Objetivos: Evaluar el efecto de las modificaciones desde 2018, respecto al período previo (2013-2017), tanto en la utilización de donantes para SPLIT, como en las listas de espera adulto y pediátrica, así como evaluar los resultados post-trasplante de los receptores adultos que recibieron un donante SPLIT.

Material y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo, con 2 periodos de recogida de datos, definidos como "PRE" (2013-2017) y "POST" (2018- 2021). Los resultados de los receptores adultos se analizaron mediante un estudio comparativo tras realizar un "propensity score" por año del TH, edad del receptor, MELD clínico e IMC del receptor, incluyendo 2 receptores de injerto completo por cada Split.

Resultados: En el periodo PRE se obtuvieron 3 donantes, llevándose a cabo 3 TH en niños y 2 en adultos; mientras que en el periodo POST se realizaron 24 donaciones con bipartición hepática, realizándose 19 TH en adultos (2 injertos en ONT no incluidos en el análisis) y en 24 receptores infantiles. Al comparar las LE de los adultos de ambos períodos se evidenció una disminución significativa del tiempo con una Me 108 días en el período PRE y 59 en el POST (p 0.0001); en la LE infantil también se observó una reducción del tiempo en LE con una Me 139 días en el período PRE vs 35 POST (p 0,0004), llegando a no tener lista de espera pediátrica en 3 ocasiones. Comparando los receptores adultos de injerto completo respecto Split, no se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a morbilidad ni mortalidad hospitalaria, ni supervivencia actuarial (p 0,2290).

Conclusiones: La flexibilidad en la selección del adulto y la nueva distribución de donantes permite aumentar la tasa de bipartición, permitiendo reducir la lista de espera de TH pediátrico sin empeorar los resultados en los trasplantados adultos ni su estancia en lista de espera.

SO2.02

IMPACTO Y RESULTADOS TRAS LA OPTIMIZACIÓN DE LA BIPARTICIÓN HEPÁTICA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO

Ane Miren Andres Moreno; Francisco Hernandez Oliveros; Esteban Frauca Remacha; Lorena Fernandez Tomé; Javier Serradilla Rodriguez; Alba Sanchez Galan; Jose Luis Encinas Hernandez; Leopoldo Martinez Martinez; Carlos De La Torre Ramos; Maria Alos Diez; Loreto Hierro; Manuel Lopez Santamaria. *Hospital La Paz*

Objetivo: Presentar nuestra experiencia e impacto de la optimización de injertos hepáticos mediante priorización del receptor pediátrico fomentando la bipartición (Split).

Metodología: Revisamos los Split desde 2019, comparándolos con los realizados entre 1994-2019. Revisamos datos demográficos, recursos técnicos para la bipartición e implante, y resultados.

Resultados: Fueron 21 biparticiones (26'3%, uno urgente) frente a 52 en el periodo previo (6'6%, 71% urgentes). La principal indicación fue la atresia biliar (61%), con una mediana de 10'6 meses y 8'8 kg. Se utilizó el lóbulo hepático izquierdo (mediana 290 gr) dejando el derecho para el adulto. La mediana de edad/peso/horas de UCI del donante fue de 26 años/ 67 Kg/ 24h, respectivamente. En la bipartición (12 in-situ, 9 ex-situ) participaron 12 centros de adultos. En 17 (81%) nos quedamos con la arteria hepática izquierda y propia dejando la derecha, hepática común y tronco celiaco para el injerto derecho (con reconstrucción). Entre las dificultades técnicas del implante destacaron: doble anastomosis, plastia, o injerto en suprahepáticas (5), injertos venosos (7) y arteriales (5), y doble vía biliar (7). El trasplante fue exitoso en el 100% (antes de 2019 se habían perdido 12/52 injertos, 23%); una fistula biliar y una trombosis arterial se resolvieron quirúrgicamente; una paciente falleció tardíamente por motivos ajenos al trasplante. Hasta nuestro conocimiento, todos los injertos hepáticos derechos se implantaron con éxito, salvo dos que precisaron retrasplante. La proporción de THDV frente a Split disminuyó significativamente (36:1 entre 2016-2019; 8:21 entre abril 2019-febrero 2022).

Conclusiones: La bipartición se ha cuatriplicado en el trasplante pediátrico, con resultados excelentes y disminución de la necesidad del donante vivo, dejando de ser tan solo una opción de urgencia. La bipartición in situ y un mejor reparto de la arteria son ventajas que benefician a ambos equipos.

SO2.03*

EVALUACIÓN DE DONANTES EN MUERTE ENCEFÁLICA CON TEST DE ACLARAMIENTO DEL VERDE DE INDOCIANINA: EXPERIENCIA DE 5 AÑOS

Sergio Cortese; José Manuel Asencio Pascual; Alvaro Morales Taboada; Enrique Velasco Sanchez; Luis Rodriguez-Bachiller; Benjamin Diaz-Zorita; Arturo Colón Rodríguez; José Ángel López Baena. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón*

Objetivos: Los criterios expandidos de donación han aumentado el pool de donantes a costa de una importante tasa (20-30%) de injertos rechazados in situ por mala calidad. Este estudio se propone valorar la capacidad del test de aclaramiento del verde de indocianina (ICG) realizado en los donantes, de predecir con suficiente especificidad la no aceptación de los injertos.

Métodos: Entre el 2017 y el 2021 se midió prospectivamente en los donantes hepáticos en muerte encefálica la tasa de aclaramiento plasmático de ICG (ICG-PDR) con espectrofotometría digital (LiMON®, Pulsion, Alemania) tras inyección i.v. de 0,25 mg/kg de ICG inmediatamente antes de la laparotomía. El resultado del ICG-PDR quedaba desconocido para el cirujano extractor, que decidía sobre la validez del injerto según su experiencia. De los injertos rechazados, se tomó una muestra para estudio patológico diferido.

Resultados: El estudio incluye 45 donantes: 21 se rechazaron y los restantes 24 se aceptaron como válidos. Los donantes de hígados aceptados diferían de los rechazados en cuanto a IMC más bajo, a menor tasa de hipertensión arterial y a ICG-PDR significativamente más alto (mediana de 25,5 %/min, frente a 14,2 %/min, respectivamente, $p < 0,0001$). Las otras características (edad, sexo, días en UCI, datos analíticos y hallazgos ecográficos) eran similares en los 2 grupos.

- Se rechazaron todos los injertos que presentaban un valor de ICG-PDR inferior a 15 %/min. Este punto de corte presentaba la sensibilidad más alta (73,2%), manteniendo una especificidad del 100% para predecir la no-validez de los injertos (AUCOR: 0,875, 95% IC: 0,768-0,982, $p < 0,0001$).
- Los 6 donantes con $PDR < 10\%/min$ presentaban fibrosis o cirrosis en el análisis patológico, y, de los 9 con PDR entre 10 y 15 %/min, 3 presentaban fibrosis y 4 esteatosis macrovacuolar $> 20\%$.

Conclusiones: El ICG-PDR es capaz de predecir la no-validez de los injertos con elevada especificidad, pudiendo hipotéticamente ahorrar la necesidad de la valoración directa por los equipos extractores. Para validar estos resultados se está realizando un estudio multicéntrico nacional.

SO2.04*

RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN ASISTOLIA CONTROLADA CON PERFUSIÓN REGIONAL NORMOTÉRMICA TORACOABDOMINAL PARA DONACIÓN CARDÍACA EN ESPAÑA

Luis Secanella (1); Felipe Alconchel (2); Javier López-Monclús (3); Enrique Toledo-Martínez (4); Oriana Barrios (1); Pablo Ramírez (2); Manuel Cecilio Jiménez-Garrido (3); Juan Carlos Rodríguez-Sanjuán (4); Mario Royo-Villanova (5); Gabriel Moreno-González (6); Laura Lladó (1). (1) Unidad HPB y Trasplante Hepático, Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona, Spain, (2) Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (IMIB-Virgen de la Arrixaca). Murcia, Spain, (3) Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Unidad de Trasplante Hepático. Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda. Madrid, Spain, (4) Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. Santander, Spain, (5) Servicio de Medicina Intensiva. Coordinación de Trasplantes. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (IMIB-Virgen de la Arrixaca). Murcia, Spain, (6) Servicio de Medicina Intensiva. Coordinación de Trasplantes. Hospital Universitari de Bellvitge. Barcelona, Spain

Objetivos: Evaluar los resultados a corto plazo de los trasplantes hepáticos (TH) con injertos obtenidos en asistolia controlada (cDCD) mediante perfusión regional normotérmica toraco-abdominal (TA-PRN) para la obtención de injertos cardíacos.

Material y Método: Estudio retrospectivo multicéntrico que incluye todos los THs realizados con TA-PRN en donantes cDCD en España hasta diciembre de 2021. Analizamos datos del donante y del receptor, variables relacionadas con la TA-PRN, y del postoperatorio, así como de la evolución a corto plazo. Apareamos 1:2 con los THs con donantes cDCD anterior y posterior de cada Centro. Tras un estudio descriptivo inicial, analizamos la influencia de la TA-PRN sobre la incidencia de disfunción precoz del injerto (EAD) o pérdida del mismo (GL), complicaciones biliares y supervivencia.

Resultados: Se han realizado en España 6 THs en cDCD con TA-PRN en 4 Hospitales, con unas medianas de edad del donante de 46 años, 5,5 días de ingreso en UCI y 12,5 minutos de tiempo de isquemia caliente funcional (FWIT); el pico máximo de transaminasas fue de 1300 UI/L. No hubo ningún caso de EAD, colangiopatía isquémica o fallecimiento del receptor. La mediana de estancia hospitalaria fue de 19,5 días. Durante el seguimiento, un paciente requirió derivación biliar quirúrgica por estenosis anastomótica. Al cierre del estudio, con una mediana de seguimiento de 8,4 meses, todos los receptores permanecían vivos y con injerto funcionando. Tras el apareamiento, sólo la edad del donante mostró diferencias significativas.

SO2.05

RECONSTRUCCIÓN PORTAL FISIOLÓGICA EN PACIENTES CON SHUNT ESPLENO-RENAL ESPONTÁNEO: RESULTADOS DE UNA SERIE DE 96 PACIENTES

Sara Ortiz de Guzman Aragón (1); Irune Vicente Rodríguez (1); Arkaitz Perfecto Valero (1,3); Patricia Ruiz Ordorica (1,3); Alberto Ventoso Castiñeira (1,3); Ibone Palomares Etxeberria (1,3); Mikel Prieto Calvo (1,3); Sara Mambrilla Herrero (1); Patricia Salvador Bengoechea (2,3); Eunat Muga Ibarreche (2,3); Andres Valdivieso Lopez (1,3); Mikel Gastaca Mateo (1,3). (1) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático., (2) Sección de Hepatología y Trasplante Hepático, (3) Instituto de Investigación Sanitaria Biocruces Bizkaia. Hospital Universitario Cruces. Bilbao

Objetivo: Estudiar los resultados de la reconstrucción portal fisiológica en receptores de un trasplante hepático (TH) con shunt espleno-renal espontáneo (SERE).

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de los receptores de un TH con un SERE a los que se realizó una reconstrucción portal fisiológica. Periodo de estudio Enero de 2005 - Abril de 2021. La cohorte se dividió en dos grupos según si se realizó o no el cierre de la vena renal izquierda (VRI). El objetivo principal fue estudiar el papel de los flujos portales en la toma de decisiones.

Resultados: Se incluyeron 96 pacientes. El grupo "cierre de VRI" incluyó 32 pacientes y presentó más puntuación MELD, más frecuencia de shunt porto-cava temporal y más tiempo quirúrgico. No hubo diferencias en la presencia de trombosis portal ni en el peso del injerto. El grupo "cierre de VRI" presentó un menor flujo portal antes de cerrar la VRI tanto en flujo total como relacionado con el peso del injerto: 838 ml/min (608-1103) vs 1510 ml/min (1275-1971) $p < 0,001$ y 57 cc/min/100 gr (36-90) vs 117cc/min/100 gr (85-157) $p < 0,001$, respectivamente. Sin embargo, el flujo portal tras cerrar la VRI fue comparable en ambos grupos. El cierre de la VRI aumentó un 78% el flujo portal por 100 gr de tejido. La ratio porta/arteria fue menor en el grupo "cierre de VRI" ($p=0,004$).

- No se observaron diferencias en la necesidad de transfusión, en la incidencia de disfunción precoz de injerto ni en la estancia hospitalaria.
- La supervivencia a medio y largo plazo fue comparable en ambos grupos.

Conclusión: El cierre de la VRI en pacientes con un SERE mejoró significativamente el flujo portal. La necesidad de cerrar la VRI no influyó en los resultados. La decisión de cerrar la VRI debería realizarse en base a los flujos portales tras la anastomosis.

SO2.06*

COMPARACIÓN DEL TEJIDO ADIPOSO VISCERAL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO FRENTE AL ÍNDICE DE MASA CORPORAL COMO VALOR PRONÓSTICO EN LAS COMPLICACIONES Y SUPERVIVENCIA DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

Erik Gonzalez Tolaretxipi; Gemma Esther Canal Cobo; Enrique Toledo Martínez; Sara Sánchez Bernal; Ana Lozano Nájera; Sonia Castanedo Bezanilla; Roberto Fernández Santiago; Juan Andrés Echeverri Cifuentes; Federico Castillo Suescun; Maria Del Mar Achalandabaso Boira; Juan Carlos Rodríguez Sanjuán. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*

Objetivos: El uso del índice de masa corporal (IMC) como único indicador de obesidad en estos pacientes puede ser insuficiente por sus características, ascitis o sarcopenia.

Por ello, el objetivo de este trabajo es determinar si el tejido adiposo visceral (TAV) y el tejido celular subcutáneo (TCS) pueden ser mejores valores pronósticos que el IMC en las complicaciones y supervivencia del trasplante hepático (TH).

Material y método: Estudio retrospectivo unicéntrico de pacientes trasplantados en centro de tercer nivel desde enero de 2012 hasta julio de 2019 (n=164).

- Las complicaciones fueron clasificadas según el Comprehensive Complication Index (CCI).
- La grasa abdominal se midió mediante cortes de TC a nivel umbilical y cálculo del área del TCS y TAV según sus valores de atenuación.

Resultados: Se analizaron 164 pacientes, 130 varones (79,3%) y 34 mujeres (20,7%), con una edad media de 55,34 años y con un IMC medio de 26,34 kg/m².

- El VAT/talla medio fue de 6,34 mm (6,66 en varones vs. 5 en mujeres, p=0,027) y el TCS/talla de 14,47 (14,07 en varones vs. 16,16 en mujeres, p=0,182).
- Se comprobó la correlación entre IMC, TCS/talla y VAT/talla con el CCI, sin encontrar relación significativa (p=0,452).
- La correlación con la supervivencia a 5 años es significativa sólo en el caso del TCS/talla (p=0,045). Por ello, se realizó curvas ROC con un AUC de 0,734 (p=0,009), obteniendo un punto de corte mediante el índice de Youden de 17,33mm (S 66,7%, E 75,9%).
- En el estudio multivariable se relacionan con la supervivencia a 5 años el BAR score (p=0,03), el IMC (p=0,015) y el TCS/talla (p=0,02).

Conclusiones: La obesidad no parece influir en las complicaciones post-TH; sin embargo, se observa un efecto negativo con la supervivencia a 5 años, tanto en el aumento de IMC como en el TCS.

SO2.07

EFICACIA DE UN PROTOCOLO MULTIDISCIPLINAR EN EL CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Lydia Sastre; Raquel Garcia; Clara Viñals; Antonio J Amor; Gema Yago; Alicia Hervas; Lorena Sanchez; Joan Trabal; Judit Molero; Laia Escude; Giulia Pagano; Miquel Blasco; Rosa Gilabert; Pablo Ruiz; Jordi Colmenero; Miquel Navasa; Emilio Ortega; Gonzalo Crespo. *Hospital Clínic, Barcelona*

Objetivo: Los trasplantados hepáticos (TH) presentan un elevado riesgo cardiovascular. Pese a ello, el manejo de los factores de riesgo cardiovascular (FRCV) tras el TH es subóptimo. Por ello, diseñamos un protocolo multidisciplinario para mejorar el manejo de los FRCV tras el TH.

Material y Métodos: En 2017 se diseñó un protocolo multidisciplinar para homogeneizar la estratificación del riesgo, el diagnóstico de los FRCV y los objetivos de tratamiento. Se comparó el grado de conocimiento y control de los FRCV al año del TH en los primeros 150 pacientes incluidos tras el protocolo (2018-2020) con una cohorte control que recibió un TH entre 2015 y 2016 (n=100).

Resultados: Antes del TH, la prevalencia de MAFLD y de obesidad fueron significativamente superiores en la cohorte post-intervención. Al año del TH, la proporción de pacientes en que se midió la presión arterial (88% vs 56%) y los niveles de HbA1c (96% vs 72%) y de colesterol HDL/LDL (67% vs 33%) fue significativamente superior en el grupo post-intervención.

SO2.08

IMPACTO DE LA OBESIDAD EN LAS COMPLICACIONES POSTQUIRÚRGICAS Y SUPERVIVENCIA A CORTO PLAZO DESPUÉS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

Javier Tejedor-Tejada (1); Carmen Alonso-Martin (1); Laura Juan Casamayor (1); Samuel Fernández Prada (1); Violeta Mauriz Barreiro (2); Rifaat Safadi (3); Abdelaleem Helal (4); Esteban Fuentes-Valenzuela (1); Baltasar Perez-Saborido (1); Carolina Almohalla-Alvarez (1); Felix Garcia-Pajares (1). (1) *Unidad de Trasplante Hepático, Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid, España*, (2) *Servicio de Aparato Digestivo, Complejo Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela, España*, (3) *Hadassah Medical Organization, Hadassah Hebrew University Medical Center, Jerusalem, Israel*, (4) *Hepatology and Gastroenterology Department, National Liver Institute, Menoufia University, Egypt*

Objetivos: El objetivo de nuestro estudio consiste en evaluar el impacto de la obesidad en la morbi-mortalidad precoz y a corto plazo post-TOH.

Material y Métodos: Estudio multicéntrico que analiza los resultados a corto plazo en pacientes sometidos a TOH entre 2001-2019 según su índice de masa corporal (IMC). Los receptores fueron estratificados en grupo obesidad (>30 kg/m²) y control (< 30 kg/m²). Se recogieron variables demográficas, clínicas y quirúrgicas. Se analizaron la tasa de complicaciones postquirúrgicas, la función del injerto y mortalidad precoz (30 días) y a corto plazo (1 año). Se comparó la supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier. La disfunción primaria del injerto (DPI) se definió como la presencia de bilirrubina total >10 mg/dL, INR >1,6 o GPT >2000 U/l en la primera semana post-TOH.

Resultados: Se incluyeron 1608 pacientes TOH con una mediana de edad de 56 años (RIC 49,1-62). La mediana de índice de comorbilidad de Charlson fue 2 (RIC 1-3) y tiempo en lista de espera pre-TOH fue 73 días (RIC 27-146). La mediana de ingreso en UCI y estancia hospitalaria fue 4 (RIC 3-7) y 22 (RIC 15-30) días, respectivamente. Un total de 459 (28,54%) pacientes presentaban obesidad pre-TOH frente 1149 (71,46%). Los receptores obesos presentaron una mayor tasa de complicaciones vasculares (17,58% versus 23,53%, P=0,021) y biliares (27,68% versus 35,73%, P = 0,006), DPI (11,40% versus 12,20%, P=0,021) y disfunción del injerto al año post-TOH (15,51% versus 17,95%, P=0,013). En el análisis de supervivencia a 30 días (P=0,269) y 1 año post-TOH (P=0,381) no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: La obesidad pre-TOH supone un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones vasculares y biliares y DPI post-TOH. La obesidad predispone a una mayor tasa de disfunción del injerto al año post-TOH sin impacto en la supervivencia.

SO2.09

ESTUDIO RETROSPECTIVO MULTICÉNTRICO PARA EVALUAR LAS INDICACIONES Y LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA GRAVE (IHAG)

Isabel Conde Amiel (1,2); Victoria Aguilera Sancho-Tello (1,2,4); Sara Martínez Delgado (1); Tommaso Di Maira (1,2,4); María Senosiain Labiano (5); Rosa Martín Mateos (6); Carolina Almohalla Álvarez (7); María Luisa González Dieguez (8); Sara Lorente (9); Alejandra Otero Ferreiro (10); María Rodríguez Soler (11); José Ignacio Herrero Santos (12); Laia Aceituno (13); Ainhoa Fernández Yunquera (14); Marina Berenguer Haym (1,2,3). (1) *Hospital Universitari i Politècnic La Fe, Valencia*, (2) *Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia*, (3) *Departamento de Medicina, Universitat de València, Valencia*, (4) *CIBERehd, Instituto Carlos III, Madrid*, (5) *Hospital Universitario de Cruces, Bilbao*, (6) *Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid*, (7) *Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid*, (8) *Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo*, (9) *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza*, (10) *Complejo Hospitalario Universitario A Coruña*, (11) *Hospital General Universitario de Alicante*, (12) *Clinica Universidad de Navarra, Pamplona*, (13) *Hospital Universitari Vall d'Hebrón, Barcelona*, (14) *Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid*

Introducción: La IHAG es una enfermedad grave con alta morbimortalidad. El TH ha mejorado ampliamente el pronóstico.

Objetivos: Evaluar cambios en la etiología, perfil y resultados de los pacientes trasplantados por IHAG en una cohorte multicéntrica española e identificar factores pronósticos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo multicéntrico, donde se incluyeron los TH por IHAG en 11 hospitales (2001-2020). Se analizaron datos epidemiológicos, clínicos y analíticos pre/post-TH, supervivencia y variables asociadas con mortalidad.

Resultados: 218 adultos trasplantados por IHAG. La cohorte se subdividió en 4 grupos (G1:2001-2005; G2:2006-2010; G3:2011-2015;G4:2016-2020). El porcentaje de TH por IHAG se mantuvo estable (G2: 2,5%, G3:2,2%, G4:2,7%). Mediana de edad 41 años, 62% mujeres, HTA 11,5%, diabetes 3,7%, dislipemia 8,3%, MELD 34(29,5-38,1). Las principales indicaciones de TH fueron virales (26,2%), criptogénicas(26,1%) y autoinmunes(22,5%). El 87% cumplió criterios King's College. El 38% presentó encefalopatía grave, 22% insuficiencia renal (IR) con hemodiálisis, 23% requirió ventilación mecánica (VM). Se observó un aumento de TH de etiología autoinmune (21%, 21%, 31%, 29% en G1-4 respectivamente, p=0,88) y tóxica (12,5%, 14%, 18%, 21% en G1-4, p=0,72). La incidencia en mujeres parece aumentar en el tiempo (58%, 53,5%, 65,6% y 67% en G1-4, p=0,4). Las complicaciones precoces fueron: infecciones (58,7%), IR (25%) y disfunción primaria (24%), y las tardías: HTA(30%), IR(20%) y diabetes(17%). El 27% fallecieron: 41,5 % por infecciones y 20% origen hepático. La supervivencia fue del 85%, 81% y 70% a los 1, 5 y 10 años. La diabetes, la VM, la ascitis y la creatinina se asociaron con peor supervivencia (HR 4,05, p=0,054; HR 2,74, p=0,037; HR 2,48, p=0,048 y HR 1,47, p=0,007, respectivamente).

Conclusiones: El TH por IHAG se ha mantenido estable en España. Las etiologías autoinmune y tóxica, y la incidencia en mujeres parecen aumentar. La diabetes, la ascitis, los niveles altos de creatinina y la VM se asociaron a un peor pronóstico tras el TH.

SO2.10*

IMPACTO DE LA EDAD DEL DONANTE MAYOR DE 75 AÑOS EN LA SUPERVIVENCIA DEL RECEPTOR DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

María José Cuevas López; Miriam Álvarez Aguilera; Carmen Cepeda Franco; Gonzalo Suárez Artacho; Luis Miguel Marín Gómez; Carmen Bernal Bellido; José María Álamo Martínez; Francisco Javier Padillo Ruiz; Miguel Ángel Gómez Bravo. *Hospital Universitario Virgen del Rocío*

Objetivo: El objetivo de nuestro estudio es analizar los resultados del trasplante hepático (TOH) llevado a cabo con donantes mayores de 75 años.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio de casos y controles retrospectivo (n=212) que incluye los TOH con donantes mayores de 75 años (grupo A, 106 pacientes) que han tenido lugar en nuestro centro desde el año 2010 al 2020. Estos casos se han apareado con un grupo control de similares características, pero cuyos donantes eran más jóvenes (grupo B, 106 pacientes). Se ha realizado un análisis de supervivencia empleando el modelo Kaplan-Meier.

Resultados: La edad media de los donantes del grupo A fue significativamente mayor que la del grupo B (A 79.1 ±3.0 años vs B 54.4 ±15.3, p< 0.001), sin diferencias en la edad media de los receptores (A 55.1 ±8.9 años vs B 55.5 ±9.2, p=0.74). Las indicaciones de TOH fueron similares en ambos grupos, siendo el hepatocarcinoma (A 37% vs B 42%) y la cirrosis alcohólica (A 19% vs B 20%) las más frecuentes. Tampoco hubo diferencias en el MELD de ambos grupos (A 15.6 ±6.9 puntos vs B 16.4 ±7.4, p=0.47).

La supervivencia a 1, 3 y 5 años en el grupo A fue del 81, 75 y 67% respectivamente mientras que la del grupo B fue del 85, 76 y 71%, sin diferencias estadísticamente significativas (p=0.57). En el análisis de subgrupos, se encontró una mejor supervivencia en los pacientes del grupo A cuya indicación de trasplante era la presencia de hepatocarcinoma (p=0.044), en probable relación con un MELD menor (11.7 ±5.2 vs 17.9 ±6.9 en los pacientes sin hepatocarcinoma, p=0.056).

Conclusiones: El empleo de donantes ancianos es seguro en el TOH, obteniéndose buenos resultados en términos de supervivencia a corto y medio plazo.

SO3.01

ESTUDIO DE LOS RESULTADOS DEL USO DE NOVO DE DOS FORMULACIONES DE TACOLIMUS DE LIBERACION RETARDADA: ESTUDIO PROSPECTIVO ALEATORIZADO CON SEGUIMIENTO A 6 MESES

Mikel Gastaca Mateo (1,6); Victoria Aguilera Sancho-Tello (3,5,7); Sara Mambrilla Herrero (1,6); David Calatayud (4,5); Patricia Ruiz Ordorica (1,6); María García Eliz (3,5,7); María Senosiain Labiano (2,6); Javier Maupoey Ibañez (4,5); Patricia Salvador Bengoechea (2,6); Caren Vinaixa Aunes (3,5,7); Mikel Prieto Calvo (1,6); Andrea Bosca Robledo (4,5); Javier Bustamante Schneider (2,6); Andrés Valdivieso Lopez (1,6). (1) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático., (2) Sección de Hepatología y Trasplante Hepático., (3) Sección de Hepatología, (4) Unidad de Cirugía HPB y Tx. Hospital Universitari i Politènic La Fe., (5) Grupo de Investigación en Hepatología, Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplantes Instituto de Investigación Sanitaria La Fe. Hospital Universitari i Politènic La Fe., (6) Instituto de Investigaciones Biomédicas Biocruces Bizkaia. Hospital Universitario Cruces. Bilbao, (7) CIBERhd, ISCIII

Objetivos: Comparar los resultados a corto plazo del uso de novo de dos formulaciones de tacrolimus de liberación prolongada con especial interés en la consecución de niveles de tacrolimus en sangre.

Material y Métodos: Estudio prospectivo, aleatorizado y abierto en dos centros nacionales comparando el uso de novo de Advagraf (ADV) y Envarsus (ENV). Inclusión de pacientes entre Junio de 2019-Marzo de 2021. Seguimiento de 6 meses. Niveles diana de 5-10 ng/ml en el primer mes y 4-8 ng/ml posteriormente. El protocolo inmunosupresor fue el habitual en cada centro. Se compararon las variables cuantitativas mediante T-test y test de Kruskal-Wallis y las variables cuantitativas mediante test Chi-cuadrado y test exacto de Fisher. Los p-valores se corrigieron según el método FDR (False Discovery Rate).

Resultados: Se incluyeron 42 pacientes en el grupo ADV y 43 en el ENV. Ambos grupos eran comparables en las variables referentes al donante y receptor. El grupo ENV tenía una mayor frecuencia de pacientes VHB (p=0.021). Se realizó inducción y tacrolimus retardado en el 30,2% de los pacientes ADV y el 18,6% de los pacientes ENV (p=0,62). El grupo ENV necesitó dosis significativamente más reducidas en todas las visitas (significación no confirmada en el FDR durante la primera semana). ENV mostró niveles superiores en sangre, aunque estadísticamente comparables. La incidencia de rechazo biopsiado fue más frecuente en el grupo ENV: 0% vs 11,6% (p=0,055). Las complicaciones, la necesidad de retirar el fármaco y la supervivencia fueron comparables. El aclaramiento renal a 1, 3 y 6 meses fue mejor en el grupo ENV. MDRD4 medio final: 76,9 (66,7-93,1) ml/min vs 93,0 (69,6-109,4) ml/min (p=0,03. Tras FDR p=0,26).

Conclusión: ENV necesitó dosis menores para obtener niveles similares de tacrolimus en sangre. ENV se asoció a mayor incidencia de rechazo y a mejor función renal 6 meses posttrasplante.

SO3.02

ELEVADA VARIABILIDAD INTRA-INDIVIDUAL A LA EXPOSICIÓN DE TACROLIMUS ESTÁ ASOCIADA CON PEORES RESULTADOS A LARGO PLAZO TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Cristina Dopazo (1); Itxarone Bilbao (1); Sonia García (2); Concepción Gómez-Gavara (1); Mireia Caralt (1); Isabel Campos-Varela (3); Lluís Castells (3); Ernest Hidalgo (1); Francisco Moreso (4); Bruno Montoro (2); Ramón Charco (1). (1) Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplantes, Universidad Autónoma de Barcelona, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, (2) Servicio de Farmacia, Universidad Autónoma de Barcelona, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, (3) Unidad de Hepatología, Servicio de Medicina Interna, Universidad Autónoma de Barcelona, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona, (4) Servicio de Nefrología, Universidad Autónoma de Barcelona, Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona

El tacrolimus (TAC) es uno de los fármacos princeps en el manejo actual de la inmunosupresión no obstante presenta una elevada variabilidad intraindividual (IPV).

Objetivo: Analizar la asociación entre la IPV del TAC a los 6 meses post-trasplante y la evolución a largo plazo.

Métodos: Estudio de cohortes unicéntrico que analiza retrospectivamente aquellos pacientes adultos trasplantados hepáticos entre 2015-2019 con una supervivencia mínima de 6 meses con injerto funcionante. El objetivo primario del estudio fue la supervivencia del paciente a partir del 6º mes post-TH y el objetivo secundario la pérdida de función renal definida como disminución del filtrado glomerular (eGFR) >10ml/min/1.73m² a partir del 6º mes post-TH. La IPV de las concentraciones de TAC se calculó entre el 3º y 6º mes post-TH, cuando el paciente se encuentra en un período más estable. La fórmula utilizada fue el coeficiente de variación (CV) corregido por la dosis (C0/D). $C0/D CV(\%) = \text{Desviación estándar}/\text{media de } C0/D \times 100$.

Resultados: De los 140 pacientes analizados, el grupo con baja variabilidad (C0/D CV

SO3.03

UTILIZACIÓN DE PRÓTESIS METÁLICA AUTOEXPANDIBLES PARA EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DE LA ESTENOSIS BILIAR ANASTOMÓTICA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO. RECURRENCIA Y RESULTADOS A LARGO PLAZO

Esteban Fuentes Valenzuela; Carmen Alonso Martín; Marina De Benito Sanz; Miguel Durá Gil; Ana Yaiza Carbajo López; Carlos De La Serna Higuera; Ramón Sánchez-Ocaña; Irene Peñas Herrero; Carolina Almohalla Álvarez; Félix García Pajares; Manuel Pérez-Miranda. Unidad de trasplante hepático. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Río Hortega. Valladolid, España

Objetivos: Objetivo primario: evaluar la resolución inicial (primera revisión endoscópica) y final tras el tratamiento de la estenosis biliar anastomótica (EBA) postrasplante con prótesis metálica autoexpandible (PMA); como objetivos secundarios evaluar la recurrencia.

Materiales y métodos: Estudio retrospectivo observacional unicéntrico de pacientes con EBA y tratamiento con PMA mediante CPRE entre enero de 2005 y diciembre de 2020. Se excluyeron los pacientes con estenosis biliar no anastomótica, estenosis biliares malignas y fugas anastomóticas.

Resultados: Durante el periodo de estudio se realizaron 651 TOH, requiriendo 118 pacientes (18.1%) utilización de un total de 151 PMA para el tratamiento de la EBA, 93 varones (78.8%) con una mediana de edad en el momento de la CPRE con PMA de 57,5 (RIC: 50-62) años. La indicación de TOH más frecuente fue la cirrosis hepática descompensada (CHILD B-C) en 82 pacientes (69.5%), siendo la etiología enólica más frecuente en 58 pacientes (49.2%). La mediana para la aparición de la EBA tras el TOH fue de 8 meses (RIC: 3-21), con previa utilización de prótesis biliar intraoperatoria en 22 pacientes (18.6%) y prótesis biliar plástica en (43.2%). Tras la primera revisión endoscópica 62 pacientes (52,5%) alcanzaron la resolución de la EBA y se alcanzó la resolución final en 105 pacientes (89%). Se requirió una mediana de 1 revisión endoscópica (Rango 0-5) con una mediana de tiempo de 6,5 meses (RIC 5-11) durante todo el tratamiento endoscópico.

Tras una mediana de seguimiento de 52 meses (RIC: 17-89), se observó recurrencia de EBA en 26 pacientes (22%). Los pacientes con recurrencia presentaban una mediana de tiempo con prótesis menor [6 (4-8) meses vs 7 meses (5-13.5), p=0.02].

Conclusiones: El tratamiento endoscópico con PMA presenta una alta tasa de resolución final con un bajo número de revisiones endoscópicas, siendo un tratamiento óptimo para el EBA tras el TOH.

SO3.04

SHUNTS PORTO-SISTÉMICOS ESPONTÁNEOS NO ESPLENO-RENALES EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO: ACTITUD Y RESULTADOS

Sara Ortiz De Guzman Aragon (1); Irune Vicente Rodriguez (1); [Arkaitz Perfecto Valero](#) (1,3); Alberto Ventoso Castiñeira (1,3); Patricia Ruiz Ordorica (1,3); Mikel Prieto Calvo (1,3); Ibone Palomares Etxeberria (1,3); Sara Mambrilla Herrero (1); María Senosiain Labiano (2,3); Eunata Muga Ibarreche (2,3); Andres Valdivieso Lopez (1,3); Mikel Gastaca Mateo (1,3). (1) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático, (2) Sección de Hepatología y Trasplante Hepático, (3) Instituto de Investigación Biomédica Biocruces Bizkaia. Hospital Universitario Cruces. Bilbao

Objetivo: Estudiar los resultados del trasplante hepático (TH) en receptores con un shunt porto-sistémico espontáneo no espleno-renal.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de receptores con shunt porto-sistémico espontáneo no espleno-renal. Periodo de estudio Enero de 2005 - Abril de 2021. Los objetivos fueron estudiar la supervivencia de los pacientes y determinar el papel de los flujos portales en la toma de decisiones.

Resultados: Se incluyeron 23 pacientes con una edad media de 56,8±6,1 años y un MELD de 14±4 puntos. Se observó trombosis portal en 8 casos (34,7%), todas Yerdel 1 o 2. Se realizó trombectomía en 6 casos. La reconstrucción portal fue: anastomosis porto-portal junto con el cierre del shunt en 21 casos (91,3%), porto-portal sin actuar sobre el shunt en 1 y anastomosis coronario-portal en 1.

- En los pacientes con cierre del shunt, el flujo portal tanto absoluto como referido al peso del injerto varió significativamente tras el cierre: de 900 ml/min (465-1046) a 1579 ml/min (1310-2081) y de 63,6 ± 23,5 cc/min/100 gr a 126,1 ± 45,6 cc/min/100 gr, respectivamente. Los pacientes sin actuación sobre el shunt presentaron un flujo portal final medio de 93,6 ± 31,2 cc/min/100 gr.
- El tiempo quirúrgico fue de 242 min (226-286). Siete pacientes (30,4%) presentaron disfunción precoz del injerto, pero ninguno necesitó reTH. La incidencia de complicaciones arteriales, biliares y portales fue del 13%, 8,7% y 4,3%, respectivamente. La mediana de estancia hospitalaria fue 15 días (13-21). Un paciente falleció por shock cardiogénico en el mes +2. La supervivencia a 1 y 5 años fue del 95,6% en ambos casos.

Conclusión: La existencia de un shunt portosistémico espontáneo no espleno-renal no empeora los resultados del TH. La toma de decisiones debe realizarse en base a los flujos portales tras la anastomosis.

SO3.05

SEÑALES DE PELIGRO LIBERADAS DURANTE LA ISQUEMIA FRÍA ACTIVAN EL INFLAMASOMA NLRP3 EN CÉLULAS MIELOIDES E INFLUYEN EN LA FUNCIÓN TEMPRANA DEL INJERTO EN TRASPLANTE HEPÁTICO

Fernando Lucas Ruiz (1); Marta Jover Aguilar (1); Felipe Alconchel Gago (2); Laura Martínez Alarcón (1); Carlos De Torre Minguela (1); Daniel Vidal Correoso (1); Antonio Ríos Zambudio (2); José Antonio Pons Miñano (3); Pablo Ramírez Romero (2); Pablo Pelegrín Vivanco (1); [Alberto Baroja Mazo](#) (1). (1) Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB-Arrixaca). Murcia. España., (2) Servicio de Cirugía General. Unidad de Trasplante de Órganos Abdominales. Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España., (3) Servicio de Gastroenterología. Unidad de Trasplante Hepático. Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia. España

Antecedentes y objetivos: La incidencia de la inmunidad innata en los trasplantes de órganos sólidos está cobrando fuerza. Las células mieloides pueden percibir señales de peligro o DAMPs liberados tras un daño, como el evocado durante el proceso de isquemia. El objetivo de este estudio fue cuantificar los DAMPs liberados en la solución de preservación de órganos tras la isquemia fría y estudiar la capacidad de dichas moléculas para activar la plataforma del inflammasoma en las células mieloides y su posible implicación en la evolución del trasplante hepático.

Métodos: Utilizamos diferentes métodos analíticos para medir los DAMPs en la solución de preservación y estudiamos la activación del inflammasoma en la línea celular de macrófagos humanos THP-1 y en monocitos primarios, principalmente mediante la detección de la liberación de IL-1β.

Resultados: Se identificó una gran variedad de DAMPs en la solución de preservación, varios de los cuales indujeron tanto el priming como la activación del inflammasoma NLRP3 en células mieloides humanas. Por otra parte, el tiempo de isquemia fría y la donación en asistolia influyeron negativamente en la presencia de estos DAMPs. Además, las partículas oligoméricas extracelulares del inflammasoma y la interleucina 18 aparecieron correlacionadas con una disfunción temprana del injerto en los pacientes con trasplante hepático.

Conclusiones: Los DAMPs liberados debido al daño resultante de la isquemia podrían activar el inflammasoma NLRP3 en los macrófagos infiltrados o en las células de Kupffer en el hígado después del trasplante, generando un entorno proinflamatorio que tendría un impacto negativo en el resultado futuro del injerto. El uso de nuevos fármacos desarrollados para inhibir la ruta de activación del inflammasoma NLRP3 durante la isquemia puede ser una estrategia novedosa que, por otra parte, se maximizaría con la aplicación de técnicas de soporte extracorpóreo de órganos, como la perfusión normotérmica.

SO3.06

APLICABILIDAD DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES CIRRÓTICOS EN UNA COMUNIDAD DEL NORTE DE ESPAÑA

Valle Cadahía Rodrigo (1); Diana García García (1); Pilar Alonso Suarez (1); Carmen Alvarez Navascues (1); María Varela Calvo (1); Carmen Gonzalez Bernardo (2); Ignacio Gonzalez-Pinto (2); Manuel Rodríguez Rodríguez (1); María Luisa González Diéguez (1). (1) Servicio Digestivo, sección Hepatología. Hospital Universitario Central de Asturias, (2) Cirugía Hepatobiliar. Hospital Universitario Central de Asturias

Objetivo: Evaluar la aplicabilidad del trasplante hepático en pacientes con cirrosis descompensada y/o hepatocarcinoma en nuestra Comunidad Autónoma.

Pacientes y Métodos: Estudio unicéntrico, prospectivo, en el que se incluyeron todos los pacientes cirróticos vistos, de forma consecutiva, en la consulta pre-trasplante de hepatología entre enero/2012 y octubre/2021. El criterio de inclusión en lista de espera (LE) fue un Child-Pugh >7 y/o MELD ≥15 en cirróticos descompensados. Para los pacientes con hepatocarcinoma (CHC) se utilizaron los criterios de MILAN hasta 2015 y posteriormente "The AFP Model".

Resultados: Se incluyeron 416 pacientes, 86% varones. Tiempo medio de seguimiento 49,5±33,7 meses. La mediana de edad 58 años (26-69). Un 3,8% VIH+. El 56,5%(235 pacientes) fueron evaluados por cirrosis descompensada y 181 pacientes(43,5%) por CHC. Las etiologías más frecuentes de la cirrosis fueron alcohol (58,7%) y VHC(26,4%). Se incluyeron en LE 285 pacientes (68,5%), de los cuales 94,7% se trasplantó. El 53% (142/270) se trasplantó por cirrosis descompensada y el 47%(128/270) por CHC. Se excluyeron de la LE 15 pacientes (7 exitus, 5 progresión CHC, 2 resección CHC y 1 paciente por mejoría). La causa más frecuente de No inclusión en LE fue presentar una buena función hepática o mejoría de esta durante el periodo de evaluación (35%), seguida de alto riesgo quirúrgico por comorbilidades (17,5%). Comparando los pacientes trasplantados por cirrosis descompensada(N=142) con los cirróticos descompensados No incluidos en LE por mejoría(N=47), la supervivencia a 1,3 y 5 años fue 88%, 85% y 80% versus 98%, 87% y 54%(p=0,06) respectivamente.

Conclusiones: Más de dos tercios de los pacientes cirróticos evaluados para un posible trasplante hepático se incluyen en lista de espera. La causa más frecuente de No inclusión en lista es la mejoría de la función hepática durante el periodo de evaluación, con una supervivencia similar a corto plazo, pero inferior a medio plazo, a la de los pacientes trasplantados por cirrosis descompensada.

SO3.07

LA ESTEATOHEPATITIS NO ALCOHÓLICA COMO INDICACIÓN DE TRASPLANTE HEPÁTICO: SIMILITUDES Y DIFERENCIAS ENTRE PAÍSES DE ALTA Y BAJA PREVALENCIA

Laura Martínez-Arenas (1); Ángela Carvalho-Gomes (1); Vibha Bhat (2); Nazia Selzner (2); Fernando Díaz-Fontenla (3); Sara Lorente (4); Marta Guerrero-Misas (5); José Ignacio Herrero (6); Marina Berenguer (7). (1) Hepatología, Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, CIBERehd, Valencia, España, (2) Centro de Trasplante Ajmera, Universidad de Toronto, Toronto, Canadá, (3) Unidad de Trasplante Hepático, Servicio de Hepatología, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid, España, (4) Unidad de Hepatología y Trasplante, Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza, España, (5) Servicio de Hepatología y Trasplante, Hospital Universitario Reina Sofía, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba, CIBERehd, Córdoba, España, (6) Servicio de Medicina Interna, Clínica Universidad de Navarra, Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra, CIBERehd, Pamplona, España, (7) Unidad de Hepatología y Trasplante, Hospital Universitario y Politécnico La Fe, Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Universidad de Valencia, CIBERehd, Valencia, España

Objetivo: Comparar la prevalencia y el fenotipo de la esteatohepatitis no alcohólica (EHNA) como indicación de trasplante hepático (TH) entre España y un centro canadiense, área donde la prevalencia de obesidad comenzó antes.

Materiales y métodos: Estudio de cohortes retrospectivo. Se incluyeron adultos trasplantados por cirrosis por EHNA entre 2010-2020 en 6 centros de referencia de TH, 5 en España y 1 en Canadá. Se determinó el porcentaje de TH por EHNA y los factores de riesgo más importantes asociados a esta indicación.

Resultados: 418 pacientes (118 España, 300 Canadá) fueron trasplantados por EHNA entre 2010-2020. Pese a un porcentaje similar de TH en 2010 en ambos países (alrededor del 2%), el número de trasplantes por esta indicación ha aumentado más rápidamente en Canadá (x12 2020) que en España (x3). De hecho, España solo alcanzó un 7,5% de TH por EHNA en 2020, tasa observada una década antes en Canadá. Las tasas de obesidad fueron similares entre los receptores de trasplante en ambos países. La supervivencia actuarial a 1, 3 y 5 años postrasplante fue de 0,92, 0,87 y 0,8 en España, y de 0,93, 0,87 y 0,82 en Canadá, respectivamente (p=0,572).

Conclusiones: Los resultados sugieren una tendencia al alza del TH por EHNA, tanto en España como en Canadá, posiblemente relacionada con el aumento de la prevalencia del síndrome metabólico. Los factores de riesgo y los resultados postrasplante fueron similares en ambos países. La prevalencia de TH por EHNA en España aumenta más lentamente que en Canadá, pero genera preocupación teniendo en cuenta el incremento de esta indicación en un país con baja prevalencia.

SO3.08

FACTORES PREDICTORES DE CORTA ESTANCIA HOSPITALARIA TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES SOMETIDOS A UN PROTOCOLO DE RECUPERACIÓN MEJORADA (ERAS)

Paola Melgar Requena (1,2); Cándido Fernando Alcázar López (1,2); Celia Villodre Tudela (1,2); Mariano Franco Campello (1,2); Sonia Pascual Bartolome (1,2); Patricio Más Serrano (1,2); Pedro Zapater Hernández (1,2,3); José Manuel Ramia Ángel (1,2,3); Gonzalo Patricio Rodríguez Laiz (1,2). (1) Hospital General Universitario de Alicante Dr. Balmis, (2) Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), (3) Universidad Miguel Hernández

Los protocolos de recuperación mejorada (Enhanced recovery after surgery, ERAS) son protocolos que facilitan la recuperación del paciente, consiguiendo una menor estancia hospitalaria y sin aumento de las complicaciones. Diseñamos un protocolo ERAS para nuestros pacientes trasplantados hepáticos (TH) con el que hemos obtenido una mediana de estancia hospitalaria (EH) de 4 días. Sin embargo, un determinado número de pacientes no consiguen irse de alta de manera temprana por diferentes motivos. Desde septiembre de 2012 hasta abril de 2021 hemos realizado 293 TH, 171 tuvieron $EH \leq 4$ días y 122 una $EH > 4$ días. El objetivo de este estudio es determinar que factores pueden predecir una $EH \leq 4$ días. En el análisis univariante, los siguientes factores fueron estadísticamente significativos para alcanzar una $EH \leq 4$ días:

- Sexo
- Diagnóstico de HCC y VHC
- Puntuación MELD
- Puntuación BAR
- Donantes en asistolia
- Tiempo operatorio
- Trasfusión intraoperatoria ≥ 4 concentrados de hematíes
- Estancia en ICU
- Complicaciones Clavien-Dindo \geq III
- Disfunción primaria del injerto
- Rechazo agudo
- Reingreso a 30 días
- Retrasplante

Sin embargo, en el análisis multivariante, los únicos factores de riesgo independientes que predicen una $EH \leq 4$ días han sido la presencia de hepatocarcinoma (factor protector); la puntuación MELD, los donantes en asistolia, la estancia en UCI, complicaciones Clavien-Dindo \geq III y rechazo agudo (factores adversos).

SO4.01

RESPUESTA INMUNOLÓGICA HUMORAL Y CELULAR A LA VACUNA DE SARS-COV-2 EN ADOLESCENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO

María Alós (1); María José Quiles (1); Lucía Blanca Gavilán (1); Miguel González Muñoz (2); Pilar Nozal (2); Esteban Frauca (1); Elena Sánchez Zapardiel (2); Loreto Hierro (1); Eduardo López Granados (2). (1) Hospital Universitario La Paz, Hepatología Pediátrica. ERN TransplantChild, Madrid, (2) Hospital Universitario La Paz, Inmunología. ERN TransplantChild, Madrid

Objetivos: Investigar la eficacia de la vacuna de SARSCov2 post-trasplante hepático

Métodos: Pacientes: 33 adolescentes con trasplante hepático realizado $9,9 \pm 5,7$ años antes. La mayoría recibían tacrolimus ($4,3 \pm 1,4$ ng/ml).

- Recibieron vacuna Pfizer/BioNTech de 30 μ g cuando fue autorizada para su edad (Mayo 2021 para >15 años, y Julio 2021 para >11 años), la segunda dosis 21 días después y la 3ª en Octubre 2021.
- Se realizó estudio de anticuerpos y respuesta celular basal a 32 pacientes, y 30 días después de la segunda dosis a 28 pacientes.
- La medición de IgG anti-spike fue mediante fluoroenzimoinmunoanálisis (EliA SARS-CoV-2-Sp1 IgG Test, Thermo Fisher Scientific). El valor positivo es ≥ 10 EliA U/ml.
- La respuesta de células T fue evaluada con IFN-SARS-COV2 mediante ELISA (QuantIFERON® Human IFN- γ SARS-CoV-2, Qiagen®). Es positivo $>0,015$ UI/ml en uno o ambos tubos de antígeno (epitopos CD4+ derivados de la subunidad S1 (Receptor Binding Domain) de la proteína S, y epitopos CD4+ y CD8+ de las subunidades S1 y S2 de la proteína).

Resultados: Basal: Los anticuerpos IgG fueron indetectables en 27 (84,4%), negativos o indeterminados en 3, y positivos (>10 UI/ml) en 2. La respuesta T fue negativa en 12 (66,6%), positiva en 3 (16,6%) e indeterminada en 3.

- Postvacuna: Todos los pacientes tenían anticuerpos, en 25 (92,6%) >204 UI/ml. La respuesta celular fue positiva en 20 (71,4%). No hubo diferencias clínicas entre pacientes con o sin respuesta celular.
- Todos toleraron la vacuna. La función del injerto no se afectó.
- Una encuesta en Febrero 2022 indicó que 9 padecieron COVID (leve), especialmente en la ola omicron. Hubo covid en 4 de 8 casos sin respuesta T tras la 2ª dosis, frente a 5 de 18 con respuesta celular (ns).

Conclusiones: Los adolescentes con trasplante hepático respondieron a la vacuna de SARS Cov2 con respuesta humoral (96,3%) y celular (71,4%).

SO4.02*

RESPUESTA HUMORAL Y CELULAR A TRES DOSIS DE VACUNA MRNA CONTRA SARS-COV-2 EN TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

Miguel Escobedo (1); Laia Escudé (1); Giulia Pagano (1); Pablo Ruiz (1); Gonzalo Crespo (1); Marta Farrero (2); Marta Bodro (3); Yiliam Fundora (1); Raquel García (1); Jordi Colmenero (1). (1) *Trasplante Hepático, S. Hepatología, Hospital Clínic, IDIBAPS, CIBERehd, Univ. Barcelona*, (2) *S. Cardiología, Hospital Clínic, IDIBAPS*, (3) *S. Infecciones, Hospital Clínic, IDIBAPS*

Antecedentes: La respuesta humoral y celular en trasplantados hepáticos tras tres dosis de vacunas mRNA contra SARS-Cov-2 es variable en los diferentes estudios publicados. Conocer el grado de respuesta humoral y celular ayudará a definir los calendarios y estrategias vacunales.

Métodos: Estudio prospectivo en una cohorte unicéntrica de trasplantados hepáticos. Se evaluó cuantitativamente la respuesta humoral contra SARS-Cov-2 contra la proteína S1-RBD (Siemens SARS-CoV-2 IgG kit) y la respuesta celular mediante IFN-gamma ELISPOT (PepTivator® SARS-CoV-2 Prot_S). Se incluyeron un total de 59 pacientes, 69% varones, con una mediana de 58 meses tras el trasplante (el 25% en el primer año postrasplante). La inmunosupresión fue monoterapia, el 46% en monoterapia en el 44%, biterapia en el 37% y triple terapia en el resto. El 29% llevaban MMF en el esquema inmunosupresor, la mayoría a dosis inferior a 1,5gr/d. Antes de la tercera dosis el 73% presentaba respuesta humoral y el 57.9% respuesta celular. Después de la tercera dosis, el 96.4% de pacientes presentaban respuesta humoral y el 81.4% respuesta celular. El porcentaje de pacientes sin respuesta humoral ni celular pasó del 10.1% (6/59) al 1.7% (1/59). Se produjo un incremento significativo en los títulos mediana (rango intercuartílico) de IgG anti-S y de respuesta IFN-gamma en ELISPOT contra la proteína S [2,9 (1,3-6,9) vs 10,1 (6,1-11) y 7 (4-24) vs 13 (6-35), p< 0.001 para ambos).

Conclusiones: La tercera dosis de vacuna consigue la respuesta respuesta humoral y celular tanto cuantitativa como cualitativamente en un porcentaje muy alto de pacientes trasplantados hepáticos. Es necesario evaluar la persistencia de estos tipos de inmunidad y el efecto de la cuarta dosis para definir las estrategias vacunales en los trasplantado hepáticos.

SO4.03*

EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA INMUNE DESPUÉS DE LA TERCERA DOSIS DE LA VACUNA MRNA-1273 SARS-COV-2 EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Aitor Odriozola Herrán; Patricia Lamadrid-Perojo (2), Antonio Cuadrado (1), David San Segundo (2), María Del Barrio (1), Jose Ignacio Fortea (1), Ángela Puente (1), Lidia Amigo (1), Roberto Fernández-Santiago (3), Federico Castillo (3), María Achalandabaso (3), Juan Andres Echeverri (3), Juan Carlos Rodríguez-Sanjuan (3), Marcos López-Hoyos (2), Javier Crespo (1), Emilio Fábrega (1)

(1) *Servicio de A.Digestivo. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL*; (2) *Servicio de Inmunología. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla. IDIVAL*. (3) *Servicio de C.General. Hospital Universitario Marqués de Valdecilla.España*

Introducción: En receptores de trasplante hepático (LTRs), los anticuerpos contra el SARS-CoV-2 tras la vacunación estándar con dos dosis están disminuidos, sugiriendo la posible utilidad de la administración de una tercera dosis de refuerzo de la vacuna mRNA-1273 (Moderna). Nuestro objetivo fue caracterizar la respuesta humoral y celular en aquellos LTRs que recibieron una tercera dosis de refuerzo tras la pauta estándar.

Material y métodos: 129 LTRs recibieron la tercera dosis homóloga de la vacuna mRNA-1273 SARS-CoV-2, 4 meses después de la segunda dosis. Se evaluó la respuesta humoral mediante la determinación de los niveles de anticuerpos contra la proteína de superficie S1 del SARS-CoV-2 (Abbott® SARS-CoV-2 anti-spike IgG II assay, positivo > 50 AU/mL) 30 días (30-33.7 días) después de la inyección de la tercera dosis. La respuesta celular mediada por células T se determinó mediante citometría de flujo.

Resultados: 13 de los 129 (87.6%) LTRs respondieron a la pauta de vacunación estándar y permanecieron con respuesta positiva tras la tercera dosis. Sus niveles de anticuerpos aumentaron desde 4,774.4 [IQR, 1,394.5-14,090.5] AU/mL hasta 30,319 [IQR, 18,829-41,062.5] AU/mL (p=0.01). Dieciséis pacientes no respondieron a la pauta estándar. Tras la dosis de refuerzo, 12 (75%) de los no respondedores produjeron anticuerpos. La ausencia de respuesta se asoció al tratamiento con micofenolato de mofetilo (MMF) (75% vs 23.2%) (p < 0.001), mayores dosis de este fármaco (1,666.7 [SD, ±577,6] vs 1068,9 [SD, ±394,7]) (p=0.02), y menores tasas de filtrado glomerular (32.3 [SD, ±17.3] vs 69.4 [SD, ±18.9]) (p=0.001). Además, la respuesta celular se observó en 1/4 (25%) no respondedores tras la tercera dosis.

Conclusión: La administración de una tercera dosis de la vacuna mRNA-1273 SARS-CoV-2 a LTRs mejoró su inmunogenicidad. Tasas de filtrado glomerular más bajas y las pautas de inmunosupresión con MMF se asociaron a una menor respuesta a la dosis de refuerzo.

SO4.04

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA VACUNACIÓN FRENTE A SARS-COV-2 EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO

Susana López Ortega (1); Juan Naranjo Laderas (2); Rocío González Grande (1); Rosario Luque Fernández (2); Inmaculada Santaella Leiva (1); Ruben López Blanco (2); Jesús De La Cruz Lombardo (1); Alberto Torío Ruiz (2); Abelardo Caballero González (2); Miguel Jiménez Pérez (1) . (1) Unidad de Hepatología-Trasplante Hepático. Hospital Regional Universitario de Málaga., (2) Servicio de Inmunología. Hospital Regional Universitario de Málaga.

Objetivo: Cuantificar la respuesta inmune mediante la medición de anticuerpos específicos postvacunación. Establecer posibles factores predictores de respuesta. Evaluar la respuesta inmune a lo largo del tiempo. Analizar los efectos secundarios.

Material y métodos: Estudio de cohortes prospectivo que incluye un grupo de pacientes trasplantados hepáticos y otro control de voluntarios sanos con pauta vacunal completa con cualquiera de las vacunas aprobadas en España frente a la SARS-CoV2-19. Criterios de exclusión: infección COVID durante la vacunación, retrasplante, serología VIH positiva, exitus en primer año postrasplante y embarazo. Se recogieron las variables demográficas, fecha de trasplante, etiología de hepatopatía, motivo de trasplante, inmunosupresión, variables analíticas, tipo de vacuna y efectos secundarios. Se titulan los anticuerpos frente a los antígenos antiS, antiS1/2, antiRBD y antiN a partir del mes de completar la pauta vacunal. Los valores umbrales a partir de los cuales se consideró que se generó respuesta frente a ese antígeno son: 9100 (antiS), 5400 (antiS1), 8800 (antiRBD), 4700 (antiS2) y 11000 (antiN) mediante fluorescencia.

Resultados: Pacientes con títulos protectores: TRASPLANTADOS n 107 % SANOS n 75 % pAnti-S 82/107 76,5 72/75 96 0,00036 Anti-S1 77/107 72 71/75 95 0,00010 AntiRBD 71/107 66 72/75 96 1,6x106 Anti-S2 39/107 36 52/75 69 1,2x105 Anti-N 4/107 4 3/75 4 0,92 El tipo de efectos secundarios fueron similares en ambos grupos, siendo el más frecuente el dolor en la zona de punción.

Conclusiones: La vacuna frente al SARS CoV2-19 en trasplantados hepáticos es segura. La respuesta inmune es sensiblemente inferior a la población no trasplantada, sin embargo, el título de anticuerpos protectores obtenidos alcanza niveles significativos. Quedaría por determinación la duración de los mismos y la influencia la tercera dosis.

SO4.05

INMUNIDAD NATURAL CELULAR Y HUMORAL FRENTE A SARS-COV-2 UN AÑO DESPUÉS DE LA INFECCIÓN EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

María Jesús Citores Sanchez (1); Aranzazu Caballero Marcos (2); Valentin Cuervas-Mons Martínez (3); Roberto Alonso Fernández (4); Javier Graus Morales (5); Ana Arias Milla (3); Patricia Muñoz (4); María Magdalena Salcedo Plaza (2) . (1) Laboratorio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro, IDIPHISA. Madrid, (2) Unidad de Trasplante Hepático. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, (3) Unidad de Trasplante hepático. Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario Puerta de Hierro, IDIPHISA. Madrid, (4) Servicio de Microbiología Clínica y Enfermedades Infecciosas. Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid, (5) Servicio de Enfermedades Digestivas. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid

Objetivo: Comparar la inmunidad natural frente al SARS-CoV-2 en TH frente a la de población no trasplantada (grupo control) un año después de la infección.

Metodología: Se incluyeron 15 TH y 15 controles emparejados por variables con conocido impacto en la gravedad de COVID-19, a los 12 meses después de la infección y sin haber sido vacunados frente al SARS-CoV-2. Las células mononucleares de sangre periférica se estimularon con las proteínas de la espícula (S), nucleocápsida (N) y membrana (M) del SARS-CoV-2. Se analizaron marcadores de activación antigénica (CD69+CD137+) en las células T y se cuantificaron citocinas en los sobrenadantes de cultivo mediante citometría de flujo. Las concentraciones séricas de anticuerpos IgG anti-N y anti-S se analizaron mediante quimioluminiscencia.

Resultados: Todos los pacientes tenían células T reactivas frente al menos una de las proteínas víricas, y la mitad (8 TH y 7 controles) mostraron una respuesta positiva tanto de células T CD4+ como CD8+ frente a las tres proteínas. El porcentaje de pacientes con células T CD4+ y CD8+ frente a cada proteína del virus, así como la producción de IL2, IL10, TNFalfa e IFNgamma por los linfocitos específicos fue similar en TH y controles. Se evidenciaron anticuerpos IgG anti-S en el 100% de controles y el 86.7% de TH, y anti-N en el 53.3% de controles y 33.3% de TH. La prevalencia y niveles de anticuerpos IgG frente las proteínas N y S fueron ligeramente inferiores en los TH que en los controles, sin alcanzar diferencias significativas entre ambos grupos.

Conclusión: A los 12 meses tras la infección por SARS-CoV-2, los pacientes con TH presentan una inmunidad humoral y celular frente al virus similar a la de población no trasplantada.

SO4.06

LOS RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO TIENEN UNA MAYOR INCIDENCIA DE CÁNCER DE PULMÓN QUE LA POBLACIÓN GENERAL

Paula Pujols León (1); Fanny Meylin Caballeros (1); Mercedes Iñarrairaegui Bastarrica (1); Javier Zulueta Francés (2); Gorka Bastarrika Alemañ (1); Jose Ignacio Herrero Santos (1). (1) Clínica Universidad de Navarra, (2) Mount Sinai Morningside, Nueva York

Introducción y objetivos: Los receptores de un trasplante hepático (TH) tienen un riesgo de cáncer mayor que el de la población general. Esta diferencia puede ser debida a una mayor frecuencia de tabaquismo. Nuestro objetivo fue comparar la incidencia de cáncer de pulmón (CP) en receptores de TH con pacientes no trasplantados con emparejados por sus factores de riesgo.

Métodos: De forma retrospectiva se seleccionaron 124 receptores de TH que participaron en un programa de cribado de CP con tomografía computarizada de baja radiación (LDCT). Se seleccionaron cuatro controles por cada TH, emparejados por sexo, edad (+/- 10 años), tabaquismo activo, tabaquismo acumulado (+/- 10 paquetes-año) y presencia de enfisema en el primer LDCT. Revisamos los resultados del cribado con LDCT.

Resultados: Doce TH (9.7%) y 28 controles (5.6%) se diagnosticaron CP. Los riesgos actuariales de CP a los 3, 5, 7 y 10 años fue de 3.3%, 4.5%, 8.3% y 18.2% para los TH y de 3%, 3.4%, 4% y 7.1% para los controles (P=0.038). Los factores predisponentes de CP más importantes fueron la edad y la presencia de enfisema. Diez de los 12 pacientes TH con CP se diagnosticaron en un estadio IA. Al final del seguimiento, 6 de los 12 pacientes habían fallecido (dos por progresión tumoral y uno por sepsis secundaria a quimioterapia). Nueve pacientes estaban libres de enfermedad en su último seguimiento.

Conclusiones: Los receptores de TH tienen un riesgo de cáncer de pulmón mayor que el de la población general. El cribado con LDCT permite un diagnóstico precoz del CP y una supervivencia aceptable en los pacientes trasplantados que desarrollan cáncer de pulmón.

SO4.07*

ESTUDIO DE LOS NIVELES DE CTCs EN PACIENTES TRASPLANTADOS POR HEPATOCARCINOMA AL AÑO Y A LOS DOS AÑOS TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Francisco Villalba López (1); María Isabel Sánchez Lorencio (1); Luis Francisco Sáenz Mateos (3); Virginia De La Orden García (4); Felipe Alconchel Gago (2); Laura Martínez Alarcón (2); Victor López (2); David Ferreras (2); Francisco Sánchez Bueno (2); Ricardo Robles (2); José Antonio Pons (2); Pablo Ramírez Romero (1,2). (1) Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB), (2) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, (3) Hospital Rafael Méndez, (4) Genetracer Biotech

Objetivos: En el HCC, el trasplante hepático se considera un tratamiento curativo, sin embargo, más del 10% de trasplantados, presentan recurrencias dentro del primer año tras la cirugía. Esto sugiere la existencia de células tumorales circulantes (CTCs) que se diseminan a partir de un tumor primario y viajan hasta sangre periférica y órganos distantes. Su detección y monitorización por el método inmunomagnético ISOFLUXTM (Fluxion), podría tener un gran valor clínico con respecto a una predicción temprana de recidiva a modo de "biopsia líquida a tiempo real". El objetivo de este estudio es comparar los niveles de CTCs en pacientes afectados de HCC, antes del trasplante y al año y a los dos años tras la cirugía.

Material y método: Se obtuvo sangre periférica de 34 pacientes afectados de HCC incluidos en lista de trasplante hepático y al año y a los 2 años tras el trasplante. La determinación de CTCs se realizó por el sistema ISOFLUXTM. Se utilizó el test de Shapiro-Wilk para comprobar si las variables seguían una distribución normal y el test de Wilcoxon para estudiar la variación de las CTCs antes y después del trasplante.

Resultados: En este estudio se aprecia un descenso estadísticamente significativo en los valores de CTCs post-trasplante al año (Z=-2,672; p=0.008) y a los dos años (Z= -2,218; p=0.027) respecto a los niveles de CTCs pre-trasplante.

Conclusiones: Las CTCs podrían jugar un importante papel en el manejo de los pacientes trasplantados por HCC.

IMPACTO DE LA REACTIVACIÓN DE CMV (RCMV) TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO (TH) EN LA RECURRENCIA DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR (CHC)

Sarai Romero Moreno (1,2); Isabel Conde Amiel (1,2); Tommaso Di Maira (1,2); Angela Carvalho Gomes (2); Angel Rubín Suarez (1,2); Carmen Vinaixa Aunés (1,2); María García Eliz (1,2); Javier Del Hoyo Francisco (1,2); Eva Montalvá Orón (2,3); Marina Berenguer Haym (1,2); Victoria Aguilera Sancho-Tello (1,2) . (1) Sección de Hepatología, Hospital Universitari La Fe, (2) Grupo de Investigación en Hepatología, Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplantes Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Hospital U. y P. La Fe, (3) Unidad de Cirugía Hepato-Bilio-Pancreática y Trasplantes

La reactivación de CMV (rCMV) tras el TH se ha relacionado con morbilidad post-TH. Estudios recientes sugieren efectos beneficiosos de esta reactivación, entre ellos, potencial efecto oncolítico, asociándose a menor recurrencia de CHC.

Objetivos: Evaluar el impacto de la rCMV (previa a la recurrencia tumoral) en pacientes TH con CHC.

Pacientes y métodos: Se incluyeron TH con CHC (2018-2020). Criterios de exclusión: re-TH tardío, muerte 400c/mL): mismatch CMV donante/receptor, tratamiento anticipado, enfermedad CMV, (iii) relacionadas con CHC: MILAN, bridging, *downstage*, invasión vascular, AFP Protocolo CMV: viremias periódicas durante los 6 meses post-TH, profilaxis CMV en pacientes de riesgo (D/R-/+) y terapia anticipada en el resto. La recurrencia de CHC post-TH se determinó mediante AFP y Tomografía según RETREAT score.

Resultados: De 266 TH, 122 tenían HCC y criterios de inclusión: VHC:38(31%), OH:30(25%), NASH:12(10%), VHB:8(7%), mixtas (VH-C+OH/OH+NASH):25(20%). Edad media donante y receptor fue 61 y 59 años, MELD al TH 10(6-27). 52% de los donantes y 83% de los receptores eran hombres. El 80% fue intraMILAN, 16(13%) se incluyeron tras *downstage*, 73% recibió terapia locorregional (21% RF, 34% TACE, 3% TARE), 11.5% tuvo invasión vascular en explante, media de AFP 43(1.1-748ng/ml). Respecto al CMV: Mismatch CMV (75% D/R +/+, 11% D/R +/-). 50 pacientes (41%) tuvo rCMV post-TH y en 22 (18%) se inició terapia anticipada, 5(4%) desarrolló enfermedad por CMV. Diez pacientes (8,2%) desarrollaron recurrencia de CHC en el seguimiento tras una mediana de 288 días (Q1, Q3: 135-445). La invasión vascular [HR 11 (IC 3-44), p:0,08] y la ausencia de rCMV se asociaron a la recurrencia de CHC [HR 0.12 [IC:0.0006-0.25, p:0.004]. La supervivencia a 1,3 y 5 años post-TH fue del 89%, 82% y 77%, respectivamente. La principal causa de éxito fue la recurrencia de la enfermedad primaria (58%), seguida del tumor de novo (29%).

Conclusiones: En nuestra serie, la invasión vascular y la ausencia de rCMV se asociaron con un mayor riesgo de recurrencia de CHC post-TH.