

P01

RECURRENCIA DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR A CINCO AÑOS EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO DE DONANTE VIVO: EVEROLIMUS Y TACROLIMUS REDUCIDO VS TACROLIMUS ESTÁNDAR

Marian Vidal-Jorge (1); Gonzalo Sapisochin (2); Long Bin Jeng (3); Koichiro Hata (4); Wei Chen Lee (5); Jae-Won Joh (6); Dong Jin Joo (7); Arvinder Singh Sooin (8); Uday Kiran Veldandi (9); Shuhei Kaneko (10); Kanan Jhala (9); Matthias Meier (11); Denise Leclair (12); Gangadhar Sunkara (12). (1) Novartis Pharma, Barcelona, Spain, (2) MultiOrgan Transplant Program, Toronto General Hospital, University of Toronto, Toronto, Canadá, (3) China Medical University Hospital, Taichung, Taiwan, (4) Kyoto University Graduate School of Medicine, Department of Surgery, Division of Hepato-Biliary-Pancreatic Surgery & Transplantation; Kyoto University Hospital, Organ Transplant Unit, Kyoto, Japan, (5) Chang Gung Memorial Hospital, Linkou, Taiwan, (6) Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University School of Medicine, Department of Surgery, Seoul, South Korea, (7) Severance Hospital, Yonsei University College of Medicine, Seoul, South Korea, (8) Medanta Institute of Liver Transplantation and Regenerative Medicine, Medicity Hospital, Gurgaon, India, (9) Novartis Healthcare Pvt. Ltd., Hyderabad, India, (10) Novartis Pharma KK, Tokyo, Japan, (11) Novartis Pharma AG, Basel, Switzerland, (12) Novartis Pharmaceuticals, East Hanover, NJ, United States

Objetivos: El trasplante de hígado (TxH) es el tratamiento óptimo del carcinoma hepatocelular (HCC); sin embargo, la recurrencia del HCC en post-TxH sigue siendo un desafío importante. Se evalúa las tasas de recurrencia de HCC hasta 5 años tras TxH en receptores de TxH de donante vivo (LDLTR) que recibieron everolimus+tacrolimus reducido (EVR+TACr) o tacrolimus estándar (TACs).

Material y métodos: Estudio multicéntrico, no intervencionista (H2406) en LDLTR de novo con HCC primario en TxH previamente aleatorizados a EVR+rTACr o TACs que completaron el estudio principal de 2 años (H2307). Datos retrospectivos (finales H2307-principios H2406) y prospectivos (durante H2406). Datos analizados en población por intención de tratar (ITT) y población tratada (AT).

Resultados: De 117 TxHs (ITT) con HCC en el TxH de H2307 (EVR+TACr, N=56; TACs, N=61), 86 (EVR+TACr, N=41; TACs, N=45) entraron en H2406. Durante H2406, 1 paciente en cada brazo de tratamiento mostró recurrencia de HCC. La recurrencia general del HCC fue numéricamente menor en EVR+TACr (n [%], 2 [4,4]) vs TACs (7 [12,3]; IC95%, 18,4-2,5) a los 5 años tras TxH. En pacientes fuera de criterios de Milán, se observó cero (de 14) recurrencia de HCC en EVR+TACr vs 6 (de 19) en TACs. No se informó ninguna pérdida del injerto ni rechazo crónico durante H2406; la incidencia de rechazo agudo (4 [7,6] vs 3 [6,2]) y muerte (7 [13,8] vs 7 [13,5]) fue comparable entre EVR+TACr y TACs. Tasa de filtración glomerular media estimada mayor en EVR+TACr vs TACs hasta 5 años tras TxH (76,8 vs 65,8 ml/min/1,73m²). En AT (H2406), se notificaron numéricamente menos efectos adversos (16 vs 23) y efectos adversos graves (3 vs 6) con EVR+TACr vs TACs.

Conclusiones: Cinco años después del TxH, EVR+TACr mostró menor incidencia de recurrencia de HCC, con eficacia y seguridad comparables y mejor función renal vs TACs.

P02

DISFUNCIÓN PRIMARIA DE INJERTO. VALOR DEL FACTOR V PARA EL DIAGNÓSTICO PRECOZ

Claudia Sánchez González (1); José Luis Fernández Aguilar (1); Belinda Sánchez Pérez (1); Miguel Ángel Suárez Muñoz (2); José Antonio Pérez Daga (1); Custodia Montiel Casado (1); José Manuel Aranda Narváez (1); María Pérez Reyes (1); Estefanía Ferre Ruiz (1); Julio Santoyo Santoyo (1). (1) Hospital Regional Universitario de Málaga, (2) Hospital Clínico Universitario de Málaga

Introducción y objetivos: La disfunción primaria del injerto es una de las principales complicaciones postrasplante, no existiendo consenso en su diagnóstico. Actualmente, los criterios de Olthoff son los más usados, basados en parámetros analíticos del séptimo día postrasplante. La falta de consenso y su diagnóstico tardío manifiestan la necesidad de unos parámetros precoces.

Proponemos el Factor V como marcador en los tres primeros días postoperatorios de la disfunción primaria de injerto.

Material y método: De 500 pacientes trasplantados se seleccionaron 27 con pérdida de injerto en los primeros 90 días, y se controlaron con un grupo de 54 pacientes formado por el trasplante inmediatamente anterior y posterior. Se estudia el poder discriminativo del Factor V (FV) y de los valores máximos de GPT en los tres primeros días postoperatorios (POD) mediante curvas ROC calculando el área bajo la curva (AUC) para cada una. El mejor punto de corte se estableció según el Índice de Youden.

Resultados: El FV fue significativamente mayor en los controles, siendo el 2 POD el más discriminativo (AUC=0,893). Un FV de 37,50 demostró un 91% de especificidad y 70% de sensibilidad para predecir la pérdida del injerto en los primeros 3 meses. La GPT mostró menor validez con un AUC = 0,77, y su valor de 1539 obtuvo un 82% de especificidad y 67% de sensibilidad. Se alcanzó un 98% de especificidad y 55% de sensibilidad al combinar FV1539.

Conclusiones: El FV podría postularse como marcador precoz de la disfunción primaria de injerto debido a que, a pesar de que no tiene una alta sensibilidad, presenta una alta especificidad en el segundo POD. Con la asociación de FV y GPT se alcanza la máxima especificidad en la pérdida del injerto en los 3 primeros meses, siendo un parámetro prometedor para analizar en un próximo estudio.

P03

PAPEL DE LOS BIOMARCADORES DE DAÑO ENDOTELIAL PARA PREDECIR EL RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

Julia Herreras (1); Ángela Carvalho (2,3); Laura Martínez-Arenas, (2); Tommaso Di Maira (1,2,3); Marina Berenguer (1,2,3); Victoria Aguilera (1,2,3). (1) Unidad de hepatología y trasplante hepático, Hospital universitario y politécnico la Fe, Valencia, (2) Grupo de hepatología, cirugía hepatobiliopancreática y trasplante, instituto de investigación sanitaria del hospital la Fe, (3) Centro de investigación biomédica en enfermedades hepáticas y digestivas (CIBEREHD), Instituto Carlos III, Madrid

Objetivo: Evaluar si la medición de biomarcadores en el día 0 del TH y su asociación con variables clínicas de RCV son capaces de predecir un alto RCV post-TH.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes TH (2014-2017) en Hospital La Fe. Se incluyeron sólo pacientes de bajo RCV. Se recogieron variables clínicas, factores de RCV pre-TH y marcadores de daño endotelial medidos en plasma el día 0 del TH. Los biomarcadores se analizaron mediante técnicas de ELISA (IpPLA2) y técnicas de Luminex (adiponectina, VCAM1, IL6, TNF alfa y proBNP). Se definió RCV alto cuando los pacientes cumplían criterios de síndrome metabólico o tenían un índice de Framingham alto ($\geq 10\%$) evaluado al año post-TH. Se realizó un análisis multivariable con variables clínicas y biomarcadores para predecir alto RCV.

Resultados: Se incluyeron 125 pacientes. Edad media 56 años (48-69). 78% hombres, VHC (26%) y alcohol (25%). Pre-TH: HTA 20% y diabetes:19%. Al año post-TH, el 33% de pacientes tenía criterios de alto RCV. En el análisis de regresión logística se observó que la edad (OR= 1.06; p=0,025) y la diabetes pre-TH (OR=5,77; p

P04

TERAPIA CON PRESIÓN NEGATIVA INCISIONAL POSOPERATORIA DESPUÉS DE UN TRASPLANTE HEPÁTICO (PONILITRANS): ENSAYO CONTROLADO ALEATORIO

Víctor Lopez-Lopez; Laura Martínez-Alarcon; Alberto Hiciano-Guillermo; Ana Delegido; Felipe Alconchel; Jose Antonio Pons; Francisco Sanchez-Bueno; Ricardo Robles-Campos; Pablo Ramirez. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: Las complicaciones postoperatorias de las incisiones quirúrgicas son frecuentes en el trasplante hepático debido a varios factores de riesgo (inmunosupresión, tiempo quirúrgico, estancia hospitalaria o politransfusiones). La terapia con presión negativa (TPNI) está bien establecida en heridas abiertas y su uso se ha indicado recientemente en incisiones quirúrgicas cerradas. La evidencia para justificar esta intervención aún es limitada.

Material y métodos: Estudio prospectivo, aleatorizado, controlado en pacientes sometidos a trasplante hepático (NCT04039659). Los pacientes participantes fueron asignados al azar para recibir el uso profiláctico de TPNI o un apósito quirúrgico estándar en la incisión quirúrgica cerrada. Los objetivos principales fueron la incidencia de infección del sitio quirúrgico (ISQ) a los 30 días después de la operación y los eventos del sitio quirúrgico (ISQ, dehiscencia, hematoma y seroma). Se consideró clínicamente relevante una reducción estimada de la morbilidad del 33 al 11 % en TPNI. Utilizando una potencia de 0,80 y α de 0,05 en un modelo de dos colas y pérdidas estimadas del 15 %.

Resultados: Desde diciembre de 2018 hasta septiembre de 2021, se incluyeron 108 pacientes en este estudio (54 en cada brazo). La incidencia de ISQ a los 30 días del postoperatorio fue menor en el grupo de tratamiento en comparación con el grupo de control sin diferencias estadísticas entre ambos grupos (7,4 % frente a 13 %, P = 0,34). La tasa de eventos en el sitio quirúrgico también fue menor en el grupo de tratamiento en comparación con el grupo de control sin diferencias estadísticas entre ambos grupos (24,1 % frente a 29,6 %, P = 0,51).

Conclusiones: El uso profiláctico de TPNI en incisiones principalmente cerradas no redujo significativamente las tasas de ISQ en la incisión y eventos en el sitio quirúrgico después del trasplante hepático en comparación con el apósito quirúrgico estándar.

P05

CAMBIOS DEMOGRÁFICOS Y PROYECCIONES DE FUTURO DE LA POBLACIÓN DE PORTADORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO TRAS 30 AÑOS DE PROGRAMA. EFECTO DE LA EDAD, LA COHORTE Y EL PERIODO EN LA ESPERANZA DE VIDA

Mario Romero Cristóbal (1,3); Aranzazu Caballero Marcos (1,3); Fernando Díaz Fontenla (1,3); Ainhoa Fernández Yunquera (1,3); María Vega Catalina Rodríguez (1,3); Arturo Colon Rodríguez (2); Luis Rodríguez Bachiller (2); Jose Ángel López Baena (2); Enrique Velasco (2); Benjamín Díaz Zorita (2); Diego Rincón Rodríguez (1,3,4); Rafael Bañares Cañizares (1,3,4); María Magdalena Salcedo Plaza (1,3,4). (1) Sección de Hepatología, Servicio de Aparato Digestivo. HGU. Gregorio Marañón, Madrid, (2) Unidad de Trasplante Hepático. Servicio de Cirugía General y Digestivo. HGU. Gregorio Marañón, Madrid, (3) CIBEREHD, (4) Universidad Complutense de Madrid

Objetivos: 1) analizar las tendencias demográficas y de asistencia hospitalaria en la población de portadores de trasplante hepático (TH) en nuestro centro,

- 2) proyectar el tamaño de esta población, su estructura por edades y su esperanza de vida (EV),
- 3) explorar los efectos de edad, cohorte y periodo en la EV.

Materiales y métodos: Incluimos a los receptores de TH en nuestro centro entre 1990-2020 (n=1114). Las proyecciones se realizaron a partir de la función con mejor ajuste a los datos observados (métodos mínimos cuadrados). Mediante tablas de vida (mortalidad observada por tramos de tiempo desde el TH) se proyectó la EV completa (experiencia 1990-2020), la EV de cohorte (según década del TH: 1990-2000, 2000-2010 y 2010-2020) y la EV según periodo reciente (experiencia 2015-2020).

Resultados: La población con TH ha experimentado un crecimiento y envejecimiento progresivos (492 pacientes en 2020, 41.9% >65 años), mientras que el número de ingresos y los días de ingreso disminuyen desde 2014. Según las tendencias observadas, la población total en 2050 alcanzaría 757 pacientes (87.5% >65 años). La EV completa al TH [y a los 2 años] fue de 12.4 [13.9] años (16.3 [18], 11.9 [13.4] y 11.1 [12.1] años, si la edad al TH era < 40, 40-60 o >60 años, respectivamente). La EV según periodo reciente al TH [y a 2 años] fue 15.8 [16.0] años. La EV de cohorte (limitada a 10 años) fue respectivamente de 5.3, 6.3 y 7.3 para los trasplantados durante 1990-2000, 2000-2010 y 2010-2020. La EV del portador de TH resultó inferior para cualquier rango de edad a la de la población general.

Conclusión: La EV tras el TH está aumentando progresivamente, por lo que las poblaciones de TH están creciendo y envejeciendo, siendo esperable que estas tendencias continúen en el futuro. Contrariamente, los ingresos hospitalarios están descendiendo progresivamente.

P06

TRASPLANTE HEPÁTICO EN NIÑOS CON HEPATOCARCINOMA

María José Quiles (1); Lorena Fernandez (1); María Alós (1); Marta García (1); Esteban Frauca (1); Ane Andrés (2); Maria Del Carmen Mendez (3); Manuel López Santamaría (2); Loreto Hierro (1). (1) Hospital Universitario La Paz, Hepatología Pediátrica. ERN TransplantChild, Madrid, (2) Hospital Universitario La Paz, Cirugía Pediátrica. ERN TransplantChild, Madrid, (3) Hospital Universitario La Paz, Anatomía Patológica. ERN TransplantChild, Madrid

El hepatocarcinoma (HCC) tiene una muy baja incidencia en niños (0,5-1 caso/millón). El trasplante hepático (TH) está indicado en tumores con cirrosis subyacente y en los tumores primarios irreseccables.

Objetivo: Analizar los resultados de TH en niños con hepatocarcinoma.

Material y métodos: Se revisaron retrospectivamente los 12 TH por/con HCC en nuestro centro desde el año 2000 (2% del total de indicaciones de TH).

Resultados: En 7 pacientes el HCC se desarrolló sobre cirrosis de diferente etiología (3 defecto de BSEP, 2 tirosinemia I, 1 atresia biliar y 1 de causa desconocida) y 5 eran tumores primarios sin hepatopatía subyacente. El diagnóstico de HCC se realizó a una edad media de 5,8 años (9 meses-17,6 años). Un 50% de pacientes recibieron tratamiento pre-TH (5 quimioterapia en un caso con resección, 1 resección). Ningún caso evidenció tumor extrahepático pretrasplante. La edad al trasplante fue 6,6 años (9 meses-17,9 años). El tipo de donante fue donante vivo en 7 casos y cadavérico en 5. En todos se utilizó inmunosupresión estándar con esteroide, tacrolimus y basiliximab. Solo un paciente precisó retrasplante por trombosis de la arteria hepática. Tres pacientes recibieron quimioterapia adyuvante post-TH. El seguimiento medio postrasplante fue 2,9 años (1 mes - 7 años).

En 5 casos (4 HCC sin cirrosis) se produjo recidiva tumoral entre 2 meses y 3,1 años post-TH. Fallecieron 3 pacientes sobre 5 (60%) con HCC primario frente a ninguno de los 7 con cirrosis subyacente.

Conclusiones: En niños el HCC asociado o no a cirrosis es una indicación infrecuente de TH. En cuanto al resultado del trasplante parecen diferenciarse dos patrones, uno con supervivencia similar al del conjunto de indicaciones de TH pediátrico (HCC sobre cirrosis) y otro con alta tasa de recidiva y supervivencia inferior (HCC primario).

P07

SEÑALES DE PELIGRO DE ORIGEN MITOCONDRIAL LIBERADAS DURANTE LA ISQUEMIA FRÍA ACTIVAN EL ENDOTELIO

Francisco Villalba López (1); David García Bernal (1); Felipe Alconchel Gago (2); Marta Jover Aguilar (1,2); Laura Martínez Alarcón (2); María Isabel Sánchez Lorencio (1); Antonio Ríos Zambudio (1); José Antonio Pons Miñano (2); Daniel Vidal Correoso (1); Pablo Ramírez Romero (1,2); Alberto Baroja Mazo (1). (1) Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB), (2) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Objetivos: Las señales de peligro (DAMPs) están formadas por moléculas propias del organismo que no suelen estar de forma extracelular o libre y que aparecen tras un daño, como el producido en isquemia. Las células endoteliales (ECs) que recubren los vasos del injerto desempeñan varias funciones en el rechazo; presentación del aloantígeno a células T circulantes y desarrollo de inflamación y trombosis. El objetivo del estudio fue determinar si DAMPs presentes en la solución de preservación de órganos (OPS) tras isquemia fría exacerban la respuesta de ECs y responden al desafío inflamatorio.

Material y Método: ECs en cultivo (células HUVEC) fueron enfrentadas a OPS obtenido tras isquemia fría y la expresión de la proteína quimioatrayente de monocitos-1 (MCP-1) e interleucina-6 (IL-6) fue determinada mediante PCR cuantitativa, mientras que la expresión de la molécula de adhesión endotelial ICAM-1 se observó por citometría de flujo. Igualmente, se realizaron ensayos de migración en "transwell" para estudiar la capacidad del OPS para atraer linfocitos a través del endotelio.

Resultados: Observamos que el OPS recolectado tras isquemia fría activaba la expresión de MCP-1 e IL-6 en HUVEC. Asimismo, estos fluidos aumentaron la expresión en la membrana de ICAM-1, lo que favoreció la migración de linfocitos hacia un gradiente de quimiocinas. Además, el propio fluido demostró su capacidad de quimioatracción. Esta activación podría estar mediada por mitocondrias libres circulantes. Asimismo, el fármaco defibrotide era capaz de inhibir esta activación mediada por OPS.

Conclusiones: Nuestros datos apoyan que DAMPs liberados durante la isquemia fría activan el endotelio. Por lo tanto, el análisis y la cuantificación de DAMPs en el injerto post-isquémico podrían proporcionar un valor predictivo de progresión del trasplante. Más aún, el uso de defibrotide podría mitigar el daño producido por la isquemia en los órganos donados.

P08

¿ES REALMENTE EL IMC UN FACTOR PREDICTOR DE RIESGO EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO?

Carmen Cepeda Franco; Noelia García Fernández; Carmen Bernal Bellido; Luis Miguel Marín Gómez; Gonzalo Suárez Artacho; Jose María Álamo Martíñez; Francisco Javier Padillo Ruiz; Miguel Ángel Gómez Bravo. Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla

Objetivo: La obesidad es una de las principales epidemias crecientes del último siglo, siendo responsable de gran parte de las muertes a nivel mundial. La prevalencia de obesidad en pacientes candidatos a trasplante hepático (TOH) ha aumentado en los últimos años. El objetivo de este estudio es analizar el impacto del Índice de Masa Corporal (IMC) del receptor en la supervivencia y en la morbilidad tras el TOH.

Material y método: Estudio de cohortes retrospectivo de todos los receptores trasplantados en un hospital de tercer nivel en los años 2006-2021. Se han analizado como variables del donante: edad, sexo, peso, IMC, causa de la muerte; variables receptor: edad, sexo, peso, talla, IMC, indicación; y como variables resultado: complicaciones postoperatorias, mortalidad precoz, pérdida del injerto y supervivencia global.

Resultados: Analizamos los resultados de los 1036 TOH realizados entre 2006-2021. Éstos se agruparon por categorías de IMC: 332 (32%) normal, 404 (39%) sobrepeso, 288 (28%) obesidad. La supervivencia global a los 5 años fue: 75% en el grupo normal, 71% en el grupo con sobrepeso y 65% en los obesos, siendo estas diferencias estadísticamente significativas. La mortalidad precoz fue del 4.8% en el grupo normo peso, 6.2% sobrepeso y 6.9% obesos, siendo estas diferencias no estadísticamente significativas. No se encontraron diferencias entre grupos en cuanto a complicaciones posquirúrgicas: hemorrágicas, vasculares, biliares, respiratorias, hemodinámicas, digestivas, renales, neurológicas, ascitis rebelde e infecciones. Tampoco se encontraron diferencias en cuanto a la necesidad de reintervenciones.

Conclusiones: En este estudio, la supervivencia global en el TOH disminuye a medida que aumenta el IMC del receptor; pero el sobrepeso y la obesidad no constituyen un factor de riesgo de morbilidad precoz en el TOH.

P09

RESULTADOS DEL CAMBIO DE CRITERIO DE SELECCIÓN DE HEPATOCARCINOMA PARA TRASPLANTE: DE MILAN A AFP SCORE

María Senosiain Labiano; Patricia Salvador Bengoechea; Eunate Muga Ibarreche; Alba Carro Blanes; Sonia Cubillas Urkiola; Alex Bausela Sainz; Jose Ramón Fernández Ramos; Milagros Testillano Tarrero; Andrés Valdivieso López; Mikel Gastaca Mateo; Patricia Ruiz Ordorica; Alberto Ventoso Castiñeira; Ibone Palomares Etxeberria; Mikel Prieto Calvo; Arkaitz Perfecto Valero; Sara Mambrilla Herrero; Francisco Javier Bustamante Schneider. *Hospital Universitario Cruces*

Objetivos: Desde 12/2018 nuestro grupo sustituyó Milan por AFP score como criterio de selección de hepatocarcinoma para trasplante. Queremos analizar los resultados del cambio de estrategia.

Materiales y métodos: Análisis descriptivo retrospectivo de 2 cohortes de trasplantes hepáticos, una previa al cambio de protocolo (2017 y 2018) y otra posterior al cambio (2019 y 2020). Análisis de supervivencia.

Resultados: Entre 2017 y 2020 se realizaron 296 trasplantes (2017/18: 150 2019/20: 146). Se ha recogido su seguimiento hasta 12/2021.

- Entre 2017-2018 tenían hepatocarcinoma 66(44%). Estaban inicialmente Milan out 12 y 7 con AFP score>2. En el momento del trasplante 6 estaban Milan out y 5 con AFP score>2. La mediana de suma de diámetros tumoral máxima fue 32,5 mm(IQR 24.75-57) y la de AFP 5(IQR 3-25, máximo 3531). Al trasplante la mediana de suma fue 26(16-40) y de AFP 5(3-13, max 882). En explante 22 tenían datos de riesgo (satealitis/invasión vascular), la mediana de suma fue 30(17-46.5). Se han producido 5 recidivas.
- Entre 2019-2020 tenían hepatocarcinoma 64(43.8%). Estaban Milan out 11 y 2 con AFP score > 2. Al trasplante 5 estaban Milan out y ninguno fuera de AFP score. La mediana de suma max fue 29(23-48) y de AFP 5,1(3-10.2 max 1600). Al trasplante la mediana de suma fue 25(15.5-38) y de AFP 5(3-10, max 300). 13 tenían AP de riesgo con una suma de 27(13.25-51.5). Se han producido 3 recidivas.

Conclusiones: El cambio de protocolo no ha supuesto un aumento de demanda, ni de carga tumoral. Hemos sido más restrictivos en los niveles de AFP, no trasplantándose ningún paciente fuera de AFP score y teniendo menos datos de riesgo (satelitis) en explante. El corto periodo de seguimiento impide comparar adecuadamente las recidivas.

P10

RESULTADOS DEL TRASPLANTE EN HEPATOCOLANGIO Y/O COLANGIOPCARINOMA INTRAHEPÁTICO INCIDENTAL. EXPERIENCIA UNICÉNTRICA

Patricia Salvador Bengoechea; María Senosiain Labiano; Eunate Muga Ibarreche; Alba Carro Blanes; Alex Bausela Sainz; Sonia Cubillas Urkiola; Jose Ramon Fernandez Ramos; Milagros Testillano Tarrero; Andres Valdivieso Lopez; Mikel Gastaca Mateo; Patricia Ruiz Ordorica; Alberto Ventoso Castiñeira; Ibone Palomares Etxeberria; Mikel Prieto Calvo; Sara Mambrilla Herrero; Arkaitz Perfecto Valero; Francisco Javier Bustamante Schneider. *Hospital Universitario Cruces*

Objetivos: El colangiocarcinoma intrahepático muy precoz es una posible indicación de trasplante hepático. Queremos analizar los resultados de los trasplantes con hallazgo incidental de iCCA/hepatocolangio en explante en nuestro centro

Material y métodos: Estudio descriptivo de una cohorte recogida retrospectivamente de trasplantes hepáticos con AP de colangiocarcinoma/hepatocolangiocarcinoma en explante entre 1/2017-2/2021.

Resultados: De 298 trasplantes en el periodo de estudio 6 tenían colangiocarcinoma/hepatocolangiocarcinoma en eexplante.

- Pretrasplante 2 tenían una LOE indeterminada (CHC Vs colangio). 4 cumplían criterios de hepatocarcinoma por imagen y en 1 el hallazgo fue incidental. AFP y Ca 19.9 eran normales.
- En explante de indeterminados:
 - En uno se observó un colangio G3 de 2.6cm con invasión vascular y perineural con recidiva diseminada a 5m y falleciendo a los 15m
 - En eotro un hepatocolangio de 2,3 cm G3 sin iv y un colangio de 6mm sin iv. Recidiva local al año con AP de colangio. Ablación local
- En el resto:
 - 1 hallazgo incidental en explante de colangio 4,4 cm G2 sin iv. Presentó recidiva local al 1.5 años con éxitus a los 2,5 años.
 - 1 presentaba un hepatocarcinoma 1,5 cm sin FR y un hepatocolangio de 2 cm G3 sin IV. De momento no hay recidiva.
 - 1 tenía un hepatocolangio 2,5cm G2 sin iv. No hay rediva
 - 1 presentaba un hepatocolangio 25 mm G2 sin iv y un hepatocarcinoma G2 14 mm sin iv. Recidiva diseminada a los 9m del trasplante con AP de colangio.

Conclusiones: Nuestros resultados en iCCA/hepatocolangiocarcinoma incidental (en explante) han sido desfavorables lo que confirma la necesidad de filiar anatomopatológicamente toda lesión atípica detectada pretrasplante. Los resultados de estudios prospectivos en curso (NCT02878473) son imprescindibles antes de establecer el iCCA muy precoz como indicación de trasplante.

P11

EMPLEO DE LA OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) DURANTE LA CIRUGÍA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO

Cristina Martínez Chicote; Andrea Bosca Robledo; Eva María Montalvá Orón; Javier Maupoey Ibáñez; Ana Hernando Sanz; Tommaso Giuliani; Rafael López Andújar; Beatriz Castro Andrés. *Hospital Universitario y Politécnico La Fe*

Objetivos: La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) es una técnica empleada para proporcionar soporte cardiocirculatorio y/o respiratorio en pacientes que, por fallo de bomba o distrés pulmonar, no consiguen suficiente aporte de oxígeno. Esta situación puede ser frecuente durante el trasplante hepático en casos de gran hepatomegalia, por lo que se ha comenzado a utilizar dicha técnica de manera intraoperatoria con el fin de optimizar el manejo hemodinámico. Nuestro objetivo es presentar los resultados de los trasplantes realizados con ECMO, comparándolos con otros similares en los que no se empleó.

Material y métodos: Estudio retrospectivo que recoge los trasplantes realizados en nuestro centro desde 2018 a 2022 en los que se utilizó ECMO intraoperatorio. Estos casos son comparados con un grupo control formado por pacientes con gran hepatomegalia en los que no se usó ECMO.

El análisis se realizó empleando el programa IBM SPSS Statistics 22. Las variables cuantitativas se describen como mediana y rango, y las cualitativas con número absoluto y porcentaje.

Resultados: Se analizaron 28 pacientes de características similares, 14 de los cuales utilizaron ECMO veno-venoso durante el trasplante. La causa más frecuente de hepatomegalia fue la poliquistosis hepatorrenal (71,4%). Hubo 2 complicaciones con el acceso del ECMO. La necesidad de drogas vasoactivas o transfusión de hemoderivados es comparable entre ambos grupos. Fueron necesarias 2 reintervenciones en el grupo ECMO frente a 4 del resto de pacientes. La duración de la cirugía en ambos grupos fue similar, pero la estancia en Reanimación es mayor en los pacientes sin ECMO. La tasa de mortalidad intrahospitalaria es del 3,6% en el grupo ECMO y del 7,1% en el no ECMO.

Conclusiones: La asistencia con ECMO es una estrategia útil durante el trasplante hepático en grandes hepatomegalias, facilitando el manejo hemodinámico del paciente y de las complicaciones perioperatorias.

P12

PAPEL DE LA EXTUBACIÓN PRECOZ EN LA DISMINUCIÓN DE LA MORBIMORTALIDAD EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Inmaculada Benítez Linero; Guiomar Rosel Fernández Castellano; Minia Bastón Castiñeiras; Jose María Álamo Martínez; Miguel Ángel Gómez Bravo; Juan Luis López Romero. *Hospital Universitario Virgen del Rocío*

Introducción y Objetivo: La extubación precoz es un elemento fundamental integrado en los protocolos de recuperación mejorada en el trasplante hepático ortotópico (THO). El objetivo es evaluar si la extubación precoz influye en la morbimortalidad postoperatoria a corto y medio plazo.

Material y Métodos: Se analiza retrospectivamente una cohorte de 209 pacientes intervenidos de THO en un hospital de tercer nivel en un periodo comprendido entre Enero del 2016 y Diciembre del 2018. Los pacientes se dividen en dos grupos: Grupo 1: extubación precoz en UCI y Grupo 2: extubación diferida. Se compara la mortalidad entre ambos grupos al 1º mes, al 1º y 3º año. Asimismo, se compara la morbilidad postoperatoria.

Resultados: Los pacientes del grupo 1 (n=165, 79,9%) presentan, con significación estadística, menor mortalidad al 1º mes, al 1º año y al 3º año, menor duración del ingreso en la unidad de cuidados críticos y de la estancia hospitalaria, menor incidencia de reintervención quirúrgica, de retrasplante, menor tasa de trasfusión de hemoderivados, menos complicaciones pulmonares, digestivas, neurológicas, cardiológicas, hemodinámicas, renales, quirúrgicas, infecciosas, metabólicas, tromboticas, vasculares, del injerto, menos necesidad de terapia renal sustitutiva, menos ascitis refractaria, y menor riesgo infeccioso. Sin embargo, no se hallaron diferencias estadísticamente significativas en la necesidad de reingreso hospitalario, en las complicaciones biliares, endocrinas, nutricionales, hematológicas, tromboticas, ni en el rechazo del injerto.

En el grupo 1, un 6,6% de los pacientes requirieron reintubación. En el grupo 2, el 97% de los pacientes pudieron ser extubados durante la primera semana, 7,8% necesitaron ventilación mecánica no invasiva tipo BIPAP y el 8,1% alto flujo. Solo el 2,8% de los pacientes requirieron traquetomía.

Conclusión: El papel de la extubación precoz parece clave para mejorar los resultados en el THO, ya que reduce la incidencia de múltiples complicaciones y la mortalidad, presentando tasas de reintubación bajas. Es un procedimiento factible y seguro.

P13

DAÑO POR ISQUEMIA REPERFUSIÓN OBJETIVADO EN LA BIOPSIA POSTREPERFUSIÓN COMO PREDICTOR DE COMPLICACIONES BILIARES POSTRASPLANTE A MEDIO Y LARGO PLAZO

Esteban Fuentes Valenzuela (1); Laura Sánchez Delgado (1); Carlos Maroto-Martín (1); Samuel Fernández Prada (1); Laura Juan Casamayor (1); Miryam Moreta Rodríguez (1); Irene Peñas Herrero (1); Carmen Alonso Martín (1); Javier Tejedor Tejada (1); Carolina Almohalla Álvarez (1); Enrique Asensio (2); Félix García Pajares (1). (1) *Unidad de hepatología. Servicio de Aparato Digestivo. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid.*, (2) *Unidad de cirugía hepatobiliopancreático, Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Río Hortega de Valladolid*

Objetivo principal: Influencia del daño por isquemia reperfusión (DIR) objetivado en la biopsia postreperfusión (BPR) en el desarrollo de complicaciones biliares postrasplante.

Objetivos secundarios: Evaluar factores predictores de complicaciones biliares postrasplante.

Material y método: Estudio retrospectivo unicéntrico, incluyendo a pacientes con trasplante hepático (TH) entre noviembre de 2001 y diciembre de 2014 con realización de BPR. Se graduó el DIR objetivado en la BPR como ausente, leve, moderado y grave; posteriormente se categorizó como DIR significativo cuando presentaba DIR moderado y grave y DIR no significativo cuando presentaba DIR ausente o leve.

Resultados: Se incluyeron 302 pacientes con una mediana de edad de 56 años (RIC:49-62), 236 (77,9%) varones. La indicación más frecuente de TH fue cirrosis hepática descompensada CHILD B-C en 140 pacientes (46,2%), MELD de 13 (RIC: 10-17). 125 pacientes (41,3%) presentaron un DIR significativo. Tras una mediana de 84 meses de seguimiento (RIC: 21-111), 120 pacientes (39,8%) presentaron complicaciones biliares, 28 fugas biliares (9,2%), 92 (30,4%) estenosis anastomótica (EA), 16 (5,3%) colangiopatía isquémica y 8 (2,6%) bilomas. En 38 pacientes (12,5%) se acompañó de colangitis aguda. El desarrollo de complicaciones biliares fue similar en pacientes con DIR significativo frente a no significativo (40,8% vs 39%, $p=0,78$). Tampoco se observaron diferencias significativas en el desarrollo de EA, colangiopatía isquémica, fugas biliares, bilomas. No se observaron diferencias en el tiempo hasta el desarrollo de complicaciones biliares (10,6 vs 12,2 meses, $p=0,67$). En el análisis multivariante la trombosis de la arteria hepática (HR: 3,4; IC 95% 1,4-8,2), la disfunción temprana del injerto (HR: 3,2; IC 95% 1,5-7,4) y un tiempo de isquemia fría mayor de 400 min (HR: 1,9; IC 95% 1,1-3,2) se asociaron con una mayor incidencia de desarrollo de complicaciones biliares postrasplante.

Conclusiones: Un mayor DIR en la BPR no predice el desarrollo de complicaciones biliares.

P14

INFLUENCIA DE LA TERAPIA PUENTE EN LA SUPERVIVENCIA POSTRASPLANTE DEL HEPATOCARCINOMA

Rubén Caiña Ruiz; Enrique Toledo; Roberto Fernández Santiago; Federico Castillo Suescún; Juan Echeverri; Mar Achalandabaso; Víctor Valbuena Jabares; Edward Anderson; Esther Lagunas Caballero; Jose Ignacio Fortea; Emilio Fábrega; Antonio Cuadrado; Javier Crespo; Juan Carlos Rodríguez-Sanjuán. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*

Objetivo: Comparar la supervivencia y recidivas entre los pacientes con hepatocarcinoma que reciben una terapia puente termoablative previa al trasplante hepático frente a los que no.

Material y método: Estudio retrospectivo de 144 pacientes con hepatocarcinoma que recibieron un trasplante hepático durante los últimos 25 años. Para estudiar la supervivencia y la tasa de recidivas se emplearon análisis uni y multivariable y el estimador Kaplan Meier.

Resultados: 16 mujeres y 128 hombres, con edad media de 59,03 años. La causa más frecuente de hepatopatía fue la alcohólica (47,9%), seguida de infección por VHC (37,5%). El 53,1% de los pacientes fueron trasplantados con un estadio A de la escala Child-Pugh con MELD medio de 11,68 (DS = 4,487). El número medio de lesiones fue 1,37 (1-3), con un diámetro radiológico medio de 2,85 cm (DS=1,21).

- El seguimiento medio fue de 75,06 meses, siendo documentadas sólo 9 recidivas y 10 retrasplantes.
- El 65,97% recibió terapia puente siendo la radiofrecuencia (RF; 63,2%) la más utilizada; presentaron una edad media de 59,4 años vs. 58,2 los que no recibieron tratamiento ($p=0,388$), un MELD de 11,3 vs. 12,7 ($p=0,217$), Charlson de 6,97 vs 6,73 ($p=0,623$), 1,41 lesiones vs. 1,27 ($p=0,013$) y un diámetro de 2,82 frente a 2,92 ($p=0,072$) sin encontrar significación estadística.
- Los análisis uni y multivariable no encontraron influencia estadísticamente significativa al comparar el grupo con y sin terapia puente tanto en términos de supervivencia, media de 53,2 meses (DS = 1,81) vs. 54,1 meses (DS = 2,61) respectivamente, como en recidiva, media de 27 meses (DS = 9,86) vs. 33,25 (DS = 8,6) respectivamente.

Conclusiones: No se aprecian diferencias en cuanto a supervivencia y recidiva a 5 años entre los pacientes trasplantados con hepatocarcinoma que recibieron tratamiento previo y los que no lo recibieron.

P15

EFICACIA DE LOS MTORI Y FACTORES ASOCIADOS A LA SUPERVIVENCIA EN EL PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO CON PATOLOGÍA ONCOLÓGICA

José María Álamo Martínez; Carmen Cepeda Franco; Eva Pueyo Pérez; Gonzalo Suárez Artacho; Luis Miguel Marín Gómez; Carmen Bernal Bellido; Francisco Javier Padillo Ruiz; Miguel Ángel Gómez Bravo. *Hospital Virgen del Rocío*

Objetivos: Analizar factores asociados a la supervivencia, incluyendo esquema inmunosupresor, en el paciente trasplantado hepático por CHC y en el paciente trasplantado hepático con neoplasia de novo

Metodología: Análisis observacional retrospectivo en 392 pacientes; casos (pacientes con neoplasias de novo (NN) o aquellos sometidos a trasplante hepático por hepatocarcinoma (CHC) inmunodeprimidos con inhibidores de mTOR) y controles (inmunodeprimidos con inhibidores de la calcineurina), analizando la tasa de recidiva y supervivencia acumulada.

Resultados: Respecto al grupo HCC, la invasión vascular y capsular y el grado de Edmondson reducen la supervivencia (Invasión vascular: $p=0,00$, cápsula: $p=0,00$, Edmondson: $p=0,09$). El uso de CNI aumenta la recidiva tumoral ($p=0,025$). Los mTORi aumentan la supervivencia de estos pacientes ($p=0,05$). En cuanto al grupo NN, la resección de la NN, en comparación con la quimioterapia y la radioterapia aumentan la supervivencia ($p=0,00$). El estadio tumoral y TNM se relaciona directamente con la supervivencia del paciente ($p=0,000$). El uso de mTORi en el esquema inmunosupresor aumenta la supervivencia de los pacientes trasplantados hepáticos con neoplasia de novo en comparación con el uso de CNI ($p=0,067$). El antecedente de tabaquismo y enolismo reducen la supervivencia (Alcohol: $p=0,035$, Tabaco: $p=0,67$).

Conclusiones: El tabaquismo/enolismo reducen la supervivencia de estos pacientes. La inmunosupresión con mTORi aumenta la supervivencia de los pacientes después del TOH en el HCC en comparación con la CNI. La inmunosupresión mTORi aumenta la supervivencia de los pacientes con NN en comparación con la CNI, sobre todo en el cáncer ORL, cáncer de pulmón, síndrome linfoproliferativo, cáncer digestivo, cáncer de mama y cáncer urinario. Este beneficio de mTORi no se puede aplicar al cáncer de piel ni al cáncer hepatobiliopancreático. La monoterapia con MMF también aumenta la supervivencia en ORL y cáncer de mama.

P16

DIFERENCIAS ENTRE LA RESPUESTA RADIOLÓGICA Y PATOLÓGICA EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA QUE RECIBEN TERAPIA PUENTE COMO PASO PREVIO AL TRASPLANTE HEPÁTICO

Rubén Caiña Ruiz; Enrique Toledo; Roberto Fernández Santiago; Federico Castillo; Juan Echeverri; Mar Achalandabaso; Víctor Valbuena Jabares; Francisco José González Sánchez; Aitor Odriozola Herrán; Emilio Fábrega; Antonio Cuadrado; Jose Ignacio Fortea; Javier Crespo; Juan Carlos Rodríguez Sanjuán. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*

Objetivo: Determinar las diferencias entre la respuesta radiológica (RR) y patológica (RP) tras las diferentes terapias puente al trasplante hepático en pacientes con hepatocarcinoma.

Material y método: Estudio retrospectivo de 95 pacientes con hepatocarcinoma y terapia puente como paso previo al trasplante hepático en un hospital de tercer nivel en los últimos 25 años. La RR se valoró por TAC y RM, clasificándose en ausente, parcial o completa. De forma similar se clasificó la RP.

Resultados: La terapia más utilizada fue la termoablación (72,7%) dentro de la cual el 63,2% corresponde a radiofrecuencia (RF) y el 9,5% a microondas.

- Se consiguió una RR completa en 52 pacientes (55,3%) y en 27 de ellos (51,9%) se confirmó patológicamente, siendo la RP completa un 30,9% (29 pacientes) ($S=93,1\%$ y $E=72,2\%$). También se comparó la RR vs. RP parcial (41,5% vs. 12,8%) y ausente (3,2% vs. 56,4%) ($S=5,7\%$ y $E=100\%$) con $p<0,001$.
- La RF y microondas consiguieron una respuesta completa del 33,3% ambas, con una parcial del 10% y 55,6% respectivamente. El diámetro medio de las lesiones con respuesta completa fue de 2,39 cm ($DS=0,881$), de 3,00 ($DS=0,666$) para parcial y 3,01 ($DS=1,124$) ausente ($p=0,038$); presentando una correlación $R=-0,257$. El número de lesiones y la localización no presentan correlación con la respuesta.
- No se obtuvo significación estadística en términos de supervivencia entre los diferentes tipos de terapia, RF y microondas, con 51,5 meses ($DS=2,4$) vs. 45,8 meses ($DS=7,57$) respectivamente.

Conclusiones: La respuesta patológica a la termoablación es baja.

- RF y microondas parecen ser las terapias con mejor tasa de respuesta en pacientes con hepatocarcinoma como paso previo al trasplante hepático.
- Las pruebas de imagen se presentan como válidas para el diagnóstico de una respuesta completa; sin embargo, son poco sensibles para valorar una respuesta parcial o ausente.

P17

TRASPLANTES HEPÁTICOS MEDIANTE EL USO DE INJERTOS NONAGENARIOS

David Navarro Fajardo; Oscar Caso Maestro; Iago Justo Alonso; Alberto Marcacuzco Quinto; Victoria Carmona Gómez; Jorge Calvo Pulido; Carmelo Loinaz Seguro; Carlos Jiménez Romero. *Hospital Universitario 12 de Octubre*

Objetivos: En los últimos años se han publicado múltiples estudios que han demostrado los buenos resultados del trasplante hepático (TH) con la utilización de injertos octogenarios. No obstante, son muy pocos los casos publicados de TH con injertos nonagenarios, con resultados controvertidos. El objetivo del presente trabajo es analizar los resultados del TH con injertos >90 años y compararlos con los resultados obtenidos en TH con injertos octogenarios.

Material y métodos: Estudio comparativo de todos los TH realizados en nuestro centro con donantes nonagenarios (grupo A) vs. donantes octogenarios (grupo B) entre octubre 2013 y diciembre 2019.

Resultados: Durante el periodo de estudio se realizaron 426 TH, 6 de ellos con injertos nonagenarios y 49 con injertos de octogenarios. La edad media del donante, como era de esperar, fue significativamente mayor en el grupo A [90,6 vs 83,4 años ($p < 0,001$)]. El resto de características del donante fue similar en ambos grupos. La cirrosis viral (VHC y VHB) fue la principal indicación de trasplante e el grupo A y la cirrosis por alcohol en el grupo B ($p = 0,026$). La tasa de fallo primario, complicaciones vasculares, complicaciones biliares y retrasplante fueron similares entre ambos grupos. La supervivencia del receptor a 1, 3 y 5 años fue del 67,7% en los 3 periodos en el grupo A y del 85,7%, 78,0%, y 74,4%, respectivamente, en el grupo B ($p = 0,631$); mientras que la supervivencia del paciente fue del 66,7% en los 3 periodos en el grupo A y 81,3%, 73,8%, y 70,3%, respectivamente, en el grupo B ($p = 0,745$).

Conclusiones: Los resultados del TH con injertos nonagenarios fueron equiparables a los obtenidos con injertos octogenarios realizando un adecuado 'matching' donante-receptor. No obstante, son necesarios estudios con un mayor tamaño muestral que confirmen estos hallazgos.

P18

IMPACTO DEL SISTEMA DE PUNTACIÓN CLIF-SOFA EN EL PRONÓSTICO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

Guiomar Rosel Fernández Castellano; Eva María Pueyo Pérez; Sonia Arnal García; Juan Luis López Romero; Miguel Ángel Gómez Bravo; Inmaculada Benítez Limero. *Hospital Universitario Virgen del Rocío*

Introducción: El empleo del sistema de puntuación del modelo de la enfermedad hepática en etapa terminal (MELD) para predecir la morbimortalidad después del trasplante hepático ortotópico (THO) es controvertido. Existen nuevos scores como el CLIF-SOFA (insuficiencia hepática aguda y crónica-evaluación secuencial de fallo de órgano) que valoran el estado global del paciente y que se han desarrollado exclusivamente para los pacientes con enfermedad hepática terminal.

Objetivo: El objetivo es evaluar si el sistema CLIF-SOFA predice la morbimortalidad postoperatoria a corto y medio plazo.

Material y métodos: Se analiza retrospectivamente una cohorte de 123 pacientes intervenidos de THO en un hospital de tercer nivel entre Enero del 2016 y Diciembre del 2017. Los pacientes se dividen en dos grupos: Grupo 1 con un puntaje CLIF-SOFA

P19

PREVALENCIA, EPIDEMIOLOGÍA Y CARACTERIZACIÓN CLÍNICA DE LA COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA EN DOS ÁREAS GEOEPIDEMIOLÓGICAS DIFERENTES, E IMPACTO EN LA INDICACIÓN DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Julia del Río Izquierdo (1); Mario Romero Cristobal (1); Raquel Lomas Perez (2); Maria Trapero Marugan (3); Joaquin Miquel Plaza (4); Roberto Paton Arenas (5); Julia Morillas Aliño (6); Carlos Martinez Flores (7); Jose Barrio Antoranz (8); Tomas De Artaza Varasa (2); Rosario Gonzalez Casas (9); Isabel Payeras Otero (1); Alfredo Jose Lucendo Villarín (11); Antonio Diaz Sanchez (10); Alicia Diaz Redondo (1); Valentín Cuervas-Mons (3); Rafael Bañares Cañizares (1); María Magdalena Salcedo Plaza (1). (1) Hospital General Universitario Gregorio Marañón, (2) Hospital Virgen de La Salud de Toledo, (3) Hospital Universitario Puerta Del Hierro, (4) Hospital General Guadalajara, (5) Hospital General Ciudad Real, (6) Hospital Virgen de La Luz de Cuenca, (7) Hospital General La Mancha Centro, (8) Hospital Universitario Infanta Leonor, (9) Hospital General Nuestra Señora Del Prado, (10) Hospital Universitario Del Sureste, (11) Hospital General Tomelloso

Introducción: La colangitis esclerosante primaria (CEP) es una enfermedad infrecuente y se desconocen aspectos relevantes de su prevalencia y etiología. En los últimos años parece existir un aumento de la demanda de trasplante hepático (TH). Se plantea un estudio para evaluar su prevalencia y caracterizar la CEP en 2 ámbitos diferentes: Madrid y 4/5 provincias de Castilla la Mancha (CLM), y analizar factores condicionantes de evolución a TH.

Metodología: Estudio transversal, multicéntrico, analizando los casos prevalentes de CEP en Madrid y en 4 provincias de CLM (3.185.067 habitantes).

Resultados: Se reportaron 69 casos (32 en Madrid) de 15 centros hospitalarios (6 en Madrid). La prevalencia global fue $2,16 \times 10^{-5}$ habitantes, con afectación predominante en hombres (59,4% Vs 40,6%), edad mediana 47 años (IQR 25), y 8,6 (IQR 11,59) años de evolución desde el diagnóstico de CEP. Hay enfermedad inflamatoria (EEL) en 45 pacientes (65,2%), más frecuentemente en hombres (75,6% Vs 50% $p=0,028$). Los pacientes con EEL tenían menor edad mediana al diagnóstico (32,5 Vs 54,5 $p=0,001$).

- El análisis comparativo (CLM Vs Madrid) ha mostrado diferencias en la prevalencia ($2,65 \times 10^{-5}$ Vs $1,79 \times 10^{-5}$), sexo (hombres 48,6% Vs 71,9% $p=0,043$), edad al diagnóstico (44,41 años Vs 33,03, $p=0,004$), tiempo de evolución (8,25 años Vs 13,2 años $p=0,017$) y prevalencia de EEL asociada (51,4% Vs 81,2% $p=0,009$). El TH se ha indicado en similar proporción (21,6% Vs 28,1% $p=0,58$) y tiempo de evolución de la CEP (91,75 Vs 107,75 meses $p=0,7$).
- Globalmente el sexo masculino, la edad al diagnóstico de la CEP, la presencia de EEL, el desarrollo de hipertensión portal y la ocupación laboral relacionada con el medio ambiente/industria se asociaron a TH.

Conclusiones: La CEP presenta diferencias en la prevalencia, en la epidemiología y en la asociación con EEL en las zonas comparadas, sin aparente impacto en la indicación de TH.

P20

¿ES SEGURO EL TRASPLANTE HEPÁTICO SIN DRENAJE?

Eva María Pueyo Pérez; Luis Miguel Marin Gómez; Carmen Cepeda Franco; Gonzalo Suárez Artacho; Jose María Álamo Martínez; Carmen Bernal Bellido; Javier Padillo Ruiz; Miguel Ángel Gómez Bravo. Hospital Universitario Virgen Del Rocío, Sevilla

Objetivo: El empleo de drenajes en la cirugía de trasplante hepático (TH) de manera sistemática es controvertido. El objetivo principal es comparar la morbilidad del grupo de Trasplante hepático (TH) sin drenaje frente al grupo con drenaje. Como objetivos secundarios contemplamos contrastar la estancia hospitalaria entre ambos grupos, así como la variación de proteínas totales, linfocitos, INR y creatinina.

Materiales y métodos: Entre el 01/01/2017 y el 31/12/2018 realizamos 152 TH, de los cuales 36 fueron SIN drenaje y 116 CON drenaje. Dado que se trata de un estudio retrospectivo, ajustamos los grupos mediante un "Propensity Score Matching" (PSM) según 4 variables (edad, sexo, MELD y etiología). Excluimos los retrasplantes. Valoramos la tasa de complicaciones postTH, la mediana de la estancia hospitalaria y calculamos la diferencia entre el valor preTH y el valor pico postTH de proteínas totales, linfocitos, INR y creatinina para compararlo mediante análisis no paramétrico.

Resultados: Tras realizar el PSM apareamos 36 TH SIN drenaje (casos) con 57 TH CON drenaje (controles). No obtuvimos diferencias significativas en cuanto a complicaciones postoperatorias (66,7% en los casos vs 70,2% en los controles) ni estancia hospitalaria (13 vs 14 días, casos y controles respectivamente) ni reintervención (80 vs 80,7%, casos y controles respectivamente). La mediana de la pérdida de proteínas en el grupo SIN drenaje fue de 2,85 g/dL vs 3 g/dL en el grupo control ($p=0,225$). Los linfocitos disminuyeron una mediana de 870/mm³ en los casos frente a 700/mm³ en los controles ($p=0,428$). La concentración plasmática de creatinina ascendió en ambos grupos 0,36 mg/dL ($p=0,581$). El INR se incrementó una mediana de 0,6 por 0,73 en el grupo control ($p=0,223$).

Conclusión: El TH SIN drenaje es segura en nuestra experiencia. Sin embargo, no parece disminuir la tasa de fallo renal agudo ni la pérdida de proteínas totales, linfocitos ni factores de la coagulación.

P21

DESARROLLO INICIAL DE UN CENTRO DE PERFUSIÓN Y REGENERACIÓN DE ÓRGANOS EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Luis Rodríguez-Bachiller Villaronga; Arturo Colon Rodriguez; Enrique Velasco Sanchez; Benjamin Diaz-Zorita Aguilar; Jose Angel Lopez Baena; Alvaro Morales Taboada; Sergio Cortese. *HGU Gregorio Marañón*

En los últimos años se ha desarrollado como estrategia de mejora del rendimiento del pool de donantes la utilización de máquinas de perfusión exsitu para evaluación de la viabilidad de hígados considerados marginales o de alto riesgo.

Presentamos la experiencia de nuestro grupo tras la puesta en marcha del proyecto de perfusión normotérmica exsitu, con la máquina Metra de la empresa Organox y el desarrollo inicial de una unidad centralizada de recuperación de órganos para la comunidad de Madrid.

Consideramos como candidatos los donantes con evidencia de esteatosis marcada; daño isquémico previo o durante extracción ultrarrápida en situación de parada circulatoria; alteración estructural no cirrótica con resultado de perfusión no satisfactoria y en casos de isquemia fría muy prolongada, definiendo unos criterios de inclusión acordes.

En caso de detectarse un candidato que corresponda a otro de los equipos, se traslada el injerto a nuestro centro para la evaluación en máquina y caso de resultar válido se vuelve a transportar con la perfusión en marcha para trasplante en su centro de origen.

Describimos ocho experiencias clínicas con hígados considerados como no válidos durante la extracción, que consideramos de gran interés para el resto de grupos de cara a la expansión de la técnica.

De ellas tres resultaron en el descarte definitivo del injerto y las otras cinco culminaron en trasplantes exitosos.

Seis de ellas corresponden a donantes propios y las otras dos al Hospital 12 de Octubre de Madrid

Tenemos confianza en que esta técnica novedosa supondrá un cambio de paradigma en el campo del trasplante hepático, con una mejoría significativa en el aprovechamiento de los donantes disponibles y en la seguridad del procedimiento, permitiendo una evaluación funcional mucho más fiable que evitará problemas de disfunción inicial severa y el consecuente retrasplante.

P22

INFECCIÓN POR SARS-COV-2 Y TRASPLANTE HEPÁTICO. ¿CÓMO SE HA COMPORTADO EN LA SEXTA OLA?

Aitor Odriozola Herrán (1); José Ignacio Fortea Ormaechea (1); Antonio Cuadrado Lavín (1); Ángela Puente Sánchez (1); María Del Barrio (1); Rubén Caiña Ruiz (2); David San Segundo (3); Tania Hernaez (4); Víctor Escrich (4); Ángela Martínez (4); Berta Lapeña (4); Marcos López Hoyos (3); Juan Carlos Rodríguez San Juan (2); Javier Crespo (1); Emilio Fábrega (1). (1) Servicio de Digestivo, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander, España, (2) Servicio de C. General, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander, España, (3) Servicio de Inmunología, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander, España, (4) Servicio de Digestivo, Hospital San Pedro, Logroño, España.

La variante Ómicron ha experimentado una rápida expansión, siendo la mayoritaria de la sexta ola en España. Presenta mayor transmisibilidad, menor virulencia y menor riesgo de producir enfermedad grave. Analizamos en la ola actual la repercusión de la infección por SARS-CoV2 en los receptores de trasplante hepático (RTH).

Cohorte retrospectiva de 355 RTH de la Rioja y Cantabria. Se recogieron variables clínicas y epidemiológicas mediante encuesta telefónica, y revisión de historias clínicas.

En la sexta ola se infectaron más que la suma de las cinco olas previas (28 vs 16 RTH). 27 (96.4%) recibieron 3 dosis de vacuna (mRNA) 93 días (IQR 86-108) antes del diagnóstico de la infección. En 8 (28.6%), la infección fue asintomática, y 19 (67.8%) presentaron síntomas catarrales leves que duraron 5 días (IQR 3-7). El único no vacunado, presentó además fiebre, cefalea, náuseas y vómitos. Uno ingresó por neumonía. En 17, disponíamos de la respuesta humoral a la vacuna. Aquellos con títulos de anticuerpos anti-S1 más bajos (< 4,160 U/mL) observamos más pacientes asintomáticos [4/7 (57.1%)] que aquellos con respuesta humoral más potente [2/10 (20%)], probablemente debido a la respuesta celular. De los 16 RTH infectados en las olas previas, 5 (31.25%) requirieron ingreso por neumonía, falleciendo 2 de ellos (12.5%).

La transmisión intrafamiliar [15/28 (53.5%)] fue la principal vía de contagio, y en 2 (7.1%) se demostró la transmisión nosocomial. En 15 (53.6%) el diagnóstico lo realizó el paciente mediante test de antígenos, confirmándose posteriormente en atención primaria, donde el protocolo de seguimiento ambulatorio fue similar al de los pacientes sin ningún factor de riesgo. En la sexta ola se produce una mayor transmisibilidad, incluso nosocomial, con menor riesgo de producir enfermedad grave en los RTH. Puede ser debido a la vacunación universal de los RTH y a una menor virulencia de la variante Ómicron.

P23

DESARROLLO DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES RELACIONADAS CON EL REGIMEN INMUNOSUPRESOR

Carmen Alonso- Martín; Carlos Maroto- Martín; Samuel Fernandez Prada; Irene Peñas Herrero; Esteban Fuentes Valenzuela; Carolina Almohalla Alvarez; Félix García-Pajares; Gloria Sanchez Antolin. *Hospital Universitario Río Hortega*

Introducción y objetivos: Las pautas de minimización de los anticalcineurínicos (ICN) han demostrado ser eficaces en la preservación de la función renal tras el trasplante hepático y, por tanto, en la reducción de la tasa de eventos cardiovasculares.

El objetivo de nuestro estudio es analizar si existen diferencias en el desarrollo de complicaciones cardíacas, cerebrales y vasculares mayores según el régimen inmunosupresor.

Material y métodos: Revisamos retrospectivamente los pacientes trasplantados en nuestro centro desde enero de 2016 hasta diciembre de 2021. Analizamos la aparición de eventos cardiovasculares isquémicos mayores (ictus, infarto agudo de miocardio o isquemia arterial) comparando el tipo de tratamiento inmunosupresor, el tiempo desde la cirugía y los factores de riesgo cardiovascular previos al trasplante (HTA, DM, dislipemia y obesidad).

Resultados: De los 195 pacientes trasplantados, se analizan 177 al excluirse 18 fallecidos en los 3 primeros meses postrasplante. Un 73% (n=130) mantienen régimen inmunosupresor basado en ICN, un 15% (n=27) terapia combinada y un 11% (20/177) monoterapia con everolimus.

- Un 10% (n=18) del total presentó algún evento vascular: once a nivel cardíaco, tres a nivel cerebral, tres arteriopatías periféricas y una isquemia intestinal con un tiempo medio de 21,6 meses (6-58) desde la cirugía.
- En relación al tratamiento: 12 de 18 pacientes mantuvieron los seis meses previos al evento un régimen basado en ICN (9% de este subgrupo), cuatro una terapia combinada con ICN + everolimus (14%) y dos monoterapia con everolimus (10%).
- No identificamos diferencias significativas relacionadas con los factores de riesgo cardiovascular en nuestra serie.

Conclusión: En nuestra experiencia los tratamientos basados en la minimización de ICN no muestran diferencias significativas en el desarrollo de complicaciones cardiovasculares mayores, si bien son más tardías en el grupo tratado con everolimus. El escaso tiempo de seguimiento y el retraso del inicio del mTOR una vez establecida la insuficiencia renal puede explicar estos resultados.

P24

CRITERIOS DE MILÁN EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO. DISCORDANCIA ENTRE LA RADIOLOGÍA Y EL ANÁLISIS HISTOPATOLÓGICO DEL HÍGADO EXPLANTADO

Luis Alberto Martínez Insfran; Pedro Cascales Campos; Felipe Alconchel Gago; Pedro Robles Manzanares; María Martínez; Ignacio Sánchez; María Isabel Jiménez Mascuñán; Matilde Fuster; Francisco Sánchez Bueno; Ricardo Robles Campos; Pablo Ramírez. *Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca*

Introducción: Los pacientes con carcinoma Hepatocelular (CHC) que superan los criterios de Milán (CM) en la patología de explante tienen un mayor riesgo de recurrencia y muerte. No se conocen bien las características preoperatorias que predicen la discordancia entre los estudios radiológicos pretrasplante (TAC y/o RM) y la patología del explante.

Métodos: De una base prospectiva de 100 casos consecutivos de trasplantados de hígado (TH) por CHC, entre enero del 2011 a noviembre de 2017, los pacientes que radiológicamente cumplieron los CM se dividieron en dos grupos tras el análisis histológico del hígado explantado. Se realizó un análisis univariante, de las supervivencias, y del impacto en la supervivencia tras el trasplante.

Resultados: De los 71 pacientes con CHC que cumplieron los CM por TAC/RM en el momento del TH, 49 (69%) permanecieron dentro de dichos criterios según su correlato patológico en el examen de explante. Entre los 22 pacientes excedido en dichos criterios en el explante (31%) se observó en el receptor una mayor tasa de infección por VHB y VHC y el diámetro mayor del nódulo dominante, mayor incidencia de recidiva tumoral en el injerto y mayor tamaño del nódulo mayor, peor grado histológico, invasión vascular microscópica y peor respuesta a la TACE entre las variables histológicas ($p < 0,05$). No se encontró asociación con los niveles de AFP pretrasplante ($p = ns$). Las tasas supervivencia global, del injerto y libre de enfermedad, aunque no estadísticamente significativa ($p = ns$), fueron clínicamente relevantes en estos pacientes excedidos de los CM tras el análisis anatomopatológico.

Conclusiones: La subestimación de la carga de CHC antes del TH sigue siendo frecuente a pesar de las tecnologías de imagen actuales. La mayor tasa de recidiva tumoral en el injerto en el grupo afecto debería orientar estudios a fin de evitar trasplantar a pacientes que no se benefician de este tratamiento.

P25

IMPACTO DE LA PANDEMIA SARS-COV-2 EN EL NÚMERO DE DONANTES DESCARTADOS EN TRASPLANTE HEPÁTICO

Gabriela Chullo Llerena; Camino Rodríguez; Jordi Colmenero; Rebeca Roque; David Paredes; Pablo Ruiz; Angel Ruiz; Sergio Gonzalez; Alberto Fierro; Gerard Sanchez; Yiliam Fundora. *Hospital Clinic de Barcelona*

Objetivo: Analizar la actividad de donación y trasplante durante la pandemia SARS-CoV-2. Comparar el perfil de los donantes descartados antes y durante la pandemia.

Métodos: Estudio unicéntrico, retrospectivo y observacional. Analizamos la actividad de donación y trasplante de los últimos 3 años. Analizamos los datos de los donantes descartados entre 01.06.2019 al 31.12.2019 (preCOVID) y del 01.01.2021 al 30.06.2021 (COVID).

Resultados: Durante el período estudiado se ofertaron un total de 631 donantes, en el año 2019 (preCOVID) 224 donantes y durante 2020 y primer semestre 2021, 407 donantes. Se realizaron un total de 81 trasplantes hepáticos (TH) durante el año 2019 (preCOVID) vs 68 TH durante 2020 y 34 TH en el primer semestre del año 2021. El tiempo en lista se prolongó durante la pandemia y la mortalidad aumento de forma significativa entre los dos periodos, 1% vs 5,4%.

- Durante el periodo preCOVID, se evaluaron 44 ofertas, tasa de utilización del 75% (descartados DCD 54.5%, DBD 45.5%), frente a 70 ofertas en el periodo COVID, tasa de utilización del 48.5% (descartados DCD 28.9% y DBD 65.8%). A pesar de estas diferencias, el número de trasplantes realizados fue similar (preCOVID n=36 vs COVID n=34).
- La edad media fue similar en ambos periodos. Estancia media en UCI preCOVID de 4,9±1 días, y COVID de 5,4±1 días. Entre las comorbilidades, encontramos diferencias significativas entre los dos periodos preCOVID vs COVID en relación con hipertensión arterial, 30% vs 68% y diabetes 7% vs 21%, respectivamente. No encontramos diferencias en el índice de masa corporal. La incidencia de dislipidemia fue similar (7% vs 7,9%) y consumo previo de alcohol (7% vs 5,3%).
- La principal causa de descarte fue el aspecto macroscópico del injerto en ambos periodos.

Conclusiones: Tras el inicio de la pandemia el perfil de los donantes ha cambiado, disminuyeron los donantes DCD, y aumentó la tasa de comorbilidades. Para incrementar el número de donantes útiles y reducir la LE, se evaluó un mayor número de donantes. Deben implementarse estrategias, como la preservación dinámica ex situ, que permitan evaluar la viabilidad de los injertos y recuperar órganos para trasplante.

P26

ANÁLISIS DEL PICO DE TRANSAMINASAS POSTRASPLANTE CON DONANTES EN ASISTOLIA TIPO 3

Isabel Jaén Torrejimoto (1); Diego López Guerra (1); Carolina Labrador Alzas (1); Adela Rojas Holguín (1); Noelia De Armas Conde (1); Nerea Rodríguez Díez (2); Gerardo Blanco Fernández (1). (1) Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. Hospital Universitario de Badajoz, (2) Servicio de Digestivo. Hospital Universitario de Badajoz

Objetivos: La donación en asistolia controlada se ha convertido en una fuente progresiva de donantes en los últimos años. El objetivo de este estudio es analizar los picos de transaminasas postrasplante tras la utilización de injertos procedentes de donantes en asistolia (DCD) y compararlo con los donantes en muerte encefálica (DBD).

Material y métodos: Se han recogido los trasplantes con donantes en asistolia tipo 3 desde el año 2016 hasta 2021 y para compararlos se han utilizado trasplante con donante DBD durante el mismo periodo con una relación 2:1. Se ha utilizado el test de chi-cuadrado para comparar las variables cualitativas y el test exacto de Fisher para comparar las variables cuantitativas.

Resultados: Se han incluido 27 trasplantes con donantes DCD y 54 trasplantes con donantes en DBD. La media del pico de GOT fue superior en el grupo A (1770 vs 977; p = 0,03), al igual que el pico de GPT (1203 vs 631; p = 0,02). No se encontraron diferencias ni en la edad del receptor, tiempos de isquemia ni duración de la intervención. El MELD fue superior en el grupo de DBD (16 vs 12; p = 0,01). La edad del donante era inferior en el grupo de DCD (55 vs 62; p = 0,02). Las complicaciones biliares fueron mayores en el grupo DBD (5,6% vs 0%; p = 0,5). No se encontraron complicaciones vasculares en ninguno de los dos grupos. Encontramos una tasa de disfunción del injerto superior en el grupo de DCD (25,9% vs 7,4%; p = 0,03), a pesar de ello ningún paciente precisó retrasplante ni precoz ni tardío.

Conclusiones: Encontramos un mayor pico de transaminasas que en ocasiones tiene criterios de disfunción primaria del injerto en los trasplantados con donantes DCD, sin que esto conlleve una mayor tasa de pérdida del injerto.

P27

FACTORES ASOCIADOS A LA SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO DE LOS PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

José María Álamo Martínez; Carmen Cepeda Franco; Eva Pueyo Pérez; Luis Miguel Marín Gómez; Gonzalo Suárez Artacho; Carmen Bernal Bellido; Javier Padillo Ruiz; Miguel Ángel Gómez Bravo. *Hospital Universitario Virgen del Rocío*

Introducción: La supervivencia a largo plazo de los pacientes trasplantados hepáticos puede depender de numerosos factores asociados a no a la inmunosupresión recibida

Objetivo del estudio: Evaluar qué factores influyen en la supervivencia/mortalidad a largo plazo de los pacientes trasplantados hepáticos

Material y métodos: Estudio observacional de casos y controles; 172 pacientes con supervivencias superiores a 15 años, separándolos en aquellos fallecidos (casos) con aquellos que sobreviven (controles). Se analizan variables relacionadas con el régimen inmunosupresor, así como comorbilidades pre y post-trasplante, que puedan estar relacionados con la supervivencia/mortalidad a largo plazo.

Resultados: La edad en el momento de trasplante y el origen enólico de la cirrosis se muestran como factores asociados a una menor supervivencia a largo plazo (p

P28

IMPACTO DE LA TERAPIA PUENTE EN LA RECIDIVA DEL HEPATOCARCINOMA TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO

Maria Martínez Burgos; Rocio Gonzalez Gande; Inmaculada Santaella Leiva; Susana Lopez Ortega; Jesus De La Cruz Lombardo; Miguel Jimenez Perez. *Hospital Regional Universitario de Málaga. UGC Aparato Digestivo*

Introducción: La recidiva del hepatocarcinoma tras el trasplante hepático ocurre hasta en el 18% de los casos.

Objetivos: Analizar si existe una relación entre la aplicación de la terapia puente y el tipo de terapia aplicada con la recidiva del hepatocarcinoma.

Material y métodos: Revisión de los pacientes trasplantados hepáticos por hepatocarcinoma en nuestro centro desde marzo 1997 a julio de 2020, incluyendo los que hallazgos incidentales en el explante. Analizamos la terapia puente al trasplante y su relación con la recidiva del hepatocarcinoma.

Resultados: Se reclutaron un total de 265 pacientes trasplantados por hepatocarcinoma, de los cuales en 16 (6%) fueron un hallazgo incidental en el explante.

- El 85,7% (227) recibieron algún tratamiento para el hepatocarcinoma previo al trasplante hepático.
- No se detectaron diferencias en las recidivas entre el grupo que se trasplantó por hepatocarcinoma conocido y el grupo en el que el hepatocarcinoma fue un hallazgo incidental en el explante ($p > 0,05$).
- No se detectaron diferencias en el porcentaje de recidivas entre los que se trataron con terapia puente previo a trasplante y los que no ($p > 0,05$).
- No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en el porcentaje de recidivas en función del tipo de terapia puente empleada ($p > 0,05$).

Discusión: El no encontrar diferencias significativas en cuanto a la recidiva del hepatocarcinoma entre los pacientes que recibieron alguna terapia puente o no podría ser debido a la corto tiempo en lista de espera de estos pacientes y a la priorización de los mismos.

P29

IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN DE LA HIPOTERMIA PERIOPERATORIA INADVERTIDA DURANTE EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Guiomar Rosel Fernández Castellano; Eva María Pueyo Pérez; Sonia Arnal García; Juan Luis López Romero; Miguel Ángel Gómez Bravo; Inmaculada Benítez Linero. *Hospital Universitario Virgen del Rocío*

Introducción y objetivo: La hipotermia perioperatoria inadvertida (HPI) conlleva una serie de efectos deletéreos que pueden ser especialmente perjudiciales en pacientes susceptibles y en procedimientos complejos como el trasplante hepático (TH). La implementación de un protocolo es clave para asegurar la normotermia del paciente, definida como una temperatura corporal central (TCC) $\geq 36^{\circ}\text{C}$.

Material y métodos: Se analiza retrospectivamente una cohorte de 209 pacientes intervenidos de TH en un hospital de tercer nivel en un periodo comprendido entre Enero del 2016 y Diciembre del 2018. Los pacientes se dividen en dos grupos: Grupo 1, pacientes normotérmicos (TCC $\geq 36^{\circ}\text{C}$) y Grupo 2, pacientes hipotérmicos (TCC

P30

IMPACTO DE PRUEBAS POCT DE MONITORIZACIÓN DE HEMOSTASIA SEGÚN TIPO DE DONANTE EN COHORTE DE TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

Daniel Fatela Cantillo; Miguel Ángel Gómez Bravo; José Ángel Noval Padillo; José María Álamo Martínez; Carmen Bernal Bellido; Luis Miguel Marín Gómez. *Hospital Universitario Virgen del Rocío*

Objetivos: Comparar dos grupos de trasplantados hepáticos, según el tipo de donación, en el marco de un programa de monitorización de la hemostasia mediante ensayos POCT (point of care testing) en términos de reducción de transfusión de hemoderivados.

Material: El estudio incluyó 527 pacientes que fueron trasplantados de hígado desde el año 2014 a 2021. De ellos 460 fueron en muerte encefálica y 67 con donación en asistolia. El periodo de seguimiento medio fue de 40.3 meses.

Método: El análisis estadístico entre ambos grupos comprendió una serie de variables intraoperatorias de consumo de hemoderivados (concentrado de hematíes (CH), plasma, plaquetas y fibrinógeno) guiado por algoritmo con técnica viscoelástica en analizador de coagulación ClotPro (Enicor GmbH, Munich, Germany) con muestras de sangre total. Además, se valoraron otras variables postoperatorias como la hemorragia postquirúrgica, complicaciones vasculares y tasa de retrasplante. Los datos fueron representados como la media \pm desviación estándar para variables continuas. La chi-cuadrado de Pearson o el test exacto de Fisher fueron usados para valorar las diferencias en las variables categóricas y la U de Mann-Whitney para las variables continuas. Un valor de $p < 0.05$ fue considerado como estadísticamente significativo. Los datos fueron analizados con el software SPSS (SPSS Inc., Chicago, USA).

Resultados: Las unidades de CH y fibrinógeno transfundidas fueron significativamente más altas en el grupo en muerte encefálica sin diferencias en los porcentajes de hemorragia postquirúrgica. El porcentaje de retrasplante fue significativamente mayor en donante en asistolia (11,9% vs 4,3%) y las complicaciones vasculares fueron significativamente mayores con donante en muerte encefálica.

Conclusiones: La monitorización intraoperatoria de la hemostasia con dispositivo POCT en trasplante hepático reduce los requerimientos de hemoderivados en los dos grupos de estudio. No encontramos grandes diferencias en el manejo de la hemostasia intraoperatoria según el tipo de donación.

P31

REANIMACIÓN HEPÁTICA CON H.O.P.E. TRAS DONACIÓN EN ASISTOLIA TIPO III CON PERFUSIÓN REGIONAL EN NORMOTERMIA. PRIMERA EXPERIENCIA EN ESPAÑA

Eva María Pueyo Pérez; Luis Miguel Marín Gómez; Gonzalo Suárez Artacho; Carmen Cepeda Franco; Jose María Álamo Martínez; Carmen Bernal Bellido; Javier Padillo Ruiz; Miguel Ángel Gómez Bravo. *Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla*

Objetivos: Describir nuestro primer caso de reanimación hepática mediante máquina de perfusión ex - situ en hipotermia con insuflación de oxígeno de un injerto hepático extraído de donante en asistolia tipo 3 tras perfusión regional en normotermia.

Material y método: Mujer de 53 años con poliquistosis hepática invalidante incluida en lista de espera de trasplante hepático. El 21/02/22 se oferta donación en asistolia tipo 3 con perfusión regional en normotermia de mujer de 70 años con 3 cirugías abdominales previas y enfermedad de Alzheimer que ingresa en coma con ACV isquémico. GGT 227 UI/mL, resto parámetros analíticos sin hallazgos patológicos. Tiempo de isquemia caliente funcional de 23 min y PRN de 122 min. Peso del injerto 870 g. Dado que se trata de un donante añoso con un injerto de bajo peso se decide reanimación hepática mediante máquina de perfusión ex-situ en hipotermia con insuflación de oxígeno.

Resultados: Tras realizar el trabajo de banco, se canula selectivamente vía portal el injerto para conectarlo a la máquina de perfusión en hipotermia – HOPE. La temperatura media del perfusato (3 L de Belzer modificado) fue de 10°C durante 120 min a 250 mL / min. Comprobamos mediante gasometría del perfusato que la presión parcial de O₂ era > 400 mmHg mediante gasometría del perfusato a los 15 min. El implante cursó sin necesidad de transfusión de hemoderivados ni Sd post-reperfusión ni soporte vasoactivo. Pico de GOT/GPT 803/276 a las 24 h post trasplante.

Conclusiones: La reanimación hepática con HOPE por vía portal de donantes en asistolia tipo 3 con perfusión regional en normotermia con criterios expandidos es segura en nuestra experiencia.

P32

UTILIZACIÓN DEL SISTEMA DE OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA (ECMO) POR DISFUNCIÓN CARDIOCIRCULATORIA SEVERA DURANTE TRASPLANTE COMBINADO HEPATO-PULMONAR

Dora Gómez Pasantes; José Ignacio Rivas Polo; Julián García Orozco; Rosa Álvarez Seoane; Javier Aguirrezabalaga González; Manuel Gómez Gutiérrez. *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

Objetivo: Presentamos el caso clínico de un paciente de 17 años diagnosticado de fibrosis quística genotipo D-F508/2184 insA, con indicación de trasplante bipulmonar y hepático por bronquiectasias bilaterales con sobreinfecciones de repetición, cirrosis hepática CHILD B7 e hipertensión portal significativa; con la característica de realizar el trasplante hepático con ECMO venoarterial.

Material y método: Revisión de la historia clínica, procedimiento quirúrgico y evolución del caso, así como la bibliografía sobre las indicaciones del ECMO durante el trasplante hepático.

Resultados: Debido al desarrollo de un fallo ventricular derecho durante el trasplante pulmonar, refractario a tratamiento médico, se realiza la canulación de ECMO venoarterial fémoro-femoral derecho. El extremo de la cánula venosa se situó a 3 centímetros de la confluencia de la Vena Cava Inferior- Venas Suprahepáticas y el de la cánula arterial alcanzó la arteria iliaca común. El trasplante hepático se realizó con ECMO venoarterial de forma habitual sin dificultades técnicas. Presentó buena tolerancia al clampaje venoso y mínimo síndrome de reperfusión. Preciso la transfusión de 10 concentrados de hematíes, 1 de plasma y 1 de plaquetas.

- El ECMO se mantuvo tras la intervención para reposo pulmonar y recuperación cardíaca, sin heparinización dado que el paciente fue reintervenido en tres ocasiones, un sangrado torácico en el postoperatorio inmediato a nivel del ligamento pulmonar y en dos ocasiones por hemoperitoneo (un sangrado a nivel del retroperitoneo hepático y otro a nivel del muñón de la arteria gastroduodenal).
- Fue retirado al cuarto día postoperatorio debido a la mejoría de la función respiratoria y cardíaca. Actualmente, tras cuatro meses del trasplante, el paciente evoluciona clínicamente bien.

Conclusiones: Es factible el uso del ECMO como soporte de la función cardiorrespiratoria en el trasplante hepático. El ECMO puede desarrollar un papel importante garantizando la seguridad del receptor durante la cirugía y en el periodo postoperatorio.

P33

ANÁLISIS DE LA PERCEPCIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON LA SALUD EN EL PACIENTE CON TRASPLANTE HEPÁTICO REALIZADO HACE MÁS DE 10 AÑOS, A NIVEL ESTATAL

Sara Román Serrano; Fernando García Pérez. *Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepático (FNETH)*

Objetivo general: Recabar datos estadísticos sobre la percepción de la CVRS de los pacientes con más de 10 años en tratamiento inmunosupresor tras un trasplante hepático.

Objetivo específico: Analizar la interrelación entre variables demográficas y clínicas y ver cómo afecta el género en la percepción de la calidad de vida post trasplante.

- Estudio piloto cuantitativo, en formato de encuesta online vehiculizado a través de la página web y redes sociales de la Federación Nacional de Enfermos y Trasplantados Hepáticos (FNETH), con la difusión de nuestras asociaciones federadas distribuidas a lo largo del territorio nacional, tras la aprobación del cuestionario por parte de la Sociedad Española de Trasplante Hepático (SETH).
- Se obtuvo una muestra total de 114 personas trasplantadas, tras realizar el cribado para ajustarnos a los criterios de selección, la muestra final con la que contamos fue de N=68, en la cual el 58,8% fueron hombres y el 41,2% mujeres, la edad de los participantes ha oscilado entre los 27 y los 79 años, siendo la edad media de 58 años, con una media de 16 años desde que se les realizó el trasplante hepático.
- Tras el análisis de los datos recopilados durante el año de investigación sobre la CVRS de las personas con trasplante hepático desde hace más de 10 años, podemos concluir que la calidad de vida es una percepción subjetiva. Por este motivo aun considerándose aceptable, tras el trasplante las expectativas de poder retomar sus actividades y su vida social suelen ser elevadas, en los casos en los que esto no se cumple porque la recuperación es más lenta o bien porque se asocian patologías al trasplante y a los inmunosupresores, esto hace que la percepción de su calidad de vida empeore en cierta medida y aparezcan síntomas de estrés, malestar psicológico y problemas anímicos.

P34

MANEJO Y RESULTADOS A CORTO Y LARGO PLAZO DE LAS COMPLICACIONES ARTERIALES EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Enrique Toledo Martínez; Sonia Castaneda Bezanilla; Roberto Fernández Santiago; Juan Andres Echeverri Cifuentes; Federico Castillo Suescun; Juan García Cardo; Maria Del Mar Achalandabaso Boira; Jose Ignacio Fortea Ormaechea; Juan Carlos Rodriguez San Juan. *Hospital Universitario Marqués de Valdecilla*

Introducción: El trasplante ortotópico hepático (TOH) presenta según las series entre un 2-25% de complicaciones vasculares, siendo las arteriales las más frecuentes.

Son multifactoriales y pueden llevar a un fallo del injerto que obligue a un retrasplante y también a la presencia de complicaciones biliares a largo plazo, por lo que es imprescindible realizar un buen manejo médico, quirúrgico o endovascular.

Objetivos: Revisar las complicaciones arteriales en nuestra serie de pacientes, así como su manejo y repercusiones en el seguimiento a corto y largo plazo.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de todos los pacientes sometidos a un TOH en nuestro centro entre Enero 2012 a Diciembre de 2020.

Resultados: Se analizaron 188 pacientes. Un 10,3% presentaron complicaciones arteriales; 15 trombosis, 2 sangrados y 2 con enlentecimiento del flujo sin causa evidente. De las trombosis, 10 pacientes precisaron reintervención y rehacer la anastomosis un paciente 2 reintervenciones y dos precisaron un retrasplante; otros dos con anticoagulación únicamente. De los 15 la mortalidad a 90 días es del 13,33%.

- Los pacientes con enlentecimiento del flujo se trataron únicamente con antiagregación.
- Se observó una relación leve con las complicaciones biliares a largo plazo (R de Pearson=0,145; p=0,05).
- La mortalidad global a los 90 días fue de 6,9% vs. 15,79% en los pacientes que presentaron complicación arterial (p=,084); mientras que la estimación de supervivencia a 5 años fue de 53,45 vs. 37,02 meses (p=0,001).
- Durante el seguimiento 7 pacientes presentaron complicaciones arteriales (3 trombosis, 3 estenosis y un pseudoaneurisma), 2 de los cuales precisaron tratamiento intervencionista y 1 retrasplante.

Conclusión: Presentamos una serie con un porcentaje de complicaciones arteriales ajustado a las series publicadas, con un manejo satisfactorio en su mayoría quirúrgico, minimizando la necesidad de retrasplante.

Se observó una disminución de la supervivencia a largo plazo y relación con complicaciones biliares.

P35

IMPACTO DEL TRATAMIENTO DEL VHC EN LA RECIDIVA DEL HEPATOCARCINOMA TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Maria Martínez Burgos; Rocío Gonzalez Grande; Susana Lopez Ortega; Inmaculada Santaella Leiva; Jesus De La Cruz Lombardo; Miguel Jimenez Perez. *Hospital Regional Universitario de Málaga*

Introducción: La recidiva del hepatocarcinoma aparece hasta en el 18% de los pacientes trasplantados hepáticos por este motivo.

Objetivos: Analizar el impacto del tratamiento del VHC a partir del año 2015 en la recidiva del hepatocarcinoma tras trasplante hepático.

Material y métodos: Incluimos a los pacientes con hepatocarcinoma de nuestro programa de trasplante hepático hasta Julio de 2020.

Analizamos si existían diferencias entre ambos periodos en el porcentaje de recidivas de hepatocarcinoma en los pacientes trasplantados por cirrosis VHC. Describimos el estado serológico en el momento de la recidiva.

Resultados: Obtuvimos 265 pacientes. Del total de pacientes trasplantados por hepatocarcinoma el 57.7% presentaban una cirrosis en cuya etiología estaba implicado el VHC (56.6% de los trasplantes antes de 2015 y el 60.2% de los trasplantes después de 2015).

- El porcentaje total de recidivas fue de 14.7%. De las 39 recidivas descritas, 23 (59%) ocurrieron en pacientes trasplantados por cirrosis VHC.
- Las recidivas de hepatocarcinoma en pacientes trasplantados por cirrosis VHC fueron 14/103 (13.6%) en el primer periodo y 9/50, (18%) en el segundo periodo, no apreciándose diferencias estadísticamente significativas ($p > 0.05$)
- El estado serológico en el momento de la recidiva de los pacientes con cirrosis VHC trasplantados por CHC mostró diferencias entre ambos grupos estadísticamente significativas ($p = 0.01$)

Discusión: A pesar de que existe un tratamiento eficaz frente al VHC actualmente no se ha visto reflejado en una disminución de la recidiva de hepatocarcinoma en pacientes que se han trasplantado por una cirrosis VHC. Sí ha existido un aumento significativo en el porcentaje de pacientes con RVS en el momento de la recidiva.

P36

REVISIÓN DEL DIAGNÓSTICO, MANEJO Y RESULTADOS DE LA TROMBOSIS DE LA ARTERIA HEPÁTICA EN EL POSTOPERATORIO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN NUESTRO CENTRO EN LOS ÚLTIMOS 11 AÑOS

Dora Gómez Pasantes; José Ignacio Rivas Polo; Angélica Blanco Rodríguez; Javier Aguirrezabalaga González; Manuel Gómez Gutiérrez. *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

Objetivo: Valorar la evolución en el diagnóstico y el tratamiento de la trombosis de la arteria hepática tras trasplante hepático.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo de los casos de trombosis arterial en adultos con donante cadáver en los últimos 11 años en nuestro centro.

Resultados: La incidencia de trombosis de la arteria hepática en los últimos 11 años ha sido de un 3,3%.

- De los casos registrados, el tratamiento realizado fue el siguiente: en un 61,9% (13) se realizó trasplante, en un 9,5% (2) se realizó fibrinólisis +- angioplastia de forma endovascular y en un 28,5% (6) se realizó cirugía precoz con trombectomía y nueva realización de anastomosis.
- El 28,5% (6 casos) fueron trombosis arteriales tardías, de ellas el 66,6% fueron tratadas mediante retrasplante y el resto mediante abordaje endovascular.
- En el caso de la trombosis arterial precoz, tratada mediante retrasplante, el diagnóstico es realizado de media en el día 7º postoperatorio. En el caso de las tratadas mediante trombectomía quirúrgica, es realizado en todos los casos, en el primer día postoperatorio.
- La mortalidad en el postoperatorio en el retrasplante fue del 30,7%, mientras que en la trombectomía quirúrgica no hubo fallecimientos en el periodo referido.
- La tasa de complicaciones biliares tras el retrasplante fue del 15,4% (2 casos), mientras que con la trombectomía quirúrgica fue del 33,3% (2 casos).

Conclusiones: Los Retrasplantes En Nuestro Centro Como Solución A La Trombosis De La Arteria Hepática, Fueron realizados fundamentalmente entre 2010 y el 2016. Desde entonces, y hasta hoy en día, el diagnóstico de la trombosis arterial la realizamos de forma más precoz, permitiendo una solución quirúrgica inmediata mediante trombectomía. Creemos que este cambio se ha debido fundamentalmente a la realización de la ecografía hepática en el primer día postoperatorio por los cirujanos del equipo de trasplante de forma rutinaria.

P37

IMPLEMENTACIÓN DE UN MODELO EXPERIMENTAL DE APRENDIZAJE DE LA TÉCNICA QUIRÚRGICA DE PARTICIÓN HEPÁTICA APLICADA AL TRASPLANTE MEDIANTE LA DISECCIÓN DE HÍGADO PORCINO

Alberto Pueyo Rabanal (1); Matias Cea Soriano (1); Francisco Hernández Oliveros (2); Manuel Cecilio Jimenez Garrido (1); María Dolores Chaparro Cabezas (1); Jose Luis Lucena De La Poza (1); Javier López Monclús (1); Luis Giménez Alvira (1); Verónica Polaino Moreno (1); Aritz Equisoain Azcona (1). (1) Hospital Universitario Puerta de Hierro Majadahonda, (2) Hospital La Paz

Objetivos: Difundir un modelo de aprendizaje experimental de la técnica quirúrgica de partición hepática aplicada al trasplante mediante la disección de hígado porcino.

Material: Se ha desarrollado una jornada de formación de partición de hígado de cerdo en la Unidad de Cirugía Experimental del Hospital Universitario Puerta de Hierro (18-19 Enero 2022), en colaboración con el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital La Paz. Empleamos los hígados extraídos post-mortem de animales procedentes de otros estudios experimentales realizados en el año 2021 y que de otra manera serían desechados.

Método: La extracción se realiza tras el éxitus del animal y sin modificar en modo alguno el objetivo del estudio que se llevó a cabo. Se realiza canulación portal para lavado con suero salino del injerto y conservación en bolsas con suero salino fisiológico en congelador a -20°C.

Resultados: Se procedió a la disección de 12 hígados, consistente en una partición hepática imitando la realizada en la obtención de una segmentectomía lateral izquierda para el receptor infantil y un hemihígado derecho asociado al segmento IV para el receptor adulto. El hígado porcino se divide en 4 lóbulos, siendo el plano de transección utilizado el que separa el lóbulo medial derecho del medial izquierdo, permitiendo una división vascular portal y arterial similar al humano (en el hígado porcino el ligamento redondo que marcaría la supuesta línea de Cantlie permite realizar la partición entre dichos lóbulos). Para la sección biliar se realiza infusión de azul de metileno por el colédoco permitiendo dibujar la anatomía y anomalías de drenaje.

Conclusiones: Describimos la eficacia del entrenamiento quirúrgico mediante simulación del trasplante con hígado Split en un modelo ex vivo porcino, que permite la expansión de esta compleja técnica quirúrgica, permitiendo aumentar el pool de donantes y la adquisición de destrezas de cirujanos en formación.

P38

IMPLANTACIÓN DE UN PROTOCOLO DE ANTIAGREGACIÓN EN PACIENTES CON RIESGO DE SUFRIR TROMBOSIS DE ARTERIA HEPÁTICA

Minia Bastón Castiñeiras; Elena Rodríguez Porras; Mercedes Cantero Corbacho; Inmaculada Benítez Linero; Gonzalo Suárez-Artacho; Miguel Ángel Gómez Bravo. Hospital Universitario Virgen del Rocío

Introducción: La trombosis de arteria hepática (TAH) es la segunda causa de fallo del injerto, tras la disfunción primaria. Presenta una tasa de retrasplante hepático y una mortalidad en TAH temprana del 50%. La incidencia de ésta en la literatura es 2-9% y en nuestro centro 5.33%, con una mortalidad de 59.42%. Actualmente, es escasa la bibliografía sobre experiencia de antiagregación intraoperatoria en pacientes con riesgo de sufrir TAH.

Objetivos: Implantación del protocolo de antiagregación plaquetaria (AAP) en pacientes con riesgo de sufrir TAH.

Material y métodos: Se administrarán 300 mg de inyesprin iv antes de la reperusión en aquellos pacientes que presenten arteria hepática de riesgo o arteria hepática crítica, siempre que no exista contraindicación (alteraciones de coagulación o trombopenia severa). Además, se administrará heparina sódica en caso de arteria hepática crítica. Se mantendrá la AAP 1 año con aspirina.

Resultados: El protocolo se implantó en 2020, realizándose 125 TOH durante 2020-2021. La tasa de TAH fue del 4.8% (6 pacientes), la AAP se instauró en 3 pacientes (50% de casos). Dos se antiagregaron en el reTOH tras haber sufrido TAH, estando indicado en uno de ellos la AAP durante la primera cirugía. El tercero se antiagregó por TAH intraoperatoria. Del 50% restante con TAH y no AAP, uno de ellos no se antiagregó a pesar de existir indicación.

Conclusiones: La implantación de un protocolo es compleja y supone un cambio en la actitud del facultativo, requiriendo formación e implicación para conseguir una buena adherencia.

- Continúan existiendo reticencias a la hora de antiagregar a un paciente receptor de THO, aún siendo las consecuencias de la TAH devastadoras.
- Es un tema capital que debe ser abordado por las sociedades científicas. La SETH ha publicado en 2021 un documento de consenso para manejo de anticoagulación/antiagregación pre/intra y postrasplante hepático.

P39

TRASPLANTE MULTIVISCERAL OPCIÓN PARA PACIENTE CON TROMBOSIS COMPLETA PORTAL

David Navarro Fajardo; Alberto Marcauzco Quinto; Iago Justo Alonso; Oscar Caso Maestro; Jorge Calvo Pulido; Alejandro Manrique Mucio; Rosa González Martín; Carmelo Loínaz Seguro. *Hospital Universitario 12 de Octubre*

Objetivos: La trombosis portal (TP) es la ausencia parcial o completa de flujo secundario a la presencia de material sólido en la vena porta o sus ramas intrahepáticas y que puede extenderse al eje venoso esplenomesentérico. Antiguamente, la TP era considerada una contraindicación para el trasplante hepático; sin embargo, en la actualidad la indicación del trasplante varía en función del grado de severidad de la TP, siendo necesario un trasplante multivisceral en los casos más severos.

Material, método y resultados: Presentamos el caso de un paciente de 52 años que en 2017 presentó un cuadro de dolor abdominal de 2 meses de evolución siendo diagnosticado de un síndrome de Budd Chiari crónico.

- En 2018 se intentó una trombectomía de vena porta, esplénica y mesentérica superior, además de un shunt porto-cavo debido a TP (grado IV); sin embargo, en el día 2 posoperatorio se trombosa el shunt. A raíz de este episodio, además fue diagnosticado de policitemia vera Jak-2 (+).
- En junio de 2020 presentó episodio de ascitis con necesidad de paracentesis evacuadora además de signos de hipertensión portal y presencia de varices esofágicas.
- En Julio de 2021, se realizó un trasplante multivisceral con extracción multiorgánica (estómago, intestino, hígado y páncreas) en bloque del donante. En el receptor se realizó la sección a nivel del cuerpo gástrico, hepatectomía con preservación de cava y sutura de suprahepáticas por su antecedente de Budd-Chiari. Se realizó una anastomosis cavo-cava (L-L); anastomosis arterial a nivel supracelíaco de aorta (receptor). Reconstrucción digestiva: gastrogástrica, colon derecho del donante al colon transversal del receptor e ileostomía lateral para monitorización del injerto intestinal.
- La evolución posoperatoria fue favorable, aunque necesitó la realización de una CPRE por obstrucción de la vía biliar secundaria a moldes biliares.

Conclusiones: El trasplante multivisceral es considerado una opción terapéutica válida en pacientes con trombosis portal grado IV.

P40

TRASPLANTE HEPÁTICO ORTOTÓPICO (THO) DE DONANTE SARS-COV-2 POSITIVO: REPORTE DE UN CASO

Sonia Arnal García; Guiomar Fernández Castellano; Inmaculada Benítez Linero. *Hospital Virgen del Rocío*

Objetivos: En el postoperatorio del THO la prevención de infecciones es primordial: deben evitarse reactivaciones de infecciones latentes de donante o receptor, las propias del inmunodeprimido y las relacionadas con los cuidados críticos.

Desde que en 2019 apareciera el SARS-CoV-2 y la enfermedad que provoca (COVID-19) los programas de trasplante han tenido que actualizarse.

Material y métodos: Se realiza el reporte de un caso de THO con un órgano obtenido a través de asistolia controlada (tipo III Maastricht) de donante SARS-CoV-2 por PCR con umbral de ciclos (Ct) de 35, asintomático.

El receptor, varón de 56 años con cirrosis alcohólica, MELD 22 y hepatocarcinoma recibió el órgano sin incidencias.

Recibió pauta de inmunosupresión con tacrolimus a dosis plenas y glucocorticoides y fue negativo en PCR para COVID-19 en exudado nasal los días 1, 3, 6, 9 y 10 postquirúrgicos.

Resultados: La lesión hepática está ampliamente descrita en la COVID-19, así como las consecuencias de dicha infección en el paciente inmunodeprimido.

Dada la variabilidad clínica y de presión asistencial de los brotes de COVID-19 las recomendaciones en cuanto a THO han ido cambiando: al inicio se rechazaban todos los potenciales órganos de donantes SARS-CoV-2 y actualmente se valoran contexto epidemiológico, clínica (límite de 28 días desde los síntomas) y datos de laboratorio (fundamentalmente Ct mayor de 30-35 de PCR).

Conclusiones: La pandemia por COVID-19 ha influido negativamente en los programas de THO.

- Aunque siempre se debe individualizar, actualmente se aceptan órganos de donantes SARS-CoV-2 que cumplan una serie de requisitos. Debido a las limitaciones de los test diagnósticos, un test negativo no excluye por completo el riesgo de infección.
- La prevención de infecciones en estos pacientes con programas de cribado y profilaxis es esencial.
- Con la evidencia actual, no se aconseja realizar cambios en la inmunosupresión en casos como el descrito.

P41

TRASPLANTE CARDIACO Y HEPÁTICO ORTOTÓPICO COMBINADO EN PACIENTE CON FRACASO DE FONTAN Y CIRROSIS HEPÁTICA SECUNDARIA

Adnan A A Alsourani; José Ángel López Baena; María Magdalena Salcedo Plaza; María Fernández Martínez; Luis Rodríguez Bachiller Villaronga; Benjamín Díaz Zorita; Arturo Colón Rodríguez; Enrique Velasco Sánchez; Sergio Cortese; Miguel Cuende Diez; Alvaro Morales Taboada. *Hospital General Universitario Gregorio Marañón*

Introducción: La técnica de Fontan se considera hoy en día el tratamiento de elección para pacientes con cardiopatía congénita compleja con fisiología univentricular.(1) La mayoría de estos pacientes desarrollan enfermedad hepática crónica que puede derivar en cirrosis hepática y carcinoma hepatocelular.(2)

Objetivos, materiales y métodos: Presentamos el primer caso clínico en España de trasplante hepatocardiaco combinado realizado en el Hospital General Universitario Gregorio Marañón, mediante la elaboración consensuada de un protocolo multidisciplinar entre las unidades de trasplante cardiaco y trasplante hepático.

Resultados: Se trata de un varón de 36 años, diagnosticado de ventrículo único izquierdo con transposición de grandes vasos, intervenido durante la infancia en 3 ocasiones (banding pulmonar, cirugía de Fontan clásico y resección de foramen bulboventricular estenótico). El paciente fue derivado a nuestro centro para valorar trasplante cardiaco y hepático, por fracaso de Fontan manifestado por insuficiencia cardiaca (NYHA de II-III/IV), asociada a cirrosis hepática con signos de hipertensión portal (CHILD B8). Tras valoración y aceptación del caso, se lleva a cabo el trasplante mediante un abordaje combinado de un donante en muerte encefálica, isogrupo, iniciándose con el implante cardiaco mediante la técnica de Shumway (tiempo de circulación extracorpórea: 3h 13 min, tiempo de isquemia: 3h 10 min y temperatura: 25°C) e implante hepático según técnica de Piggyback (tiempo de isquemia fría: 6 h 55 min, tiempo de isquemia caliente: 26 min y tiempo de isquemia total: 7 h 21 min). El postoperatorio transcurre sin incidencias y el paciente fue dado de alta al 21º día postoperatorio.

Conclusiones: La evolución de las técnicas quirúrgicas y la minimización de tiempos de isquemia fría han jugado un papel importante en el desarrollo del trasplante cardiaco y hepático combinado, donde la planificación adecuada y la coordinación son factores claves para garantizar el éxito de este procedimiento.

Bibliografía: (1)Van der Ven JPG, van den Bosch E, Bogers AJCC, Helbing WA. State of the art of the Fontan strategy for treatment of univentricular heart disease. *F1000Res*. 2018 (2)Asrani SK, Warnes CA, Kamath PS. Hepatocellular carcinoma after the Fontan procedure. *N Engl J Med* 2013.

P42

FINALMENTE ESTE POSTER NO SE HA PRESENTADO

P43

INFECCIÓN POR VHE EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO UNIVERSITARIO DE A CORUÑA

María López Álvarez; Alejandra Otero Ferreiro; Marian Ángeles Vazquez Millán; Suarez Lopez Francisco. *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

Introducción: El virus de la hepatitis E es la causa más común de hepatitis viral en todo el mundo. Se considera que los pacientes inmunodeprimidos, incluidos los receptores de trasplante hepático, tienen riesgo de contraer la infección, que en ocasiones puede cronificarse. El método diagnóstico de referencia en estos pacientes es la detección de ARN, ya que el rendimiento de la serología es variable.

Objetivos: Conocer la prevalencia de la infección por VHE en los receptores de trasplante hepático del CHUAC.

Material y métodos

análisis retrospectivo de los casos de infección por VHE en los receptores de trasplante hepático de nuestro hospital entre 2009 y 2021.

Resultados: La edad media de los pacientes fue 57,6 años. La indicación más común de trasplante fue cirrosis alcohólica (50%). La mayoría de los pacientes recibieron inhibidores de la calcineurina como inmunosupresor (87,5%), la mayoría Tacrolimus. El tiempo entre el trasplante y diagnóstico de la infección fue 51,52 meses. La cronificación se produjo en el 62,5% (5), y el tratamiento fue con Ribavirina en la mayoría 87.5%

Conclusiones: Como es bien conocido la infección por VHE, que se autolimita en la mayoría de los casos, puede tener un curso crónico en los receptores de trasplante hepático, siendo necesario un alto grado de sospecha de la misma.

P44

ABRIENDO PUERTAS EN ÉPOCA DE PANDEMIA: NUESTRA EXPERIENCIA EN TRASPLANTE HEPÁTICO DE DONANTE SARS-COV-2 POSITIVO

Sandra Veleza Belanche; Enrique Asensio Díaz; Baltasar Pérez Saborido; Rosalía Velasco López; Fernando Acebes García; Pablo Marcos Santos; Alejandro David Bueno Cañones; José Luis Maestro De Castro; Andrea Carlota Lizarralde Capelastegui; David Pacheco Sánchez. *Hospital Universitario Río Hortega, Valladolid*

Objetivos: La crisis sanitaria por Covid-19 ha impactado negativamente en la actividad de donación y trasplante en nuestro país. Sin embargo, la adaptación de nuestro SNS a la situación epidemiológica del momento a través de diversas estrategias, como la priorización de pacientes en situación más grave o el desarrollo de protocolos donde se contempla la donación en pacientes SARS-COV-2 positivos, ha permitido continuar con los programas de trasplante y situarnos a la cabeza entre los países de nuestro entorno en cuanto a tasas de donación y trasplante.

Material y métodos: Presentamos un caso de trasplante hepático realizado a partir de un donante varón de 53 años, grupo A-, fallecido por AVCA hemorrágico. En el cribado epidemiológico resultó PCR-SARS-COV-2 positiva con un CT de 30,31. Se aceptó el órgano para la donación, siendo el injerto válido, con un tiempo de perfusión de 12 minutos. La receptora fue una mujer de 60 años, grupo A+, con antecedentes de cirrosis hepática de origen enólico y 2 LOEs hepáticas LIRADS-4, sugestivas de hepatocarcinoma. Vacunada con dos dosis contra la Covid-19 y con una PCR-SARS-COV-2 pretrasplante negativa.

Resultados: El trasplante se llevó a cabo sin incidencias, con buena funcionalidad del injerto en el postoperatorio y normalización analítica de la función hepática, así como de los parámetros de coagulación y recuento de plaquetas. La paciente no desarrolló clínica compatible con enfermedad por Covid-19 y las PCR-SARS-COV-2 de control fueron negativas. Fue dada de alta a los 15 días del ingreso.

Conclusiones: En nuestra experiencia, el empleo de injertos hepáticos procedentes de donantes seleccionados con infección por SARS-COV-2 parece tener buenos resultados y consideramos que debe ser una fuente de donación para tener en cuenta dada la crisis sanitaria actual. Bien es cierto que, aunque mínimos, se han reportado casos en la literatura con transmisión donante-receptor de la infección. Por ello, ante la poca experiencia y la falta de evidencia científica de calidad al respecto, debemos ser prudentes en la selección de donantes con positividad para SARS-COV-2.

P45

SEGUNDO RETRASPLANTE HEPÁTICO. ¿MERECE LA PENA?

María Jose Cuevas López; 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*

Objetivos: Evaluar los resultados de los pacientes sometidos a un segundo trasplante hepático (reTOH) en nuestro centro.

Material y métodos: Se realiza un estudio observacional retrospectivo (serie de casos) que incluye los pacientes sometidos a un segundo reTOH en nuestro centro desde 1990 hasta la actualidad. Las variables analizadas incluyen las causas del reTOH, morbimortalidad y supervivencia.

Resultados: 4 pacientes han sido sometidos a un segundo reTOH:

- Caso 1: varón de 36 años, TOH por cirrosis mixta (alcohólica con VHC), con reTOH electivo a los 11 años por recidiva del VHC y segundo reTOH 7 electivo 7 años después por cirrosis biliar secundaria a estenosis de la anastomosis biliar. Éxito en el postoperatorio inmediato por shock hemodinámico irreversible.
- Caso 2: varón de 44 años, TOH por colangitis esclerosante primaria, precisando reTOH electivo a los 2 años por rechazo crónico y un segundo reTOH electivo a los 10 años también por rechazo. 12 años después, el paciente vive sin complicaciones relevantes.
- Caso 3: varón de 55 años, TOH por cirrosis secundaria a VHB, que precisa 2 reTOH consecutivos en situación de urgencia cero, ambos por malfunción primaria del injerto. 20 años post-reTOH el paciente vive sin complicaciones relevantes.
- Caso 4: varón de 51 años, TOH por colangitis esclerosante primaria, con reTOH electivo por cirrosis biliar secundaria a estenosis de la anastomosis biliar a los 5 años, precisando un tercer injerto en situación de urgencia cero por isquemia hepática secundaria a trombosis portal. 6 años más tarde el paciente fallece a causa de un vólvulo de colon.

La supervivencia en la serie después del segundo reTOH fue del 75, 75 y 50% a 1, 5 y 10 años respectivamente.

Conclusiones: Los hallazgos de nuestra serie parecen avalar el segundo reTOH en pacientes seleccionados con buenos resultados en términos de morbimortalidad y supervivencia.

P46

SÍNDROME CHANARIN-DORFMAN: INDICACIÓN EXCEPCIONAL DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Belinda Sanchez Perez; Maria Perez Reyes; Miguel Angel Suarez Muñoz; Antonio Perez Daga; Claudia Sanchez González; Julio Santoyo Santoyo. *Hospital Regional Universitario de Málaga*

Introducción: El Sd Chanarin Dorfman (SChD) es un trastorno metabólico autosómico recesivo, por la mutación del gen ABHD5 del cromosoma 3, caracterizado por la acumulación de lípidos neutros en los granulocitos de varios órganos como: músculos, hígado, ojos, oídos, sistema nervioso central y médula ósea. Los hallazgos clínicos son ictiosis(100%) y hepatomegalia(60%) seguidos de ectropión bilateral, catarata, sordera neurosensorial y esplenomegalia. Aproximadamente el 10% de los pacientes llegan a presentar cirrosis pero la necesidad de trasplante es un hecho excepcional.

Caso clínico: Paciente 45 años, diagnosticada de SChD en la infancia y en seguimiento por cirrosis hepática. Exploración física: ictiocitosis laminar, ectropión e hipoacusia mixta bilateral. Analíticamente leve elevación de las enzimas de citolisis y colestasis, TP66%, plaquetopenia. TAC ABD: cirrosis hepática con signos de HTP y ascitis moderada. En el último año presentó descompensación edemoascítica y tres episodios de hematemesis por rotura de varices. MELD/MELDNa12/16. Fue incluida en lista de espera por indicación especial: HDA recidivante. Se realizó trasplante hepático sin incidencias, siendo alta el 14 díaPO. La anatomía patológica mostró cirrosis macronodular y micronodular con esteatosis(20%). Actualmente la paciente ha normalizado los parámetros analíticos, ausencia de ascitis y no ha presentado recidiva de su enfermedad metabólica en el injerto.

Discusión: El diagnóstico de SChD se basa en ictiosis y gotas lipídicas intracitoplasmáticas (anomalía de Jordan). En los 147 casos publicados, el 100% presentaban ictiocitosis y el 86% lesión hepática. La esteatohepatitis, es la afectación más frecuente, pero un 10% de los pacientes acaban desarrollando cirrosis. La dieta baja en grasas con triglicéridos de cadena media en combinación con ácido ursodesoxicólico y vitamina E de forma mantenida puede normalizar las enzimas hepáticas, reducir el tamaño y la fibrosis hepática. El trasplante puede ser el tratamiento adecuado para una cirrosis descompensada, además no existen datos de recidiva metabólica en el injerto.

P47

TRASPLANTE HEPÁTICO POR ECHINOCOCOSIS QUÍSTICA CON PRÓTESIS PORTAL Y ANASTOMOSIS ARTERIAL A ARTERIA ESPLÉNICA

Josefina López Domínguez; Oriana Barrios Cormenzana; Alba Cachero Ros; Kristel Mills Julià; Jonathan Joudanin; Juli Busquets Barenys; Joan Fabregat Prous; Emilio Ramos Rubio; Laura Lladó Garriga. *Hospital Universitari de Bellvitge*

Introducción: El manejo de la recidiva hepática por Echinococosis quística puede ser complejo, siendo la resección el tratamiento de elección. Presentamos un caso de recidiva hiliar con estenosis portal secundaria, que requirió trasplante hepático y colocación perioperatoria de prótesis portal.

Caso clínico: Se trata de un paciente de 70 años afecto de Echinococosis con serología positiva para *Echinococcus granulosus*. Presentó un quiste en lóbulo hepático derecho fistulizado a vía biliar siendo intervenido en 2005 realizando hepatectomía derecha con disección hiliar, coledocotomía y colocación de tubo de Kehr. En 2008, por recidiva hiliar, se realizó una quistoperiquistectomía parcial. Durante el seguimiento, en 2012, se diagnostica de recidiva hiliar sin repercusión sobre estructuras vasculares ni vía biliar. La lesión se mantiene estable durante años hasta 2020 evidenciando progresión con afectación biliar por compresión y fistulización y afectación vascular con estenosis de la rama portal izquierda y signos de hipertensión portal. Ante los hallazgos descritos se indica un trasplante. Se planifica colocación de prótesis portal por parte de angioradiología el mismo día del trasplante. Intraoperatoriamente, se identifica la vena porta por palpación de la prótesis. Se realiza clampaje, retirada de la prótesis y anastomosis portal termino-terminal. La anastomosis arterial fue del tronco celíaco del donante a la esplénica del receptor y se confeccionó una hepaticoyunostomía. El postoperatorio cursó sin incidencias. A 10 meses de seguimiento, no ha presentado complicaciones vasculares ni recidiva de la enfermedad.

Conclusiones: El tratamiento de la Echinococosis quística recidivada se debe ajustar de forma individualizada. Para su resección completa, la afectación hiliar puede requerir trasplante hepático con técnicas de manejo vascular complejas.

P48

HEMANGIOMA GIGANTE, EL TRASPLANTE COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA

Natalia Zambudio Carroll; Carmen Acosta Gallardo; Alba María Sánchez Arco; Alejandro Perez Alonso; Esther Brea Gomez; María Trinidad Villegas Herrera; Jesús María Villar Del Moral. *Hospital Virgen de las Nieves*

Introducción: Los hemangiomas hepáticos (HH) son los tumores benignos más frecuentes del hígado. Normalmente son asintomáticos y de pequeño tamaño. Sin embargo, algunos pueden alcanzar grandes dimensiones y producir síntomas compresivos, presentando indicación quirúrgica. Presentamos un caso tratado recientemente en nuestra Unidad.

Caso clínico: Varón de 48 años sin antecedentes, con molestias inespecíficas en hipocondrio derecho de ocho años de evolución. Visto en Urgencias por episodio agudo de dolor, náuseas y vómitos, se palpó masa firme en hemiabdomen derecho. En ecografía se apreció hepatomegalia masiva a expensas de grandes lesiones hipoecoicas. Tras completar estudio con tomografía axial computadorizada y resonancia magnética se llegó al diagnóstico de hemangioma cavernoso gigante de lóbulo hepático derecho y múltiples hemangiomas en el izquierdo. Tras descartar opción resectiva y realizar estudio pretrasplante se presentó en comité multidisciplinar de trasplante hepático (TH) incluyéndose en lista activa. Al surgir un donante cadavérico en muerte encefálica se llevó a cabo un TH ortotópico. Se empleó derivación portocava temporal y hepatectomía piggy-back, no siendo precisa la resección según técnica clásica ni el empleo de un bypass venovenoso. Se transfundieron ocho concentrados de hematíes, cursando sin complicaciones quirúrgicas relevantes ni postoperatorias, con alta hospitalaria el 14º día postrasplante. El estudio anatomopatológico del explante hepático habló de hemangioma cavernoso gigante y multifocal, con dimensiones del mayor tumor de 28 x 19 x 15 cms. Tras cuatro meses de seguimiento se mantiene asintomático.

Discusión: Algunos HH precisarán cirugía, existiendo diferentes opciones, incluyendo enucleación y hepatectomía. En casos como el presentado, ésta puede tener que ser completa y que el TH sea la única opción.

Su planificación terapéutica debe ser multidisciplinar, incluyendo cirujanos hepatobiliares, hepatólogos y anestesiólogos. El riesgo de complicaciones quirúrgicas (sangrado) es elevado, y precisa una previsión de necesidad de resección con técnica clásica y bypass venovenoso para evitar sangrado masivo.

P49

SHUNT MESENTERICO-CAVA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Carmen Cepeda Franco (1); Pablo Beltran Miranda (2); Jose María Álamo Martínez (1); Luis Miguel Marín Gómez (1); Gonzalo Suárez Artacho (1); Carmen Bernal Bellido (1); Francisco Javier Padillo Ruiz (1); Miguel Ángel Gómez Bravo (1). (1) *Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. H. Universitario Virgen del Rocío. Sevilla*, (2) *Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática. H. Universitario Juan Ramón Jiménez. Huelva*

Introducción: La cirrosis hepática con HTP supone aproximadamente el 50% de los TOH en España. La presencia de shunts es de hasta un 25-30% siendo los esplenorreñales los más frecuentes. La aparición de shunts de gran tamaño (>1cm) está recogido de forma muy heterogénea en la literatura. La medición del flujo portal pre y postclampaje ha sido escasamente reportado.

Material y método: Presentamos dos casos de pacientes con varices mesentéricas:

- Varón de 68 años con cirrosis hepática de origen etílico y con encefalopatía recurrente (CHild-Pugh C10, MELD 15). En TC se objetiva una porta de tamaño normal con múltiples colaterales en ligamento gastrohepático y gastroesplénico que se dirigen a cava aumentándola significativamente de tamaño.
- Mujer de 67 años con cirrosis hepática en 2010 asociada a EHNA con hipertensión portal y encefalopatía recurrente (CHild-Pugh B8, MELD 8). En TC se objetiva una dilatación del eje espleno-portal y un shunt portosistémico entre vena mesentérica inferior y vena cava inferior.

Resultados: Tras el clampaje y ligadura de ambos shunts se obtuvieron flujos portales superiores a 120mL/min/100g. El postoperatorio cursó sin incidencias en ambos casos, sin ascitis y con función hepática adecuada.

Conclusiones: Se debe sospechar la presencia de shunts en todo paciente cirrótico con HTP, aunque la confirmación diagnóstica debe hacerse mediante la realización de TC trifásica. La flujometría portal intraoperatoria es fundamental para conocer el impacto de la ligadura de los shunts en el flujo portal postrasplante.

P50

TRASPLANTE HEPÁTICO Y HEMOFILIA, UNA INDICACIÓN INFRECUENTE

Carolina Labrador Alzas (1); Isabel Jaén Torrejimoto (1); Diego López Guerra (1); Adela Rojas Holguín (1); Noelia De Armas Conde (1); Nieves Alonso Escobar (2); Alba Suarez Cordero (3); Gerardo Blanco Fernández (1). (1) *Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. Hospital Universitario de Badajoz*, (2) *Servicio de Hematología. Hospital Universitario de Badajoz*, (3) *Servicio de Digestivo. Hospital Universitario de Badajoz*

Objetivos: La hemofilia es un trastorno de la coagulación ligada al cromosoma X. La hemofilia tipo A se produce por déficit del factor VIII que se sintetiza en el hígado. Las dificultades para el TH ortotópico incluyen: manejo perioperatorio y postoperatorio de coagulopatía, recurrencia de hepatitis viral y potencial coinfección por VIH. Presentamos el caso clínico de un paciente hemofílico con VHC que se somete a trasplante hepático.

Material y Métodos: Se describe el caso clínico apoyado en una búsqueda bibliográfica en relación con el trasplante hepático en pacientes que presentan hemofilia.

Resultados: Varón de 64 años, con hemofilia A, cirrosis hepática secundaria a VHC con hipertensión portal. Resección laparoscópica por hepatocarcinoma de 2 cm en segmento 2 con datos de mal pronóstico anatomopatológicos. A los dos meses presenta recidiva hepática con dos lesiones de 11 y 6 mm, realizándose quimioembolización arterial (QETA). Posterior estabilidad, incluyéndose en lista de trasplante a los 6 meses del último tratamiento.

- Intraoperatoriamente se administró 50 000 UI de Factor VIII en dos dosis, 4 concentrados de plasma, 1 pool de plaquetas, 500 mg de ácido tranexámico, 1gr de fibrinógeno y 10mg de Vitamina K. No presentó complicaciones postoperatorias reseñables.
- Control postoperatorio por hematología con Vitamina K un vial cada 12 horas, ácido tranexámico 1 gr cada 12 horas y factor VIII recombinante 1000 UI cada 24 horas. Buena evolución de los niveles del factor VIII retirando la medicación previa el décimo día postoperatorio. Al alta, hematología solo recomendó mantener tratamiento con vitamina K.

Conclusiones: Los estudios más recientes muestran riesgo similar en pacientes con hemofilia, no considerándose una contraindicación. Aunque el riesgo de sangrado en esta población es superior, el TH es posible y seguro, además permite mejorar los niveles del factor VIII con un significativo impacto en la calidad de vida y un ahorro de recursos.

P51

HERNIA DIAFRAGMÁTICA PARAESOFÁGICA EN EL POSTOPERATORIO DE UN TRASPLANTE HEPÁTICO CON TROMBOSIS ARTERIAL SECUNDARIA A SÍNDROME DE LIGAMENTO ARCUATO

Dora Gómez Pasantes; José Ignacio Rivas Polo; María Taboada Ameneiro; Javier Aguirrezabalaga González; Manuel Gómez Gutiérrez. *Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña*

Objetivo: Presentamos el caso clínico de una paciente de 65 años diagnosticada de poliquistosis hepato-renal con indicación de trasplante hepático por importante limitación funcional. La singularidad del caso radica en las complicaciones postquirúrgicas: trombosis arterial por síndrome de ligamento arcuato y hernia paraesofágica.

Material y método: Se revisa la historia clínica, procedimiento quirúrgico y evolución del caso clínico.

Resultados: Se realiza el trasplante hepático de forma habitual, sin complicaciones durante la cirugía. En el primer día postoperatorio, en el ecoDoppler de control no se identifica la arteria hepática; por ello, se completa el estudio con una arteriografía que evidencia una trombosis de la misma. En la intervención quirúrgica realizada a continuación, se confirma el diagnóstico y se realiza trombectomía, sin mejoría evidente del flujo. Descartando problemas en la anastomosis arterial, así como un síndrome de robo de la arteria esplénica y con la sospecha del síndrome de ligamento arcuato, se realiza una disección de arterial hasta identificar el tronco celiaco y sección de fibras del ligamento, tras lo cual el flujo mejora.

- Tras 4 meses de la intervención, la paciente acude a Urgencias por dolor abdominal y vómitos. Diagnosticada de hernia paraesofágica incarcerada con datos de isquemia gástrica en gastroscopia, es intervenida de urgencia. Se realiza reducción del contenido del saco herniario (con recuperación de la hipoperfusión gástrica), sutura del orificio herniario, pexia gástrica y colocación de tubo de drenaje torácico.
- La paciente presentó una evolución favorable y fue dada de alta.

Conclusiones: La hernia diafragmática es una entidad muy poco frecuente tras un trasplante hepático, sobre todo en el adulto, aunque potencialmente peligrosa. La sección de fibras del ligamento arcuato y de plexos nerviosos adyacentes, así como la hiperpresión abdominal postoperatoria, se debería tener en cuenta como etiología de la hernia diafragmática paraesofágica.

P52

DUCTOPENIA IDIOPÁTICA DEL ADULTO, POTENCIAL INDICACIÓN DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Néstor Castán Villanueva; Noelia Lete Aguirre; Pilar Palacios Gasos; Ariel Gonzalo Gonzales Sejas; Vicente Manuel Borrego Estella; Luis García Cortés; María Teresa Ramírez Gasca. *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa, Zaragoza*

Presentamos el caso de un paciente de 27 años, con diagnóstico reciente de ductopenia idiopática del adulto (DIA), patología poco común de la vía biliar, de causa desconocida, que cursa con pérdida de conductos biliares interlobulillares (>50%), dando lugar a colestasis hepática, que puede progresar hasta formas graves de cirrosis biliar.

Objetivo: Revisión retrospectiva de 1 caso tratado en nuestro centro.

Material y métodos: Se describe la clínica, criterios de exclusión y criterios diagnósticos, incluyendo imágenes y descripción de los cortes de anatomía patológica, fundamentales para el diagnóstico, y de la pieza de hepatectomía obtenida en el TOH, con colestasis macroscópica.

Resultados: El paciente fue diagnosticado, cumpliendo los criterios necesarios, establecidos en la bibliografía: edad ADULTA, datos de COLESTASIS, biopsia hepática con DUCTOPENIA de > 50%, y excluyendo otras posibles causas de colestasis. La rápida progresión del cuadro desembocó en la necesidad de TOH.

Conclusiones: Es una patología potencialmente grave, en función del % de ductos interlobulillares afectados.

- Criterios diagnósticos: Adulto + Colestasis + Ductopenia >50% + Exclusión de otras etiologías.
- El tratamiento con AUCD mejora la sintomatología, siendo el TOH el tratamiento definitivo.

P53

EFECTO "COVID" EN EL ENSAYO CLÍNICO DE FASE II ESTUDIO MULTICÉNTRICO, ALEATORIZADO, PROSPECTIVO, PARA DEFINIR LA EFICACIA CLÍNICA Y LOS MECANISMOS DE TOLERANCIA TRAS LA RETIRADA DE INMUNOSUPRESIÓN EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Gloria López Díaz (1); Alberto Baroja Mazo (1); Jose Antonio Pons Miñano (2); María Luisa González Diéguez (4); Alejandra Otero Ferreiro (5); M^ª Ángeles Vázquez Millán (5); Mario Romero Cristóbal (6); Gloria Sánchez Antolín (7); M^ª Trinidad Sánchez Aulló (8); Mercedes Iñarrairaegui Bastarrica, (3); Carlos Manuel Martínez Cáceres (1); Jesús M. De La Peña Moral (2); Marta Guerrero Misas (9); Miguel García González (10); Santiago Tome Martínez De Rituerto (11); José Ignacio Herrero Santos (2). (1) Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Virgen de la Arrixaca, (2) Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, (3) Clínica Universidad de Pamplona, (4) Hospital central Asturias, (5) Hospital Gregorio Marañón, (6) Complejo Hospitalario Universitario A Coruña, (7) Hospital Río Hortega de Valladolid, (8) Hospital Lozano Blesa, (9) Hospital Reina Sofía, (10) Hospital Universitario Ramón y Cajal, (11) Complejo Hospitalario Universitario de Santiago

Objetivo: Valorar el efecto provocado por la pandemia Covid-19 en el Ensayo Clínico en fase II "Estudio multicéntrico, aleatorizado, prospectivo, para definir la eficacia clínica y los mecanismos de tolerancia tras la retirada de Inmunosupresión en el Trasplante Hepático".

Materiales: Base de datos plataforma SCREN del estudio (macro.imas.12.ITH). Memoria del proyecto FFIS-INM-2017-04. Protocolo del estudio FFIS-INM-2017-04 V.5.

Metodología: Análisis comparativo de los datos estimados, obtenidos y esperados.

Resultados: El reclutamiento ha sido un 76.54% menor del estimado inicialmente y un 41,54% menor del esperado. De los 10 centros participantes, solo 1 consiguió superar las previsiones de inclusión de pacientes en el estudio, 3 no incluyeron ningún paciente, y 6 no consiguieron llegar a las previsiones de inclusión. Las razones iniciales por las cuales los centros no han incluido pacientes o no han podido llegar a las expectativas han sido la negativa disposición de los pacientes consultados para acudir al centro de manera periódica (seguimiento mensual en la fase de retirada de inmunosupresión), el miedo al rechazo a causa de la retirada del tratamiento IS y la reticencia a someterse a procedimientos invasivos como la biopsia hepática (necesaria para determinar la inclusión en el estudio, el rechazo, y evaluar al año tras la retirada total de IS o el rechazo). Según la tendencia lineal desde el comienzo de la fase de reclutamiento hasta el inicio de la pandemia, la inclusión debía haber alcanzado los 130 pacientes hasta el cierre de la misma. Lo que supone que el reclutamiento esperado desde marzo de 2020 hasta junio de 2021 debería haber sido de 63 pacientes. Sin embargo, a causa de la emergencia sanitaria provocada por la Covid, se produce un estancamiento de la curva de reclutamiento debido a la falta de personal y recursos, y la dificultad en el seguimiento presencial de los pacientes. Esto ha supuesto que las nuevas inclusiones sean un 85,71% menor de lo esperado para este periodo, con la inclusión total de 9 pacientes frente a 63 esperados.

Conclusiones: La pandemia Covid-19 y sus consecuencias en la actividad clínica en los centros hospitalarios españoles ha alterado de forma significativa el desarrollo de nuestro ensayo clínico de tolerancia en trasplante hepático.

P54

USO DE SOTROVIMAB EN PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO CON COVID-19 GRAVE

Celia Caravaca Gámez; Mario Romero Cristobal; Fernando Díaz Fontenla; María Magdalena Salcedo Plaza; Rafael Bañares Cañizares. Hospital General Universitario Gregorio Marañón

Objetivos: Sotrovimab es un anticuerpo monoclonal IgG1 humanizado que se une a la proteína spike del SARS-CoV-2. Indicado en adultos con covid-19 sin oxígeno con riesgo de progresar a estadios graves. Actualmente hay una limitada disponibilidad de las nuevas terapias antivirales que hace necesario establecer criterios de priorización considerando la gravedad, el riesgo de complicaciones y el beneficio esperable.

Material y métodos: Presentamos el caso clínico de un varón de 82 años, trasplantado hepático desde 1992 por cirrosis descompensada por VHB con normofunción del injerto. Recibe micofenolato de mofetilo. Ingresado desde febrero de 2022 por bronconeumonía bilateral por SARS-CoV-2 variante omicron. Pauta vacunal con tres dosis sin seroconversión. Se suspendió micofenolato y se inició soporte con ganas nasales y corticoides. Recibió remdesivir durante 5 días y dosis única de tocilizumab, coincidiendo con la colocación de gafas de alto flujo por empeoramiento. Ya que cumplía los criterios actuales de priorización, se solicitó y administró, tras 72 horas de ingreso, dosis única de sotrovimab. A pesar del tratamiento previo, presentó empeoramiento precisando ventilación no invasiva modo CPAP. Fue valorado por la UCI, desestimándose intubación orotraqueal por edad y comorbilidad. Tras 9 días de ingreso, persiste la mala evolución produciéndose finalmente el fallecimiento.

Resultados y conclusiones: Según las recomendaciones de la AEMPS, se priorizarán los pacientes mayores de 12 años hospitalizados por COVID-19 grave variante ómicron con serología negativa y con alto riesgo de complicaciones, como ser receptores de trasplante de órgano sólido (menos de dos años o con tratamiento inmunosupresor para eventos de rechazo). Es el único anticuerpo monoclonal disponible con actividad in vitro frente a ómicron, sin embargo, no se ha demostrado su eficacia en pacientes con COVID-19 grave. Consideramos que en los pacientes trasplantados hepáticos con infección grave COVID-19 debe plantearse la indicación de nuevas terapias antivirales, según la evidencia disponible.

IMPORTANCIA DE LA PLANIFICACIÓN PREOPERATORIA EN LOS PACIENTES CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO CON TROMBOSIS PORTAL

Cristina López Abradelo (1); Alberto Marcacuzco Quinto (2); Manuel Abradelo De Usera (3); Óscar Caso Maestro (4); Iago Justo Alonso (5); Carmelo Loinaz Seguro (6). (1) Hospital Universitario 12 de Octubre, (2) Hospital Universitario 12 de Octubre, (3) Hospital Universitario 12 de Octubre, (4) Hospital Universitario 12 de Octubre, (5) Hospital Universitario 12 de Octubre, (6) Hospital Universitario 12 de Octubre

Objetivo: Reflejar la importancia de la planificación preoperatoria en los candidatos a trasplante hepático que presentan trombosis portal asociada.

Material y métodos: Se presenta el caso de un varón de 66 años con antecedentes de hepatectomía izquierda, resección de la vía biliar extrahepática y hepaticoyunostomía con reconstrucción en Y de Roux por tumor de Klatskin en 2007. Posteriormente, desarrolló una hipertensión portal por cirrosis biliar secundaria y trombosis portal. Además, presentó diferentes complicaciones: descompensaciones edematosas refractarias a tratamiento médico, hemorragia digestiva alta, encefalopatía hepática y colangitis de repetición por estenosis biliar; por lo que se incluyó en lista de espera para trasplante hepático. El estudio preoperatorio demostró la existencia de trombosis portal no tumoral (grado 2-3) y la presencia de un shunt mesogonadal derecho y esplenopogástrico izquierdo.

Resultados: El trasplante hepático se realizó en noviembre de 2021. La intervención fue de alta complejidad técnica debido a las adherencias secundarias a la cirugía previa y la presencia de trombosis portal. Debido a la extensa trombosis portal, para realizar la anastomosis portal se colocó un injerto venoso de vena iliaca a nivel de la confluencia esplenomesentérica. El flujo portal obtenido en la reperusión fue de 250ml/min; por lo que se realizó un bypass del shunt mesogonadal a la vena porta consiguiéndose un flujo portal de 325ml/min. Asimismo, se realizó una anastomosis cavo-cava latero-lateral y una anastomosis arterial al tronco celiaco (flujo de 100 ml/min). La evolución inicial fue favorable, con una ecografía Doppler de control que mostraba flujos adecuados a nivel de todas las anastomosis vasculares. Sin embargo, tras múltiples complicaciones médicas, el paciente falleció al mes del trasplante por fallo multiorgánico.

Conclusiones: Ante la presencia de una trombosis portal en los candidatos a trasplante hepático se debe realizar un estudio radiológico y una adecuada planificación preoperatoria.