



LIBRO DE RESÚMENES

29º CONGRESO

# SETH A Coruña

15-17 noviembre 2023

Palexco

ORGANIZAN



SOCIEDAD  
ESPAÑOLA DE  
TRASPLANTE  
HEPÁTICO

[www.sethepatico.org](http://www.sethepatico.org)

✕ @SETHepatico

La Sociedad Española de Trasplante Hepático (SETH) y el Comité Organizador del 29º Congreso de la SETH agradecen el soporte económico y el esfuerzo especial que la industria farmacéutica dedica a la realización de este Congreso.

PATROCINADOR PLATINO



PATROCINADOR ORO



COLABORADORES



EXPOSITORES



OTRAS COLABORACIONES



Patrocinadores y colaboradores .....	2
Comités .....	4
Secretaría técnica y científica .....	4
<b>Programa científico</b>	
Miércoles, 15 de noviembre .....	5
Jueves, 16 de noviembre .....	8
Viernes, 17 de noviembre .....	15
Ponencias invitadas .....	19
Comunicaciones orales .....	26
Pósters .....	46
Índice de autores .....	76

## Junta directiva de la SETH

---

### Presidente

Javier Briceño

### Vice-presidenta

Itxarone Bilbao

### Secretaria

Trinidad Serrano

### Tesorera

Magdalena Salcedo

### Vocales

Laura Lladó, secretaria Comité Científico

Gerardo Blanco, vocal de la RETH

Alejandra Otero, vocal del Congreso 2023

## Comité local

---

### Presidenta

Alejandra Otero

### Vocales

María Ángeles Vázquez

Francisco Suárez López

Ana María Salazar

Manuel Gómez Gutiérrez

Javier Aguirrezabalaga

José Ignacio Rivas

Dora Gómez Pasantes

Pablo Rama

## Comité científico de la SETH

---

### Secretaria

Laura Lladó Garriga (Barcelona)

### Vocales

José María Álamo (Sevilla)

Gerardo Blanco Fernández (Badajoz)

Isabel Campos (Barcelona)

Alejandra Otero (A Coruña)

Sonia Pascual (Alicante)

Patricia Ruiz Ordorica (Bilbao)

Gloria Sánchez Antolín (Valladolid)

## Secretaría técnica y científica

---

Para cualquier información referente al programa científico, inscripciones, reservas de hotel, actividades del Congreso y exposición comercial, deberán dirigirse a:

### SETH 2023

Tel. 934 881 177

seth2023@aopc.es

www.sethepatico.org

## PROGRAMA CIENTÍFICO

MIÉRCOLES, 15 NOVIEMBRE 2023

### 15.00 - 16.30 **MESA REDONDA 1: Indicaciones de trasplante hepático: dónde estamos**

Moderan: Javier Nuño (Madrid) y José Antonio Pons (Murcia)

#### 1.1. Situación actual en España tras la expansión de criterios

Concepción Gómez-Gavara (Barcelona)

#### 1.2. Influencia de la disparidad de género en el trasplante hepático

Manuel Luis Rodríguez Perálvarez (Córdoba)

#### 1.3. Trasplante de otros órganos no hepático con donantes VHC positivos

Magdalena Salcedo (Madrid)

#### Discusión

### 16.30 - 17.20 **ESTUDIOS MULTICÉNTRICOS**

Moderan: Alejandra Otero (A Coruña) y Patricia Ruiz (Bilbao)

#### • Introducción: normas y novedades

#### • Presentación de Estudios

##### EM01

#### FACTORES PRONÓSTICOS Y DE MORBIMORTALIDAD EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS EN CÓDIGO 0 POR CAUSA FARMACOLÓGICA

Carmen Acosta, *HU Virgen de las Nieves*

##### EM02

#### TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA ENFERMEDAD POLIQUÍSTICA HEPÁTICA: EXPERIENCIA ESPAÑOLA

Gabriela Chullo, *H Clínic de Barcelona*

##### EM03

#### TRASPLANTE HEPÁTICO COMO TRATAMIENTO DE TRAUMATISMO HEPÁTICO SEVERO: PROPUESTA DE ESTUDIO MULTICÉNTRICO ESPAÑOL

Rocío García Pérez, *H Clínic de Barcelona*

##### EM04

#### RECANALIZACIÓN PORTAL EN TROMBOSIS VENOSA OBLITERANTE EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

María Magdalena Llompart, *H Clínic de Barcelona*

##### EM05

#### ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO PARA CONOCER LA ETIOLOGÍA DEL FALLO HEPÁTICO FULMINANTE EN POBLACIÓN INMIGRANTE MARROQUÍ

Sonia Pascual, *HGU Dr. Balmis. Alicante*

**EM06**

**CARACTERIZACIÓN E IMPACTO DE LA COMPOSICIÓN CORPORAL Y LA FRAGILIDAD EN CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO POR ENFERMEDAD HEPÁTICA GRASA**

Jesús Rivera, *HU Puerta de Hierro Majadahonda*

**EM07**

**ANÁLISIS COMPARATIVO DE LOS RESULTADOS POST-TRASPLANTE HEPÁTICO ENTRE INJERTOS MANTENIDOS CON OXIGENACIÓN EN HIPOTERMIA (HOPE) E INJERTOS MANTENIDOS EN FRÍO ESTÁTICO**

Lluís Secanella, *HU de Bellvitge – HU Virgen del Rocío*

**EM08**

**IMPACTO DE LA INFECCIÓN FÚNGICA INVASIVA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO EN ESPAÑA**

Laura Benítez, *HU Puerta de Hierro Majadahonda*

**17.20 - 17.50 VISITA PÓSTERS Y CAFÉ. SESIÓN DE PÓSTERS 1**

Moderan: Sonia Pascual (Alicante) y Patricia Ruiz (Bilbao)

**P01\***

**DESARROLLO DE UN SCORE PLASMÁTICO BASADO EN UNA FIRMA DE MIRNA Y LA QUIMIOCINA CXCL-10 PARA LA PREDICCIÓN Y EL DIAGNÓSTICO DEL RECHAZO MEDIADO POR CÉLULAS T EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE HÍGADO**

Olga Millán<sup>1</sup>, Pablo Ruiz<sup>2</sup>, Judit Julian<sup>3</sup>, Yiliam Fundora<sup>4</sup>, Jordi Colmenero<sup>2</sup>, Mercè Brunet<sup>5</sup>. 1) *Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Laboratorio de Farmacología y Toxicología, Centro de Diagnóstico Biomédico, H Clínic de Barcelona, IDIBAPS, U de Barcelona.* 2) *Unidad de Trasplante Hepático, H Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERehd, U de Barcelona.* 3) *Laboratorio de Farmacología y Toxicología, Centro de Diagnóstico Biomédico, H Clínic de Barcelona.* 4) *Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática, H Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERehd, U de Barcelona.* 5) *Laboratorio de Farmacología y Toxicología, Centro de Diagnóstico Biomédico, H Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERehd, U de Barcelona*

**P02\***

**RESULTADOS DE LA TÉCNICA HOPE – ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE ESTENOSIS BILIARES NO-ANASTOMÓTICAS Y RECIDIVA DE CARCINOMA HEPATOCELULAR EN PACIENTES CON UN AÑO DE SEGUIMIENTO**

María João Amaral, Mariana Duque, Cláudia Raposo, Júlio Constantino, Ricardo Martins, Pedro Oliveira, João Simões, António Pinho, Emanuel Furtado, José Guilherme Tralhão, Dulce Diogo. *CHU de Coimbra*

**P03\***

**FACTORES DE RIESGO DE LA RECIDIVA PRECOZ / TARDÍA DEL HEPATOCARCINOMA EN EL TRASPLANTADO HEPÁTICO**

Carmen Bernal Bellido, José María Álamo Martínez, Luis Miguel Marín Gómez, Carmen Cepeda Franco, Gonzalo Suárez Artacho, Francisco Javier Padillo Ruiz, Miguel Ángel Gómez Bravo. *HU Virgen del Rocío*

**17.50 - 18.35 SESIÓN DE MINI VÍDEOS DE ASPECTOS TÉCNICOS Y QUIRÚRGICOS**

Moderan: Manuel Abradelo (Madrid) y Manuel Gómez-Gutiérrez (A Coruña)

**MV01\***

**EMPLEO DE ECMO EN TRASPLANTE HEPÁTICO POR METÁSTASIS DE CÁNCER COLORRECTAL CON APERTURA DE PERICARDIO**

Cristina Martínez, *HUP La Fe*

**MV02\***

**DESCONEXIÓN BILIAR PARCIAL EN TOH: RECONEXIÓN MEDIANTE CPRE EN DOS TIEMPOS**

Carolina Almohalla, *HU Río Hortega*

**MV03\***

**HEPATICOYEURONOSTOMÍA EN Y DE ROUX ROBÓTICA POR ESTENOSIS BILIAR EN TRASPLANTADO HEPÁTICO**

Víctor López López, *HCU Virgen de la Arrixaca*

**MV04**

**COLANGIOSCOPIA: UNA PROMETEDORA TÉCNICA DIAGNÓSTICA DEL COLANGIOCARCINOMA EN ESTADIOS INICIALES**

Félix García Pajares, *HU Río Hortega*

**MV05**

**TRASPLANTE HEPÁTICO POR FALLO HEPÁTICO AGUDO SECUNDARIO A ENFERMEDAD DE WILSON CON NECESIDAD DE INJERTO AÓRTICO**

Inmaculada Lavado, *HU de Badajoz*

**MV06**

**RECONSTRUCCIÓN ARTERIAL ANTE UNA ANOMALÍA MICHELS IV EN EL DONANTE HEPÁTICO**

Mercedes Bernaldo de Quirós, *HU 12 de Octubre*

**18.35 - 19.55 MESA REDONDA 2: Contraindicaciones en trasplante hepático**

Moderan: Ana Arias (Madrid) y Santiago Tomé (Santiago de Compostela)

**2.1 ¿Cuándo contraindicamos en casos de comorbilidad? Visión del hepatólogo**

Francisco Javier Bustamante (Bilbao)

**2.2 ¿Cuándo es excesivo el riesgo peri-operatorio? Visión del anestesista**

Vicente Padilla (Sevilla)

**2.3. ACLF: Cuándo es demasiado tarde**

Carmen Vinaixa (Valencia)

**2.4. Cómo manejamos las adicciones**

Jordi Colmenero (Barcelona)

**Discusión**

**20.00 - 21.00 INAUGURACIÓN**

**A continuación, se servirá una COPA DE BIENVENIDA**

## JUEVES, 16 NOVIEMBRE 2023

### 09.00 - 10.00 MESA REDONDA 3: Mi caso clínico más complicado

Moderan: María Luisa González Diéguez (Oviedo) y Evaristo Varo (Santiago de Compostela)

#### Caso 1: EICH

Juan Bañares Sánchez (HU Vall d'Hebron)

#### Caso 2: Enfermedad FONTAN en paciente adulto. Trasplante hepato-cardíaco

J. Ángel López-Baena (HU Gregorio Marañón)

#### Caso 3: Trasplante hepático por hidatosis recidivada

Oriana Barrios (HU Bellvitge)

### 10.00 - 10.40 TOP PAPERS EN TRASPLANTE HEPÁTICO

Modera: Javier Aguirrezabalaga (A Coruña)

Presentan: Dora Gómez, cirugía; María Ángeles Vázquez, hepatología y Pablo Rama, anestesia (A Coruña)

### 10.40 - 11.10 VISITA PÓSTERS Y CAFÉ. SESIÓN DE PÓSTERS 2

Moderan: Gerardo Blanco (Badajoz) y Alejandra Otero (A Coruña)

#### P04\*

#### NIVELES PLASMÁTICOS DE PIVKA-II PRE-TRASPLANTE ¿PREDICEN LA RECIDIVA DEL HEPATOCARCINOMA TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO?

Luis Francisco Sáenz Mateos<sup>1,2</sup>, Francisco Villalba López<sup>1,2</sup>, Adama Cissé<sup>3</sup>, Pedro Antonio Cascales Campos<sup>2,3</sup>, Víctor López López<sup>2,3</sup>, Felipe Alconchel Gago<sup>2,3</sup>, Laura Martínez-Alarcón<sup>2,5</sup>, Marta Jover Aguilar<sup>2,3</sup>, José Antonio Pons Miñano<sup>2,4</sup>, Alberto Baroja Mazo<sup>2</sup>, Francisco Sánchez Bueno<sup>2,3</sup>, Ricardo Robles Campos<sup>2,3</sup>, Pablo Ramírez Romero<sup>2,3</sup>. 1) Unidad de análisis clínicos, HU Rafael Méndez, Murcia. 2) Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Pascual Parrilla (IMIB). 3) Servicio de Cirugía General y Digestivo, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia. 4) Servicio de Digestivo, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia. 5) Unidad de Docencia, Formación continuada, Investigación y Calidad asistencial, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia

#### P05\*

#### RESULTADOS DE LA MONOTERAPIA CON MICOFENOLATO EN TRASPLANTE HEPÁTICO

Iago Justo Alonso, Alberto Alejandro Marcacuzco Quinto, Oscar Caso Maestro, Félix Cambra Molero, Alejandro Manrique Municio, Jorge Calvo Pulido, Álvaro García-Sesma Pérez-Fuentes, Manuel Abradelo De Usera, Carmelo Loinaz Seguro, Carlos Jiménez Romero. HU 12 de Octubre

#### P06\*

#### LA REACTIVACIÓN DE CMV SE ASOCIA A MENOR RECURRENCIA DE CARCINOMA HEPATOCELULAR TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

María Victoria Aguilera Sancho-Tello<sup>1</sup>, Sarai Romero Moreno<sup>2</sup>, Ángel Rubín Suárez<sup>3</sup>, Isabel Conde Amiel<sup>2</sup>, Magdalena Salcedo Plaza<sup>4</sup>, Miguel Ángel Gómez Bravo<sup>5</sup>, Esteban Fuentes Valenzuela<sup>6</sup>, Cristina Dopazo Taboada<sup>7</sup>, Itxarone Bilbao Aguirre<sup>7</sup>, Antonio González<sup>8</sup>, Ana Sánchez-Martínez<sup>9</sup>, Sonia Pascual Bartolomé<sup>10</sup>, Jesús Rivera<sup>11</sup>, José Ignacio Herrero Santos<sup>12</sup>, Sara Lorente Pérez<sup>13</sup>, Antonio Cuadrado Lavín<sup>14</sup>, Ângela Carvalho-Gomes<sup>15</sup>, Marina Berenguer Haym<sup>1</sup>, Manuel Luis Rodríguez Perálvarez<sup>16</sup>. 1) Sección de Hepatología y Trasplante Hepático. IISLaFE, CIBERhd. Facultad de Medicina, Valencia. 2) Sección de Hepatología y Trasplante Hepático. IISLaFE. 3) Sección de Hepatología y Trasplante Hepático. IISLaFE, CIBERhd. 4) Dpto de Hepatología y Trasplante Hepático, HUGregorio Marañón, Madrid, CIBERhd. 5) Dpto de Hepatología y Trasplante Hepático, HURS, Córdoba. 6) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, HURio Ortega, Valladolid. 7) Dpto de Cirugía Hepatobiliopancreática, HU Vall d'Hebron, Barcelona. 8) Dpto de Hepatología HU Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife. 9) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, HU Virgen de Arrixaca, Murcia. 10) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, H Dr Balmes, Alicante. 11) Servicio de Gastroenterología y Hepatología, HU Puerta de Hierro, Madrid. 12) Unidad Hepática, CUN, Pamplona. 13) Dpto de Hepatología y Trasplante Hepático, HU, Zaragoza. 14) HU Marqués de Valdecillas, Santander. 15) IISLaFE, CIBERhd. 16) Dpto de Hepatología y Trasplante Hepático, HURS, Córdoba, CIBERhd



11.10 - 12.40 **COMUNICACIONES ORALES I. INDICACIONES Y MANEJO PRE TRASPLANTE**

Moderan: Carolina Almohalla (Valladolid) y Jesús María Villar del Moral (Granada)

**CO1.01\*****ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL PARA LA VALIDACIÓN DEL MODELO GEMA DE PRIORIZACIÓN DE LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN ESPAÑA**

Manuel Luis Rodríguez Perálvarez<sup>1</sup>, Gloria De La Rosa<sup>2</sup>, Antonio Manuel Gómez Orellana<sup>3</sup>, María Victoria Aguilera Sancho-Tello<sup>4</sup>, Teresa Pascual Vicente<sup>5</sup>, Sheila Pereira<sup>6</sup>, María Luisa Ortiz<sup>7</sup>, Giulia Pagano<sup>8</sup>, Francisco Suárez<sup>9</sup>, Rocío González Grande<sup>10</sup>, Alba Cachero<sup>11</sup>, Santiago Tomé Martínez de Rituerto<sup>12</sup>, Mónica Barreales<sup>13</sup>, Rosa Martín Mateos<sup>14</sup>, Sonia Pascual Bartolomé<sup>15</sup>, Mario Romero Cristóbal<sup>16</sup>, Itxarone Bilbao Aguirre<sup>17</sup>, Carmen Alonso Martín<sup>18</sup>, Elena Otón<sup>19</sup>, María Luisa González Diéguez<sup>20</sup>, María Dolores Espinosa<sup>21</sup>, Ana Arias Milla<sup>22</sup>, Gerardo Blanco Fernández<sup>23</sup>, Sara Lorente Pérez<sup>24</sup>, Antonio Cuadrado Lavín<sup>25</sup>, Amaya Redín García<sup>26</sup>, Clara Sánchez Cano<sup>4</sup>, Carmen Cepeda Franco<sup>6</sup>, José Antonio Pons Miñano<sup>7</sup>, Jordi Colmenero Arroyo<sup>8</sup>, Alejandra Otero Ferreiro<sup>9</sup>, Nerea Hernández Aretxabala<sup>11</sup>, Sarai Romero Moreno<sup>4</sup>, María Rodríguez Soler<sup>15</sup>, César Hervás Martínez<sup>3</sup>, Mikel Gastaca Mateo<sup>5</sup>. 1) *Unidad de Hepatología y Cirugía de Trasplante hepático. HU Reina Sofía, IMIBIC, CIBERehd, Córdoba, España.* 2) *Organización nacional de Trasplantes (ONT), España.* 3) *Departamento de Informática y Análisis Numérico, U de Córdoba, Escuela Politécnica Superior de Córdoba, Córdoba, España.* 4) *Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. Hospital La Fe e Instituto de Investigación sanitaria La Fe, CIBERehd, Valencia, España.* 5) *Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático. HU de Cruces, Bilbao, España.* 6) *Unidad de Cirugía HBP y Trasplantes. Hospital Virgen del Rocío, Sevilla, España.* 7) *Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia, España.* 8) *Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERehd, Barcelona, España.* 9) *Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. CHU de A Coruña, España.* 10) *Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. HRU de Málaga, Málaga, España.* 11) *Unidad de Trasplante Hepático. HU de Bellvitge, España.* 12) *Unidad de Trasplante Hepático. CHU de Santiago, España.* 13) *Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. HU 12 de Octubre, Madrid, España.* 14) *Unidad de Trasplante Hepático. HU Ramón y Cajal, CIBERehd, IRYCIS, Madrid, España.* 15) *Unidad de Trasplante Hepático. Hospital General de Alicante, ISABIAL, CIBERehd, Alicante, España.* 16) *Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. HGU e Instituto de Investigación biomédica Gregorio Marañón, CIBERehd, Madrid, España.* 17) *Unidad de Trasplante Hepático. HU Vall d'Hebron, Barcelona, España.* 18) *Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H Río Hortega, Valladolid, España.* 19) *Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H Virgen de la Candelaria, Tenerife, España.* 20) *Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. HUC de Asturias, España.* 21) *Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H Virgen de las Nieves, Granada, España.* 22) *Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. HU Puerta de Hierro, Madrid, España.* 23) *Unidad Trasplante Hepático. CHU de Badajoz.* 24) *Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. HU Lozano Blesa, Instituto de Investigaciones Sanitarias de Aragón (IIS Aragón), Zaragoza, España.* 25) *Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. HU Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander, España.* 26) *Unidad de Hepatología y Cirugía de Trasplante Hepático. CU de Navarra, IdiSNA, CIBERehd, Navarra, España*

**CO1.02\*****PROGRESIÓN LONGITUDINAL DE BIOMARCADORES Y MODELO PREDICTIVO BASADO EN "MACHINE LEARNING" PARA LA TOLERANCIA OPERACIONAL EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO**

Gloria López Díaz<sup>1</sup>, Maribel Sánchez Lorenzo<sup>2</sup>, María Luisa González Diéguez<sup>3</sup>, Alejandra Otero Ferreiro<sup>4</sup>, María Ángeles Vázquez Millán<sup>4</sup>, Mario Romero Cristóbal<sup>5</sup>, Sara Lorente Pérez<sup>6</sup>, Gloria Sánchez Antolín<sup>7</sup>, Mercedes Iñarrairaegui-Bastarrica<sup>8</sup>, Jesús M. De La Peña Moral<sup>9</sup>, José Ignacio Herrero Santos<sup>8</sup>, Alberto Baroja Mazo<sup>2</sup>, José Antonio Pons Miñano<sup>1</sup>. 1) *Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia.* 2) *Grupo de Inflamación molecular, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia.* 3) *HC de Asturias, Oviedo.* 4) *Unidad de Trasplante Hepático, CH Juan Canalejo, A Coruña.* 5) *Unidad de Hepatología, HGU Gregorio Marañón, Madrid.* 6) *Unidad de Trasplante Hepático, HCU Lozano Blesa, Zaragoza.* 7) *Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, HU Río Hortega, Valladolid.* 8) *Hepatology Unit, CU de Navarra, Pamplona.* 9) *Unidad de Anatomía, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia*

**CO1.03\***

**EMPAREJAMIENTO DONANTE-RECEPTOR DURANTE LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA CON PERFUSIÓN REGIONAL NORMOTÉRMICA: PAPEL DE LOS CLASIFICADORES DE MACHINE LEARNING COMO MODELOS PREDICTIVOS DE LA SUPERVIVENCIA DEL INJERTO**

Rafael Calleja<sup>1</sup>, Marcos Rivera<sup>2</sup>, Amelia J. Hessheimer<sup>3</sup>, Beatriz Domínguez-Gil<sup>4</sup>, David Guijo-Rubio<sup>2</sup>, Constantino Fontdevila<sup>3</sup>, Mikel Gastaca Mateo<sup>5</sup>, Manuel Gómez<sup>6</sup>, Pablo Ramírez Romero<sup>7</sup>, Rafael López Andújar<sup>8</sup>, Lánder Atutxa<sup>9</sup>, Julio Santoyo<sup>10</sup>, Miguel Ángel Gómez Bravo<sup>11</sup>, Jesús María Villar del Moral<sup>12</sup>, Carolina González-Abos<sup>28</sup>, Bárbara Vidal<sup>13</sup>, Laura Lladó Garriga<sup>14</sup>, José Roldán<sup>15</sup>, Carlos Jiménez Romero<sup>16</sup>, Víctor Sánchez-Turrión<sup>17</sup>, Gonzalo Rodríguez Laiz<sup>18</sup>, José Ángel López Baena<sup>19</sup>, Ramón Charco Torra<sup>20</sup>, Evaristo Varo<sup>21</sup>, Fernando Rotellar<sup>22</sup>, Manuel Barrera<sup>23</sup>, Juan Carlos Rodríguez San Juan<sup>24</sup>, Gerardo Blanco Fernández<sup>25</sup>, Javier Nuño<sup>26</sup>, David Pacheco Sánchez<sup>27</sup>, Elisabeth Coll<sup>4</sup>, Gloria De La Rosa<sup>4</sup>, César Hervás Martínez<sup>2</sup>, Javier Briceño<sup>1</sup>. 1) *HU Reina Sofía, Córdoba, España.* 2) *Departamento de Ciencias Computacionales y Análisis numérico, U de Córdoba, Córdoba, España.* 3) *HU La Paz, Madrid, España.* 4) *Organización Nacional de Trasplantes, Madrid, España.* 5) *HU de Cruces, Bilbao, España.* 6) *CHU La Coruña, A Coruña, España.* 7) *HCU Virgen de la Arrixaca, IMIB, El Palmar, España.* 8) *HUP La Fe, Valencia, España.* 9) *HU Donostia, San Sebastián, España.* 10) *HURU de Málaga, España.* 11) *HU Virgen del Rocío, Sevilla, España.* 12) *HU Virgen de las Nieves, Granada, España.* 13) *HGU de Castellón, Castellón, España.* 14) *HU de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, España.* 15) *HU de Navarra, Pamplona, España.* 16) *HU 12 de Octubre, Madrid, España.* 17) *HU Puerta de Hierro, Majadahonda, España.* 18) *HGU de Alicante, Alicante, España.* 19) *HGU Gregorio Marañón, Madrid, España.* 20) *HU Vall d'Hebron, Barcelona, España.* 21) *CHU Santiago, Santiago de Compostela, España.* 22) *CU de Navarra, Pamplona, España.* 23) *HU Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.* 24) *HU Marqués de Valdecilla, Santander, España.* 25) *HU Infanta Cristina, Badajoz, España.* 26) *HU Ramón y Cajal, Madrid, España.* 27) *HU Río Hortega, Valladolid, España.* 28) *General & Digestive Surgery Service, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques, H Clínic de Barcelona, España*

**CO1.04\***

**ACCESO LIMITADO AL TRASPLANTE HEPÁTICO (TH) PRECOZ EN PACIENTES CON HEPATITIS AGUDA ALCOHÓLICA (HAA) EN CONTEXTO DE CONTRAINDICACIONES SOCIO-PSIQUIÁTRICAS**

Sonia García García<sup>1</sup>, Isabel Terol Cháfer<sup>1</sup>, María García Eliz<sup>1,2</sup>, Isabel Conde Amiel<sup>1,2</sup>, Carmen Vinaixa Aunes<sup>1,2</sup>, Carmen Castillo Cejas<sup>3</sup>, Sagrario Gutierrez<sup>3</sup>, Javier Del Hoyo Francisco<sup>1</sup>, Ángel Rubín Suárez<sup>1,2</sup>, Marina Berenguer Haym<sup>1,2,4</sup>, María Victoria Aguilera Sancho-Tello<sup>1,2,4</sup>. 1) *HUP La Fe, Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, Valencia.* 2) *Instituto de Salud Carlos III, CIBERehd, Madrid.* 3) *HUP La Fe, Departamento de Trabajo Social, Valencia.* 4) *U de Valencia, Departament de Medicina, Valencia*

**CO1.05**

**CAMBIOS RECIENTES EN LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN ESPAÑA. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO DE LOS DATOS DEL RETH**

Mario Romero Cristóbal<sup>1</sup>, Fernando Díaz Fontenla<sup>1</sup>, Ainhoa Fernández Yunquera<sup>1</sup>, Aranzazu Caballero Marcos<sup>1</sup>, Enrique Velasco Sánchez<sup>2</sup>, Miguel Ángel Gómez Bravo<sup>3,4</sup>, Gloria De La Rosa<sup>4,5</sup>, José Ángel López Baena<sup>2</sup>, Rafael Bañares Cañizares<sup>1,6,7</sup>, Magdalena Salcedo Plaza<sup>1,6,7</sup>, Grupo Reth Fernando Rotellar, Santiago Tomé Martínez de Rituerto, M<sup>a</sup> Trinidad Serrano, Andrés Valdivieso López, Gonzalo Rodríguez Laiz, Javier Nuño, Julio Santoyo, Carmelo Loinaz Seguro, Alej<sup>8</sup>. 1) *Sección de Hepatología y Trasplante Hepático, HGU Gregorio Marañón, Madrid.* 2) *Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático, HGU Gregorio Marañón, Madrid.* 3) *Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático, HU Virgen del Rocío, Sevilla.* 4) *Comité científico del Registro Español de Trasplante Hepático.* 5) *Organización Nacional de Trasplantes.* 6) *Facultad de Medicina, U Complutense de Madrid.* 7) *Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Instituto de Salud Carlos III.* 8) *Registro Español de Trasplante Hepático (RETH)*

**CO1.06\***

**NUEVA ESTRATEGIA DE RESCATE PARA TRASPLANTE HEPÁTICO EN CASOS DE TROMBOSIS PORTAL OBLITERANTE: RECANALIZACIÓN DE LA VENA PORTA Y DERIVACIÓN PORTOSISTÉMICA INTRAHEPÁTICA TRANSYUGULAR**

María Magdalena Llompart Coll<sup>1</sup>, Concepción Gómez Gavara<sup>2</sup>, Laura Lladó Garriga<sup>3</sup>, Virginia Hernández Gea<sup>4</sup>, Fanny Turon Masferrer<sup>5</sup>, Ernest Hidalgo Llompart<sup>2</sup>, Marta Barrufet Solé<sup>5</sup>, Marta Burrel Samaranch<sup>5</sup>, Mercedes Pérez Lafuente<sup>6</sup>, Ángeles García Criado<sup>7</sup>, Ramón Charco Torra<sup>2</sup>, Josep Fuster Obregón<sup>8</sup>, Juan Carlos García Pagán<sup>9</sup>, Yiliam Fundora Suárez<sup>8</sup>. 1) Servicio de Cirugía General y Digestiva, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques (ICMDM), H Clínic de Barcelona, España. 2) Servicio de Cirugía General y Digestiva, Departamento de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, HU Vall d'Hebron, Barcelona, España. 3) Servicio de Cirugía General y Digestiva, Departamento de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, Hospital Universitari Bellvitge, Barcelona, España. 4) Servicio de Hepatología, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques (ICMDM), H Clínic de Barcelona, España. 5) Servicio de Radiología Vascular-Intervencionista, Centre de Diagnòstic per la Imatge (CDI), H Clínic de Barcelona, España. 6) Servicio de Radiología Vascular-Intervencionista, HU Vall d'Hebron, Barcelona, España. 7) Servicio de Radiología, Centre de Diagnòstic per la Imatge (CDI), H Clínic de Barcelona, España. 8) Servicio de Cirugía General y Digestiva, Departamento de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques (ICMDM), H Clínic de Barcelona, España. 9) Servicio de Hepatología, Unidad de Hemodinámica Hepática, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques (ICMDM), H Clínic de Barcelona, España

**CO1.07**

**TRASPLANTE ONCOLÓGICO PARA TUMORES HEPÁTICOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE PACIENTES INDIVIDUALES EN COMPARACIÓN CON LAS INDICACIONES ESTANDAR Y NO ESTANDAR PERO ACEPTADAS DE TRASPLANTE HEPÁTICO**

Ruben Ciria<sup>1</sup>, Tommy Ivanics<sup>2</sup>, Daniel Aliseda<sup>3</sup>, Marco Claasen<sup>2</sup>, Felipe Alconchel Gago<sup>5</sup>, Felipe Gaviria<sup>6</sup>, Javier Briceño<sup>7</sup>, Giammauro Berardi<sup>8</sup>, Fernando Rotellar<sup>3</sup>, Gonzalo Sapisochin<sup>2</sup>. 1) UH Reina Sofía, Unit of Hepatobiliary Surgery and Liver Transplantation, Cordoba, Spain. 2) U Health Network, Multi-Organ Transplant Program, Toronto, Canada. 3) CU de Navarra, Unit of Hepatobiliary Surgery and Liver Transplantation, Navarra, Spain. 4) U Health Network, Multi-Organ Transplant Program, Toronto, Canada. 5) HCU Virgen de la Arrixaca. U of Medicine, Unit of Hepatobiliary Surgery and Liver Transplantation, Murcia, Spain. 6) U Health Network, Multi-Organ Transplant Program, Toronto, Canada. 7) UH Reina Sofía, Unit of Hepatobiliary Surgery and Liver Transplantation, Cordoba, Spain. 8) San Camillo-Forlanini Hospital, General Surgery and Organ Transplantation Unit, Rome, Italy. 9) CU de Navarra, Unit of Hepatobiliary Surgery and Liver Transplantation, Navarra, Spain. 10) U Health Network, Multi-Organ Transplant Program, Toronto, Canada

**CO1.08**

**COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA COMO INDICACIÓN DE TRASPLANTE HEPÁTICO. RESULTADOS Y FACTORES CONDICIONANTES: RELACIÓN CON LA PATOLOGÍA INTESTINAL ASOCIADA**

Ainhoa Fernández Yunquera<sup>1</sup>, Sergio Rodríguez-Tajes<sup>2</sup>, María Senosiaín Labiano<sup>3</sup>, Francisco Javier Bustamante Schneider<sup>3</sup>, Isabel Conde Amiel<sup>4</sup>, Rosa Martín-Mateos<sup>5</sup>, María Luisa González Diéguez<sup>6</sup>, Sonia Pascual Bartolomé<sup>7</sup>, Emilio Fábrega García<sup>8</sup>, Alejandra Otero Ferreiro<sup>9</sup>, Cristina Corchado<sup>10</sup>, Laura Benítez Gutiérrez<sup>11</sup>, Mario Romero Cristóbal<sup>1</sup>, Fernando Díaz Fontenla<sup>1</sup>, Aranzazu Caballero Marcos<sup>1</sup>, Luis Menchén<sup>1</sup>, Rafael Bañares Cañizares<sup>1</sup>, Magdalena Salcedo Plaza<sup>1</sup>. 1) HGU Gregorio Marañón. 2) H Clínic de Barcelona. 3) HU de Cruces. 4) HUP La Fe. 5) H Ramón y Cajal. 6) HUC de Asturias. 7) HGU Dr. Balmis. 8) HU Marqués de Valdecilla. 9) H A Coruña. 10) CHU de Badajoz. 11) H Puerta de Hierro

**CO1.09**

**TRASPLANTE HEPÁTICO COMO TRATAMIENTO PARA LA OBSTRUCCIÓN EXTRAHEPÁTICA DE LA VENA PORTA EN PEDIATRÍA**

Ane Miren Andrés Moreno<sup>1</sup>, Javier Serradilla Rodríguez<sup>1</sup>, Karla Estefanía Fernández<sup>1,2</sup>, Alba Sánchez Galán<sup>1</sup>, José Luis Encinas Hernández<sup>1</sup>, Rosa Erro<sup>1</sup>, María Alós Díez<sup>1</sup>, Marta García Vega<sup>1</sup>, Gema Muñoz Bartolo<sup>1</sup>, Esteban Frauca Remacha<sup>1</sup>, Loreto Hierro Llanillo<sup>1</sup>, Francisco Hernández Oliveros<sup>1</sup>. 1) H Infantil La Paz. 2) H de Valdecilla

**12.40 - 12.55 PRESENTACIÓN DE LA FNETH**

Presenta: **Javier Briceño** (SETH)

**Grupo SENDAS: Conclusiones**

**Eva Bech** (Presidenta Fed. Nac. De Enfermos y Trasplantados Hepáticos – FNETH)

12.55 - 13.35 **CONFERENCIA MAGISTRAL**

Presenta: María Ángeles Vázquez (A Coruña)

**Biopsia líquida en el manejo del carcinoma hepatocelular**

Augusto Villanueva (Institute for liver medicine, Mount Sinai, Nueva York)

13.35 - 15.00 **ALMUERZO DE TRABAJO**

15.00 - 17.00 **COMUNICACIONES ORALES II. MISCELÁNEA**

Moderan: Antonio Cuadrado (Santander) y Celia Villodre (Alicante)

**CO2.01\***

**UTILIZACIÓN DE VESÍCULAS EXTRACELULARES Y SU CARGO DE MIRNAS DETECTADOS EN SOLUCIÓN DE PRESERVACIÓN TRAS ISQUEMIA FRÍA COMO BIOMARCADORES PARA LA EVOLUCIÓN TEMPRANA DEL TRASPLANTE HEPÁTICO**

Daniel Vidal Correoso<sup>1</sup>, Fernando Lucas Ruiz<sup>1</sup>, Sandra Valverde Mateo<sup>1</sup>, Marta Jover Aguilar<sup>1</sup>, Felipe Alconchel Gago<sup>2</sup>, Laura Martínez Alarcón<sup>1</sup>, Víctor López López<sup>2</sup>, Antonio Ríos Zambudio<sup>2</sup>, Pedro Cascales Campos<sup>2</sup>, José Antonio Pons Miñano<sup>3</sup>, Pablo Ramírez Romero<sup>2</sup>, Héctor Peinado Selgas<sup>4</sup>, Alberto Baroja Mazo<sup>1</sup>. 1) Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB-Pascual Parrilla), Murcia. 2) Unidad de Cirugía General y Trasplante de Órganos Sólidos, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia. 3) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia. 4) Grupo de Microambiente y Metástasis, CNIO, Madrid

**CO2.02\***

**RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA BIPARTICIÓN HEPÁTICA EN RECEPTORES PEDIÁTRICOS: COMPARACIÓN DE TÉCNICA EX VIVO VERSUS IN SITU**

Karla Estefanía Fernández<sup>1</sup>, Carlos Delgado Miguel<sup>3</sup>, Javier Serradilla Rodríguez<sup>2</sup>, Carla Ramírez Amorós<sup>2</sup>, Mirian Maestre<sup>2</sup>, Alba Sánchez Galán<sup>2</sup>, Alba Bueno<sup>2</sup>, Esteban Frauca Remacha<sup>2</sup>, José Luis Encinas Hernández<sup>2</sup>, Loreto Hierro Llanillo<sup>2</sup>, Ane Miren Andrés Moreno<sup>2</sup>, Francisco Hernández Oliveros<sup>2</sup>. 1) HU Marqués de Valdecilla. 2) HU La Paz. 3) H Fundación Jiménez Díaz

**CO2.03**

**REVASCULARIZACIÓN IN VITRO DE HÍGADOS PORCINOS DE BIOINGENIERÍA HETEROTÓPICAMENTE TRASPLANTADOS EN CERDOS INMUNODEPRIMIDOS**

Sandra Melitón Barbancho<sup>1,2</sup>, Pilar Palacios Gasós<sup>1</sup>, Miguel Baptista<sup>1,3,4</sup>. 1) Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón), Zaragoza, España. 2) U de Zaragoza, Zaragoza, España. 3) Centro de investigación biomédica en red en el área temática de enfermedades hepáticas (CIBERehd), Madrid, España. 4) Fundación ARAID, Zaragoza, España. 5) Departamento de Biomedicina e Ingeniería aeroespacial, U Carlos III, Madrid, España

**CO2.04**

**FENOTIPOS MOLECULARES DE RECHAZO MEDIADO POR CÉLULAS T Y MEDIADO POR ANTICUERPOS EN BIOPSIAS HEPÁTICAS TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO**

Jordi Colmenero Arroyo<sup>1</sup>, Giulia Pagano<sup>1</sup>, Pablo Ruiz<sup>1</sup>, Yiliam Fundora Suárez<sup>1</sup>, Gonzalo Crespo<sup>1</sup>, Javier Muñoz<sup>3</sup>, Juanjo Lozano<sup>3</sup>, Sergio Rodríguez-Tajes<sup>1</sup>, Raquel García<sup>1</sup>, Alba Díaz<sup>2</sup>. 1) S. Trasplante Hepático, S. Hepatología, H Clínica de Barcelona. IDIBAPS, CIBERehd, U de Barcelona. 2) S. Diagnostico Biomédico, H Clínica de Barcelona, IDIBAPS, U de Barcelona. 3) CIBERehd, IDIBAPS, U de Barcelona

**CO2.05**

**TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTES FALLECIDOS POR TUMOR CEREBRAL GLIAL MALIGNO DE ALTO GRADO**

Juan Antonio Encarnación<sup>1,7</sup>, Clara Manso-Murcia<sup>2,7</sup>, José Moya-Sánchez<sup>3,7</sup>, Adama Cissé<sup>4</sup>, José Luis Alonso<sup>5,7</sup>, Marta Jover Aguilar<sup>4,7</sup>, José Antonio Pons Miñano<sup>6,7</sup>, Pedro Antonio Cascales Campos<sup>4,7</sup>, Víctor López López<sup>4,7</sup>, Felipe Alconchel Gago<sup>4,7</sup>, Francisco Sánchez Bueno<sup>4,7</sup>, Ricardo Robles Campos<sup>4,7</sup>, Mario Royo-Villanova<sup>3,7</sup>, Pablo Ramírez Romero<sup>4,7</sup>. 1) Servicio de Oncología Radioterápica, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia. 2) Servicio de Medicina Intensiva, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia. 3) Servicio de Medicina Intensiva, Coordinación de trasplantes, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia. 4) Servicio de Cirugía General y Digestivo, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia. 5) Servicio de Oncología Médica, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia. 6) Servicio de Digestivo, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia. 7) Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Pascual Parrilla (IMIB)

**CO2.06**

**EVALUACIÓN DE LOS CAMBIOS DINÁMICOS DE LOS MARCADORES DE LESIÓN POR ISQUEMIA-REPERFUSIÓN DURANTE LA PERFUSIÓN HEPÁTICA NORMOTÉRMICA EX-VIVO**

Aranzazu Caballero Marcos<sup>1</sup>, Alberto Baroja Mazo<sup>2</sup>, Luis Rodríguez Bachiller<sup>3</sup>, Álvaro Morales Taboada<sup>3</sup>, Ainhoa Fernández Yunquera<sup>1</sup>, María Fernández Martínez<sup>3</sup>, Fernando Díaz Fontenla<sup>1</sup>, Arturo Colón Rodríguez<sup>3</sup>, Mario Romero Cristóbal<sup>1</sup>, Benjamin Díaz Zorita<sup>3</sup>, Sergio Cortese<sup>3</sup>, Enrique Velasco Sánchez<sup>3</sup>, Magdalena Salcedo Plaza<sup>1</sup>, José Ángel López Baena<sup>3</sup>. 1) HGU Gregorio Marañón. Servicio de Aparato Digestivo. Unidad de Trasplante Hepático. 2) Murcia's Biohealth Research Institute-Pascual Parrilla. Inflammation Research Group - Liver Transplant Tolerance. 3) HGU Gregorio Marañón. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Unidad de Trasplante Hepático

**CO2.07**

**PERFIL DE MICRORNA COMO BIOMARCADOR DE DAÑO HEPÁTICO EN DIFERENTES TIPOS DE DONANTES DE HÍGADO**

Mar Dalmau<sup>1</sup>, Concepción Gómez Gavaara<sup>1</sup>, Itxarone Bilbao Aguirre<sup>1</sup>, Cristina Dopazo Taboada<sup>1</sup>, Mireia Caralt Barba<sup>1</sup>, José Andrés Molino<sup>2</sup>, Ernest Hidalgo Llompert<sup>1</sup>, Pilar Mancera<sup>3</sup>, Rosa Prieto<sup>3</sup>, Mireia Ferrer<sup>4</sup>, Ramón Charco Torra<sup>1</sup>. 1) Cirugía HBP y Trasplante. HU Vall d'Hebron, Barcelona, España. 2) Cirugía pediátrica y Trasplante infantil. HU Vall d'Hebron, Barcelona, España. 3) Unidad de Alta Tecnología del Vall Hebron Institut de Recerca (VHIR). 4) Unidad de Estadística y Bioinformática (UEB) del Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR)

**CO2.08**

**CONTROVERSIA SOBRE EL TRASPLANTE O LA RESECCIÓN HEPÁTICA EN LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS NEUROENDOCRINAS: LA BIOLOGÍA TUMORAL DECIDE**

Dilmurodjon Eshmuminov<sup>1</sup>, Debora Debora J Studer<sup>1</sup>, Víctor López López<sup>2</sup>, Marcel Schneider<sup>1</sup>, Jan Lerut<sup>3</sup>, Mary Lo<sup>4</sup>, Linda Sher<sup>4</sup>, Thomas Johannes Musholt<sup>5</sup>, Oana Lozan<sup>5</sup>, Nabila Bouzakri<sup>5</sup>, Carlo Sposito<sup>6</sup>, Rosalba Miceli<sup>6</sup>, Shoma Barat<sup>7</sup>, David Morris<sup>7</sup>, Helga Oehler<sup>8</sup>, Teresa Schreckenbach<sup>8</sup>, Peri Husen<sup>9</sup>, Charles B Rosen<sup>9</sup>, Gregory J Gores<sup>9</sup>, Toshihiko Toshihiko<sup>10</sup>, Tan-To Cheung<sup>11</sup>, Corina Kim-Fuchs<sup>12</sup>, Aurel Perren<sup>12</sup>, Philipp Dutkowski<sup>1</sup>, Henrik Petrowski<sup>1</sup>, Espen Thiis-Evenesen<sup>13</sup>, Pål-Dag Line<sup>13</sup>, Michal Grat<sup>14</sup>, Stefano Stefano<sup>15</sup>, Massimo Falconi<sup>15</sup>, Lulu Tanno<sup>16</sup>, Francisco Sánchez Bueno<sup>2</sup>, Pablo Ramírez Romero<sup>2</sup>, Ricardo Robles Campos<sup>2</sup>, Vincenzo Mazzafero<sup>6</sup>, Pierre-Alain Clavien<sup>1</sup>, Kuno Lehmann<sup>1</sup>. 1) HU de Zurich, Suiza. 2) HCU Virgen de la Arrixaca, IMIB-Arrixaca, Murcia, España. 3) Instituto de Investigación Experimental y Clínica, U Católica de Lovaina, Bruselas, Bélgica. 4) Departamento de Cirugía, U del Sur de California, Facultad de Medicina Keck, Los Ángeles, California. 5) Hospital de Cirugía General, Visceral y de Trasplantes, CMU de Maguncia, Mainz, Alemania. 6) U de Milán, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano - Milán, Italia. 7) South East Sydney Local Health District, Australia. 8) U Goethe de Frankfurt, HU de Frankfurt, Departamento de Cirugía General, Visceral, de Trasplantes y Torácica, Frankfurt/Main - Alemania. 9) División de Cirugía de Trasplantes, Centro de Trasplantes William J. von Liebig, Clínica Mayo, Rochester, MN. 10) Department of Surgery, Graduate School of Medicine, Kyoto U - Kyoto, Japan. 11) Hospital Queen Mary de la U de Hong Kong - Hongkong, China. 12) HU de Berna, U de Berna, Suiza. 13) HU de Oslo - Oslo, Noruega. 14) Departamento de Cirugía General, de Trasplantes y Hepática, U Médica de Varsovia - Polonia. 15) Centro de Investigación Clínica y Traslacional del Páncreas, H San Raffaele IRCCS, U Vita-Salute - Milán, Italia. 16) HU de Southampton, centro de excelencia ENETS - Southampton, Reino Unido

**CO2.09**

**SÍNDROME DE ROBO ARTERIAL ESPLÉNICO EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO**

Marta García Vega<sup>1</sup>, Lorena Fernández Tomé<sup>1</sup>, María Alós Díez<sup>1</sup>, María José Quiles Blanco<sup>1</sup>, Esteban Frauca Remacha<sup>1</sup>, Cesar Oterino<sup>2</sup>, Ane Miren Andrés Moreno<sup>3</sup>, Francisco Hernández Oliveros<sup>3</sup>, Loreto Hierro Llanillo<sup>1</sup>. 1) Servicio de Hepatología Pediátrica, ERN TransplantChild, ERN RARE LIVER. HU La Paz, Madrid. 2) Servicio de Radiología. HU La Paz, Madrid. 3) Servicio de Cirugía Pediátrica, ERN TransplantChild, ERN RARE LIVER. HU La Paz, Madrid

**CO2.10**

**BIOEQUIVALENCIA EN LOS NIVELES DE TACROLIMUS DE LIBERACIÓN PROLOGADA TRAS CAMBIO DE ORIGINAL A GENÉRICO EN CONDICIONES DE TRASPLANTE HEPÁTICO ESTABLE. EXPERIENCIA DE UN CENTRO**

Claudia Álvarez Varela, Sandra Pérez De La Iglesia, Miguel Ramírez Verduguer, José Luis Lledó, Agustín Albillos, Miguel García González. H Ramón y Cajal

**CO2.11**

**INMUNOSUPRESIÓN DE INDUCCIÓN CON BASILIXIMAB:  
¿PUEDE SER SUFICIENTE UNA DOSIS?**

Ana Hurtado<sup>1</sup>, Patricio Más Serrano<sup>3</sup>, María Teresa Pomares<sup>1</sup>, María Díaz<sup>4</sup>, María Rodríguez<sup>1</sup>, Pablo Bellot<sup>1</sup>, Cayetano Miralles<sup>1</sup>, Iván Herrera<sup>1</sup>, Paola Melgar<sup>2</sup>, Celia Villodre<sup>2</sup>, Mariano Franco<sup>2</sup>, Miguel Perdiguero<sup>4</sup>, José Manuel Ramia<sup>2</sup>, Gonzalo Rodríguez Laiz<sup>2</sup>, Sonia Pascual Bartolomé<sup>1</sup>. 1) *Unidad Hepática. HGU Dr. Balmis.* 2) *Unidad Cirugía HBP y trasplante hepático. HGU Dr. Balmis.* 3) *Unidad de farmacocinética. HGU Dr. Balmis.* 4) *Servicio de nefrología. HGU Dr. Balmis*

**CO2.12**

**FENOFIBRATO EN PACIENTES CON COLANGIOPATIA CRÓNICA POSTRASPLANTE**

Marta García Calongue<sup>1</sup>, Valle Cadahía Rodrigo<sup>1</sup>, Carmen Álvarez Navascues<sup>1</sup>, Carmen García Bernardo<sup>2</sup>, Ignacio González-Pinto Arrillaga<sup>2</sup>, María Varela Calvo<sup>1</sup>, Manuel Rodríguez García<sup>1</sup>, María Luisa González Diéguez<sup>1</sup>. 1) *Hepatología. HUC de Asturias.* 2) *Cirugía Hepato-biliar. HUC de Asturias*

**17.00 - 17.45 SIMPOSIO "INMUNOSUPRESIÓN"**

Moderadora: **Laura Lladó** (Barcelona)

ORGANIZADO POR **CHIESI**

**Más allá de prevenir el rechazo: Riesgo Cardiovascular y Calidad de Vida**  
**Gonzalo Crespo** (H Clínic de Barcelona)

ORGANIZADO POR **ASTELLAS**

**Advagraf 15 años después. El valor de las nuevas evidencias a largo plazo**  
**Evaristo Varo** (HCU de Santiago de Compostela)

**17.45 - 18.00 RESOLUCIÓN Y ENTREGA DE BECAS**

**18.00 - 19.00 ASAMBLEA GENERAL DE SOCIOS**

**20.30 Salida de los autocares para ir a la cena desde Palexco**

**21.00 CENA OFICIAL**

## VIERNES, 17 NOVIEMBRE 2023

### 08.00 - 09.00 **WORKSHOP XVIVO. Extendiendo horizontes**

Modera: **Javier Briceño** (HU Reina Sofía de Córdoba)

#### **The complementary benefits of hypo and normothermic machine perfusion on the liver**

**Robert Porte** (Professor of Surgery Erasmus MC, Rotterdam, The Netherlands)

#### **Revisión casos clínicos Normotermia a nivel nacional**

**Yiliam Fundora** (Cirujana de Trasplante Hepático, HU Clínic, Barcelona)

#### **Revisión casos clínicos Hipotermia a nivel nacional**

**Alberto Pueyo** (Cirujano de Trasplante Hepático, HU Puerta de Hierro, Majadahonda)

### 09.00 - 10.30 **COMUNICACIONES ORALES III. DONACIÓN Y RESULTADOS 1**

Moderan: **Pablo Martí** (Pamplona) y **María Trapero** (Madrid)

#### **CO3.01\***

#### **NORMOSPAIN: RECUPERACIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE HEPÁTICO EN ESPAÑA MEDIANTE MÁQUINAS DE PERFUSIÓN NORMATÉRMICA EX SITU**

**Yiliam Fundora Suárez**<sup>1</sup>, **José Ángel López Baena**<sup>2</sup>, **Luis Rodríguez Bachiller**<sup>2</sup>, **David Calatayud Mizrahi**<sup>3</sup>, **Adrian Rosat**<sup>4</sup>, **Gabriela Chullo Llerena**<sup>1</sup>, **Filippo Landi**<sup>1</sup>, **Manuel Abradelo De Usera**<sup>5</sup>. 1) *Cirugía Trasplante Hepático. H Clínic de Barcelona.* 2) *Cirugía Trasplante Hepático. HU Gregorio Marañón. Madrid.* 3) *Cirugía Trasplante Hepático. HUP La Fe. Valencia.* 4) *Cirugía Trasplante Hepático. HU Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.* 5) *Cirugía Trasplante Hepático. HU 12 de Octubre. Madrid*

#### **CO3.02\***

#### **DESARROLLO INICIAL DE UNA APP PARA LA VALORACIÓN DE INJERTOS HEPÁTICO: APLICANDO LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL AL PROCESO DE DONACIÓN HEPÁTICA**

**Juan Manuel Castillo Tuñón**<sup>1</sup>, **Luis Miguel Marín Gómez**<sup>2</sup>, **Beatriz Pontes Balanza**<sup>3</sup>, **Daniel Mateos García**<sup>3</sup>, **Francisco Javier Padillo Ruiz**<sup>2</sup>, **José Cristóbal Riquelme Santos**<sup>3</sup>, **José María Álamo Martínez**<sup>2</sup>, **Carmen Bernal Bellido**<sup>2</sup>, **Gonzalo Suárez Artacho**<sup>2</sup>, **Carmen Cepeda Franco**<sup>2</sup>, **Miguel Ángel Gómez Bravo**<sup>2</sup>. 1) *Unidad de Cirugía HBP. HU V. Macarena.* 2) *Unidad de Cirugía HBP y Trasplante Hepático. HU V. Rocío.* 3) *Departamento de Lenguajes y Sistemas Informáticos. Escuela Técnica Superior de Ingeniería Informática. U de Sevilla*

#### **CO3.03\***

#### **ESTUDIO PRELIMINAR DE VALIDACIÓN DE UN SISTEMA COAXIAL MEDIANTE MEDIDAS DE REFLEXIÓN ELECTROMAGNÉTICAS COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO INMEDIATO DE ESTEATOSIS HEPÁTICA EN HÍGADOS DE DONANTES PARA TRASPLANTE HEPÁTICO**

**David Abelló Audi**<sup>1</sup>, **Andrea Bosca Robledo**<sup>1</sup>, **Rafael López-Andújar**<sup>1</sup>, **Concepción García**<sup>2</sup>, **Eva Moltalvá Orón**<sup>1</sup>, **Cristina Martínez Chicote**<sup>1</sup>, **Javier Maupoey Ibáñez**<sup>1</sup>. 1) *HUP La Fe.* 2) *iTEAM, U P. de València*

#### **CO3.04**

#### **PERFUSIÓN DINÁMICA NORMATÉRMICA EN DONACIÓN EN ASISTOLIA NO CONTROLADA EN TRASPLANTE HEPÁTICO**

**Gabriela Chullo Llerena**<sup>1</sup>, **Rocío García Pérez**<sup>1</sup>, **Filippo Landi**<sup>1</sup>, **Miguel Ángel López Boado**<sup>1</sup>, **Christian J. Robles Bardales**<sup>1</sup>, **Claudia Lorenzo**<sup>1</sup>, **Héctor Estrella**<sup>1</sup>, **Angel Ruiz**<sup>5</sup>, **Camino Rodríguez**<sup>5</sup>, **Gerard Sánchez**<sup>5</sup>, **Annabel Blasi Ibañez**<sup>3</sup>, **Eva Ribas**<sup>3</sup>, **Javier Fernández**<sup>4</sup>, **Enric Reverter**<sup>4</sup>, **Gonzalo Crespo**<sup>2</sup>, **Pablo Ruiz**<sup>2</sup>, **Jordi Colmenero Arroyo**<sup>2</sup>, **Fabio Ausania**<sup>1</sup>, **Josep Fuster Obregón**<sup>1</sup>, **Yiliam Fundora Suárez**<sup>1</sup>. 1) *Hospital Clinic de Barcelona - Cirugía.* 2) *Hospital Clinic de Barcelona - Hepatología.* 3) *Hospital Clinic de Barcelona - Anestesiología.* 4) *H Clínic de Barcelona - Unidad de Cuidados Intensivos.* 5) *H Clínic de Barcelona - Coordinación de Trasplante*

**CO3.05**

**“WITH HOPE” – RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 100 CASOS DE HOPE EN TRASPLANTE HEPÁTICO EN UN CENTRO DE REFERENCIA PORTUGUÉS**

Maria João Amaral, Mariana Duque, Júlio Constantino, Ricardo Martins, Pedro Oliveira, João Simões, Marco Serôdio, Henrique Alexandrino, Licínia Dias, António Pinho, Emanuel Furtado, José Guilherme Tralhão, Dulce Diogo. *CHU de Coimbra*

**CO3.06**

**EFICACIA DE LA OPINIÓN DEL CIRUJANO EXTRACTOR PARA PREDECIR EL GRADO DE ESTEATOSIS DE LOS INJERTOS HEPÁTICOS**

Maria Sorribas, Lluís Secanella, Oriana Barrios, Alberto Amador, Alba Cachero, Kristel Mils, Josefina López, Núria Pe-laez, Juli Busquets, Teresa Serrano, Emilio Ramos, Laura Lladó Garriga. *HU de Bellvitge*

**CO3.07**

**RESULTADOS DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON INJERTOS PROCEDENTES DE DONANTES OCTOGENARIOS**

Diego López Guerra<sup>1</sup>, Isabel Jaén Torrejimenó<sup>1</sup>, Angélica Borraez Jiménez<sup>1</sup>, Adela Rojas Holguín<sup>1</sup>, Carolina Labrador Alzás<sup>1</sup>, Inmaculada Lavado Andújar<sup>1</sup>, Nerea Rodríguez-Díez<sup>2</sup>, Gerardo Blanco Fernández<sup>1</sup>. 1) *Servicio de Cirugía Hepato-biliopancreática y Trasplante Hepático. HU de Badajoz.* 2) *Servicio de Digestivo. Unidad de Hepatología. HU de Badajoz*

**CO3.08\***

**VALIDACIÓN DEL RETREAT SCORE EN PACIENTES TRASPLANTADOS POR HEPATOCARCINOMA EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

Lourdes Avelino González<sup>2</sup>, Cristina Martínez Chicote<sup>1</sup>, David Abelló Audí<sup>3</sup>, Andrea Boscá Robledo<sup>1</sup>, Ana Hernando Sanz<sup>1</sup>, Eva Montalvá Orón<sup>1</sup>, Javier Maupoey Ibáñez<sup>1</sup>, David Calatayud Mizrahi<sup>1</sup>, Ángel Rubín Suárez<sup>1</sup>, María García Eliz<sup>1</sup>, Rafael López Andújar<sup>1</sup>. 1) *HUP La Fe.* 2) *H de Denia.* 3) *HU Vall d'Hebron*

**CO3.09**

**SCORES DE SUPERVIVENCIA POSTRASPLANTE HEPÁTICO: ¿SON VÁLIDOS PARA LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA?**

Mohamed Hassin Mohamed Chairi, Mónica Mogollón González, Jennifer Triguero Cabrera, Inmaculada Segura Jiménez, María Trinidad Villegas Herrera, Jesús María Villar del Moral. *HU Virgen de las Nieves*

**10.30 - 11.00 VISITA PÓSTERS Y CAFÉ**

Moderan: **Jose María Álamo** (Sevilla) y **Isabel Campos** (Barcelona)

**P07\***

**RECIDIVA DE LA ESTENOSIS BILIAR ANASTOMÓTICAS TRAS TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO PREVIO EN EL POSTRASPLANTE HEPÁTICO. FACTORES DE RIESGO Y OPCIONES DE TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO**

Esteban Fuentes Valenzuela<sup>1</sup>, Marina De Benito Sanz<sup>1</sup>, Félix García Pajares<sup>1</sup>, Irene Peñas Herrero<sup>1</sup>, Carmen Alonso Martín<sup>1</sup>, Carolina Almohalla Álvarez<sup>1</sup>, Antonio Martínez Ortega<sup>2</sup>, Ramón Sánchez-Ocaña<sup>1,2</sup>, Carlos De La Serna-Higuera<sup>2</sup>, María Pilar Pinto Fuentes<sup>3</sup>, Baltasar Pérez Saborido<sup>3</sup>, Gloria Sánchez Antolín<sup>1</sup>, Manuel Pérez-Miranda<sup>2</sup>. 1) *Unidad de trasplante hepático. Servicio de Aparato Digestivo. HU Río Hortega.* 2) *Unidad de endoscopias. Servicio de Aparato Digestivo. HU Río Hortega.* 3) *Unidad de trasplante hepático. Servicio de Cirugía General. HU Río Hortega*



**P08\***

**IMPACTO DE LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CON PERFUSIÓN REGIONAL NORMOTÉRMICA EN LOS RESULTADOS DE TRASPLANTE HEPÁTICO POR COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA**

Manuel Durán<sup>1</sup>, Yiliam Fundora Suárez<sup>2</sup>, Mikel Gastaca Mateo<sup>3</sup>, José Ángel López Baena<sup>4</sup>, Andrea Boscà Robledo<sup>5</sup>, Miguel Ángel Gómez Bravo<sup>6</sup>, Cristina Dopazo Taboada<sup>7</sup>, María Aranzazu Varona Bosque<sup>8</sup>, Martín Bailón Cuadrado<sup>9</sup>, Gerardo Blanco Fernández<sup>10</sup>, Víctor López López<sup>11</sup>, Rafael Calleja<sup>1</sup>, Esther Brea Gómez<sup>12</sup>, Félix Cambra Molero<sup>13</sup>, Laura Lladó Garriga<sup>14</sup>, Gonzalo Rodríguez Laiz<sup>15</sup>, Pilar Palacios Gasós<sup>16</sup>, Matías Cea<sup>17</sup>, Santiago Tomé Martínez De Rituerto<sup>18</sup>, Alejandra Otero Ferreiro<sup>19</sup>, Juan Carlos Rodríguez San Juan<sup>20</sup>, Javier Nuño<sup>21</sup>, Julio Santoyo<sup>22</sup>, Fernando Rotellar<sup>23</sup>, Ignacio González-Pinto Arrillaga<sup>24</sup>, Gloria De La Rosa<sup>25</sup>, Manuel Luis Rodríguez Perálvarez<sup>1</sup>, Javier Briceño<sup>1</sup>. 1) *HU Reina Sofía, Córdoba, España.* 2) *H Clínic de Barcelona, España.* 3) *HU de Cruces, Bilbao, España.* 4) *HGU Gregorio Marañón, Madrid, España.* 5) *HUP La Fe, Valencia, España.* 6) *HU Virgen del Rocío, Sevilla, España.* 7) *HU Vall d'Hebron, Barcelona, España.* 8) *HU Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España.* 9) *HU Río Hortega, Valladolid, España.* 10) *HU Infanta Cristina, Badajoz, España.* 11) *HCU Virgen de la Arrixaca, IMIB, El Palmar, España.* 12) *HU Virgen de las Nieves, Granada, España.* 13) *HU 12 de Octubre, Madrid, España.* 14) *HU de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, España.* 15) *HGU de Alicante, Alicante, España.* 16) *HCU Lozano Blesa, Zaragoza, España.* 17) *HU Puerta de Hierro, Majadahonda, España.* 18) *CHU Santiago, Santiago de Compostela, España.* 19) *CHU La Coruña, A Coruña, España.* 20) *HU Marqués de Valdecilla, Santander, España.* 21) *HU Ramón y Cajal, Madrid, España.* 22) *HRU de Málaga, Málaga, España.* 23) *CU de Navarra, Pamplona, España.* 24) *HUC de Asturias, Oviedo, España.* 25) *Secretaría Registro Español de Trasplante Hepático RETH, Organización Nacional de Trasplante, Madrid, España*

**P09\***

**EVALUACIÓN BIOEQUIVALENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA DE DOS FORMAS FARMACÉUTICAS DE TACROLIMUS DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS**

Iván Beltrá Picó<sup>1,2</sup>, Amelia Ramón López<sup>2,3</sup>, Ricardo Nalda Molina<sup>2,3</sup>, Ana Hurtado<sup>1</sup>, María Teresa Pomares<sup>1</sup>, María Rodríguez<sup>1,2</sup>, Gonzalo Rodríguez Laiz<sup>1,2</sup>, Pablo Bello<sup>1,2</sup>, Cayetano Miralles<sup>1,2</sup>, Iván Herrera<sup>1,2</sup>, Paola Melgar<sup>1,2</sup>, Cándido Alcázar<sup>1,2</sup>, Celia Villodre<sup>1,2</sup>, Mariano Franco<sup>1,2</sup>, Miguel Perdigueru<sup>1,2</sup>, José Manuel Ramia<sup>1,2</sup>, Sonia Pascual Bartolomé<sup>1,2</sup>, Patricio Más Serrano<sup>1,2</sup>. 1) *HGU Dr. Balmis, Alicante.* 2) *Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante. Isabial.* 3) *U Miguel Hernández, Elche*

**11.00 - 12.30 COMUNICACIONES ORALES IV. RESULTADOS 2**

Moderan: Antonio González (Tenerife) y Belinda Sánchez (Málaga)

**CO4.01\***

**RESULTADOS DE LA PRIMERA RONDA DE CRIBADO DE CÁNCER DE PULMÓN MEDIANTE TAC BAJA RADIACIÓN EN UNA COHORTE DE TRASPLANTADOS HEPÁTICOS**

Giulia Pagano<sup>1</sup>, Pablo Ruiz<sup>1</sup>, Gonzalo Crespo<sup>1</sup>, Raquel García<sup>1</sup>, Yiliam Fundora Suárez<sup>1</sup>, Ivan Vollmer<sup>2</sup>, Ramon Marrades<sup>2</sup>, Laureano Molins<sup>3</sup>, Noemi Reguart<sup>3</sup>, Marcelo Sánchez<sup>2</sup>, Jordi Colmenero Arroyo<sup>1</sup>. 1) *Trasplante Hepático, S. Hepatología, H Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERehd, U de Barcelona.* 2) *Centro Diagnóstico por Imagen, H Clínic de Barcelona, IDIBAPS, U de Barcelona.* 3) *Unidad de Tumores Torácicos, H Clínic de Barcelona, IDIBAPS, U de Barcelona*

**CO4.02**

**INTERVENCIONES BILIARES GUIADAS POR ECOENDOSCOPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES BILIARES BENIGNAS POSTRASPLANTE HEPÁTICO REFRACTARIAS A TRATAMIENTO CONVENCIONAL**

Esteban Fuentes Valenzuela<sup>1</sup>, Marina De Benito Sanz<sup>1</sup>, Félix García Pajares<sup>1</sup>, Irene Peñas Herrero<sup>1</sup>, Carmen Alonso Martín<sup>1</sup>, Carolina Almohalla Álvarez<sup>1</sup>, Antonio Martínez Ortega<sup>2</sup>, Ramón Sánchez-Ocaña<sup>1,2</sup>, Carlos De La Serna-Higuera<sup>2</sup>, Enrique Asensio Díaz<sup>3</sup>, Martín Bailón Cuadrado<sup>3</sup>, Gloria Sánchez Antolín<sup>1</sup>, Manuel Pérez-Miranda<sup>2</sup>. 1) *Unidad de trasplante hepático. Servicio de Aparato Digestivo. HU Río Hortega.* 2) *Unidad de endoscopias. Servicio de Aparato Digestivo. HU Río Hortega.* 3) *Unidad de trasplante hepático. Servicio de Cirugía General. HU Río Hortega*

**CO4.03**

**STENT BILIAR AUTOEXPANDIBLE ABSORBIBLE COMO TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LAS COMPLICACIONES BILIARES EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO**

Víctor López López<sup>1</sup>, Christoph Kuemmerli<sup>2</sup>, Alberto Hiciano Guillermo<sup>1</sup>, Pedro Cascales Campos<sup>1</sup>, Alberto Baroja Mazo<sup>1</sup>, Kohei Miura<sup>3</sup>, José Antonio Pons Miñano<sup>1</sup>, Laura Martínez Alarcón<sup>1</sup>, Francisco Sánchez Bueno<sup>1</sup>, Pablo Ramírez Romero<sup>1</sup>, Ricardo Robles Campos<sup>1</sup>. 1) *HCU Virgen de la Arrixaca, IMIB-Arrixaca, Murcia, España.* 2) *Departamento de Cirugía, Clarunis - C. U de Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas de Basilea, Suiza.* 3) *División de Cirugía General y Digestiva, Escuela de Posgrado de Ciencias Médicas y Odontológicas de la U de Niigata, Niigata, Japón*

**CO4.04\***

**¿ES EL DAÑO HISTOLÓGICO DE LA VÍA BILIAR UN FACTOR PREDICTIVO PARA EL DESARROLLO DE ESTENOSIS BILIARES NO ANASTOMÓTICAS DESPUÉS DEL TRASPLANTE DE HÍGADO?**

Maria João Amaral<sup>1</sup>, Alberto Costa Silva<sup>2</sup>, Rui Caetano Oliveira<sup>3</sup>, Júlio Constantino<sup>1</sup>, Emanuel Furtado<sup>1</sup>, Ricardo Martins<sup>1</sup>, Pedro Oliveira<sup>1</sup>, António Pinho<sup>1</sup>, Henrique Alexandrino<sup>1</sup>, Marco Serôdio<sup>1</sup>, Maria Augusta Cipriano<sup>1</sup>, José Guilherme Tralhão<sup>1</sup>, Dulce Diogo<sup>1</sup>. 1) CHU de Coimbra. 2) CHU de São João. 3) Germano de Sousa - Centro de Diagnóstico Histopatológico CEDAP

**CO4.05**

**RESULTADOS DE RECONSTRUCCIÓN BILIAR EN TRASPLANTE HEPÁTICO CON TÉCNICA MARGARIT**

Nair Fernandes Montes, Mar Dalmau, Concepción Gómez Gavara, Cristina Dopazo Taboada, Mireia Caralt Barba, Itxarone Bilbao Aguirre, Ernest Hidalgo Llompart, Ramón Charco Torra. *HU Vall d'Hebron*

**CO4.06**

**RIESGO DE RECURRENCIA DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO. VALIDACIÓN DE LOS MODELOS PREDICTIVOS DE RECURRENCIA MORAL Y RETREAT**

Antonio Cuadrado Lavín, José Ignacio Fortea, Carlos Rodríguez-Lope, Angela Puente, Vanesa Fernández Vilchez, Víctor Echavarría, Federico José Castillo Suescun, Roberto Fernández Santiago, Juan Andrés Echeverri Cifuentes, María del Mar Achalandabaso Boira, Enrique Toledo Martínez, Raúl Pellón, Juan Carlos Rodríguez San Juan, Javier Crespo, Emilio Fábrega García. *HU Marqués de Valdecilla*.

**CO4.07**

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SUPERVIVENCIA DEL RETRASPLANTE HEPÁTICO URGENTE**

María José Cuevas López, Carmen Bernal Bellido, Carmen Cepeda Franco, Luis Miguel Marín Gómez, Gonzalo Suárez Artacho, José María Álamo Martínez, Francisco Javier Padillo Ruiz, Miguel Ángel Gómez Bravo. *HU Virgen del Rocío*

**CO4.08**

**TRATAMIENTO DE LA HERNIA VENTRAL DESPUÉS DE TRASPLANTE HEPÁTICO EMPLEANDO FASCIA NO VASCULARIZADA**

Iago Justo Alonso, Alberto Alejandro Marcacuzco Quinto, Oscar Caso Maestro, Félix Cambra Molero, Jorge Calvo Pulido, Álvaro García-Sesma Pérez-Fuentes, Alejandro Manrique Municio, Manuel Abradelo De Usera, Carmelo Loinaz Seguro, Carlos Jiménez Romero. *HU 12 de Octubre*

**CO4.09**

**PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR PRETRASPLANTE HEPÁTICO Y MORTALIDAD POR CÁNCER**

María Senosiaín Labiano, Patricia Salvador Bengoechea, Eunáte Muga Ibarreche, Ander García San Miguel, José 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. *HU de Cruces*

**12.30 - 13.35 MESA REDONDA 4: Mejorando la cantidad/calidad de los órganos**

Moderan: Gerardo Blanco (Badajoz) e Isabel Campos (Barcelona)

**4.1 Nuevas o viejas evidencias en líquidos de preservación**

Pilar Palacios (Zaragoza)

**4.2. Actualización del uso de máquinas de perfusión en España**

Manuel Durán (Córdoba)

**4.3. Expansión del pool de donantes**

Alejandra Otero (A Coruña)

**13.35 - 14.00 PREMIOS DEL CONGRESO Y CLAUSURA**

## PONENCIAS INVITADAS

### MESA REDONDA 1.1

#### SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA TRAS LA EXPANSIÓN DE CRITERIOS

Concepción Gómez-Gavara (Barcelona)

Desde el año 2015 la lista de espera de pacientes candidatos a trasplante hepático en España se ha visto significativamente reducida a un volumen que no supera los 400 pacientes. Las principales causas han sido la puesta en marcha de los programas de donante a corazón parado y el tratamiento con antiviricos de acción directa contra el virus hepatitis C. La evolución en lista de espera a nivel europeo dista de la evolución que se ha observado en España. A nivel europeo, el número de pacientes en lista de espera se ha mantenido o incluso se ha incrementado, únicamente en Alemania se ha observado una evolución similar a la ocurrida en España. En la 8ª reunión de consenso de la SETH, se acordaron recomendaciones para la expansión de criterios en 7 indicaciones de trasplante: edad del receptor, carcinoma hepatocelular, hepatitis alcohólica, fallo agudo sobre hepatopatía crónica (ACLF), metástasis hepáticas de origen colorrectal y colangiocarcinoma hiliar e intrahepático. Durante el año 2022 hasta marzo 2023 se han realizado 33 trasplantes con criterios expandidos. Analizamos los datos tras la expansión de criterios en nuestro país, Europa y a nivel internacional. Tras su implementación en España se ha observado un escaso impacto en la lista de espera dado que únicamente han sido realizados < 3% de trasplantes de acuerdo con estas indicaciones. La identificación de potenciales candidatos y el correcto registro de los pacientes trasplantados siguiendo los criterios expandidos, son esenciales para poder analizar correctamente nuestros datos y poder buscar estrategias para mejorar nuestros resultados.

### MESA REDONDA 1.2

#### INFLUENCIA DE LA DISPARIDAD DE GÉNERO EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Manuel Luis Rodríguez Perálvarez (Córdoba)

La implantación del sistema MELD hace 20 años supuso un descenso en la mortalidad en lista de espera de trasplante hepático, puesto que este sistema garantizaba un acceso al trasplante más precoz para aquellos pacientes con mayor gravedad. Sin embargo, la adopción del sistema MELD tuvo un importante efecto colateral: las mujeres tenían que esperar más para poder recibir un trasplante y presentaban un 30% de incremento riesgo de mortalidad o exclusión de lista por agravamiento, en comparación con los hombres. Diversos estudios sugieren que el principal factor causante de la disparidad de acceso al trasplante es la creatinina sérica como componente del sistema MELD. Las mujeres suelen tener menos masa muscular que los hombres por lo que, a igual función renal, su creatinina sérica es inferior. Las mujeres en lista de espera de trasplante podrían recibir como media 2 puntos menos de prioridad MELD que los hombres por este motivo. En Estados Unidos se ha estimado que, de haberse corregido esta disparidad de género hace 10 años, se podría haber evitado la muerte de 800 mujeres en lista de espera de trasplante. En los últimos años se han desarrollado diversas alternativas al MELD para eliminar esta disparidad, a destacar el MELD 3.0, el cual añade albúmina y sexo a la fórmula MELD, y el modelo GEMA (del inglés, Gender-equity Model for liver Allocation), que reemplaza la creatinina sérica por el filtrado glomerular calculado para cirrosis. En esta ponencia se exponen las bondades y limitaciones de cada modelo para entender las implicaciones de su adopción en la práctica clínica.

### MESA REDONDA 1.3

#### TRASPLANTE DE OTROS ÓRGANOS NO HEPÁTICO CON DONANTES VHC POSITIVOS

Magdalena Salcedo Plaza (Madrid)

La escasez de órganos para responder a la demanda creciente de trasplante de órganos sólidos (TOS) ha llevado en los últimos años a la búsqueda de órganos con riesgos potenciales añadidos a los de la donación habitual. Estos órganos se han denominado “de riesgo no estándar” porque pueden acarrear problemas relacionados con la funcionalidad del órgano, o con la transmisión de enfermedades (infecciosas o neoplásicas, básicamente).

El desarrollo de tratamientos antivirales finitos, eficaces y seguros frente a la hepatitis C ha posibilitado la donación de órganos procedentes de pacientes con hepatitis C. En España, lo que es ahora una práctica clínica aceptada por la mayoría de programas de TOS fue impulsada por el “Documento de Consenso para la valoración de donantes con serología positiva para el virus de la Hepatitis C”. Este documento fue publicado en 2019, y en su redacción intervinieron profesionales de la ONT, la SETH y de otras sociedades científicas relacionados con los trasplantes, la hepatología y la infectología (AEEH, GESITRA, SEC, SEN, SEPAR, SET).

Se revisa la casuística y efectividad de la donación de órganos no hepáticos de donantes con hepatitis C en España en los últimos años, y se compara con el escenario de donación en Estados Unidos, en que la donación asociada a hepatitis C se relaciona con la muerte por sobredosis secundaria al consumo de opiáceos, y tiene un perfil epidemiológico muy diferente al de nuestro medio. La donación de órganos de pacientes con hepatitis C curada, y documentada con anterioridad a la donación, es segura, ya que el riesgo de transmisión de la hepatitis es inexistente. Por el contrario, en el caso de órganos procedentes de donantes adictos a drogas parenterales, siempre hay que contemplar la posibilidad de que la infección se encuentre a nivel serológico en “periodo ventana” y es mandatoria la monitorización de determinaciones de carga viral en suero.

En el momento actual la mayoría de los grupos de trasplantes contemplan el TOS de donantes con infección activa (virémicos) en receptores sin esta enfermedad, tanto en circunstancias de riesgo vital no demorable (caso de muchos de los trasplantes cardíacos o pulmonares), como en procedimientos más electivos (caso de los trasplantes renales). En ambas circunstancias se obtiene un beneficio de supervivencia respecto a la permanencia en lista espera de órganos de riesgo estándar.

Centrándonos en este tipo de trasplantes: hay diversas publicaciones sobre los resultados de tratamiento antiviral tras los diferentes TOS no hepáticos (renal, cardíaco, pulmonar y páncreas), tanto en términos de supervivencia como de posible transmisión de la hepatitis.

Las estrategias frente al VHC han cambiado sustancialmente: inicialmente, se contemplaba el tratamiento una vez documentada la transmisión de la infección viral, pero los protocolos actuales se centran en *el abordaje precoz con antivirales*. El objetivo actual pues es *prevenir la transmisión* de la infección por VHC en lugar de esperar a tratar la infección (subclínica o en forma de hepatitis). Esta estrategia preventiva se ha mostrado eficaz y segura, reduciendo tanto el riesgo de desarrollo de hepatitis C en el receptor, como de problemas sistémicos relacionados con la infección viral (rechazo, glomerulonefritis, etc.).

El abordaje como prevención con antivirales de acción directa se inicia en el periodo perioperatorio o postoperatorio inmediato, con fármacos pangenotípicos, y pautas cortas y ultra cortas.

### MESA REDONDA 2.1

#### ¿CUÁNDO CONTRAINDICAMOS EN CASOS DE COMORBILIDAD? VISIÓN DEL HEPATÓLOGO

Francisco Javier Bustamante Schneider (Bilbao)

En el trasplante hepático el pronóstico de las distintas etiologías y complicaciones de la hepatopatía está bien definido y es un dato fundamental para establecer en un paciente determinado la indicación de trasplante y el beneficio de supervivencia esperable. En los últimos años los avances en la cirugía, la optimización del tratamiento inmunosupresor y la reducción de listas de espera (gracias a los antivirales anti-VHC y a los donantes con criterios expandidos) están permitiendo el acceso al trasplante hepático de pacientes añosos y frágiles con complicaciones de la cirrosis alcohólica o de la cirrosis por esteatosis hepática metabólica, etiologías caracterizadas por su alta carga de comorbilidades cardiovasculares, renales, oncológicas y metabólicas. Aunque existen datos referidos a la repercusión individual de determinadas patologías, las herramientas para analizar las interacciones de unas con otras y su potencial impacto en la morbimortalidad global postrasplante son escasas y con valor pronóstico limitado, como lo demuestran las discrepancias de los estudios realizados con el Charlson Comorbidity Index adaptado al trasplante hepático. La falta de modelos predictivos específicos para estos complejos pacientes implica que, en la práctica, los criterios de comorbilidad y/o fragilidad que determinan la “trasplantabilidad” de un candidato son heterogéneos y se deciden en un escenario de evidencia científica limitada.

Por ello, en este contexto es imprescindible desarrollar herramientas con capacidad para determinar el impacto pronóstico combinado de la hepatopatía y de las distintas patologías extrahepáticas evitando el trasplante en pacientes con comorbilidades que pueden reducir el beneficio de supervivencia de un procedimiento tan complejo y con tantas implicaciones éticas.

## MESA REDONDA 2.2

### ¿CUÁNDO ES EXCESIVO EL RIESGO PERI-OPERATORIO? VISIÓN DEL ANESTESISTA

Vicente Padilla (Sevilla)

Para el anestésista, el trasplante hepático es todo un reto anestésico, por la complejidad que comprende y por los múltiples eventos, complicaciones y consideraciones que hay que manejar en los periodos pre, intra y postoperatorio inmediato. No solamente hay que tener en cuenta la propia enfermedad hepática, muchas veces en fase terminal si no las consecuencias que ello conlleva, como alteraciones en la coagulación o en el equilibrio hídrico. Además hay que añadirle en muchas ocasiones los efectos que tiene la enfermedad hepática en otros órganos como son el corazón, riñón, sistema nervioso central o pulmón. A esto se suman las enfermedades concomitantes a parte de la hepática que el paciente posea, como son los trastornos del ritmo cardíaco, valvulopatías, hipertensión pulmonar, EPOC, coronariopatías y un largo etcétera. Todo ello en un contexto en el que cada vez se aceptan pacientes con mayor edad, con índice de masa corporal más elevado o con síndrome metabólico los cuales favorecen la presencia de enfermedades cardiovasculares y tienen sus propias consideraciones anestésicas. Por lo tanto los pacientes candidatos a trasplante hepático son cada vez más complicados en su manejo anestésico, requiriendo una alta especialización y un abordaje multidisciplinar en el que diferentes especialidades médicas y quirúrgicas ayuden a una correcta selección de candidatos minimizando el riesgo del acto quirúrgico y del anestésico. Debemos igualmente ser minuciosos en la fase preoperatoria identificando y previniendo la aparición de posibles eventos. Estos eventos están bien definidos en muchas ocasiones, pero en otras no existe en la literatura consenso sobre como proceder. Entre los ejemplos más importantes nos encontraríamos el de la enfermedad cardiovascular, en donde no hay claras directrices a nivel internacional sobre que técnica emplear para su estudio preoperatorio en pacientes asintomáticos y como abordarlo terapéuticamente, a pesar de ser estos eventos cardiovasculares de las complicaciones más frecuentes en el postoperatorio del trasplante hepático. Por este motivo se necesitan protocolos específicos para cada centro con el fin de minimizar el riesgo de su aparición. Otro punto a destacar sería el del manejo preoperatorio de las anemias ya que la transfusión de hemoderivados en el intraoperatorio aumenta la morbimortalidad intra y postoperatoria. Como puede apreciarse es un tema de gran complejidad y amplitud el que vamos a abordar.

## MESA REDONDA 2.3

### ACLF: CUÁNDO ES DEMASIADO TARDE

Carmen Vinaixa (Valencia)

El fallo hepático agudo sobre crónico, o ACLF en inglés (*Acute-on-Chronic Liver Failure*) supone una situación crítica con elevada mortalidad a corto plazo. Aúna la presencia simultánea de descompensación hepática (ascitis, hemorragia digestiva varicosa y/o encefalopatía hepática) con fracaso de órganos extrahepáticos, en el contexto de una inflamación sistémica severa, desencadenada frecuentemente en nuestro medio por una infección o por un tóxico como el alcohol. Así pues, el ACLF engloba cuadros clínicos muy heterogéneos y de etiología diversa. Disponemos de escalas pronósticas que estiman la mortalidad en estos pacientes; la más popular de ellas, la desarrollada por el Consorcio CLIF-C de la EASL. Pese a que, en algunos casos, el cuadro clínico puede mejorar de forma espontánea con tratamiento de soporte, en más de la mitad de ellos la evolución clínica es rápidamente desfavorable. Varios estudios han mostrado que el trasplante hepático puede suponer un beneficio en la supervivencia de estos pacientes, incluso superior al 80% al año del trasplante. Determinar el momento óptimo para realizar el trasplante, así como los factores asociados al buen resultado de éste y sus contraindicaciones, es clave. En este sentido, disponemos de dos escalas pronósticas, basadas en estudios retrospectivos, que predicen la supervivencia a 1 año post-trasplante: (a) la TAM (*Transplantation for ACLF-3 Model*) score y la (b) SALT-M (*Sundaram ACLF-LT Mortality*) score. Los factores asociados a mal pronóstico han sido, entre otros: la edad, el lactato elevado, el fracaso respiratorio, el fracaso circulatorio, el recuento elevado de leucocitos, las comorbilidades, la fragilidad, la obesidad, la diabetes o la presencia de gérmenes multiresistentes. Establecer que pacientes se van a beneficiar del trasplante es una decisión difícil y que ha de tomarse de forma individualizada. Además, consensuar la forma de priorización en lista de espera en estos casos urgentes también va a resultar determinante.

## MESA REDONDA 2.4

### CÓMO MANEJAMOS LAS ADICCIONES

Jordi Colmenero Arroyo (Barcelona)

El consumo de alcohol, tabaco y drogas es un problema de salud pública que afecta a un porcentaje alto de pacientes candidatos a trasplante hepático. El manejo de estas adicciones en el contexto del trasplante hepático ha pasado de ser un método de selección de los mejores candidatos a ser considerado una patología concomitante asociada, que debe abordarse de forma multidisciplinar desde el pretrasplante hasta mucho tiempo después del trasplante.

El trastorno por uso de alcohol (TUA) afecta el 40-50% de los candidatos trasplantados y obliga a realizar una valoración integral social, psiquiátrico-adictiva y orgánica. El objetivo fundamental de esta intervención es mantener la abstinencia y evitar la futilidad del trasplante hepático debido a la recaída grave en el consumo por alcohol tras el trasplante. En los últimos 15 años se ha producido un cambio en el abordaje de estos pacientes, con una mayor intervención de profesionales de las adicciones, un mayor uso de fármacos para consolidar la abstinencia (acamprosato, baclofeno, naloxona) y un mayor número de biomarcadores (etilglucurónido, fosfatidiletanol) que permiten una mejor detección de la recaída. Por otro lado, se ha iniciado la desestigmatización de este trastorno, eliminando criterios absolutos de contraindicación al trasplante hepático (pej. regla de los 6 meses de abstinencia) en favor de predictores combinados que identifican mejor el riesgo de recaída (HRAR, SIPAT, SALT). El abordaje del TUA debe realizarse como un programa de tratamiento integral pre y postrasplante para evitar recaídas, detectarlas pronto, volver a la abstinencia y minimizar los daños en caso de recaído. Los psiquiatras especializados en adicciones desempeñan un papel esencial en este proceso, brindando terapia y tratamiento farmacológico según sea necesario.

El tabaquismo y el trastorno por uso de cannabis y sustancias de prescripción y/o drogas ilícitas son problemas frecuentes en los candidatos a trasplante. Si bien el tabaquismo no se considera una contraindicación absoluta al trasplante hepático en la mayor parte de centros, es una preocupación importante debido a la incidencia incrementada de enfermedad cardiovascular y cáncer después del trasplante, y puede suponer una contraindicación en caso de patología asociada. El consumo esporádico de cannabis y el consumo de drogas ilícitas requieren evaluación especializada y supervisión de un período de abstinencia supervisado largo, ya que la recaída asocia a un mayor riesgo biológico y de recaída en otras adicciones. En resumen, el abordaje especializado integrado por especialistas en hepatología, adicciones y psicología antes y después del trasplante, abordando el aspecto social.

## MESA REDONDA 3.1

### CASO 1: EICH

Juan Bañares Sánchez (HU Vall d'Hebron)

**Varón de 67 años que consulta por fiebre a los 3 meses de trasplante. Mi caso clínico más complicado.**

Nuestro paciente acudió 3 meses después del trasplante con un cuadro de fiebre y pancitopenia. Pese al tratamiento instaurado inicialmente la condición del paciente se deterioró, apareciendo diarreas y un exantema cutáneo por toda la superficie corporal. Tras descartar las posibilidades más frecuentes, finalmente se consiguió llegar al diagnóstico del paciente. Este caso es un ejemplo de una complicación infrecuente pero mortal que puede presentarse en los primeros meses tras el trasplante. Tener un bajo índice de sospecha, entender la fisiopatología y conocer todas las posibilidades terapéuticas, puede ayudarnos a manejar mejor a nuestros pacientes trasplantados.

### MESA REDONDA 3.2

#### CASO 2: ENFERMEDAD FONTAN EN PACIENTE ADULTO. TRASPLANTE HEPATO-CARDÍACO

J. Ángel López-Baena (HU Gregorio Marañón)

Pendiente de recibir resumen

### MESA REDONDA 3.3

#### CASO 3: TRASPLANTE HEPÁTICO POR HIDATOSIS RECIDIVADA

Oriana Barrios (HU Bellvitge)

Pendiente de recibir resumen

## CONFERENCIA MAGISTRAL

### BIOPSIA LÍQUIDA EN EL MANEJO DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR

Augusto Villanueva (Institute for liver medicine, Mount Sinai, Nueva York)

El carcinoma hepatocelular (CHC) sigue siendo un problema de salud a nivel mundial. La OMS estima que en 2030 habrá 1 millón de muertes debidas a cáncer hepático en el mundo. El pronóstico de los pacientes con CHC diagnosticados en estadios avanzados es limitado, con una media de 2 años, incluso con los tratamientos recién aprobados. El diagnóstico precoz sigue siendo la herramienta más eficaz para incrementar la supervivencia de los pacientes de CHC. Los programas de cribado, que recomiendan la ecografía abdominal y alfa-fetoproteína cada 6 meses tienen una sensibilidad del 63% para el diagnóstico de CHC en estadio inicial, potencialmente curable. Solo el 25% de los pacientes en alto riesgo de CHC están enrolados en un programa de cribado. El desarrollo de nuevas tecnologías basadas en biopsia líquida pueden mejorar estos datos. Se estima que el análisis de DNA circulante o de exosomas tiene una sensibilidad superior al 80% para detectar CHC en estadio inicial. Esto, unido a su fácil implementación, puede revolucionar el cribado del CHC. Más allá de esta indicación, hay estudios que demuestran el alto poder predictivo de esta tecnología para identificar los pacientes que respondan a terapias sistémicas, sobre todo inmunoterapia.

## MESA REDONDA 4.1

### NUEVAS O VIEJAS EVIDENCIAS EN LÍQUIDOS DE PRESERVACIÓN

Pilar Palacios Gasós (Zaragoza)

El empleo del trasplante hepático como tratamiento efectivo de la enfermedad hepática terminal ha superado progresivamente en el tiempo múltiples desafíos. A las dificultades técnicas y los múltiples obstáculos que ha supuesto el manejo inmunosupresor, se ha sumado también la dificultad de preservación óptima de los órganos.

Desde que Tomas Starlz, completara con éxito el primer trasplante hepático, los órganos inicialmente se preservaban con la solución de Collins. Esta solución, permitía preservar los órganos entre 4-8 horas por lo que era necesaria una nueva solución que permitiera preservar el órgano un tiempo suficiente para trasladar el órgano del hospital donante al receptor, así como mejorar los resultados de función hepática post-trasplante.

Con esos objetivos se desarrolló la solución de la Universidad de Wisconsin (UW) en el inicio de 1980, llegando a convertirse en la solución gold estándar en preservación estática de órganos, permitiendo llegar incluso a las 20 horas de preservación hepática. Estos principios se mantienen hasta la actualidad: disminución del edema celular, estimular la síntesis de adenosintrifosfato (ATP) y disminuir la producción de radicales de oxígeno.

Sin embargo, se han desarrollado otras soluciones que han conseguido unos resultados equiparables. La solución histidine-tryptophan-ketoglutarato (HTK) inicialmente se desarrolló como una solución de cardioplejia. Posteriormente se observó su utilidad como solución de preservación hepática, con las ventajas de ser una solución menos viscosa y también menos costosa que la UW. La solución de Institut George Lopez 1 (IGL 1), se caracteriza por el uso polietilenglicol como agente oncótico, así como una baja cantidad de potasio y se considera también una solución de baja viscosidad. Los resultados de preservación con dicha solución, se asemejan a los resultados de las soluciones estándar.

Durante los últimos años, se han publicado múltiples estudios comparativos entre las diferentes soluciones de preservación, con resultados en ocasiones contradictorios, atribuidos a las limitaciones en el diseño de los estudios. Una de las principales limitaciones ha sido la baja representación en los estudios de donantes con criterios extendidos, incluidos los donantes en muerte circulatoria (DCD). En 2021, la ILTS recomendó no utilizar la solución HTK en DCD, sin embargo, los últimos estudios publicados por AASLD (American Association for the Study of the Liver) sugieren que HTK no es inferior a UW en la preservación de órganos en DCD.

Actualmente, existen dos factores que generan la necesidad de mejorar las soluciones de preservación, en dirección a mejorar el estatus mitocondrial y su energía durante la isquemia. En primer lugar, el aumento de donantes con esteatosis hepática y en segundo lugar, por el desarrollo de las nuevas estrategias de preservación de órganos como la perfusión oxigenada hipotérmica (HOPE) y la preservación ex-situ. El desarrollo de la IGL-2, que presenta modificaciones dirigidas a corregir estos aspectos, puede aportar nuevos avances en el campo de la preservación.



## MESA REDONDA 4.2

### ACTUALIZACIÓN DEL USO DE MÁQUINAS DE PERFUSIÓN EN ESPAÑA

Manuel Durán (Córdoba)

Pendiente de recibir resumen

## MESA REDONDA 4.3

### EXPANSIÓN DEL POOL DE DONANTES

Alejandra Otero Ferreiro (A Coruña)

En 2022 se realizaron en nuestro país 5.383 trasplantes de órganos, lo que corresponde a una tasa de 113,4 por millón de población (p.m.p.). La tasa de donación en España es de 46,3 donantes p.m.p. y es muy superior a la alcanzada por el resto de países del mundo. Pero a pesar de la elevada actividad de trasplantes en España, persiste un número importante de pacientes en lista de espera. A 31 de diciembre de 2022, la lista de espera se situaba en 4.746 pacientes.

Para intentar aumentar el número de órganos disponibles se ha recurrido en los últimos años, sobre todo a los donantes de edad avanzada y a los donantes en asistolia. Más de la mitad de los donantes (57,3%) supera ya los 60 años y la donación en asistolia supone el 45% de la actividad global de donación en España.

Sin embargo, la utilización de estos donantes “de riesgo” conllevan una serie de complicaciones como la disfunción primaria o la colangiopatía isquémica. Para mejorar la calidad de estos órganos y minimizar las complicaciones surgen los dispositivos de perfusión *in vivo* y *ex vivo*. Hay tres técnicas con diferentes aplicaciones.

- La perfusión regional normotérmica: Se aplica directamente en el donante para evaluar los órganos tras la parada cardíaca (DCD) y antes de iniciar la isquemia fría.
- La perfusión normotérmica *ex situ*: Suministra al hígado, después de la extracción, nutrientes y oxígeno a 37°C utilizando una perfusión basada en sangre
- La perfusión de oxígeno en hipotermia (HOPE): reintroducción de oxígeno a bajas temperaturas tras almacenamiento en frío o tras NPR.

A pesar de la mejoría que han supuesto estos métodos de preservación, un número importante de órganos se descartan para trasplante. El siguiente objetivo es recuperar órganos inicialmente descartados para trasplante y convertirlos en órganos trasplantables.

Por último no olvidar que a pesar de la alta tasa de donación, sigue habiendo negativas a la donación (414 en el año 2022) y hay que seguir trabajando para que este número sea cada vez menor.

## COMUNICACIONES ORALES

### CO1.01\*

#### ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL PARA LA VALIDACIÓN DEL MODELO GEMA DE PRIORIZACIÓN DE LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN ESPAÑA

Manuel Luis Rodríguez Perálvarez<sup>1</sup>, Gloria De La Rosa<sup>2</sup>, Antonio Manuel Gómez Orellana<sup>3</sup>, María Victoria Aguilera Sancho-Tello<sup>4</sup>, Teresa Pascual Vicente<sup>5</sup>, Sheila Pereira<sup>6</sup>, María Luisa Ortiz<sup>7</sup>, Giulia Pagano<sup>8</sup>, Francisco Suárez<sup>9</sup>, Rocío González Grande<sup>10</sup>, Alba Cachero<sup>11</sup>, Santiago Tomé Martínez de Rituerto<sup>12</sup>, Mónica Barreales<sup>13</sup>, Rosa Martín Mateos<sup>14</sup>, Sonia Pascual Bartolomé<sup>15</sup>, Mario Romero Cristóbal<sup>16</sup>, Itxarone Bilbao Aguirre<sup>17</sup>, Carmen Alonso Martín<sup>18</sup>, Elena Otón<sup>19</sup>, María Luisa González Diéguez<sup>20</sup>, María Dolores Espinosa<sup>21</sup>, Ana Arias Milla<sup>22</sup>, Gerardo Blanco Fernández<sup>23</sup>, Sara Lorente Pérez<sup>24</sup>, Antonio Cuadrado Lavín<sup>25</sup>, Amaya Redín García<sup>26</sup>, Clara Sánchez Cano<sup>4</sup>, Carmen Cepeda Franco<sup>6</sup>, José Antonio Pons Miñano<sup>7</sup>, Jordi Colmenero Arroyo<sup>8</sup>, Alejandra Otero Ferreiro<sup>9</sup>, Nerea Hernández Aretxabaleta<sup>11</sup>, Sarai Romero Moreno<sup>4</sup>, María Rodríguez Soler<sup>15</sup>, César Hervás Martínez<sup>3</sup>, Mikel Gastaca Mateo<sup>5</sup>. 1) Unidad de Hepatología y Cirugía de Trasplante hepático. HU Reina Sofía, IMIBIC, CIBERehd, Córdoba, España. 2) Organización Nacional de Trasplantes (ONT), España. 3) Departamento de Informática y Análisis Numérico, U de Córdoba, Escuela Politécnica Superior de Córdoba, Córdoba, España. 4) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. La Fe e Instituto de Investigación sanitaria La Fe, CIBERehd, Valencia, España. 5) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático. HU de Cruces, Bilbao, España. 6) Unidad de Cirugía HBP y Trasplantes. H Virgen del Rocío, Sevilla, España. 7) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia, España. 8) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H Clínica de Barcelona, IDIBAPS, CIBERehd, Barcelona, España. 9) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. CHU de A Coruña, España. 10) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. HRU de Málaga, Málaga, España. 11) Unidad de Trasplante Hepático. HU de Bellvitge, España. 12) Unidad de Trasplante Hepático. CHU de Santiago, España. 13) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. HU 12 de Octubre, Madrid, España. 14) Unidad de Trasplante Hepático. HU Ramón y Cajal, CIBERehd, IRYCIS, Madrid, España. 15) Unidad de Trasplante Hepático. H. General de Alicante, ISABIAL, CIBERehd, Alicante, España. 16) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. HGU e Instituto de Investigación biomédica Gregorio Marañón, CIBERehd, Madrid, España. 17) Unidad de Trasplante Hepático. HU Vall d'Hebron, Barcelona, España. 18) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H Rio Hortega, Valladolid, España. 19) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H Virgen de la Candelaria, Tenerife, España. 20) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. HUC de Asturias, España. 21) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H Virgen de las Nieves, Granada, España. 22) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. HU Puerta de Hierro, Madrid, España. 23) Unidad de Trasplante Hepático. CHU de Badajoz. 24) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. HU Lozano Blesa, Instituto de Investigaciones Sanitarias de Aragón (IIS Aragón), Zaragoza, España. 25) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. HU Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander, España. 26) Unidad de Hepatología y Cirugía de Trasplante Hepático. CU de Navarra, IdiSNA, CIBERehd, Navarra, España.

**Objetivo:** Validar la utilidad del "Gender Equity model for Liver Allocation-sodium" (GEMA) para priorizar pacientes en lista de espera de trasplante hepático (TH) en España. **Material y método:** Estudio multicéntrico nacional que incluyó pacientes adultos incluidos en lista de espera para un primer TH electivo (2014-2021). El evento primario fue la mortalidad en lista de espera o la exclusión de lista por agravamiento en los primeros 90 días. La discriminación del modelo GEMA fue determinada mediante el estadístico c de Harrell (Hc) y comparada con la de los modelos MELD, MELD-Na, y MELD 3.0. **Resultado:** Se incluyeron 6.206 pacientes (22,4% mujeres, edad media 57,8±8,6), entre los que 5460 casos tuvieron datos completos para calcular los modelos. Las indicaciones de trasplante fueron: hepatocarcinoma (39,4%), insuficiencia hepática (29,4%), ascitis refractaria (13%), otras indicaciones especiales tumorales (1,3%) y no tumorales (16,9%). La mortalidad o exclusión por agravamiento como evento final en lista fue del 11,1% (11,5% mujeres vs. 10,9% hombres; p=0,53). El evento primario ocurrió en 298 pacientes (5,4% mujeres vs. 4,6% hombres; p=0,24). El tiempo mediano de espera para TH fue de 71 días en la cohorte global (75 en mujeres vs. 71 en hombres; p=0,44), y de 59 días en la subcohorte sin hepatocarcinoma (67 en mujeres vs. 56 en hombres; p=0,025). GEMA obtuvo la mejor capacidad discriminativa para predecir mortalidad o exclusión por agravamiento (Hc=0,717), seguido de MELD-Na (Hc=0,704; p=0,039), MELD 3.0 (Hc=0,701; p=0,012) y MELD (Hc=0,689; p=0,002). En la subcohorte sin hepatocarcinoma, las diferencias fueron más evidentes: GEMA (Hc=0,776), MELD-Na (Hc=0,756; p=0,004), MELD 3.0 (Hc=0,752; p=0,005) y MELD (Hc=0,730; p< 0,001). Lo mismo ocurrió en pacientes con ascitis: GEMA (Hc=0,745), MELD-Na (Hc=0,724; p=0,002), MELD 3.0 (Hc=0,724; p=0,011) y MELD (Hc=0,706; p=0,005). **Conclusión:** GEMA es superior a los modelos de la familia MELD para priorizar la lista de espera de TH en España.

CO1.02\*

**PROGRESIÓN LONGITUDINAL DE BIOMARCADORES Y MODELO PREDICTIVO BASADO EN “MACHINE LEARNING” PARA LA TOLERANCIA OPERACIONAL EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO**

Gloria López Díaz<sup>1</sup>, Maribel Sánchez Lorenzo<sup>2</sup>, María Luisa González Diéguez<sup>3</sup>, Alejandra Otero Ferreiro<sup>4</sup>, María Ángeles Vázquez Millán<sup>4</sup>, Mario Romero Cristóbal<sup>5</sup>, Sara Lorente Pérez<sup>6</sup>, Gloria Sánchez Antolín<sup>7</sup>, Mercedes Iñarrairaegui-Bastarrica<sup>8</sup>, Jesús M. De La Peña Moral<sup>9</sup>, José Ignacio Herrero Santos<sup>8</sup>, Alberto Baroja Mazo<sup>2</sup>, José Antonio Pons Miñano<sup>1</sup>. 1) *Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia.* 2) *Grupo de Inflamación molecular, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia.* 3) *HC de Asturias, Oviedo.* 4) *Unidad de Trasplante Hepático, CH Juan Canalejo, A Coruña.* 5) *Unidad de Hepatología, HGU Gregorio Marañón, Madrid.* 6) *Unidad de Trasplante Hepático, HCU Lozano Blesa, Zaragoza.* 7) *Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, HU Río Hortega, Valladolid.* 8) *Hepatology Unit, CU de Navarra, Pamplona.* 9) *Unidad de Anatomía, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia*

**Objetivo:** El uso de terapias inmunosupresoras a largo plazo en el trasplante hepático (TH) conlleva efectos secundarios indeseados. Por este motivo, el estudio de la tolerancia operacional (OT) ha llegado a ser un objetivo prioritario. En este trabajo, se ha llevado a cabo un ensayo clínico, controlado, prospectivo, aleatorizado y multicéntrico en pacientes con TH, cuyo objetivo es desentrañar los procesos moleculares y genéticos de OT y desarrollar un modelo predictivo por medio de algoritmos de aprendizaje automático para optimizar la atención y los resultados de los pacientes. **Material y método:** Se incluyeron 91 pacientes con TH que dieron su consentimiento informado. La OT se definió como la ausencia total de inmunosupresión durante al menos 12 meses sin rechazo. Se compararon pacientes tolerantes (Tol) y no tolerantes (no-Tol), y se recogieron muestras longitudinales de sangre y biopsias hepáticas para analizar diversos biomarcadores. Se utilizaron análisis estadísticos, incluidos GMM y algoritmos logísticos, para evaluar las asociaciones de biomarcadores, predecir la OT y estimar las métricas predictivas. **Resultado:** De los 91 pacientes, 45 completaron el protocolo, de los cuales 28 (62,2%) experimentaron rechazo durante la retirada del fármaco, mientras que 17 (37,8%) alcanzaron la tolerancia. El análisis de los biomarcadores moleculares reveló diferencias significativas entre los grupos Tol y no-Tol. En particular, el grado de metilación de FOXP3 en sangre total al inicio del estudio fue mayor en pacientes no-Tol. La expresión de FOXP3, SENP6, miR31 y miR95, tuvieron una evolución longitudinal distinta entre los grupos. Un modelo predictivo basado en biomarcadores genéticos y en el “tiempo transcurrido desde el trasplante hasta la retirada” demostró capacidad predictiva para identificar posibles pacientes tolerantes, con un AUC de 0,83. **Conclusión:** Nuestros hallazgos aportan información valiosa para lograr la OT en el TH y pueden mejorar la estratificación de los pacientes en tratamientos personalizados.

CO1.03\*

**EMPAREJAMIENTO DONANTE-RECEPTOR DURANTE LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA CON PERFUSIÓN REGIONAL NORMOTÉRMICA: PAPEL DE LOS CLASIFICADORES DE MACHINE LEARNING COMO MODELOS PREDICTIVOS DE LA SUPERVIVENCIA DEL INJERTO**

Rafael Calleja<sup>1</sup>, Marcos Rivera<sup>2</sup>, Amelia J. Hesseheimer<sup>3</sup>, Beatriz Domínguez-Gil<sup>4</sup>, David Guijo-Rubio<sup>2</sup>, Constantino Fontdevila<sup>3</sup>, Mikel Gastaca Mateo<sup>5</sup>, Manuel Gómez<sup>6</sup>, Pablo Ramírez Romero<sup>7</sup>, Rafael López Andújar<sup>8</sup>, Lánder Atutxa<sup>9</sup>, Julio Santoyo<sup>10</sup>, Miguel Ángel Gómez Bravo<sup>11</sup>, Jesús María Villar del Moral<sup>12</sup>, Carolina González-Abos<sup>28</sup>, Bárbara Vidal<sup>13</sup>, Laura Lladó Garriga<sup>14</sup>, José Roldán<sup>15</sup>, Carlos Jiménez Romero<sup>16</sup>, Víctor Sánchez-Turrión<sup>17</sup>, Gonzalo Rodríguez Laiz<sup>18</sup>, José Ángel López Baeña<sup>19</sup>, Ramón Charco Torra<sup>20</sup>, Evaristo Varo<sup>21</sup>, Fernando Rotellar<sup>22</sup>, Manuel Barrera<sup>23</sup>, Juan Carlos Rodríguez San Juan<sup>24</sup>, Gerardo Blanco Fernández<sup>25</sup>, Javier Nuño<sup>26</sup>, David Pacheco Sánchez<sup>27</sup>, Elisabeth Coll<sup>4</sup>, Gloria De La Rosa<sup>4</sup>, César Hervás Martínez<sup>2</sup>, Javier Briceño<sup>1</sup>. 1) *HU Reina Sofía, Córdoba, España.* 2) *Departamento de Ciencias Computacionales y Análisis numérico, U de Córdoba, Córdoba, España.* 3) *HU La Paz, Madrid, España.* 4) *Organización Nacional de Trasplantes, Madrid, España.* 5) *HU de Cruces, Bilbao, España.* 6) *CHU La Coruña, A Coruña, España.* 7) *HCU Virgen de la Arrixaca, IMIB, El Palmar, España.* 8) *HUP La Fe, Valencia, España.* 9) *HU Donostia, San Sebastián, España* 10) *HRU de Málaga, España* 11) *HU Virgen del Rocío, Sevilla, España* 12) *HU Virgen de las Nieves, Granada, España* 13) *HGU de Castellón, Castellón, España* 14) *HU de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, España* 15) *HU de Navarra, Pamplona, España* 16) *HU 12 de Octubre, Madrid, España* 17) *HU Puerta de Hierro, Majadahonda, España* 18) *HGU de Alicante, Alicante, España* 19) *HGU Gregorio Marañón, Madrid, España* 20) *HU Vall d'Hebron, Barcelona, España* 21) *CHU Santiago, Santiago de Compostela, España* 22) *CU de Navarra, Pamplona, España* 23) *HU Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España* 24) *HU Marqués de Valdecilla, Santander, España* 25) *HU Infanta Cristina, Badajoz, España* 26) *HU Ramón y Cajal, Madrid, España* 27) *HU Río Hortega, Valladolid, España* 28) *General & Digestive Surgery Service, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques, H Clínica de Barcelona, España*

**Objetivo:** Nuestro objetivo es explorar el posible papel de diferentes clasificadores de Machine Learning como modelos de predicción de la supervivencia del injerto en la donación controlada en asistolia bajo perfusión regional normotérmica (PRN). A partir del mejor modelo obtenido, se establecerá un score de riesgo, que se integrará en un sistema automático de emparejamiento donante-receptor (D-R). **Método:** Se realizó un estudio de cohortes multicéntrico retrospectivo español utilizando 543 emparejamientos D-R bajo PRN. Se incluyeron inicialmente 17 variables de donante y receptor. Los clasificadores evaluados fueron la regresión logística (RL), el clasificador Ridge (RC), máquinas de vectores de soporte (SVC), el perceptrón multicapa (MLP) y los Random Forest (RF). El end-point del estudio fue la supervivencia del injerto a 3 y 12 meses. Se desarrolló un score de riesgo para la pérdida del injerto a los 12 meses basado en el mejor modelo obtenido. Este score fue comparado con el UK DCD score en nuestra población. **Resultado:** De los algoritmos de ML evaluados, la RL (AUC 0,838) superó a los demás clasificadores en la predicción de la supervivencia del injerto tanto a 3 como a 12 meses. Nuestro score, obtuvo una performance superior al UK DCD score (índice C 0,837 frente a 0,565; p<0,05) en la predicción de supervivencia del injerto a 12 meses. Las variables de mayor peso en el modelo fueron la isquemia fría y el retrasplante. El score fue integrado con el sistema MELD en un sistema de emparejamiento automático basado en reglas. **Conclusión:** En la DAC bajo NRP, los clasificadores como MLP o RF fueron superados por la RL. Estos hallazgos estuvieron condicionados por las características del conjunto de datos. Nuestro score obtuvo un rendimiento satisfactorio en nuestra población. El sistema de emparejamiento D-R podría asistir en la decisión de asignación del injerto.

CO1.04\*

**ACCESO LIMITADO AL TRASPLANTE HEPÁTICO (TH) PRECOZ EN PACIENTES CON HEPATITIS AGUDA ALCOHÓLICA (HAA) EN CONTEXTO DE CONTRAINDICACIONES SOCIO-PSIQUIÁTRICAS**

Sonia García García<sup>1</sup>, Isabel Terol Cháfer<sup>1</sup>, María García Eliz<sup>1,2</sup>, Isabel Conde Amiel<sup>1,2</sup>, Carmen Vinaixa Aunes<sup>1,2</sup>, Carmen Castillo Cejas<sup>3</sup>, Sargario Gutierrez<sup>3</sup>, Javier Del Hoyo Francisco<sup>1</sup>, Ángel Rubín Suárez<sup>1,2</sup>, Marina Berenguer Haym<sup>1,2,4</sup>, María Victoria Aguilera Sancho-Tello<sup>1,2,4</sup>. 1) HUP La Fe, Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, Valencia. 2) Instituto de Salud Carlos III, CIBERehd, Madrid. 3) HUP La Fe, Departamento de Trabajo Social, Valencia. 4) U de Valencia, Departament de Medicina, Valencia

El TH precoz en HAA se ha convertido en un tratamiento aceptado para pacientes seleccionados. Sin embargo, la inclusión en lista de espera (LE) y el acceso al mismo siguen siendo limitados. **Objetivo:** Conocer las razones que impiden el acceso al TH en pacientes con HAA. **Pacientes-Material y método:** Pacientes ingresados por HAA en centro trasplantador durante 2015-2021. Se dividieron en 3 cohortes temporales (1:2015-2017, 2:2018-2019, 3:2020-2021). Se recogieron datos demográficos, sociales, criterios NIAAA, severidad de HAA, acceso a LE y TH y motivos de rechazo o salida de LE. **Resultado:** 61 pacientes (criterio probable NIAAA en 87 %). Los ingresos por HAA aumentaron en última cohorte (33 %, 16 % y 51 %). La edad media: 55 años, 75 % hombres, 73 % españoles. Sólo el 25 % estaban casados. El riesgo social fue considerado moderado-alto en 77 %. Mediana de MELD y Maddrey al ingreso: 21 y 43 puntos. Se indicaron corticoides en 38 (62 %) administrándose sólo en 31 (17 fueron no respondedores (NR) al 7º día). 24 pacientes (17 NR+ 7 no tratados) fueron evaluados como potenciales candidatos a TH precoz. Los motivos de no inclusión en LE fueron: riesgo de adicción (n=9), alto riesgo social (n=4), mejoría de función hepática (n=4) y contraindicación médica (n=4). Sólo 1 paciente fue incluido en LE, falleciendo antes de recibir un órgano. Otros 2 se incluyeron tras 6 meses de abstinencia. La supervivencia a 1,3 y 5 años fue del 69 %, 44 % y 41 %. El alto riesgo social y la ausencia de abstinencia se asociaron con mortalidad a medio-largo plazo (p<0.01). **Conclusión:** Los ingresos por HAA han aumentado recientemente. La pandemia COVID podría haber contribuido. Sin embargo, el acceso al TH es limitado (<2 %) debido a contraindicaciones sociales, médicas o relacionadas con adicción. La intervención en estos aspectos, en los casos posibles, podría mejorar el pronóstico en estos pacientes, mediante el acceso al TH.

CO1.05

**CAMBIOS RECIENTES EN LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN ESPAÑA. ANÁLISIS DEMOGRÁFICO DE LOS DATOS DEL RETH**

Mario Romero Cristóbal<sup>1</sup>, Fernando Díaz Fontenla<sup>1</sup>, Ainhoa Fernández Yunquera<sup>1</sup>, Aranzazu Caballero Marcos<sup>1</sup>, Enrique Velasco Sánchez<sup>2</sup>, Miguel Ángel Gómez Bravo<sup>3,4</sup>, Gloria De La Rosa<sup>4,5</sup>, José Ángel López Baena<sup>2</sup>, Rafael Bañares Cañizares<sup>1,6,7</sup>, Magdalena Salcedo Plaza<sup>1,6,7</sup>, Grupo Reth Fernando Rotellar, Santiago Tomé Martínez de Rituerto, M<sup>a</sup> Trinidad Serrano, Andrés Valdivieso López, Gonzalo Rodríguez Laiz, Javier Nuño, Julio Santoyo, Carmelo Loinaz Seguro, Alej<sup>8</sup>. 1) Sección de Hepatología y Trasplante Hepático, HGU Gregorio Marañón, Madrid. 2) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático, HGU Gregorio Marañón, Madrid. 3) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático, HU Virgen del Rocío, Sevilla. 4) Comité científico del Registro Español de Trasplante Hepático. 5) Organización Nacional de Trasplantes. 6) Facultad de Medicina, U Complutense de Madrid. 7) Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBEREHD), Instituto de Salud Carlos III. 8) Registro Español de Trasplante Hepático (RETH)

Los factores pronósticos tras un trasplante hepático (TH) cambian rápidamente. El análisis demográfico permite controlar el efecto periodo y precisar los patrones de cambio recientes. **Objetivos:** 1) analizar y proyectar los cambios recientes en la estructura de la población española de portadores de TH; 2) Comparar su esperanza de vida (EV) con la población general. **Metodología:** inclusión de todos los adultos receptores de TH en España (1984-2020). Se obtuvieron las proyecciones mediante mínimos cuadrados y la EV con tablas de vida. Se calcularon los años de vida potenciales perdidos (AVPP) comparando la EV con la población general. **Resultado:** 25387 pacientes recibieron TH. La edad al TH aumentó a lo largo de los años (p<0.01). Se observó una tendencia creciente en el número total de portadores de TH vivos, su edad y la proporción >65 años (todas p<0.01). Nuestra población de portadores de TH se estabilizaría en 2050 en 17200 pacientes (42 % >65 años). La EV al TH aumentó sucesivamente durante los periodos 2005-10, 2010-15 y 2015-20, globalmente (13, 13.5, 15.4 años, respectivamente), en todas las indicaciones (cáncer: 11, 12, 14.9; cirrosis: 13.0, 13.5, 15.3; fulminante: 16.5, 18.9, 22 años, respectivamente) y etiologías (VHC: 11, 11.9, 15.3; alcohol: 13.4, 13.5, 14.2 años, respectivamente). El mayor aumento relativo se observa en los pacientes con VHC (28.6 %) y cáncer (24.2 %) en 2015-20. El promedio de AVPP ha disminuido a lo largo de los periodos, independientemente de la edad al TH (<40 años: 38.3, 37.1, 34.4; 40-60 años: 22.1, 21.5, 19.5; >60 años: 4.8, 4.3, 2.3 años, respectivamente). Sin embargo, tomando como referencia la edad de los receptores en cada periodo (independientemente de la edad al TH), los AVPP se han estabilizado (12.6, 12.9, 12.8, respectivamente), empeorando la supervivencia en mayores de 60 años (1.9, 4.2, 5.7 AVPP, respectivamente). **Conclusión:** los resultados del TH mejoran progresivamente para cada etiología y edad al TH, pero los AVPP están incrementando recientemente en supervivientes >60 años. Nuestra población de portadores de TH crecerá y envejecerá al menos hasta 2050, lo que debe considerarse en la política sanitaria.

CO1.06\*

### NUEVA ESTRATEGIA DE RESCATE PARA TRASPLANTE HEPÁTICO EN CASOS DE TROMBOSIS PORTAL OBLITERANTE: RECANALIZACIÓN DE LA VENA PORTA Y DERIVACIÓN PORTOSISTÉMICA INTRAHEPÁTICA TRANSYUGULAR

María Magdalena Llompart Coll<sup>1</sup>, Concepción Gómez Gavara<sup>2</sup>, Laura Lladó Garriga<sup>3</sup>, Virginia Hernández Gea<sup>4</sup>, Fanny Turon Masferrer<sup>5</sup>, Ernest Hidalgo Llompart<sup>2</sup>, Marta Barrufet Solé<sup>5</sup>, Marta Burrel Samaranch<sup>5</sup>, Mercedes Pérez Lafuente<sup>6</sup>, Ángeles García Criado<sup>7</sup>, Ramón Charco Torra<sup>2</sup>, Josep Fuster Obregón<sup>8</sup>, Juan Carlos García Pagán<sup>9</sup>, Yiliam Fundora Suárez<sup>8</sup>. 1) Servicio de Cirugía General y Digestiva, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques (ICMDM), H Clínic de Barcelona, España. 2) Servicio de Cirugía General y Digestiva, Departamento de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, HU Vall d'Hebron, Barcelona, España. 3) Servicio de Cirugía General y Digestiva, Departamento de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, HU Bellvitge, Barcelona, España. 4) Servicio de Hepatología, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques (ICMDM), H Clínic de Barcelona, España. 5) Servicio de Radiología Vascular-Intervencionista, Centre de Diagnòstic per la Imatge (CDI), H Clínic de Barcelona, España. 6) Servicio de Radiología Vascular-Intervencionista, HU Vall d'Hebron, Barcelona, España. 7) Servicio de Radiología, Centre de Diagnòstic per la Imatge (CDI), H Clínic de Barcelona, España. 8) Servicio de Cirugía General y Digestiva, Departamento de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques (ICMDM), H Clínic de Barcelona, España. 9) Servicio de Hepatología, Unidad de Hemodinámica Hepática, Institut de Malalties Digestives i Metabòliques (ICMDM), H Clínic de Barcelona, España.

**Objetivo:** La trombosis venosa portal (TVP) es una patología infrecuente pero grave que afecta a pacientes con enfermedad hepática avanzada. Considerada históricamente como una contraindicación para el trasplante hepático, actualmente es reconocida como un factor de riesgo adicional, que compromete la perfusión hepática y aumenta la complejidad quirúrgica. La evaluación precisa del trombo y la selección adecuada de técnicas de revascularización son esenciales para restaurar el flujo portal, mejorando así las tasas de éxito y la función del injerto. La recanalización portal mediante una comunicación portosistémica por vía transyugular (PVR-TIPS) es una técnica percutánea prequirúrgica eficaz y segura para esta entidad. **Material y método:** Reportamos 7 casos de PVR-TIPS en pacientes con cavernomatosis y trombosis portal obliterante en nuestra Comunidad Autónoma. Las variables estudiadas fueron: tasa de repermeabilización, complicaciones periprocedimentales, disminución del gradiente portosistémico, anastomosis portal termino-terminal, trombectomía intraoperatoria, complicaciones postoperatorias (Clavien-Dindo Score), tasa de retrombosis y trasplantabilidad. **Resultado:** Todos los casos de PVR-TIPS presentaron una correcta repermeabilización, siendo incompleta en 2 casos (28.6%). La hemorragia (42.9%) fue la complicación más frecuente. El descenso del gradiente portosistémico medio fue 9,5mmHg. La tasa de anastomosis portal termino-terminal fue del 100%, requiriendo un injerto vascular en 2 casos (28.6%). Todos los pacientes presentaron trombosis residual intraoperatoria ( $\leq 10\%$  de la luz). Se realizó el trasplante hepático en todos los casos. El 28,6% de los pacientes presentaron complicaciones Clavien-Dindo  $\geq III$  y 14,3% Clavien-Dindo  $\geq IV$ ; con una mortalidad perioperatoria global del 0% (Clavien-Dindo V). La supervivencia al año fue del 100%, sin nuevos episodios de retrombosis (0%). **Conclusión:** La técnica PVR-TIPS es un tratamiento eficaz para la trombosis portal obliterante crónica, permitiendo mejorar la trasplantabilidad y realización de anastomosis portal termino-terminal en los casos de TVP extensa con cavernomatosis portal, con una baja tasa de complicaciones graves. Estos resultados sugieren la utilidad de esta técnica para rescatar a pacientes previamente desestimados.

CO1.07

### TRASPLANTE ONCOLÓGICO PARA TUMORES HEPÁTICOS PRIMARIOS Y SECUNDARIOS. REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS DE PACIENTES INDIVIDUALES EN COMPARACIÓN CON LAS INDICACIONES ESTANDAR Y NO ESTANDAR PERO ACEPTADAS DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Ruben Ciria<sup>1</sup>, Tommy Ivanics<sup>2</sup>, Daniel Aliseda<sup>3</sup>, Marco Claasen<sup>2</sup>, Felipe Alconchel Gago<sup>5</sup>, Felipe Gaviria<sup>6</sup>, Javier Briceño<sup>7</sup>, Giammauro Berardi<sup>8</sup>, Fernando Rotellar<sup>3</sup>, Gonzalo Sapisochin<sup>2</sup>. 1) UH Reina Sofía, Unit of Hepatobiliary Surgery and Liver Transplantation, Cordoba, Spain. 2) U Health Network, Multi-Organ Transplant Program, Toronto, Canada. 3) CU de Navarra, Unit of Hepatobiliary Surgery and Liver Transplantation, Navarra, Spain. 4) U Health Network, Multi-Organ Transplant Program, Toronto, Canada. 5) HCU Virgen de la Arrixaca. U of Medicine, Unit of Hepatobiliary Surgery and Liver Transplantation, Murcia, Spain. 6) U Health Network, Multi-Organ Transplant Program, Toronto, Canada. 7) UH Reina Sofía, Unit of Hepatobiliary Surgery and Liver Transplantation, Cordoba, Spain. 8) San Camillo-Forlanini Hospital, General Surgery and Organ Transplantation Unit, Rome, Italy. 9) CU de Navarra, Unit of Hepatobiliary Surgery and Liver Transplantation, Navarra, Spain 10) U Health Network, Multi-Organ Transplant Program, Toronto, Canada

**Objetivo:** Situar todas las indicaciones de trasplante oncológico (TrOncol) en el contexto de las indicaciones estándar y no estándar pero aceptadas. **Material y método:** Se revisaron PubMed, Embase y WoS seleccionando estudios que incluyeran pacientes trasplantados por colangiocarcinoma intrahepático e hilar (iCC-hCC), tumores neuroendocrinos metastásicos (NET) y metástasis hepáticas de cáncer colorrectal (CRLM). Se realizaron metaanálisis agrupados y de datos de participantes individuales y análisis comparativos con los resultados de SG de pacientes trasplantados para indicaciones estándar (n = 66924), estándar+HCC (n=19804) y no estándar pero aceptadas (n = 53754) recogidos de la base de datos UNOS entre 2005 y 2020. **Resultado:** Se identificó un conjunto inicial de 1205, 1951, 3302 y 2461 manuscritos de los que finalmente se analizaron 23, 17, 16 y 11 manuscritos que incluían 484, 796, 751 y 103 pacientes de series en las que se ha realizado LT para iCC, hCC, NET, CRLM, respectivamente. Al fusionar los datos de supervivencia obtenidos de la base de datos UNOS y los 4 metaanálisis, las indicaciones TrOncol presentan una supervivencia inferior a las indicaciones estándar. Sin embargo, en comparación con las indicaciones "no estándar", la supervivencia global a 5 años fue significativamente mejor que en el trasplante combinado de hígado y páncreas, y similar a la del 2º y 3er TH así como en el TH en receptores de más de 70 años. Las indicaciones TrOncol superaron el 50% de supervivencia a los 5 años, excepto el pCC, que fue del 48,5%. **Conclusión:** Los resultados de las indicaciones de TrOncol están por encima del requisito mínimo del 50% de SG a 5 años y son superiores a los de otras indicaciones realizadas durante la práctica habitual. Los equipos de TH y las Organizaciones Nacionales deberían garantizar protocolos para incorporar las indicaciones de TrOncol dentro de las indicaciones rutinarias de TH bajo estrictos criterios de selección.

CO1.08

**COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA COMO INDICACIÓN DE TRASPLANTE HEPÁTICO. RESULTADOS Y FACTORES CONDICIONANTES: RELACIÓN CON LA PATOLOGÍA INTESTINAL ASOCIADA**

Ainhoa Fernández Yunquera<sup>1</sup>, Sergio Rodríguez-Tajes<sup>2</sup>, María Senosiaín Labiano<sup>3</sup>, Francisco Javier Bustamante Schneider<sup>3</sup>, Isabel Conde Amiel<sup>4</sup>, Rosa Martín-Mateos<sup>5</sup>, María Luisa González Diéguez<sup>6</sup>, Sonia Pascual Bartolomé<sup>7</sup>, Emilio Fábrega García<sup>8</sup>, Alejandra Otero Ferreiro<sup>9</sup>, Cristina Corchado<sup>10</sup>, Laura Benítez Gutiérrez<sup>11</sup>, Mario Romero Cristóbal<sup>1</sup>, Fernando Díaz Fontenla<sup>1</sup>, Aranzazu Caballero Marcos<sup>1</sup>, Luis Menchén<sup>1</sup>, Rafael Bañares Cañizares<sup>1</sup>, Magdalena Salcedo Plaza<sup>1</sup>. 1) HGU Gregorio Marañón. 2) H Clínic de Barcelona. 3) HU de Cruces. 4) HUP La Fe. 5) H Ramón y Cajal. 6) HUC de Asturias. 7) HGU Dr. Balmis. 8) HU Marqués de Valdecilla. 9) H A Coruña 10) CHU de Badajoz 11) H Puerta de Hierro

**Objetivo:** 1) analizar la incidencia de recurrencia de la CEP y sus factores condicionantes, 2) analizar la evolución de la EII tras el TH y 3) determinar el impacto de ambas en los resultados del TH. **Material y método:** Estudio retrospectivo multicéntrico de TH indicado por CEP durante 1991-2022. Se determinaron factores asociados a la recurrencia de CEP y resultados tras el TH mediante análisis de regresión. **Resultado:** se incluyeron 143 pacientes con TH por CEP, 28 (19,6%) con recidiva de la CEP tras mediana 4,17 (2-6,99) años. Antes del TH, 81 (55,9%) pacientes tenían EII. La ausencia de EII se relacionó con un menor riesgo de recurrencia de la CEP, OR 0,17(0,04-0,80). La recidiva de CEP se asoció al desarrollo de colangitis (OR 7,43), hepatopatía del injerto (OR 13,5), hipertensión portal (HTP) (OR 11,84) y retrasplante (OR 16,17). En el postTH se diagnosticó EEII *de novo* en 10 casos (6,9%). La presencia de actividad endoscópica colónica fue más frecuente con escalada terapéutica en un 24.7%. La recidiva de la CEP no se asoció a la actividad endoscópica ni histológica, ni a cambios de tratamiento de la EII. Fallecieron 22/143 (15.6%) en el seguimiento. En el análisis univariado la edad al TH (HR:1,034), el colangiocarcinoma (HR 5,763), la HTP (HR 2,843) y las complicaciones infecciosas (HR 2,376) se asociaron con menor supervivencia, mientras que en el multivariado solo la HTP resultó significativa (HR 3,8 (1,3 - 11,6)). p=0,015). **Conclusión:** La frecuencia de recidiva de CEP tras TH en nuestro país es similar a la descrita en otras series y se asocia a peores resultados del TH. La presencia de EII se asocia a recurrencia de la CEP. Se observa un peor control de la EII tras el TH, no relacionándose este con la recurrencia de la CEP.

CO1.09

**TRASPLANTE HEPÁTICO COMO TRATAMIENTO PARA LA OBSTRUCCIÓN EXTRAHEPÁTICA DE LA VENA PORTA EN PEDIATRÍA**

Ane Miren Andrés Moreno<sup>1</sup>, Javier Serradilla Rodríguez<sup>1</sup>, Karla Estefanía Fernández<sup>1,2</sup>, Alba Sánchez Galán<sup>1</sup>, José Luis Encinas Hernández<sup>1</sup>, Rosa Erro<sup>1</sup>, María Alós Díez<sup>1</sup>, Marta García Vega<sup>1</sup>, Gema Muñoz Bartolo<sup>1</sup>, Esteban Frauca Remacha<sup>1</sup>, Loreto Hierro Llanillo<sup>1</sup>, Francisco Hernández Oliveros<sup>1</sup>. 1) H Infantil La Paz. 2) H de Valdecilla

**Objetivo:** Presentamos nuestra experiencia con el trasplante hepático en pacientes pediátricos (THP) con obstrucción extrahepática de la vena porta (OEHP). **Pacientes/ Material y método:** Revisamos los THP desde 2013, indicados por OEHP. Excluimos aquellos con hipertensión portal secundaria a cirrosis, o pacientes retrasplantados durante el postoperatorio inmediato. **Resultado:** Fueron 5 pacientes (de 267 THP, 2%) trasplantados a una edad media de 13,7 años, dos por OEHP primaria y tres secundaria tras un trasplante previo (media 12,3 años). Entre los primeros, uno venía referido con un TIPS desde aurícula hasta la vena mesentérica, y otro presentaba antecedentes de neuroblastoma reseado incompletamente. En los tres previamente trasplantados, se habían intentado sin éxito el shunt de Rex en todos, esplenorrenal en 1, y mesocava en 1; una paciente presentaba un síndrome hepatopulmonar. Todos tenían distensión abdominal, hiperesplenismo y antecedentes de sangrado, con función conservada. Tres fueron injertos enteros, 2 reducidos. La cirugía fue compleja en todos por intensa circulación colateral y sangrado. La disección del hilio no fue posible en ninguno siendo necesario clampaje y búsqueda de la vena mesentérica superior para interposición de injerto. Se utilizó injerto arterial de ílica desde la aorta infrarrenal también en 3. Se realizó piggyback en dos y anastomosis cava-cava en 3, por trombosis o imposibilidad de disección. Se produjeron perforaciones intestinales en 4 dejando ileostomía protectora. Una paciente necesitó una gastroyeyunostomía temporalmente. Tras un seguimiento medio de 28 meses (1 mes-7 años), todos están asintomáticos, sin ileostomía, normofunción hepática, aunque en dos de ellos persiste el hiperesplenismo. **Conclusión:** Una minoría de niños con OEHP se benefician de un TH mejorando su calidad de vida y disminuyendo el riesgo vital. Aunque es técnicamente complejo, nuestros resultados incitan a ampliar la indicación en aquellos con varices grado III-IV e hiperesplenismo severo como alternativa al tratamiento conservador.

CO2.01\*

**UTILIZACIÓN DE VESÍCULAS EXTRACELULARES Y SU CARGO DE MIRNAS DETECTADOS EN SOLUCIÓN DE PRESERVACIÓN TRAS ISQUEMIA FRÍA COMO BIOMARCADORES PARA LA EVOLUCIÓN TEMPRANA DEL TRASPLANTE HEPÁTICO**

Daniel Vidal Correoso<sup>1</sup>, Fernando Lucas Ruiz<sup>1</sup>, Sandra Valverde Mateo<sup>1</sup>, Marta Jover Aguilar<sup>1</sup>, Felipe Alconchel Gago<sup>2</sup>, Laura Martínez Alarcón<sup>1</sup>, Víctor López López<sup>2</sup>, Antonio Ríos Zambudio<sup>2</sup>, Pedro Cascales Campos<sup>2</sup>, José Antonio Pons Miñano<sup>3</sup>, Pablo Ramírez Romero<sup>2</sup>, Héctor Peinado Selgas<sup>4</sup>, Alberto Baroja Mazo<sup>1</sup>. 1) Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB-Pascual Parrilla), Murcia. 2) Unidad de Cirugía General y Trasplante de Órganos Sólidos, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia. 3) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia. 4) Grupo de Microambiente y Metástasis, CNIO, Madrid

**Introducción y objetivo:** Pese a los grandes avances técnicos en trasplante hepático (TH), complicaciones como el rechazo agudo (RA), la trombosis arterial hepática o problemas en las vías biliares aún afectan al pronóstico post-trasplante. Los "biomarcadores", como pueden ser las vesículas extracelulares (EVs) y los miRNAs, son prometedoras herramientas para la comprensión y el monitoreo de estos eventos post-trasplante. Este estudio explora el papel de las EVs y su carga de miRNAs en el TH, incluido su potencial como herramientas diagnósticas. **Metodología:** Se detectaron EVs en la solución de preservación (SP) intrahepática recolectada tras isquemia fría en 79 hígados explantados, utilizando diferentes técnicas (análisis de seguimiento de nanopartículas (NTA), microscopía electrónica de transmisión y citometría de flujo). Los miRNAs derivados de EVs se identificaron mediante qRT-PCR. La identificación de genes diana y el análisis de enriquecimiento funcional se realizó utilizando herramientas bioinformáticas. Se construyó un modelo predictivo para detectar RA mediante un algoritmo logístico utilizando la plataforma R. **Resultado:** Se encontraron EVs de diferentes tamaños y origen en SP post-isquemia, con concentraciones significativamente más altas en órganos donados en asistolia (DA). Igualmente, 6 miRNAs (let-7d-5p, miR-28-5p, miR-200a-3p, miR-200b-3p, miR-200c-3p y miR-429), estaban sobre-expresados en EVs derivados de DA. Se encontró un enriquecimiento en rutas de señalización involucradas en organización de la matriz extracelular y diversos procesos celulares. Además, EVs y miRNAs específicos se correlacionaron con la evolución clínica, incluidas la estenosis biliar, supervivencia del paciente y disfunción temprana del aloinjerto. Un modelo predictivo que combina biomarcadores y variables clínicas mostró resultados prometedores en la detección de RA post-TH. **Conclusión:** Estos hallazgos proporcionan nuevas perspectivas sobre el uso de EVs y miRNAs como biomarcadores y su influencia en los resultados posteriores al trasplante, lo que podría contribuir a mejorar el enfoque diagnóstico y las estrategias de tratamiento personalizado.

CO2.02\*

**RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA BIPARTICIÓN HEPÁTICA EN RECEPTORES PEDIÁTRICOS: COMPARACIÓN DE TÉCNICA EX VIVO VERSUS IN SITU**

Karla Estefanía Fernández<sup>1</sup>, Carlos Delgado Miguel<sup>3</sup>, Javier Serradilla Rodríguez<sup>2</sup>, Carla Ramírez Amorós<sup>2</sup>, Mirian Maestre<sup>2</sup>, Alba Sánchez Galán<sup>2</sup>, Alba Bueno<sup>2</sup>, Esteban Frauca Remacha<sup>2</sup>, José Luis Encinas Hernández<sup>2</sup>, Loreto Hierro Llanillo<sup>2</sup>, Ane Miren Andrés Moreno<sup>2</sup>, Francisco Hernández Oliveros<sup>2</sup>. 1) HU Marqués de Valdecilla. 2) HU La Paz. 3) H Fundación Jiménez Díaz

**Introducción:** La bipartición hepática o split permite trasplantar a dos receptores de un mismo donante, aumentando así el número de injertos. Los resultados a largo plazo del split *ex vivo* e *in situ* en niños son limitados. Nuestro objetivo es comparar las técnicas *ex vivo* e *in situ* en el trasplante hepático pediátrico (THP) realizado mediante técnica split. **Material y método:** Estudiamos retrospectivamente los THP con injerto tipo split entre 2000-2022. Analizamos la supervivencia del injerto y del receptor, así como los resultados a corto y largo plazo. **Resultado:** Incluimos 57 pacientes (29H/28M) con una mediana de edad de 14 meses al trasplante (RIQ: 7,5-27,5); 29 fueron *ex vivo* (17% con colangiografía) y 28 *in situ*. No hubo diferencias respecto a edad, sexo, IMC, diagnóstico y puntuación de la enfermedad hepática terminal pediátrica (PELD) ( $p > 0.05$ ). El tiempo de isquemia fue mayor en el grupo *ex vivo* (346 vs 505 minutos;  $p = 0.001$ ) con valores pico de GOT/GPT superiores al *In situ* (1829/1018 vs 1131/643;  $p = 0.83$ ). Las complicaciones biliares, arteriales, venosas, disfunción del injerto y/o rechazo fueron similares en ambos grupos (48.3% vs 42.8%;  $p = 0.67$ ), siendo las biliares más frecuentes en ambos grupos (24,1% *ex vivo* y 25.2% *in situ*). La tasa de retrasplante fue de 0 para *ex vivo* y 7.1% para *in situ* ( $p = 0.82$ ) No observamos diferencias significativas en cuanto a la supervivencia del paciente (89,3% vs 82,8% a los 5 años) ni del injerto (89,3% vs 89,7% a los 5 años) del *in situ* frente al *ex vivo* ( $p = 0.71$ ). **Conclusión:** La bipartición hepática es una alternativa segura y viable para el trasplante hepático pediátrico. Ambas técnicas de bipartición presentan una adecuada función del injerto y una elevada supervivencia a largo plazo.

CO2.03

**REVASCULARIZACIÓN IN VITRO DE HÍGADOS PORCINOS DE BIOINGENIERÍA HETEROTÓPICAMENTE TRASPLANTADOS EN CERDOS INMUNODEPRIMIDOS**

Sandra Melitón Barbancho<sup>1,2</sup>, Pilar Palacios<sup>1</sup>, Miguel Baptista<sup>1,3,4</sup>. 1) Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IIS Aragón), Zaragoza, España. 2) U de Zaragoza, Zaragoza, España. 3) Centro de investigación biomédica en red en el área temática de enfermedades hepáticas (CIBERehd), Madrid, España. 4) Fundación ARAID, Zaragoza, España. 5) Departamento de Biomedicina e Ingeniería aeroespacial, U Carlos III, Madrid, España

**Objetivo:** La bioingeniería de hígado surge como opción terapéutica para reducir la escasez de trasplante de órganos. Sin embargo, varios retos frenan su traslación a la clínica, siendo uno de los más importantes, dotar a todo el órgano de una red vascular robusta que permita su perfusión y mantenimiento *in vivo* de forma indefinida. Por ello, este trabajo presenta un enfoque eficaz para desarrollar una vasculatura funcional en andamios hepáticos porcinos descelularizados (DLS) para su uso en un modelo de trasplante heterotópico desarrollado por nuestro grupo de investigación. **Material y método:** Células endoteliales (pUVEC), progenitores endoteliales (pOECs), células musculares lisas (pA-SMCs) y células madre mesenquimales (pBM-MSCs) fueron inyectadas a diferentes presiones (100/50/25 mmHg) a través de las principales vías del árbol vascular: vena porta (PV), vena cava superior (SVC) y arteria hepática (HA) del DLS en un biorreactor de flujo dinámico. La maduración del sistema vascular se potenció mediante el suministro de factores de crecimiento junto con el manteniendo estimulación mecánica constante durante 14 días antes de su implantación *in vivo*. **Resultado:** El análisis de H&E confirmó el crecimiento de los diferentes tipos de células en el interior del árbol vascular descelularizado. Además, la IF confirmó la disposición precisa de las pUVECs en estructuras de tipo vascular con pBM-MSCs/pA-SMCs dispuestas a su alrededor. La funcionalización de los vasos se determinó mediante de la secreción de NO y prostaciclina tras la exposición a la bradisinina y el aumento de la presión en el árbol vascular debido a la contracción de las pA-SMC tras la exposición al carbachol. **Conclusión:** El uso de distintos tipos celulares y presiones de siembra en un sistema de biorreactor con condiciones de maduración definidas permitió la generación de un árbol vascular funcional que mantuvo flujos *in vivo* durante 12 días.

CO2.04

**FENOTIPOS MOLECULARES DE RECHAZO MEDIADO POR CÉLULAS T Y MEDIADO POR ANTICUERPOS EN BIOPSIAS HEPÁTICAS TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO**

Jordi Colmenero Arroyo<sup>1</sup>, Giulia Pagano<sup>1</sup>, Pablo Ruiz<sup>1</sup>, Yiliam Fundora Suárez<sup>1</sup>, Gonzalo Crespo<sup>1</sup>, Javier Muñoz<sup>3</sup>, Juanjo Lozano<sup>3</sup>, Sergio Rodríguez-Tajes<sup>1</sup>, Raquel García<sup>1</sup>, Alba Díaz<sup>2</sup>. 1) S. Trasplante Hepático, S. Hepatología, H Clínic de Barcelona. IDIBAPS, CIBERehd, U de Barcelona. 2) S. Diagnóstico Biomédico, H Clínic de Barcelona, IDIBAPS, U de Barcelona. 3) CIBERehd, IDIBAPS, U de Barcelona

Existe información limitada sobre los fenotipos moleculares del rechazo tras el trasplante hepático. Se investigaron las características clínico-histológicas y moleculares de rechazo mediado por células-T (TCMR) y por anticuerpos (AMR). **Material y método:** Estudio retrospectivo (2017-21). Financiación ISCIII. Criterios inclusión: TMCR o AMR crónico confirmado por biopsia (BPAR) con DSA evaluados. Criterios exclusión: BPAR < 7d postTH, RAI < 3, enf. hepática concomitante, DV200\_RNA < 30%. Revisión histológica ciega (Banff 2016, AD) y expresión génica (Nanostring). **Resultado:** Se identificaron 49 TCMR y 11 AMRc. Los AMRc fueron tardíos con fibrosis significativa (F2-3). Los TCMR fueron: 53% tardíos, 45% moderados-severos (RAI 5 (3-6)), 26.5% DSA positivos (4precoces vs 9tardíos, ns; MFI mediana 6854) y el 35% con depósito de C4d sin correlación con DSA. El análisis molecular (6 AMR, 10 TCMR DSA\_negativo y 7 TCMR DSA\_positivo) mostró activación de genes inducibles de IFN $\gamma$  (CXCL10, CXCL11), células T efectoras y fibrosis. Los AMRc se mostraron mayor activación mieloide, diferenciación Th17 y actividad NK comparado con los TCMR. Los TCMR DSA\_positivos tuvieron mayor expresión de genes de inflamación mieloide y células B, actividad NK y diferenciación Th17 y menor expresión de genes de diferenciación a Treg comparado con los TCMR DSA\_negativos. **Conclusión:** Estos resultados sugieren que la presencia de DSA en los TCMR se asocian a la expresión de transcritos específicos y similares al AMRc. Es necesario ampliar la cohorte para confirmar estos resultados.



CO2.05

TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTES FALLECIDOS POR TUMOR  
CEREBRAL GLIAL MALIGNO DE ALTO GRADO

Juan Antonio Encarnación<sup>1,7</sup>, Clara Manso-Murcia<sup>2,7</sup>, José Moya-Sánchez<sup>3,7</sup>, Adama Cissé<sup>4</sup>, José Luis Alonso<sup>5,7</sup>, Marta Jover Aguilar<sup>4,7</sup>, José Antonio Pons Miñano<sup>6,7</sup>, Pedro Antonio Cascales Campos<sup>4,7</sup>, Víctor López López<sup>4,7</sup>, Felipe Alconchel Gago<sup>4,7</sup>, Francisco Sánchez Bueno<sup>4,7</sup>, Ricardo Robles Campos<sup>4,7</sup>, Mario Royo-Villanova<sup>3,7</sup>, Pablo Ramírez Romero<sup>4,7</sup>. 1) Servicio de Oncología Radioterápica, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia. 2) Servicio de Medicina Intensiva, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia. 3) Servicio de Medicina Intensiva, Coordinación de trasplantes, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia. 4) Servicio de Cirugía General y Digestivo, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia. 5) Servicio de Oncología Médica, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia. 6) Servicio de Digestivo, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia. 7) Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Pascual Parrilla (IMIB)

**Objetivo:** Evaluar la seguridad de la donación de órganos procedentes de donantes con tumor cerebral primario maligno. **Material:** Se incluyeron en el estudio 21 donantes, 16 de ellos pertenecientes a la Región de Murcia y 5 fuera de la comunidad (Segovia, Madrid, Ourense y Toledo). La mediana de edad de los pacientes ha sido de 44 años, siendo 11 donantes menores de 52 años. De los 21 pacientes incluidos, 15 padecían glioblastoma multiforme, 4 astrocitoma anaplásico, 1 meduloblastoma y 1 paciente tumor glial de alto grado. **Método:** Estudio prospectivo de donantes con tumor cerebral de alto grado, realizado desde septiembre de 2021 hasta septiembre de 2023 en el HCU Virgen de la Arrixaca (HCUVA). Se recogieron variables demográficas y clínicas, trazabilidad de órganos y riesgo de transmisión de enfermedad metastásica. **Resultado:** El 71 % de los donantes con tumor cerebral de alto grado fueron tratados previamente con cirugía, radioterapia y quimioterapia. Hay un total de 77 órganos no implantados que se han estudiado en AP de manera completa, sin haber encontrado evidencia de malignidad en ninguno de ellos. Hay un total de 34 receptores: 19 hepáticos, 3 cardíacos y 12 renales. Para la valoración de los receptores, se realizó un seguimiento cada 6 meses con estudio de imagen con TC de extensión + ADN tumoral, no habiéndose encontrado evidencia actual de transmisión en ninguno de ellos y siendo la función de los órganos normal en todos los casos. De los pacientes trasplantados, tres pacientes fallecieron por causas ajenas a la transmisión tumoral y en uno de los pacientes se realizó un retrasplante. **Conclusión:** La escasez de donantes obliga a ampliar la búsqueda de nuevos escenarios para la donación. Los pacientes con un tumor cerebral maligno de alto grado se pueden consolidar como una nueva fuente para la obtención de órganos.

CO2.06

EVALUACIÓN DE LOS CAMBIOS DINÁMICOS DE LOS MARCADORES DE LESIÓN POR ISQUEMIA-REPERFUSIÓN  
DURANTE LA PERFUSIÓN HEPÁTICA NORMOTÉRMICA EX-VIVO

Aranzazu Caballero Marcos<sup>1</sup>, Alberto Baroja Mazo<sup>2</sup>, Luis Rodríguez Bachiller<sup>3</sup>, Álvaro Morales Taboada<sup>3</sup>, Ainhoa Fernández Yunquera<sup>1</sup>, María Fernández Martínez<sup>3</sup>, Fernando Díaz Fontenla<sup>1</sup>, Arturo Colón Rodríguez<sup>3</sup>, Mario Romero Cristóbal<sup>1</sup>, Benjamin Díaz Zorita<sup>3</sup>, Sergio Cortese<sup>3</sup>, Enrique Velasco Sánchez<sup>3</sup>, Magdalena Salcedo Plaza<sup>1</sup>, José Ángel López Baena<sup>3</sup>. 1) HGU Gregorio Marañón. Servicio de Aparato Digestivo. Unidad de Trasplante Hepático. 2) Murcia's Biohealth Research Institute-Pascual Parrilla. Inflammation Research Group - Liver Transplant Tolerance. 3) HGU Gregorio Marañón. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Unidad de Trasplante Hepático

Actualmente, se carece de una evaluación mecanística exhaustiva de la preservación con máquina de perfusión normotérmica (MPN) y su impacto sobre la lesión por isquemia-reperfusión (LIR) en el trasplante hepático (TH). **Objetivo:** analizar desde una perspectiva fisiopatológica el comportamiento de los órganos durante la preservación con MPN. **Pacientes, material y método:** Llevamos a cabo un estudio observacional prospectivo unicéntrico. Se incluyeron los órganos aceptados a priori para TH preservados mediante MPN (OrganOx metra®) entre febrero-2022 y mayo-2023. Asimismo, se incluyeron órganos preservados en frío estático durante el mismo periodo. Así, 8 órganos preservados con MPN se compararon con 8 órganos preservados en frío. Se evaluaron diversos mediadores implicados en la LIR. **Resultado:** Observamos una correlación positiva entre el lactato al finalizar la preservación con MPN y los niveles de CXCL10 ( $r=0.93$ ,  $p<0.0001$ ), ICAM-1 ( $r=0.87$ ,  $p=0.01$ ) y uPA ( $r=0.96$ ,  $p<0.001$ ). Por otro lado, se observaron niveles basales superiores de CCL2 en los órganos considerados no viables (7716.87 pg/ml vs. 1459.50 pg/ml,  $p=0.04$ ). Asimismo, se observaron niveles superiores al finalizar la perfusión de CXCL10 (846.48 pg/ml vs. 58.73 pg/ml,  $p<0.001$ ) y uPA (1833.81 pg/ml vs. 425.72 pg/ml,  $p=0.01$ ) en los órganos no viables, así como un mayor aumento de Syndecan-1 durante la preservación (7150.97 pg/ml vs. 1302.18 pg/ml,  $p=0.02$ ). Finalmente, se observaron niveles superiores tras la reperfusión de MMP-9 ( $p<0.001$ ), E-selectina ( $p<0.001$ ), P-selectina ( $p<0.001$ ), VCAM-1 ( $p=0.01$ ), Factor VW 2A ( $p<0.001$ ), Syndecan-1 ( $p=0.01$ ) y N-cadherina ( $p=0.04$ ) en el grupo de preservación estándar en comparación con la MPN. **Conclusión:** Nuestros hallazgos muestran en práctica clínica real la correlación entre los cambios de marcadores de viabilidad estándar evaluados en la MPN con los mecanismos patogénicos involucrados en la LIR. La preservación con MPN parece atenuar la LIR de forma precoz a través de una menor activación endotelial y alteración de la microcirculación hepática entre otros mecanismos.

CO2.07

### PERFIL DE MICRORNA COMO BIOMARCADOR DE DAÑO HEPÁTICO EN DIFERENTES TIPOS DE DONANTES DE HÍGADO

Mar Dalmáu<sup>1</sup>, Concepción Gómez Gavara<sup>1</sup>, Itxarone Bilbao Aguirre<sup>1</sup>, Cristina Dopazo Taboada<sup>1</sup>, Mireia Caralt Barba<sup>1</sup>, José Andrés Molino<sup>2</sup>, Ernest Hidalgo Llompert<sup>1</sup>, Pilar Mancera<sup>3</sup>, Rosa Prieto<sup>3</sup>, Mireia Ferrer<sup>4</sup>, Ramón Charco Torra<sup>1</sup>. 1) Cirugía HBP y Trasplante. HU Vall d'Hebron, Barcelona, España. 2) Cirugía pediátrica y Trasplante infantil. HU Vall d'Hebron, Barcelona, España. 3) Unidad de Alta Tecnología del Vall Hebron Institut de Recerca (VHIR). 4) Unidad de Estadística y Bioinformática (UEB) del Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR)

**Introducción:** los injertos de donantes en asistolia presentan resultados dispares en cuanto a complicaciones postrasplante y supervivencia. Determinados microRNAs han emergido como potenciales biomarcadores precoces de daño hepático en contexto del trasplante. Hallar marcadores de viabilidad del injerto aportará medidas objetivas para expandir el uso de donantes marginales. El objetivo de este estudio es analizar la expresión de microRNAs en diferentes tipos de donantes.

**Material y método:** estudio prospectivo, observacional y unicéntrico que cuantifica la expresión de miRNAs hepatotóxicos (miR-122, miR-148, miR-155, miR-22, miR-222) mediante RT-qPCR en suero, tejido hepático y líquido de perfusión en diferentes donantes hepáticos entre 2019 y 2021. La normalización de las muestras se realiza mediante microRNAs endógenos (miR-103a, miR-191, miR-16, miR-30, miR-let7a) y la expresión relativa entre grupos se calcula con el método  $2^{(-\Delta\Delta Cq)}$ . **Resultado:** se comparan 10 donantes en muerte encefálica (DME) y 10 en asistolia controlada (DAC) con perfusión regional normotérmica sin diferencias demográficas ni de función hepática. En el postrasplante, ambos grupos son comparables en cuanto disfunción primaria del injerto (2 (20%) Vs 2 (20%); p 1,0), índice CCI (10,65,9 Vs 23,8 23,5; p 0,114) y supervivencia (8(80%) Vs 10(100%), p 0,474), en DME y DAC respectivamente. En líquido de preservación, la expresión relativa de miR-148, miR-222 y miR-22 es 3,03 (p0,02), 1,97 (0,03) y 2,23 (p,0,04) mayor en DME respecto DAC. En biopsia hepática y suero, no hay diferencias de expresión entre donantes. **Conclusión:** la expresión relativa de mIRNAs hepatotóxicos no muestra diferencias entre donantes en muerte encefálica y donantes en asistolia con PRN en tejido hepático ni en suero. Al final de la extracción, el líquido de preservación ex-situ presenta una expresión diferencial de miR-148, miR-222 y miR-22 que podría corresponder con una infraexpresión en los donantes en asistolia o supraexpresión en los donantes en muerte encefálica como marcador precoz de daño hepático.

CO2.08

### CONTROVERSIA SOBRE EL TRASPLANTE O LA RESECCIÓN HEPÁTICA EN LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS NEUROENDOCRINAS: LA BIOLOGÍA TUMORAL DECIDE

Dilmurodjon Eshmuminov<sup>1</sup>, Debora Debora J Studer<sup>1</sup>, Víctor López López<sup>2</sup>, Marcel Schneider<sup>1</sup>, Jan Lerut<sup>3</sup>, Mary Lo<sup>4</sup>, Linda Sher<sup>4</sup>, Thomas Johannes Musholt<sup>5</sup>, Oana Lozan<sup>5</sup>, Nabila Bouzakri<sup>5</sup>, Carlo Sposito<sup>6</sup>, Rosalba Miceli<sup>6</sup>, Shoma Barat<sup>7</sup>, David Morris<sup>7</sup>, Helga Oehler<sup>8</sup>, Teresa Schreckenbach<sup>8</sup>, Peri Husen<sup>9</sup>, Charles B Rosen<sup>9</sup>, Gregory J Gores<sup>9</sup>, Toshihiko Toshihiko<sup>10</sup>, Tan-To Cheung<sup>11</sup>, Corina Kim-Fuchs<sup>12</sup>, Aurel Perren<sup>12</sup>, Philipp Dutkowski<sup>1</sup>, Henrik Petrowski<sup>1</sup>, Espen Thiis-Evensen<sup>13</sup>, Pål-Dag Line<sup>13</sup>, Michal Grat<sup>14</sup>, Stefano Stefano<sup>15</sup>, Massimo Falconi<sup>15</sup>, Lulu Tanno<sup>16</sup>, Francisco Sánchez Bueno<sup>2</sup>, Pablo Ramírez Romero<sup>2</sup>, Ricardo Robles Campos<sup>2</sup>, Vincenzo Mazzafero<sup>6</sup>, Pierre-Alain Clavien<sup>1</sup>, Kuno Lehmann<sup>1</sup>. 1) HU de Zurich, Suiza. 2) HCU Virgen de la Arrixaca, IMIB-Arrixaca, Murcia, España. 3) Instituto de Investigación Experimental y Clínica, U Católica de Lovaina, Bruselas, Bélgica. 4) Departamento de Cirugía, U del Sur de California, Facultad de Medicina Keck, Los Ángeles, California. 5) Hospital de Cirugía General, Visceral y de Trasplantes, CMU de Maguncia, Mainz, Alemania. 6) U de Milán, Fondazione IRCCS Istituto Nazionale Tumori di Milano - Milán, Italia. 7) South East Sydney Local Health District, Australia. 8) U Goethe de Frankfurt, HU de Frankfurt, Departamento de Cirugía General, Visceral, de Trasplantes y Torácica, Frankfurt/Main - Alemania. 9) División de Cirugía de Trasplantes, Centro de Trasplantes William J. von Liebig, Clínica Mayo, Rochester, MN 10) Department of Surgery, Graduate School of Medicine, Kyoto U - Kyoto, Japan 11) Hospital Queen Mary de la U de Hong Kong - Hongkong, China 12) HU de Berna, U de Berna, Suiza 13) HU de Oslo - Oslo, Noruega 14) Departamento de Cirugía General, de Trasplantes y Hepática, U Médica de Varsovia - Polonia 15) Centro de Investigación Clínica y Traslacional del Páncreas, H San Raffaele IRCCS, U Vita-Salute - Milán, Italia. 16) HU de Southampton, centro de excelencia ENETS - Southampton, Reino Unido

**Objetivo:** En pacientes con metástasis hepáticas neuroendocrinas (MHTN), el trasplante hepático (TH) es una alternativa a la resección hepática (RH), aunque la elección del tratamiento sigue siendo controvertida. **Material y método:** Se cogieron los datos de 15 entros internacionales para que proporcionaran datos sobre sus pacientes tras RH o LT por MHTN. Se realizaron análisis de supervivencia con Kaplan-Meier, mientras que la regresión multivariable de Cox sirvió para identificar los factores que influyen en la supervivencia tras el trasplante o la resección. Se utilizó la ponderación de probabilidad inversa (IPW) y el emparejamiento de puntuación de propensión. **Resultado:** En total, se analizaron 455 pacientes, 230 tras RH y 225 tras LT. El análisis multivariable reveló que el grado G3 era un factor pronóstico negativo para la RH (CRI 2,22; IC 95%: 1,04-4,77; P=0,040), mientras que el grado G2 (CRI 2,52; IC 95%: 1,15-5,52; P=0,021) y el TH fuera de los criterios de Milán (CRI 2,40; IC 95%: 1,16-4,92; P=0,018) eran factores pronósticos negativos en los pacientes trasplantados. Los análisis multivariantes ponderados por IPW revelaron un claro beneficio en la supervivencia tras el TH. Los pacientes emparejados presentaron una mediana de supervivencia global (SG) de 197 meses (IC del 95%: 143-no alcanzada) y una SG a 5 años del 73% tras el TH, y de 119 meses (IC del 95%: 74-133) y una SG a 5 años del 52,8% tras el RH (CRI: 0,59; IC del 95%: 0,3- 0,9; P=0,022). Sin embargo, el beneficio de supervivencia tras el TH se perdía fuera de los criterios de Milán. **Conclusión:** Este estudio demuestra un beneficio de supervivencia del TH sobre el RH. Este beneficio depende del cumplimiento de los criterios de selección, en particular la biología tumoral de bajo grado y los criterios de Milán, y debe sopesarse con los riesgos potenciales del TH.

CO2.09

### SÍNDROME DE ROBO ARTERIAL ESPLÉNICO EN TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO

Marta García Vega<sup>1</sup>, Lorena Fernández Tomé<sup>1</sup>, María Alós Díez<sup>1</sup>, María José Quiles Blanco<sup>1</sup>, Esteban Frauca Remacha<sup>1</sup>, Cesar Oterino<sup>2</sup>, Ane Miren Andrés Moreno<sup>3</sup>, Francisco Hernández Oliveros<sup>3</sup>, Loreto Hierro Llanillo<sup>1</sup>. 1) Servicio de Hepatología Pediátrica, ERN TransplantChild, ERN RARE LIVER. HU La Paz, Madrid. 2) Servicio de Radiología. HU La Paz, Madrid. 3) Servicio de Cirugía Pediátrica, ERN TransplantChild, ERN RARE LIVER. HU La Paz, Madrid

La esplenomegalia puede causar síndrome de robo esplénico (SRE) post-trasplante hepático (TH). Los síntomas son ascitis y/o bajo flujo arterial. El objetivo del estudio fue revisar, en niños trasplantados por hepatopatía crónica y esplenomegalia, la incidencia de SRE. **Método:** Revisión de 10 años (2013-2022), de TH por hepatopatía crónica estructural con esplenomegalia en niños de 4 a 18 años (n=52). **Resultado:** Pre-TH: La longitud esplénica ecográfica fue 16.8±4.3 cm, >20cm en 11 (21%). Plaquetas fueron: mediana 63x10e9/L, <50x10e9/L en 17 (33%). TH: La anastomosis arterial fue termino-terminal en 47(90%). Hubo 6 TH combinado con riñón. La supervivencia fue 94.2%, ningún retrasplante. SRE: Observado en 8(15.3%): 5 ascitis (duración 15-51 días). Uno ausencia de flujo arterial diastólico, reoperado (injerto a aorta, día 3), resuelto. Uno ascitis sin flujo arterial diastólico, reoperado (ligadura de arteria esplénica, día 3), resuelto. Uno ascitis 21 días y pérdida de flujo arterial al día 30 (recuperado espontáneamente). La longitud esplénica y plaquetas preTH no fueron diferentes entre SRE y no-SRE (ns). Sin embargo, un bazo >20 cm asoció mayor riesgo (SRE 36%, p=0.045). Hubo mayor riesgo en pacientes mayores (SRE: edad mediana 15 vs 10 años en no-SER, p=0.08). Al día 1, el flujo portal (rango 28-180 cm/seg mediana=76) y Velocidad máxima (Vmax) arterial (rango 18-177 cm/seg, mediana=47) no fueron distintos entre SRE y no-SRE (ns). Al día 5 Vmax arterial tendió a ser menor (p=0.08) en SRE. **Conclusión:** Hubo SRE en 15% de niños >4 años con esplenomegalia preTH. Un bazo >20 cm fue factor de riesgo (SRE 36%). Los valores de flujo portal y arterial postTH tuvieron mucha amplitud sin puntos de corte diagnósticos de SRE. En la práctica posterior a este estudio se ha realizado en el TH ligadura preventiva de arteria esplénica en pacientes de riesgo de SRE.

CO2.10

### BIOEQUIVALENCIA EN LOS NIVELES DE TACROLIMUS DE LIBERACIÓN PROLOGADA TRAS CAMBIO DE ORIGINAL A GENÉRICO EN CONDICIONES DE TRASPLANTE HEPÁTICO ESTABLE. EXPERIENCIA DE UN CENTRO

Claudia Álvarez Varela, Sandra Pérez De La Iglesia, Miguel Ramírez Verdyguer, José Luis Lledó, Agustín Albillos, Miguel García González. H Ramón y Cajal

**Objetivo:** Dentro de los profesionales dedicados al trasplante de órganos sólidos existe la preocupación sobre la sustitución de inmunosupresores por genéricos, lo que puede contribuir a reducir el gasto farmacéutico. El objetivo de este estudio es evaluar en condiciones de vida real las variaciones de niveles entre dos presentaciones de Tacrolimus de liberación prolongada como son Advagraf (original) y Conferoport (genérico) en pacientes trasplantados hepáticos estables. **Material y método:** Se analizaron de manera retrospectiva 56 pacientes trasplantados hepáticos de los cuales se incluyeron 46. 10 pacientes fueron excluidos por modificación de la dosis al cambiar de fármaco. Se realizaron determinaciones de los niveles a los 10 y 30 días del cambio. Mediante el análisis estadístico t de Student para datos apareados se analizó la disparidad entre los niveles de Tacrolimus antes y después del cambio, considerando una diferencia significativa un valor de p< 0.05. **Resultado:** Del total de los pacientes analizados (46), el 37% eran mujeres y el 63% hombres. Respecto al uso concomitante de un segundo inmunosupresor, un 26% tomaban Micofenolato, un 4.3% Azatioprina, 8.7% glucocorticoides y el 32.6% Everolimus. En todos ellos se realizó el cambio de original (Advagraf) a genérico (Conferoport) manteniendo la misma dosis. No se encontraron diferencias significativas entre los niveles de Tacrolimus previos y posteriores al cambio (p=0.369) Únicamente hubo efectos adversos en 3 casos (6.5%), en 2 cefalea y 1 candidiasis bucofaringea, lo que obligó a volver al tratamiento original. **Conclusión:** Este estudio demuestra que no hay diferencias significativas en los niveles medios de Tacrolimus entre su forma original y genérica. Sin embargo, se requieren estudios de mayor número muestral aleatorizados, con un diseño cruzado para aportar un mayor grado de evidencia, ya que este tipo de fármacos presenta un estrecho margen terapéutico, teniendo graves consecuencias clínicas tanto la sobredosis como la infradosificación.

## CO2.11

### INMUNOSUPRESIÓN DE INDUCCIÓN CON BASILIXIMAB: ¿PUEDE SER SUFICIENTE UNA DOSIS?

Ana Hurtado<sup>1</sup>, Patricio Más Serrano<sup>3</sup>, María Teresa Pomares<sup>1</sup>, María Díaz<sup>4</sup>, María Rodríguez<sup>1</sup>, Pablo Bellot<sup>1</sup>, Cayetano Miralles<sup>1</sup>, Iván Herrera<sup>1</sup>, Paola Melgar<sup>2</sup>, Celia Villodre<sup>2</sup>, Mariano Franco<sup>2</sup>, Miguel Perdiguero<sup>4</sup>, José Manuel Ramia<sup>2</sup>, Gonzalo Rodríguez Laiz<sup>2</sup>, Sonia Pascual Bartolomé<sup>1</sup>. 1) Unidad Hepática. HGU Dr. Balmis. 2) Unidad Cirugía HBP y trasplante hepático. HGU Dr. Balmis. 3) Unidad de farmacocinética. HGU Dr. Balmis. 4) Servicio de nefrología. HGU Dr. Balmis

**Introducción y objetivo:** La disfunción renal es una causa importante de morbi-mortalidad en el trasplante hepático (TH) por lo que se han propuesto diferentes estrategias para su prevención, una de ellas es la inmunosupresión de inducción (ISI) con dos dosis de basiliximab (BAS). Sin embargo, es posible que una sola dosis sea suficiente. El objetivo del presente estudio es analizar la evolución de la función renal empleando una sola dosis de BAS. **Material y método:** Entre septiembre de 2012 y septiembre de 2022 se realizaron 383 TH en 368 pacientes. Se realizó ISI con BAS en caso de ERC preTH y/o dos o más factores de riesgo (HTA, DM, IMC > 30). Se excluyeron del análisis los pacientes que fallecieron el primer mes (n=26, 29.5%BAS). Se analizaron las características demográficas y clínicas y la evolución de función renal en los primeros 12 meses postTH. **Resultado:** varones 78.9%, edad 58.9 (19-75), DM 31.7%, HTA 31.3%, IMC 26.9 (15-43), CHILD A 36.8%, CHILD B 36.3%, MELD 15 (6-48). Indicación TH: HCC 52%, CH 36%, doble 3%. Etiología: alcohol 47.8%, VHC 16.7%, alcohol+virus 16%. Mediana estancia: 4 días (2-97). Supervivencia 1año serie global: 94%. Inducción con BAS: 44.4% (90% una dosis). Características basales: grupo BAS vs noBAS: DM 41.7%vs22%, MELD 16.9vs14.38, edad 59.56vs56.9, crea basal 1.27vs1.03mg/dL, p<0.05, sin diferencias en porcentaje de trasplante doble, HTA o IMC. No diferencias entre grupos en estancia hospitalaria postTH, incidencia RAC, infecciones o supervivencia. Creatinina postTH grupo BAS/no BAS semana1: 1.2vs1.05mg/dL, semana2: 1.17vs1.03mg/dL, mes1: 1.15vs1.07mg/dL, mes6: 1.13vs1.05mg/dL, mes12: 1.18vs1.01mg/dL (p>0.05). Crea basal vs crea m12 grupo BAS: 1,22vs1,16mg/dL (p=0.000). **Conclusión:** El empleo de una dosis única de BAS con introducción tardía de TAC es factible y segura y permite preservar la función renal en pacientes que presentan factores de riesgo de disfunción renal.

## CO2.12

### FENOFIBRATO EN PACIENTES CON COLANGIOPATIA CRÓNICA POSTRASPLANTE

Marta García Calongue<sup>1</sup>, Valle Cadahía Rodrigo<sup>1</sup>, Carmen Álvarez Navascues<sup>1</sup>, Carmen García Bernardo<sup>2</sup>, Ignacio González-Pinto Arrillaga<sup>2</sup>, María Varela Calvo<sup>1</sup>, Manuel Rodríguez García<sup>1</sup>, María Luisa González Diéguez<sup>1</sup>. 1) Hepatología. HUC de Asturias. 2) Cirugía Hepato-biliar. HUC de Asturias

La colangiopatía isquémica(CI) es una complicación grave que puede causar la pérdida del injerto. A pesar de la restauración del flujo arterial la colangiopatía puede seguir progresando. Una hipótesis sobre la progresión del daño se basa en la toxicidad producida por acumulación de ácidos biliares en el ducto biliar inflamado produciendo apoptosis de hepatocitos y colangiocitos. Los agonistas del receptor X-farsanoide y agonistas PPARα(fenofibrato) pueden tener un papel en el tratamiento de la CI. **Objetivo:** valorar el efecto del fenofibrato sobre los parámetros de colestasis en pacientes con CI postrasplante y sus efectos secundarios(ES). **Pacientes y Material y método:** incluimos 7 pacientes(5 varones y 2 mujeres) que desarrollaron CI y recibieron fenofibrato 6 meses. La mediana de tiempo desde el trasplante al inicio del fenofibrato fue 48 meses. Variables analizadas: bilirrubina, FA, GGT, AST, ALT y creatinina antes del inicio del tratamiento y a los 3-6 meses postratamiento. **Resultado:** A los 3 y 6 meses de iniciado el tratamiento se objetivó mejoría significativa de FA y GGT con respecto a los valores pretratamiento: 3 meses: FA 357,4 vs 176,7 (p= 0,015); GGT 345,8 vs 247,7 (p = 0,047). 6º mes: FA 357,4 vs 174,7 (p= 0,028);GGT 345,8 vs 239,7 (p = 0,026). A los 6 meses también se objetivó un incremento significativo en la creatinina: 1,0 vs 1,31 (p= 0,016). No hubo diferencias significativas en las cifras de transaminasas ni en la bilirrubina. Dos pacientes (28%) tuvieron que suspender el tratamiento por empeoramiento función renal. No se observaron otros ES. Los pacientes que presentaban prurito refirieron una mejoría importante del mismo. **Conclusión:** En esta corta serie de pacientes el uso de fenofibrato resultó un tratamiento eficaz en la mejoría de los enzimas de colestasis y del prurito de los pacientes con CI. La principal limitación para su uso es la toxicidad renal.

CO3.01\*

### NORMOSPAIN: RECUPERACIÓN DE ÓRGANOS PARA TRASPLANTE HEPÁTICO EN ESPAÑA MEDIANTE MÁQUINAS DE PERFUSIÓN NORMOTÉRMICA EX SITU

Yiliam Fundora Suárez<sup>1</sup>, José Ángel López Baena<sup>2</sup>, Luis Rodríguez Bachiller<sup>2</sup>, David Calatayud Mizrahí<sup>3</sup>, Adrian Rosat<sup>4</sup>, Gabriela Chullo Llerena<sup>1</sup>, Filippo Landi<sup>1</sup>, Manuel Abradelo De Usera<sup>5</sup>. 1) *Cirugía Trasplante Hepático. H Clínic de Barcelona.* 2) *Cirugía Trasplante Hepático. HU Gregorio Marañón. Madrid.* 3) *Cirugía Trasplante Hepático. HUP La Fe. Valencia.* 4) *Cirugía Trasplante Hepático. HU Nuestra Señora de Candelaria. Tenerife.* 5) *Cirugía Trasplante Hepático. HU 12 de Octubre. Madrid.*

**Método:** Estudio retrospectivo con el objetivo de describir la experiencia inicial con el uso de MPNex en trasplante hepático en España desde noviembre de 2017 hasta diciembre de 2022. Durante la preservación dinámica se midieron biomarcadores en perfusato y bilis. Los criterios de aceptación para trasplante incluyeron en las primeras 4 horas, aclaramiento de lactato hasta niveles  $\leq 2,5$  mmol/L, aspecto macroscópico homogéneo, estabilidad hemodinámica, metabolismo de glucosa y producción de bilis. **Resultado:** En España se centralizó el uso de MPNex en 4 centros: HU Gregorio Marañón de Madrid (n=11) HU La Fe de Valencia (n=7), HU Nuestra Señora de Candelaria de Tenerife (n=4) y H Clínic de Barcelona (n=18). Se evaluaron 40 injertos hepáticos que habían sido descartados para trasplante (esteatosis 40%). Un 52% de los injertos procedían de donación en asistolia. La preservación estática en frío previa fue 252 min (95-505). Fueron recuperados 32 hígados (80%) para trasplante después de 500 min (120-1140) en MPNex. Ocho injertos no cumplieron los criterios de viabilidad. Se realizaron 31 trasplantes. La mayoría de los receptores fueron hombres (56%) con una mediana de edad de 58 años (43-70) y MELD 19 (6-33). La principal indicación para el trasplante fue la enfermedad hepática relacionada con el alcohol (40%). Un 75% no presentó síndrome postperfusión. La hemorragia estimada y consumo de sangre fue de 2472 ml (860-3900) y 1 concentrado (0-16), respectivamente. Se realizó flujometría intraoperatoria en todos los casos, obteniendo flujo portal 1500 ml/min (320-4700) y arterial 226 ml/min (100-400), respectivamente. Tres pacientes presentaron disfunción precoz del injerto (9.4%). El pico de GPT en las primeras 24 horas fue 487 U/L (71-4203). No se observaron complicaciones vasculares. La mediana de estancia en cuidados intensivos y hospitalaria fue de 3 días (1-13) y 15 días (3-43), respectivamente. Un paciente (3%) desarrolló estenosis biliar que requirió retrasplante. La supervivencia actuarial del receptor a los 6 meses fue de 100%. **Conclusión:** La estrategia de recuperación de órganos mediante MPNex ha permitido el aumento de injertos viables para trasplante con una supervivencia del 100% a los 6 meses.

CO3.02\*

### DESARROLLO INICIAL DE UNA APP PARA LA VALORACIÓN DE INJERTOS HEPÁTICO: APLICANDO LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL AL PROCESO DE DONACIÓN HEPÁTICA

Juan Manuel Castillo Tuñón<sup>1</sup>, Luis Miguel Marín Gómez<sup>2</sup>, Beatriz Pontes Balanza<sup>3</sup>, Daniel Mateos García<sup>3</sup>, Francisco Javier Padillo Ruiz<sup>2</sup>, José Cristóbal Riquelme Santos<sup>3</sup>, José María Álamo Martínez<sup>2</sup>, Carmen Bernal Bellido<sup>2</sup>, Gonzalo Suárez Artacho<sup>2</sup>, Carmen Cepeda Franco<sup>2</sup>, Miguel Ángel Gómez Bravo<sup>2</sup>. 1) *Unidad de Cirugía HBP. HU V. Macarena.* 2) *Unidad de Cirugía HBP y Trasplante Hepático. HU V. Rocío.* 3) *Departamento de Lenguajes y Sistemas Informáticos. Escuela Técnica Superior de Ingeniería Informática. U de Sevilla.*

**Objetivo:** El objetivo principal de este trabajo es presentar una aplicación (APP), desarrollada mediante técnicas de inteligencia artificial, capaz de valorar la validez de un injerto hepático para trasplante. Basándose, para ello, en el estudio de las variables recogidas en el protocolo inicial de donación, facilitado por la Organización Nacional de Trasplante. **Material y método:** Se estudió una muestra de injertos hepáticos, provenientes de donantes en muerte encefálica, valorados para trasplante. La muestra estaba compuesta por dos grupos de injertos: válidos y no válidos. El primer grupo estaba compuesto por injertos usados para trasplante y el segundo por injertos descartados tras la valoración *in situ*. Primero, se realizó un estudio retrospectivo, observacional, unicéntrico y univariante cuyo fin fue identificar los factores de riesgo asociados al grupo de injertos no válidos. Posteriormente, basándonos en los resultados de este estudio inicial, se desarrolló una AAP, utilizando técnicas de "machine learning" y un clasificador "boosting tree ensemble". **Resultado:** Se evaluaron un total de 350 injertos hepáticos. Los principales factores de riesgo identificados en el estudio univariante incluyeron edad, dislipemia, antecedentes médicos personales, antecedentes quirúrgicos abdominales, bilirrubinemia y los resultados de la ecografía hepática previa ( $p < 0.05$ ). Al evaluar el modelo desarrollado, observamos que la reorganización con mejor rendimiento, en términos de precisión, alcanzó el 76.3% con un área bajo la curva de 0.79. **Conclusión:** La APP presentada en este trabajo, demuestra una alta precisión en la predicción de la validez de injertos hepáticos valorados para trasplante, pudiendo llegar a convertirse en una herramienta útil en el proceso de toma de decisiones, para el cirujano encargado del proceso de donación hepática. La inteligencia artificial, y la tecnología de "big data", mejoran a medida que analizan más datos, por tanto, la creación de grandes bases de datos multicéntricas es fundamental para mejorar los resultados obtenidos, optimizando e implementando esta tecnología.

CO3.03\*

### ESTUDIO PRELIMINAR DE VALIDACIÓN DE UN SISTEMA COAXIAL MEDIANTE MEDIDAS DE REFLEXIÓN ELECTROMAGNÉTICAS COMO MÉTODO DIAGNÓSTICO INMEDIATO DE ESTEATOSIS HEPÁTICA EN HÍGADOS DE DONANTES PARA TRASPLANTE HEPÁTICO

David Abelló Audí<sup>1</sup>, Andrea Boscà Robledo<sup>1</sup>, Rafael López-Andújar<sup>1</sup>, Concepción García<sup>2</sup>, Eva Moltalvá Orón<sup>1</sup>, Cristina Martínez Chicote<sup>1</sup>, Javier Maupoey Ibáñez<sup>1</sup>. 1) HUP La Fe. 2) iTEAM, U.P. de València

**Objetivo:** La esteatosis hepática es un factor pronóstico para la supervivencia del injerto hepático. Actualmente el grado de esteatosis se realiza de visu por el cirujano extractor y en caso de dudas se realiza una biopsia hepática. El objetivo del estudio es probar un nuevo método inmediato para el diagnóstico de esteatosis hepática, sin necesidad de biopsia, basado en ondas electromagnéticas, analizando las variaciones de la permitividad del tejido. **Material:** El material usado ha sido el sistema coaxial, compuesto por una Sonda Keysight 85070E Slim, VNA Anritsu MS46121B y el ordenador portátil modelo Tablet Microsoft Surface. El programa para analizar los datos "Hepatoaxial" ha sido creado por el iTEAM de la U.P. de València. **Método:** Estudio prospectivo unicéntrico, realizado de octubre 2021 hasta marzo 2023. La población de estudio son injertos potencialmente aptos para trasplante hepático, excluyendo los pediátricos. Se toman 6 medidas de permitividad en los segmentos 3 y 4b hepáticos. El valor se compara con el informe definitivo de anatomía patológica de la biopsia en el segmento 4b. **Resultado:** Se incluyen como prueba de concepto un total de 34 injertos. El 55,8% no tenía ningún grado de esteatosis. El valor de permitividad fue más alto en los hígados no esteatóticos y oscilaba entre 60 y 50 (F/m) en función de la frecuencia analizada. Tanto en el segmento 3 como 4b, la permitividad fue más baja cuando el porcentaje de esteatosis fue mayor (ver foto 1, 2 y 3). **Conclusión:** En base a nuestros resultados podemos afirmar que la permitividad varía en función de la esteatosis de los hígados. Es necesario ampliar el estudio para definir mejor los puntos de corte del grado de esteatosis y el valor de permitividad. El método de análisis que hemos desarrollado es viable, no invasivo, reproducible e inmediato.

CO3.04

### PERFUSIÓN DINÁMICA NORMOTÉRMICA EN DONACIÓN EN ASISTOLIA NO CONTROLADA EN TRASPLANTE HEPÁTICO

Gabriela Chullo Llerena<sup>1</sup>, Rocío García Pérez<sup>1</sup>, Filippo Landi<sup>1</sup>, Miguel Ángel López Boado<sup>1</sup>, Christian J. Robles Bardales<sup>1</sup>, Claudia Lorenzo<sup>1</sup>, Héctor Estrella<sup>1</sup>, Angel Ruiz<sup>5</sup>, Camino Rodríguez<sup>5</sup>, Gerard Sánchez<sup>5</sup>, Annabel Blasi Ibañez<sup>3</sup>, Eva Ribas<sup>3</sup>, Javier Fernández<sup>4</sup>, Enric Reverter<sup>4</sup>, Gonzalo Crespo<sup>2</sup>, Pablo Ruiz<sup>2</sup>, Jordi Colmenero Arroyo<sup>2</sup>, Fabio Ausania<sup>1</sup>, Josep Fuster Obregón<sup>1</sup>, Yiliam Fundora Suárez<sup>1</sup>. 1) H Clínica de Barcelona - Cirugía. 2) H Clínica de Barcelona - Hepatología. 3) H Clínica de Barcelona - Anestesiología. 4) H Clínica de Barcelona - Unidad de Cuidados Intensivos. 5) H Clínica de Barcelona - Coordinación de Trasplante

La introducción de la perfusión regional normotérmica (PRN) en asistolia ha mostrado resultados equiparables a la muerte cerebral. Sin embargo, en caso de asistolia no controlada (DANC), la mayor incidencia de complicaciones y dificultades logísticas, han limitado su expansión. La perfusión normotérmica ex-situ (MPN) podría ofrecer una oportunidad única de evaluar estos injertos en condiciones fisiológicas. **Objetivo:** Analizar los resultados desde el inicio del protocolo DANC con PRN, y posteriormente PRN+MPN. **Material y método:** Se realizaron 48 trasplantes (92,3%) entre 04/2002-12/2017 utilizando PRN y 4 (7,7%) desde la implementación del protocolo PRN+MPN de 12/2017-02/2023. La viabilidad en MPN se evaluó con criterios analíticos (perfusato/bilis), funcionales y hemodinámicos. Para el análisis de la supervivencia con el protocolo DANC+PRN, la muestra se dividió en dos períodos (grupo 1: 24 casos de 2002-2009 y grupo 2: 24 casos de 2010-2017) y DANC+PRN+MPN, en un grupo único. **Resultado:** Se realizaron 52 trasplantes procedentes de DANC. La mayoría de receptores fueron hombres jóvenes (57(50-62) años para PRN y 59(49-63) años para PRN+MPN). No se encontraron diferencias en características clínicas, MELD 18 (10-22) y 54,2% CHILDC en PRN, MELD 15 (9-22) y 50% CHILDC en PRN+MPN. Las principales indicaciones fueron VHC y alcohol. HCC en 20 (41,7%) y 3 (7,5%) casos en PRN y PRN+MPN respectivamente. Tiempo en PRN de 3,2(2,9-3,65) horas y en MPN de 11,6(9,6-14,8) horas. Con un seguimiento de 129(62-167) meses (PRN) y 18(11-46) meses (PRN+MPN), la tasa de complicaciones biliares en el grupo PRN fue de 25% con ITBL de 10,4%. En PRN+MPN, 1 paciente (25%) presentó ITBL que precisó retrasplante al año. La supervivencia de receptor e injerto (PRN) fue superior en el segundo período (grupo 1: 87,5%, 79,2%, 75%, 70,8% vs grupo 2: 91,7%, 83,3%, 79,2%, 79,2% (p=0,5) y grupo 1: 83,3%, 70,8%, 54,2%, 50% vs grupo 2: 91,7%, 87,5%, 75%, 66,7%, al mes, 1, 3 y 5 años, p=0,24, respectivamente). En el grupo PRN+MPN, todos los receptores vivos a los 6 meses. **Conclusión:** A pesar del número limitado de casos y la baja utilización de DANC, el uso de PRN+MPN podría contribuir sustancialmente a aumentar el número de injertos viables para trasplante hepático.

### CO3.05

#### “WITH HOPE” – RESULTADOS DE LOS PRIMEROS 100 CASOS DE HOPE EN TRASPLANTE HEPÁTICO EN UN CENTRO DE REFERENCIA PORTUGUÉS

Maria João Amaral, Mariana Duque, Júlio Constantino, Ricardo Martins, Pedro Oliveira, João Simões, Marco Seródio, Henrique Alexandrino, Licínia Dias, António Pinho, Emanuel Furtado, José Guilherme Tralhão, Dulce Diogo. *CHU de Coimbra*

**Introducción:** La perfusión mecánica es un método novedoso destinado a optimizar los hígados antes del trasplante. La perfusión oxigenada hipotérmica (HOPE) presenta resultados prometedores en términos de menor incidencia de complicaciones y permite maximizar el uso de donantes con criterios extendidos. Este trabajo presenta los resultados de los 100 primeros casos de uso de HOPE en un centro portugués de trasplante de hígado. **Material y método:** Entre agosto/2020 y julio/2023 HOPE se utilizó eficientemente en 100 casos. Analizamos datos del donante, injerto y receptor, y datos del intra y postrasplante inmediato. Además, se analizó el desarrollo de estenosis no-anastomóticas (ENA), después de excluir a los pacientes con complicaciones arteriales y *biliary cast syndrome*. **Resultado:** Receptores: 80% sexo masculino, edad mediana de 62 años (IQR 55-66), NELD-Na 17 (IQR 11-24), trasplantados por CHC en 44% de los casos, 6% de trasplantes. Donantes: edad mediana de 72 años (IQR 60.5-76.5) (18% con edad  $\geq 80$  años), IMC mediano de 26.62 Kg/m<sup>2</sup> (IQR 24.30-29.07), 100% muerte cerebral, D-MELD  $\geq 1600$  en 20%. TIF mediano de 368 minutos (IQR 343.50-412.0), sin embargo 130 minutos (IQR 120.0-152.50) corresponden a oxigenación hipotérmica. Hubo 2 casos de síndrome post-reperfusión y 1 caso de fallo primario del injerto. Mediana de pico AST 778.5 U/L (IQR 506.75-1606.0), pico ALT 657.5 U/L (IQR 386.75-1222.0), BT 1.5 mg/dL (IQR 0.9-3.0) y INR 1.12 (IQR 1.06-1.23), con 17 casos de disfunción temprana del injerto (de estos, ninguno ha perdido el injerto). Hubo 59 casos de lesión por isquemia-reperfusión. La incidencia de ENA fue del 6.98% (N=86). En el análisis de los casos con >6 meses de seguimiento (N=65) la incidencia fue del 7.69% (N=65) (se estimaba del 16.9% en nuestro Centro, previamente). **Conclusión:** El uso de HOPE aumentó la utilización de injertos marginales y se destaca la buena función del injerto en el postoperatorio inmediato. Además, disminuyó la tasa de ENA en nuestro Centro.

### CO3.06

#### EFICACIA DE LA OPINIÓN DEL CIRUJANO EXTRACTOR PARA PREDECIR EL GRADO DE ESTEATOSIS DE LOS INJERTOS HEPÁTICOS

Maria Sorribas, Lluís Secanella, Oriana Barrios, Alberto Amador, Alba Cachero, Kristel Mils, Josefina López, Núria Pelaez, Juli Busquets, Teresa Serrano, Emilio Ramos, Laura Lladó Garriga. *HU de Bellvitge*

**Objetivo:** Analizar la capacidad del cirujano extractor en la evaluación de la esteatosis del injerto hepático, así como en la selección del mismo. **Material:** Recogimos de forma prospectiva los datos de todos los injertos hepáticos valorados para trasplante entre enero 2020 y julio 2023 en nuestro centro. **Método:** Realizamos un estudio descriptivo sobre las características del donante, tipo de extracción, motivo del rechazo, y esteatosis en opinión del cirujano; calculamos las medidas de precisión diagnóstica y su área bajo la curva ROC (AUC) según resultado de la biopsia hepática. **Resultado:** De 242 hígados evaluados, implantamos 181 (75%), disponiendo de evaluación quirúrgica y anatomopatológica en 171 (89%); y rechazamos 61 injertos (25%), disponiendo de biopsia en 52 (85,2%). Los donantes fueron mayoritariamente varones (76,9%), con una mediana de edad de 62,5 años (52,5 a 70,1). En los 171 hígados implantados, la valoración de la esteatosis por parte del cirujano fue acertada en un 98,2%. De los 51 hígados con esteatosis considerada leve (<30%), solo 3 casos (5,8%) tenían esteatosis >30% en el estudio anatomopatológico. La incidencia de fallo primario en este periodo fue del 1,8%. En los hígados rechazados, el grado de acierto en esteatosis significativa ( $\geq 30\%$ ) fue del 58,8% (10/17). Aunque el motivo principal de rechazo fue el aspecto macroscópico del injerto (23p, 37,7%), descartamos el 69% de los hígados por combinación de factores. Globalmente, la sensibilidad y la especificidad de la valoración de la esteatosis significativa por parte del cirujano fue del 62,5% y 96,6% respectivamente; los VPP y VPN fueron del 58.8% y 97.1%. El AUC fue de 0.80. **Conclusión:** La opinión del cirujano extractor en la valoración de la esteatosis significativa en los injertos hepáticos muestra una aproximación excelente. De esta forma, los hígados implantados con esteatosis considerada tolerable demostraron una baja tasa de disfunción primaria.

CO3.07

**RESULTADOS DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON INJERTOS PROCEDENTES DE DONANTES OCTOGENARIOS**

Diego López Guerra<sup>1</sup>, Isabel Jaén Torrejimenó<sup>1</sup>, Angélica Borraez Jiménez<sup>1</sup>, Adela Rojas Holguín<sup>1</sup>, Carolina Labrador Alzás<sup>1</sup>, Inmaculada Lavado Andújar<sup>1</sup>, Nerea Rodríguez-Díez<sup>2</sup>, Gerardo Blanco Fernández<sup>1</sup>. 1) Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. HU de Badajoz. 2) Servicio de Digestivo. Unidad de Hepatología. HU de Badajoz

**Objetivo:** El objetivo de nuestro trabajo fue analizar los resultados del uso de injertos de donantes octogenarios. **Material y método:** Se realizó un estudio retrospectivo de los trasplantes hepáticos (TOH) realizados en nuestro centro entre 2007-2022. Se analizaron los resultados de los injertos de donantes > 80 años y se compararon con el resto de la muestra. Resultado: Se incluyeron 371 pacientes; 34 (9,2%) pacientes trasplantados con un injerto de donante ≥ 80 años. Al comparar los donantes octogenarios con el resto de la muestra observamos que los injertos octogenarios fueron destinados a receptores con una edad media mayor (55,3 vs 59,6 años; p=0,01) y una puntuación MELD menor (12 vs 15; p=0,01). No encontramos diferencias en relación a la isquemia caliente, isquemia total, ni retrasplante. La tasa de reintervenciones fue mayor en el grupo de donantes octogenarios (25% vs 15,6%; p=0,175). Se observan más complicaciones biliares en el grupo > 80 años (14,7% vs 8,6%; p=0,24). No encontramos complicaciones arteriales en el grupo de donantes octogenarios (0% vs 4,2%; p=0,22). El pico de transaminasas fue menor en el grupo mayor de 80 años: GOT (1209 vs 969; p=0,51) GPT (808 vs 571; p=0,29). La mortalidad postoperatoria en < 80 años fue 7,7% vs 9,1% en el grupo de donantes octogenarios (p=0,73). Tras excluir a los pacientes con mortalidad postoperatoria y retrasplantes urgentes, no se observó diferencias en la supervivencia global entre el grupo <80 vs > 80 años: 1 año (93% vs 94%), 3 años (85% vs 83%), 5 años (80% vs 79%). **Conclusión:** La edad del donante no debería ser un límite para la evaluación del injerto. Nuestros resultados presentan una mayor tasa de reintervenciones y complicaciones biliares con ausencia de complicaciones arteriales. La supervivencia a largo plazo es similar en ambos grupos.

CO3.08\*

**VALIDACIÓN DEL RETREAT SCORE EN PACIENTES TRASPLANTADOS POR HEPATOCARCINOMA EN UN HOSPITAL TERCIARIO**

Lourdes Avelino González<sup>2</sup>, Cristina Martínez Chicote<sup>1</sup>, David Abelló Audí<sup>3</sup>, Andrea Boscá Robledo<sup>1</sup>, Ana Hernando Sanz<sup>1</sup>, Eva Montalvá Orón<sup>1</sup>, Javier Maupoey Ibáñez<sup>1</sup>, David Calatayud Mizrahi<sup>1</sup>, Ángel Rubín Suárez<sup>1</sup>, María García Eliz<sup>1</sup>, Rafael López Andújar<sup>1</sup>. 1) HUP La Fe. 2) H de Dénia. 3) HU Vall d'Hebron

**Introducción:** Actualmente no existe un consenso en el seguimiento de pacientes trasplantados por CHC, por lo que se están desarrollando scores como el RETREAT para estratificar a los pacientes en grupos de riesgo e individualizar sus seguimientos. **Objetivo:** Validar el RETREAT score en pacientes trasplantados por hepatocarcinoma (CHC). **Material y método:** Estudio retrospectivo, descriptivo y unicéntrico en pacientes trasplantados por CHC en el período comprendido entre el 01/01/2002 y el 31/12/2018 con un seguimiento mínimo de 2 años o hasta la aparición de recidiva. Se han excluido pacientes < 18 años, trasplantados por otras etiologías diferentes al CHC, aquellos en los que no se ha podido calcular el RETREAT score y aquellos con ausencia de tumor viable en la anatomía patológica (AP) sin tratamiento locorregional pretrasplante. **Resultado:** Se incluyeron 495 pacientes (82,6% varones y el 17,4% mujeres). La edad media fue de 57,4 años (s7,1). La mediana de la AFP se cifró en 9,3 (IQR: 4,3-31,1). El 11,3% de los tumores presentaron invasión microvascular. El promedio de la suma del diámetro mayor + número de tumores fue 4,6. El 69,5% obtuvo una puntuación <3 en el RETREAT score. La tasa bruta de recidiva fue del 13,7% y la tasa global de éxito fue del 42,6% siendo la mediana de seguimiento 5 años (IQR: 2-10 años). Hemos detectado diferencias estadísticamente significativas en la tasa de recidiva, así como en la función de supervivencia en los diferentes niveles de riesgo del RETREAT score. Se ha calculado el índice C de concordancia resultando 0,69, siendo una capacidad discriminante moderadamente alta.



CO3.09

### SCORES DE SUPERVIVENCIA POSTRASPLANTE HEPÁTICO: ¿SON VÁLIDOS PARA LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA?

Mohamed Hassin Mohamed Chairi, Mónica Mogollón González, Jennifer Triguero Cabrera, Inmaculada Segura Jiménez, María Trinidad Villegas Herrera, Jesús María Villar del Moral. *HU Virgen de las Nieves*

**Introducción:** Los injertos procedentes de donantes en asistolia controlada (DAC) están asociados a un mayor riesgo de disfunción precoz del injerto, determinado por el tiempo de isquemia caliente. Resulta imprescindible contar con criterios precisos para identificar esta complicación, con el fin de orientar las estrategias terapéuticas. **Objetivo:** Evaluar diferentes scores de supervivencia del injerto y del receptor en pacientes trasplantados hepáticos con injertos provenientes de DAC.: **Materiales y Material y método:** Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico de pacientes sometidos a trasplante hepático (TH) con injertos procedentes de DAC entre noviembre de 2013 y noviembre de 2022, extraídos por miembros de nuestro equipo. Se utilizaron el *UK RISK Score*, *EAD (Early allograft dysfunction) Olthoff score* y el *MEAF (Model for Early Allograft Function) score* para evaluar el riesgo de supervivencia del injerto y del receptor tras el trasplante. **Resultado:** En el estudio fueron incluidos 65 pacientes. De ellos, 12 (20%) desarrollaron disfunción precoz del injerto según la clasificación de Olthoff, y 7 (11,6%) presentaron disfunción grave según la escala MEAF. Permanecen vivos 50 (76,9%) y 15 (23,1%) fueron exitus. Respecto a la capacidad predictiva de supervivencia global y del injerto según el *UK RISK score*, no encontramos correlación global entre el riesgo de los pacientes y la supervivencia. Sin embargo, en receptores mayores de 70 años (18,4% de la muestra), predijo significativamente la supervivencia del injerto ( $p=0,048$ ), y con tendencia a la significación en la del receptor ( $p=0,088$ ). *EAD Olthoff score* y *MEAF score* no mostraron capacidad predictiva de supervivencia del receptor o injerto, globalmente o en receptores > 70 años. **Conclusión:** En nuestra serie de TH realizados a partir de DAC, no hemos apreciado capacidad predictiva de diferentes scores pronósticos, salvo para la supervivencia del injerto en el caso del *UK RISK score*.

CO4.01\*

### RESULTADOS DE LA PRIMERA RONDA DE CRIBADO DE CÁNCER DE PULMÓN MEDIANTE TAC BAJA RADIACIÓN EN UNA COHORTE DE TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

Giulia Pagano<sup>1</sup>, Pablo Ruiz<sup>1</sup>, Gonzalo Crespo<sup>1</sup>, Raquel García<sup>1</sup>, Yiliam Fundora Suárez<sup>1</sup>, Ivan Vollmer<sup>2</sup>, Ramon Marrades<sup>2</sup>, Laureano Molins<sup>3</sup>, Noemi Reguart<sup>3</sup>, Marcelo Sánchez<sup>2</sup>, Jordi Colmenero Arroyo<sup>1</sup>. 1) *Trasplante Hepático, S. Hepatología, H Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERehd, U de Barcelona.* 2) *Centro Diagnóstico por Imagen, H Clínic de Barcelona, IDIBAPS, U de Barcelona.* 3) *Unidad de Tumores Torácicos, H Clínic de Barcelona, IDIBAPS, U de Barcelona*

El consenso ILTS-SETH recomienda realizar cribado de cáncer pulmonar (CP) mediante TAC de baja radiación (LDCT) anual a los trasplantados hepáticos (TH) entre 50-79 años con tabaquismo activo o exfumadores < 15 años y dosis acumulada (DA)>20paq/año. Nuestro objetivo fue evaluar la aplicabilidad y tasa de detección de CP en la primera ronda de cribado (1/12/22 - 31/6/23). **Material y método:** Se solicitó LDCT todos los TH con criterios ILTS-SETH de cribado de nuestro centro. Se excluyeron pacientes con comorbilidades graves o TAC por otros motivos. **Resultado:** De los 1083 pacientes TH en seguimiento, se valoró el LDCT de cribado en 601 (336 excluidos por edad/comorbilidades, 146 por TAC de tórax realizado por otros motivos). Se realizaron 79 LDCT de cribado en TH mayoritariamente hombres (78%) con edad mediana 61(56-66) años y un seguimiento postrasplante de 13(8-17) años. El cribado LDCT fue positivo en 10(12,6%) casos, indeterminado en 3 y negativo en 69. De las lesiones positivas, una resultó un falso positivo (PAAF negativa, resolvió en seguimiento) y se confirmaron 6 (7,6%) CP: 4 adenocarcinomas pulmonares, y 2 carcinoma escamosos. Tres pacientes presentaban tumores en estadio precoz (resección: T1, T2b, T2a; todos N0M0) y tres pacientes estadios avanzados (T2N2M0, T4N3M1, T3N2M1, recibieron IQ y/o QTA/RTA). Todos los pacientes con CP referían tabaquismo activo [DA 42(32-45)paq/año] y mantenían monoterapia con tacrolimus 3-5ng/ml o micofenolato. De 3 pacientes con lesiones indeterminadas, dos han desaparecido en el LDCT de seguimiento (uno pendiente). **Conclusión:** La primera ronda de cribado de CP con LDCT en TH de riesgo ha arrojado una alta tasa de detección de CP en estadios iniciales, pero también avanzados en fase presintomática. La tasa de falsos positivos que han requerido biopsia ha sido baja. Se han realizado LDCT de cribado en el 7,5% del total de TH en seguimiento.

#### CO4.02

### INTERVENCIONES BILIARES GUIADAS POR ECOENDOSCOPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES BILIARES BENIGNAS POSTRASPLANTE HEPÁTICO REFRACTARIAS A TRATAMIENTO CONVENCIONAL

Esteban Fuentes Valenzuela<sup>1</sup>, Marina De Benito Sanz<sup>1</sup>, Félix García Pajares<sup>1</sup>, Irene Peñas Herrero<sup>1</sup>, Carmen Alonso Martín<sup>1</sup>, Carolina Almo-halla Álvarez<sup>1</sup>, Antonio Martínez Ortega<sup>2</sup>, Ramón Sánchez-Ocaña<sup>1,2</sup>, Carlos De La Serna-Higuera<sup>2</sup>, Enrique Asensio Díaz<sup>3</sup>, Martín Bailón Cuadrado<sup>3</sup>, Gloria Sánchez Antolín<sup>1</sup>, Manuel Pérez-Miranda<sup>2</sup>. 1) *Unidad de trasplante hepático. Servicio de Aparato Digestivo. HU Río Hortega.* 2) *Unidad de endoscopias. Servicio de Aparato Digestivo. HU Río Hortega.* 3) *Unidad de trasplante hepático. Servicio de Cirugía General. HU Río Hortega.*

**Objetivo:** Primario: Evaluar el éxito clínico a corto plazo de la ecoendoscopia intervencionista (EE-i) para el tratamiento de las complicaciones biliares del trasplante hepático (TOH) no susceptibles de CPRE. Secundarios: éxito técnico, éxito clínico a largo plazo y eventos adversos. **Material y método:** Serie de casos retrospectiva de un centro de referencia de pacientes con EE-i. El éxito clínico a corto plazo se definió como mejoría de la colangitis o ictericia ( $\geq 50\%$ ) durante los primeros 30 días. **Resultado:** De 770 pacientes TOH entre 2001 y 2022, 142 (18,4%) se sometieron a CPRE/drenaje biliar percutáneo transhepático, de los cuales 21 (15 hombres, mediana de edad 62 años) se sometieron a EE-i mediante drenaje biliar guiado por ecoendoscopia (DB-EE) o CPRE transentérica guiada por ecoendoscopia (EDEE) a través de prótesis de aposición luminal (PAL). Se incluyeron 14 pacientes con coledococoleostomía y 7 con hepaticoyunostomía en Y de Roux. Presentaban CPRE incompleta (canulación exitosa) (n = 11; 52,3%), CPRE fallida (canulación fallida) (n = 6; 28,6%), PTBD externo y acceso fallido a CPRE (n = 4; 19%). Las complicaciones biliares que motivaron la EE-i incluyeron desconexión biliar anastomótica (n = 8), estenosis no anastomótica (n = 6), estenosis anastomótica (n = 6) y rescate de prótesis migrada (n = 1). Se realizaron 25 procedimientos EE-i, incluyendo 14 anastomosis temporales (9 hepaticogastrostomía, 4 coledocoduodenostomía, 1 hepaticoduodenostomía guiada por USE), 5 rendez-vous guiada por ecoendoscopia y 6 EDEE con CPRE transyeyunal a través de un PAL de 15 mm. El éxito técnico fue del 88%, el éxito clínico a corto plazo del 94,4% y el éxito clínico a largo plazo del 88,2%. Se detectaron eventos adversos leves y moderados en el 23,8% (2 colangitis, 2 bacteriemia, 1 malposicionamiento de PAL). **Conclusión:** La EE-i es factible y eficaz en pacientes seleccionados con complicaciones biliares complejas post-TOH.

#### CO4.03

### STENT BILIAR AUTOEXPANDIBLE ABSORBIBLE COMO TRATAMIENTO PREVENTIVO DE LAS COMPLICACIONES BILIARES EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Víctor López López<sup>1</sup>, Christoph Kuemmerli<sup>2</sup>, Alberto Hiciano Guillermo<sup>1</sup>, Pedro Cascales Campos<sup>1</sup>, Alberto Baroja Mazo<sup>1</sup>, Kohei Miura<sup>3</sup>, José Antonio Pons Miñano<sup>1</sup>, Laura Martínez Alarcón<sup>1</sup>, Francisco Sánchez Bueno<sup>1</sup>, Pablo Ramírez Romero<sup>1</sup>, Ricardo Robles Campos<sup>1</sup>. 1) *HCU Virgen de la Arrixaca, IMIB-Arrixaca, Murcia, España.* 2) *Departamento de Cirugía, Clarunis - CU de Enfermedades Gastrointestinales y Hepáticas de Basilea, Suiza.* 3) *División de Cirugía General y Digestiva, Escuela de Posgrado de Ciencias Médicas y Odontológicas de la U de Niigata, Niigata, Japón*

**Objetivo:** Las complicaciones biliares en el trasplante hepático (TH) se han reducido en los últimos años, pero siguen siendo un punto débil. Analizamos el uso de una endoprótesis absorbible autoexpandible como soporte de la anastomosis biliar en el TH. **Material y método:** Entre julio de 2019 y septiembre de 2022, se analizaron pacientes sometidos a TH con anastomosis biliar primaria. El objetivo primario fue evaluar los detalles técnicos y las complicaciones de la endoprótesis biliar absorbible autoexpandible y se compararon con las complicaciones biliares asociadas al tubo en T y sin endoprótesis. También se realizó un análisis de costes. **Resultado:** Se incluyeron 120 pacientes (47 sin stent, 54 con stent absorbible y 19 con tubo en T). Las complicaciones biliares globales fueron significativamente menores en el grupo con endoprótesis absorbible que en los grupos con tubo en T y sin endoprótesis ( $p < 0,001$ ). Las complicaciones biliares a los 90 días fueron significativamente menores en el grupo de endoprótesis absorbible (1,9%) que en los grupos de tubo en T (21,1%,  $p = 0,020$ ) y sin endoprótesis (29,8%,  $p < 0,001$ ). La estancia hospitalaria relacionada con complicaciones biliares tras TH fue significativamente más corta en el grupo de la endoprótesis absorbible (16 [12-21]) en comparación con los grupos sin endoprótesis (19 [15-24]) y con tubo en T (22 [18-31]). En el grupo de stent absorbible, el coste medio y el sobre coste calculados según la calculadora de predicción de costes, así como la estancia hospitalaria relacionada con complicaciones biliares, fueron significativamente inferiores en comparación con los grupos de stent no absorbible ( $p = 0,004$  y  $p = 0,006$ , respectivamente). **Conclusión:** La colocación de un stent biliar absorbible autoexpandible durante la anastomosis biliar en TH es una técnica factible y segura. Nuestro estudio sugiere que su uso puede reducir la tasa de complicaciones biliares tempranas y tardías con una reducción de los costes asociados a su manejo.

CO4.04\*

### ¿ES EL DAÑO HISTOLÓGICO DE LA VÍA BILIAR UN FACTOR PREDICTIVO PARA EL DESARROLLO DE ESTENOSIS BILIARES NO ANASTOMÓTICAS DESPUÉS DEL TRASPLANTE DE HÍGADO?

María João Amaral<sup>1</sup>, Alberto Costa Silva<sup>2</sup>, Rui Caetano Oliveira<sup>3</sup>, Júlio Constantino<sup>1</sup>, Emanuel Furtado<sup>1</sup>, Ricardo Martins<sup>1</sup>, Pedro Oliveira<sup>1</sup>, António Pinho<sup>1</sup>, Henrique Alexandrino<sup>1</sup>, Marco Serôdio<sup>1</sup>, Maria Augusta Cipriano<sup>1</sup>, José Guilherme Tralhão<sup>1</sup>, Dulce Diogo<sup>1</sup>. 1) *CHU de Coimbra*. 2) *CHU de São João*. 3) *Germano de Sousa - Centro de Diagnóstico Histopatológico CEDAP*

**Introducción:** Las estenosis biliares no-anastomóticas (ENA) tras trasplante de hígado (TH) son una causa importante de morbi mortalidad. En nuestro Centro, la incidencia se estimaba del 16.9%. Este estudio tuvo como objetivo caracterizar los cambios histológicos en la vía biliar (VB) del injerto y de los receptores, y verificar si tienen impacto en el desarrollo de ENA. **Material y método:** Período de estudio: 08/2016-04/2018. Recolección prospectiva y análisis histológico (hemorragia, lesión vascular, arteriolonecrosis, necrosis mural, inflamación y lesión de las glándulas peribiliares profundas) de 2 muestras de VB del injerto (*backtable* – VB1 y después de la reperusión – VB2) y 1 muestra de VB del receptor (antes de la anastomosis biliar – VB3). Análisis de variables del donante, receptor e injerto. Se excluyeron los casos con menos de 6 meses de seguimiento y se compararon las variables entre dos grupos de pacientes: con ENA y sin ENA (con estenosis anastomóticas o sin estenosis). Una  $p < 0,05$  se consideró significativa. **Resultado:** En 60 pacientes, 15 (25%) desarrollaron ENA, 11 (18.3%) estenosis anastomóticas y 34 (56.7%) no desarrollaron estenosis durante una mediana de seguimiento tras TH de 65.3 meses (IQR 56.6-71.3). El 80% de los casos de ENA ocurrieron durante el primer año tras TH. La tasa de inflamación en VB1 fue significativamente mayor en el grupo de ENA (20% frente a 0%,  $p=0.013$ ). No hubo diferencia entre los grupos en los demás factores analizados. **Conclusión:** Durante el período de isquemia fría, ya existe una lesión histológica de la VB. La inflamación de la VB durante el período de isquemia fría se ha asociado con el desarrollo de ENA. Sin embargo, no se ha encontrado una asociación entre la inflamación en VB2 y el desarrollo de ENA. Consecuentemente, en nuestro Centro, la histología de la VB del injerto y del receptor no predice el desarrollo de ENA.

CO4.05

### RESULTADOS DE RECONSTRUCCIÓN BILIAR EN TRASPLANTE HEPÁTICO CON TÉCNICA MARGARIT

Nair Fernandes Montes, Mar Dalmau, Concepción Gómez Gavara, Cristina Dopazo Taboada, Mireia Caralt Barba, Itxarone Bilbao Aguirre, Ernest Hidalgo Llompart, Ramón Charco Torra. *HU Vall d'Hebron*

**Introducción:** Las complicaciones biliares (CB) son una causa importante de morbimortalidad tras trasplante hepático (TH), con una incidencia entre 10-30%. Incluyen anomalías biliares funcionales y estructurales que alteran la función hepática y contribuyen a la disfunción primaria del injerto (DPI), siendo una causa de importante morbilidad y retrasplante. **Objetivo:** Analizar las CB postrasplante, factores de riesgo y opciones de tratamiento en un centro con técnica quirúrgica de reconstrucción biliar estandarizada (video técnico demostrativo). **Método:** Estudio retrospectivo unicéntrico que incluye los adultos trasplantados hepáticos desde enero 2012 a diciembre 2022. **Resultado:** De 407 pacientes trasplantados, la incidencia de CB fue de 38 pacientes correspondiendo a un 9,3% (57,9% estenosis anastomosis, 23,7% fuga biliar, 15,8% estenosis no anastomótica y 2,6% litiasis). En caso de complicaciones biliares no se observaron diferencias según tipo de injerto (completo 97,8%, reducido 1%; Split 1,2%  $p=0,591$ ) ni donante (19,9% en DAC con perfusión regional normotérmica y 80,1% en ME,  $p=0,128$ ). En el análisis multivariante, la trombosis arterial (OR 5,88 [IC95% 1,53 - 22,54],  $p=0,01$ ) y la DPI (OR 2,28 [1,07 - 4,88],  $p=0,033$ ) conllevan un mayor riesgo de CB de forma significativa. El tratamiento se precisó revisión quirúrgica en postrasplante inmediato en 2 casos (5,2%, cierre de la fuga en 1 caso y Kehr en el otro caso), CPRE o CTPH, en la mayoría de los casos, en 11 y 20 casos respectivamente, ( $n=31$ , 81,6%), hepatico-yeyunostomía en 3 casos (7,9%), y tratamiento antibiótico de biloma en 2 casos (5,3%). **Conclusión:** La estenosis de la anastomosis es la principal causa de CB postrasplante, donde la técnica quirúrgica utilizada puede tener un papel significativo. La técnica de reconstrucción biliar estandarizada en nuestro centro, se relaciona con una tasa de complicaciones baja en comparación a la descrita en la literatura.

#### CO4.06

### RIESGO DE RECURRENCIA DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO. VALIDACIÓN DE LOS MODELOS PREDICTIVOS DE RECURRENCIA MORAL Y RETREAT

Antonio Cuadrado Lavín, José Ignacio Fortea, Carlos Rodríguez-Lope, Angela Puente, Vanesa Fernández Vilchez, Víctor Echavarría, Federico José Castillo Suescun, Roberto Fernández Santiago, Juan Andrés Echeverri Cifuentes, María del Mar Achalandabaso Boira, Enrique Toledo Martínez, Raúl Pellón, Juan Carlos Rodríguez San Juan, Javier Crespo, Emilio Fábrega García. *HU Marqués de Valdecilla*

**Introducción:** El trasplante hepático (TH) es un tratamiento curativo para el carcinoma hepatocelular (CHC) en estadio temprano no resecable. Sin embargo, las tasas de recurrencia tumoral (RT) varían entre el 8% y el 20% a pesar de los estrictos criterios de selección. Existen herramientas pronósticas de RT, como los riesgos pre-MORAL o RETREAT, que es necesario validar. **Objetivo:** Determinar la tasa de RT en pacientes sometidos a TH en el HU Marqués de Valdecilla (HUMV), identificar los factores asociados y evaluar la capacidad predictiva de los riesgos MORAL y RETREAT. **Método:** Se realizó un estudio retrospectivo en pacientes TH entre 2010 y 2019 en el HUMV. Se excluyeron pacientes con trasplante de hígado-riñón, re-trasplante, infección por VIH, supervivencia inferior a 90 días o HCC incidental. Se recopilaron variables demográficas, relacionadas con la enfermedad hepática, el TH, el tumor y con el seguimiento (RT y muerte). Se analizó la RT mediante el Kaplan-Meier utilizando la prueba de Log-Rank para las comparaciones entre grupos; se llevó a cabo un análisis de regresión de Cox multivariante. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética de Cantabria. **Resultado:** La RT ocurrió en el 13,6% de los 66 pacientes analizados (IC 95% = 7,3-23,9), principalmente extrahepática (67%) y temprana (primeros 5 años) (75%). La RT se asoció significativamente con el aumento del Índice de Masa Corporal (IMC) (HR = 1,3 [IC 95% = 1,1-1,5]), la microinvasión vascular (HR = 8,8 [1,6-48,0]), y un riesgo pre-MORAL medio (HR = 20,4 [3,0-140,4]) y alto (HR = 30,2 [1,6-568,6]). La RT también mostró una asociación significativa con una mayor mortalidad. **Conclusión:** En nuestra cohorte, la RT tras el TH es del 13,6%. Factores como el IMC, la microinvasión vascular y el riesgo pre-MORAL medio/alto están asociados con la RT.

#### CO4.07

### FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SUPERVIVENCIA DEL RETRASPLANTE HEPÁTICO URGENTE

María José Cuevas López, Carmen Bernal Bellido, Carmen Cepeda Franco, Luis Miguel Marín Gómez, Gonzalo Suárez Artacho, José María Álamo Martínez, Francisco Javier Padillo Ruiz, Miguel Ángel Gómez Bravo. *HU Virgen del Rocío*

**Objetivo:** El retrasplante hepático urgente es aquel que se indica en el plazo de 7 días tras el trasplante, estando asociado con peores resultados en cuanto a supervivencia, especialmente a corto plazo. El objetivo de este estudio es identificar los factores de riesgo que comprometen la supervivencia de los receptores del retrasplante urgente. **Material y método:** Estudio descriptivo y retrospectivo que abarca los retrasplantes hepáticos urgentes realizados por una unidad de trasplante hepático española desde 1990 a 2021. Las variables analizadas han sido las demográficas de receptores y donantes, causas del retrasplante y sus complicaciones. Se ha realizado un análisis de supervivencia utilizando el método Kaplan-Meier. **Resultado:** Se realizaron 38 retrasplantes urgentes en este periodo. Los receptores fueron mayoritariamente varones (78,9%) de 53,2 años de media. La causa más frecuente de retrasplante fue la trombosis de la arteria hepática (63,2%) seguida del fallo primario del injerto (18,4%). La edad media de los segundos donantes fue 55 años, siendo la mayoría procedentes de muerte encefálica (94,7%). En el postoperatorio, el 26,3% de los receptores precisó alguna reintervención y el 21,1% falleció en los primeros 3 meses del seguimiento. La supervivencia fue del 71, 60 y 51% a 1, 5 y 10 años respectivamente. El pronóstico se vio afectado, tanto en el análisis univariante como multivariante, por la edad del receptor y por la presencia de fracaso multiorgánico previo al retrasplante. **Conclusión:** Aunque el retrasplante hepático urgente cuenta con unas altas tasas de complicaciones y de mortalidad perioperatorias, en nuestra serie, la supervivencia a largo plazo supera los estándares aceptados por las sociedades científicas. Los factores pronósticos más relevantes parecen ser dependientes del receptor, tales como su edad, la comorbilidad o su situación clínica previa al retrasplante, por lo que el adecuado manejo y optimización prequirúrgicos podrían contribuir a mejorar los resultados.

CO4.08

**TRATAMIENTO DE LA HERNIA VENTRAL DESPUÉS DE TRASPLANTE HEPÁTICO EMPLEANDO FASCIA NO VASCULARIZADA**

Iago Justo Alonso, Alberto Alejandro Marcacuzco Quinto, Oscar Caso Maestro, Félix Cambra Molero, Jorge Calvo Pulido, Álvaro García-Sesma Pérez-Fuentes, Alejandro Manrique Municio, Manuel Abradelo De Usera, Carmelo Loinaz Seguro, Carlos Jiménez Romero. *HU 12 de Octubre*

**Objetivo:** El trasplante hepático es un procedimiento quirúrgico cada vez más frecuente, presentado eventración hasta en el 5-46%. Existen distintos factores de riesgo para la misma, desde el tipo de incisión, sexo, diabetes, ascitis, IMC, edad, etc... La mayoría de los estudios sobre el tratamiento de la eventración en el trasplantado hepático presentan alta tasa de complicaciones, hasta un 42% de recidiva herniaria, un 17% infección de herida quirúrgica y un 12% seroma. **Material y método:** Presentamos un estudio del empleo de fascia no vascularizada en pacientes trasplantados hepáticos con alguna complicación vascular intrabdominal, para el tratamiento sintomático de la eventración. Hemos realizado nuestra técnica en 8 pacientes entre Enero de 2019 y Enero de 2023. **Resultado:** Se han tratado 7 trasplantados hepáticos y un trasplante hepatorenal. La edad mediana de los donantes fue de 57 años (5-66) años mientras que la de los receptores fue de 58 (31-66). La talla mediana de los pacientes ha sido de 163 cm (117-185) y el peso mediano de 76 kilos (17-104). No ha habido cambios en la inmunosupresión de los receptores de fascia. El tiempo mediano entre el trasplante y la cirugía de la hernia fue de 41 meses (5-116). El tamaño del defecto aponeurótico a cubrir varió desde un área de 6cm x 6cm hasta un área de 25cm x 20cm. Dos casos presentaron complicaciones: El primer paciente presentó bulging que finalmente precisó reintervención. La segunda complicación fue un seroma de herida quirúrgica. No ha existido mortalidad ni relacionada con la técnica ni durante el seguimiento. **Conclusión:** El trasplante de fascia no vascularizada presenta resultados prometedores en el tratamiento de la hernia ventral en pacientes sometidos a trasplante hepático.

CO4.09

**PATOLOGÍA CARDIOVASCULAR PRETRASPLANTE HEPÁTICO Y MORTALIDAD POR CÁNCER**

María Senosiain Labiano, Patricia Salvador Bengoechea, Eunat Muga Ibarreche, Ander García San Miguel, José 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. *HU de Cruces*

**Objetivo:** Analizar los resultados del trasplante hepático en pacientes con patología cardiovascular pretrasplante. **Material y método:** Análisis descriptivo y de supervivencia de una cohorte unicéntrica retrospectiva de trasplantados hepáticos. **Resultado:** Entre 1/2017-5/2022 se realizaron 389 trasplantes: 89(23%) presentaban antecedentes cardiovasculares (cardiopatía isquémica, otras cardiopatías, claudicación intermitente, enf.cerebrovascular) (ConCV). Durante el seguimiento (mediana 36.2 meses [IQR 19.1-50.8]), 3(3.4%) de los pacientes ConCV fueron retrasplantados precozmente y 16(18%) fallecieron, frente a 5(1.7%) y 31(10.3%), respectivamente, en el grupo SinCV. La supervivencia del grupo ConCV fue 88% al año y 78% a 3 años frente a 98% y 88% del grupo SinCV. **Conclusión:** En nuestra serie, los pacientes ConCV presentan un aumento significativo de eventos cardiovasculares y neoplasias *de novo* y una menor incidencia de rechazo. Se observó una tendencia no significativa a menor supervivencia, relacionada especialmente con desarrollo de neoplasias *de novo*.

Tabla 1. Características pretrasplante

	ConCV	SinCV	p
N total: 389	89(23%)	300(77%)	
Edad (años, IQR)	61.1(56.6-65.7)	58.9(54.2-64.6)	0.001
Género masculino	82(92.1%)	218(72.7%)	0.001
HTA	42(47.2%)	89(29.7%)	0.002
Dislipemia	35(39.3%)	45(15%)	0.001
DMNID	27(30.3%)	47(15.7%)	0.005
IMC	29.4(27.2-32.2)	27.1(23.4-30.2)	0.001
Etiología			0.003
× OH	48(53.9%)	96(32%)	
× NAFLD	1(1.1%)	12(4%)	
× OH+NAFLD	10(11.2%)	21(7%)	
Tabaquismo			0.1
- No	29(32.6%)	116(38.7%)	
- Ex	40(44.9%)	98(32.7%)	
- Activo	20(22.5%)	86(28.7%)	

Tabla 2. Complicaciones en el seguimiento

	ConCV	SinCV	p
Rechazo agudo	3 (3.9%)	38 (15.1%)	0.01
Neoplasia sólida <i>de novo</i>	16 (23.2%)	20 (10.8%)	0.01
Eventos cardiovasculares	26 (32.5%)	40 (15.7%)	0.001
Causas de muerte	16 (18%)	31 (10.3%)	0.3
- Neoplasia	7 (43.8%)	11 (35.5%)	
- Infecciosa	3 (18.8%)	7 (22.6%)	
- Hepática	2 (12.5%)	7 (22.6%)	
- Cardiovascular	0	3 (9.7%)	
- Quirúrgica	4 (25%)	2 (6.5%)	

## PÓSTERS

P01\*

### DESARROLLO DE UN SCORE PLASMÁTICO BASADO EN UNA FIRMA DE MIRNA Y LA QUIMIOCINA CXCL-10 PARA LA PREDICCIÓN Y EL DIAGNÓSTICO DEL RECHAZO MEDIADO POR CÉLULAS T EN PACIENTES TRASPLANTADOS DE HÍGADO

Olga Millán<sup>1</sup>, Pablo Ruiz<sup>2</sup>, Judit Julian<sup>3</sup>, Yiliam Fundora Suárez<sup>4</sup>, Jordi Colmenero Arroyo<sup>2</sup>, Mercè Brunet<sup>5</sup>. 1) Centro de Investigación Biomédica en Red en Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Laboratorio de Farmacología y Toxicología, Centro de Diagnóstico Biomédico, H Clínic de Barcelona, IDIBAPS, U de Barcelona. 2) Unidad de Trasplante Hepático, H Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERehd, U de Barcelona. 3) Laboratorio de Farmacología y Toxicología, Centro de Diagnóstico Biomédico, H Clínic de Barcelona. 4) Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática, H Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERehd, U de Barcelona. 5) Laboratorio de Farmacología y Toxicología, Centro de Diagnóstico Biomédico, H Clínic de Barcelona, IDIBAPS, CIBERehd, U de Barcelona

**Objetivo:** Desarrollar un score que incluya una firma de miRNA plasmáticos (155-5p, 122-5p y 181a-5p) y CXCL-10 para predecir el riesgo de rechazo y disfunción del injerto en pacientes trasplantados de hígado (TH); y validar este score en una cohorte independiente. **Material y método:** Estudio observacional prospectivo realizado en una cohorte de 79 pacientes seguidos durante el primer año tras el TH. Se obtuvieron muestras de plasma en puntos de tiempo predeterminados para el análisis de los biomarcadores. Los pacientes con anomalías en las pruebas de función hepática fueron sometidos a una biopsia para descartar rechazo. Como cohorte de validación se considero 87 pacientes incluidos en un estudio previo. **Resultado:** Se diagnosticaron un total de 24 episodios de rechazo. La concentración plasmática de CXCL-10 y la expresión de los miRNA estaban significativamente elevadas antes y en el momento del diagnóstico de rechazo. Estas y otras variables significativamente alteradas se utilizaron para desarrollar un modelo logístico para la predicción y el diagnóstico del rechazo. El modelo final incluye CXCL-10 y miRNA-155-5p y 181a-5p. El área bajo la curva ROC (AUROC) para la predicción del rechazo fue de 0,97 (81,6% de sensibilidad, 98,7% de especificidad) y de 0,99 para el diagnóstico (91,3% de sensibilidad, 99,5% de especificidad). En la cohorte de validación (n=87; 14 rechazos), se utilizaron los mismos puntos de corte obteniendo AUROC para predicción y diagnóstico de rechazo de 0,89 y 0,92 respectivamente. En pacientes con disfunción del injerto de ambas cohortes (37 con rechazo y 19 con otros hallazgos), el modelo pudo identificar aquellos con rechazo por otras causas con un AUROC de 0,98 (97,3% de sensibilidad, 94,7% de especificidad). **Conclusión:** El score basado en CXCL-10 y miRNA 155-5p y 181a-5p permite la predicción y diagnóstico de rechazo e identifica pacientes con disfunción del injerto por rechazo.

P02\*

### RESULTADOS DE LA TÉCNICA HOPE. ANÁLISIS DE LA INCIDENCIA DE ESTENOSIS BILIARES NO-ANASTOMÓTICAS Y RECIDIVA DE CARCINOMA HEPATOCELULAR EN PACIENTES CON UN AÑO DE SEGUIMIENTO

Maria João Amaral, Mariana Duque, Cláudia Raposo, Júlio Constantino, Ricardo Martins, Pedro Oliveira, João Simões, António Pinho, Emanuel Furtado, José Guilherme Tralhão, Dulce Diogo. *CHU de Coimbra*

**Introducción:** La perfusión oxigenada hipotérmica (HOPE) ha permitido el uso de injertos marginales en el trasplante de hígado, que conllevan un mayor riesgo de complicaciones asociadas al injerto. Los estudios sugieren una disminución en la incidencia de ENA y de recidiva de CHC en los injertos tratados con HOPE. En nuestro Centro, la incidencia de ENA se estimaba del 16.9%. Este estudio presenta los resultados para ENA y CHC con la utilización de HOPE. **Material y método:** 2 grupos: HOPE y sin HOPE (período de estudio: 08/2020-09/2022). 100% donantes con muerte cerebral. Para el análisis de las estenosis biliares, se excluyeron los casos con <12 meses de seguimiento, complicaciones arteriales, ausencia de síntomas o con biliary cast síndrome (11 pacientes en el grupo HOPE, 1 en el sin HOPE). **Resultado:** Se han trasplantado 109 pacientes, 43 (39.5%) por CHC. Después de la exclusión de los pacientes mencionados, 9 (9.3%) han desarrollado ENA. Grupo sin HOPE: 50 pacientes con edad mediana de 58.5 años (IQR 51.75-63), 18 (36%) trasplantados por CHC, recurrencia en 2 pacientes (11.11%). Edad mediana del donante de 60 años (IQR 48-62.25). TIF 301 minutos (IQR 270-353). ALT/AST máximas de 815.50/1038.50 (IQR 389.75-1371.75/581.50-1692). 4 pacientes en 49 han desarrollado ENA (8.2%). Grupo HOPE: 59 pacientes con edad mediana de 63 años (IQR 55-66), 25 (42.37%) trasplantados por CHC, recurrencia en 1 paciente (4%). Edad mediana del donante de 72 años (IQR 62-77) (15.9% edad ≥80 años). TIF total 416 minutos (IQR 350-418), 126 con HOPE (IQR 112-150). ALT/AST máximas de 670/782 (IQR 467-1250/468-1614). 5 pacientes en 48 han desarrollado ENA (10.4%). Los grupos fueron similares en la incidencia de ENA (p=0.702), pero la diferencia entre la edad de los donantes fue significativa (p<0.001). La recidiva de CHC fue superior en el grupo sin HOPE, aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa (p=0.367) **Conclusión:** El uso de HOPE aumentó la utilización de injertos marginales con incidencias de ENA comparables, pero con reducción de la tasa global de ENA en nuestro Centro. La recurrencia de CHC parece superior en el grupo sin HOPE, aunque se necesitan más estudios.

P03\*

### FACTORES DE RIESGO DE LA RECIDIVA PRECOZ / TARDÍA DEL HEPATOCARCINOMA EN EL TRASPLANTADO HEPÁTICO

Carmen Bernal Bellido, José María Álamo Martínez, Luis Miguel Marín Gómez, Carmen Cepeda Franco, Gonzalo Suárez Artacho, Francisco Javier Padillo Ruiz, Miguel Ángel Gómez Bravo. *HU Virgen del Rocío*

**Introducción:** La supervivencia del trasplantado hepático por hepatocarcinoma (CHC) se ve afectada por la recurrencia del mismo. Las recurrencias suelen ser precoces (en los 2 primeros años postrasplante) menos frecuentemente tardías y se han descrito como excepcionales tras los 5 años postrasplante. Analizamos las tasas de recurrencia (precoz y tardía) así como los factores de mal pronóstico en cada tipo de ellas. **Objetivo:** Determinar las tasas de recurrencia precoz < 2 años y tardía >2 años en el paciente trasplantado hepático por CHC. Analizar los factores de riesgo asociados. **Pacientes y método:** Estudio de 1451 TH desde 1990 a 2021 (384 por CHC) excluimos los pacientes con seguimiento < 1 mes. Se recogieron las variables demográficas y bilógicas del tumor (nº de nódulos, tamaño...) recidiva (precoz / tardía) y tratamiento pretrasplante en base SSPS y se realizó tratamiento estadístico de los datos. **Resultado:** La edad media de 357 pacientes (88,2% varones) fue 57,4 años. El 61,3% recibieron tratamiento en lista. 19,9% sobrepasaban los criterios de Milan, 11,5% eran mal diferenciados, 17,1% tenían infiltración vascular- 41 pacientes (11,5%) presentaron recidiva (25 precoz y 16 tardía). Encontramos diferencias significativas en aquellos que sobrepasaban criterios de Milan, tenían niveles de alfa-fetoproteína elevada, con el tamaño tumoral, mala diferenciación, con infiltración vascular. No apreciamos diferencias con el tratamiento en lista ( $p=0,0157$ ). La supervivencia a 1 y 5 años fue del 89.2% y 77.6% para los pacientes sin recidiva y del 61% y 29.3% para el grupo con recidiva. **Conclusión:** La recurrencia del CHC determina la supervivencia del TH y se presenta con mayor frecuencia en pacientes que sobrepasan los criterios de Milán, con alfafetoproteína elevada, y que presentan infiltración vascular. La recurrencia precoz difiere de la tardía únicamente en los pacientes con infiltración vascular.

P04\*

### NIVELES PLASMÁTICOS DE PIVKA-II PRE-TRASPLANTE ¿PREDICEN LA RECIDIVA DEL HEPATOCARCINOMA TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO?

Luis Francisco Sáenz Mateos<sup>1,2</sup>, Francisco Villalba López<sup>1,2</sup>, Adama Cissé<sup>3</sup>, Pedro Antonio Cascales Campos<sup>2,3</sup>, Víctor López López<sup>2,3</sup>, Felipe Alconchel Gago<sup>2,3</sup>, Laura Martínez-Alarcón<sup>2,5</sup>, Marta Jover Aguilar<sup>2,3</sup>, José Antonio Pons Miñano<sup>2,4</sup>, Alberto Baroja Mazo<sup>2</sup>, Francisco Sánchez Bueno<sup>2,3</sup>, Ricardo Robles Campos<sup>2,3</sup>, Pablo Ramírez Romero<sup>2,3</sup>. 1) *Unidad de análisis clínicos, HU Rafael Méndez, Murcia.* 2) *Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Pascual Parrilla (IMIB).* 3) *Servicio de Cirugía General y Digestivo, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia.* 4) *Servicio de Digestivo, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia.* 5) *Unidad de Docencia, Formación continuada, Investigación y Calidad asistencial, HCU Virgen de la Arrixaca, Murcia*

**Objetivo:** Evaluar si PIVKA-II es un marcador eficaz en la predicción temprana de recidiva tras el trasplante en el carcinoma hepatocelular (CHC) y determinar las tasas de supervivencia. **Material:** Se han estudiado 46 pacientes con CHC reclutados para el presente estudio, 35 fueron trasplantados, de los cuales 3 presentaron recidiva o metástasis tras el trasplante hepático. **Método:** Para predecir la aparición de recidiva tumoral tras el trasplante se usó una curva ROC y el índice de Youden, se calculó la sensibilidad y la especificidad de PIVKA-II. Se realizó el método de Log Rank (Mantel-Cox) para el análisis de la supervivencia. **Resultado:** El AUC obtenido fue de 61,3% (IC95% 0,220-1) con un punto de corte de  $\geq 592$  mAU/mL, sensibilidad 50% y especificidad 96,8%, pero carente de significancia ( $p>0,05$ ) por lo que no nos permite discernir entre los pacientes que desarrollarán recidiva y los que no. 32 pacientes pre-trasplante presentaron un PIVKA-II < 592 mAU/mL, de los cuales 2 presentaron recidiva post-trasplante y 4 éxitus. 3 pacientes presentaron un PIVKA-II  $\geq 592$  mAU/mL de los cuales 1 presentó recidiva post-trasplante y 3 éxitus. Los pacientes con niveles pre-trasplante de PIVKA-II < 592 mAU/mL presentaron una supervivencia media general (70,54 meses) y una supervivencia media sin recidiva (75,09 meses) significativamente mayor ( $p< 0,05$ ) que el grupo con niveles pre-trasplante de PIVKA-II  $\geq 592$  mAU/mL (9 y 5,5 meses respectivamente). **Conclusión:** Los niveles pre-trasplante de PIVKA-II son predictores de SG y de SLE en pacientes con CHC candidatos a TOH. Los resultados aportan nueva evidencia para que este biomarcador se incorpore en el manejo del CHC, como ocurre en países como Japón, donde junto con la ecografía y la AFP-L3, se utiliza en el cribado de pacientes de riesgo cada 6 meses.

P05\*

### RESULTADOS DE LA MONOTERAPIA CON MICOFENOLATO EN TRASPLANTE HEPÁTICO

Iago Justo Alonso, Alberto Alejandro Marcacuzco Quinto, Oscar Caso Maestro, Félix Cambra Molero, Alejandro Manrique Municio, Jorge Calvo Pulido, Álvaro García-Sesma Pérez-Fuentes, Manuel Abradelo De Usera, Carmelo Loinaz Segurola, Carlos Jiménez Romero. *HU 12 de Octubre*

**Objetivo:** El efecto de la inmunosupresión en el trasplante hepático es acumulativo y proporcional al número de fármacos y potencia inmunosupresora de los mismos. El daño renal crónico, la aparición de tumores *de novo* y los efectos nocivos cardiovasculares de los ICN y mTOR han girado la atención hacia terapias inmunosupresoras basadas en micofenolato.

**Material y método:** Presentamos los resultados de nuestra serie de pacientes en monoterapia con micofenolato. El primer paciente en monoterapia data de Junio del 1999. Desde entonces hemos tenido experiencia con 369 pacientes en monoterapia. Se ha considerado rechazo como alteración analítica solventada con aumento de IS sin necesidad de confirmación por biopsia. Se recogen los datos de función renal, rechazos y complicaciones asociadas a la monoterapia. **Resultado:** Presentamos una muestra de 369 pacientes en monoterapia con MMF. La edad mediana ha sido de 56 años (19-70). Mayoritariamente han sido varones 275 (74,5%). La causa de trasplante más frecuente ha sido cirrosis enólica 163 pacientes (44,2%), seguida de VHC 151 (40,9%). EL tiempo mediano desde el trasplante a la monoterapia ha sido de 72 meses (5-338), siendo el tiempo mediano de seguimiento de la monoterapia de 71 meses (1-225). La principal causa de monoterapia en MMF ha sido el daño renal 347 (94%). Los principales efectos adversos han sido diarrea 22 (5,9%) y leucopenia 21 (5,7%). La tasa de rechazo postmonoterapia ha sido de 27 pacientes (7.3%). Han presentado fracaso de monoterapia 16 pacientes (4.3%), por rechazo no solventado con aumento de MMF que se solventaron en todos los casos añadiendo ICN 93,3% y mTOR 6,7%. **Conclusión:** La monoterapia en micofenolato es una opción segura, con baja toxicidad, para el mantenimiento a largo plazo de receptores de trasplante hepático.

P06\*

### LA REACTIVACIÓN DE CMV SE ASOCIA A MENOR RECURRENCIA DE CARCINOMA HEPATOCELULAR TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

María Victoria Aguilera Sancho-Tello<sup>1</sup>, Sarai Romero Moreno<sup>2</sup>, Ángel Rubín Suárez<sup>3</sup>, Isabel Conde Amiel<sup>2</sup>, Magdalena Salcedo Plaza<sup>4</sup>, Miguel Ángel Gómez Bravo<sup>5</sup>, Esteban Fuentes Valenzuela<sup>6</sup>, Cristina Dopazo Taboada<sup>7</sup>, Itxarone Bilbao Aguirre<sup>7</sup>, Antonio González<sup>8</sup>, Ana Sánchez-Martínez<sup>9</sup>, Sonia Pascual Bartolomé<sup>10</sup>, Jesús Rivera<sup>11</sup>, José Ignacio Herrero Santos<sup>12</sup>, Sara Lorente Pérez<sup>13</sup>, Antonio Cuadrado Lavín<sup>14</sup>, Ángela Carvalho-Gomes<sup>15</sup>, Marina Berenguer Haym<sup>1</sup>, Manuel Luis Rodríguez Perálvarez<sup>16</sup>. 1) Sección de Hepatología y Trasplante Hepático. IISLaFE, CIBERhd. Facultad de Medicina, Valencia. 2) Sección de Hepatología y Trasplante Hepático. IISLaFE. 3) Sección de Hepatología y Trasplante Hepático. IISLaFE, CIBERhd. 4) Dpto de Hepatología y Trasplante Hepático, HUGregorio Marañón, Madrid, CIBERhd. 5) Dpto de Hepatología y Trasplante Hepático, HURS, Córdoba. 6) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, HURio Ortega, Valladolid. 7) Dpto de Cirugía Hepatobiliopancreática, HU Vall d'Hebron Barcelona. 8) Dpto de Hepatología HU Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife. 9) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, HU Virgen de Arrixaca, Murcia. 10) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, H Dr Balmes, Alicante. 11) Servicio de Gastroenterología y Hepatología, HU Puerta de Hierro, Madrid. 12) Unidad Hepática, CUN, Pamplona. 13) Dpto. de Hepatología y Trasplante Hepático, HU, Zaragoza. 14) HU Marqués de Valdecillas, Santander. 15) IISLaFE, CIBERhd. 16) Dpto. de Hepatología y Trasplante Hepático, HURS, Córdoba, CIBERhd

La reactivación de CMV (rCMV) tras el trasplante hepático (TH) se ha asociado a mayor morbimortalidad. La inmunomodulación asociada a la rCMV podría disminuir la recurrencia del carcinoma hepatocelular (CHC) tras el TH. **Objetivo:** Valorar el efecto de la rCMV tras el TH en pacientes con CHC en una cohorte multicéntrica Española (14 centros). **Pacientes:** Pacientes TH con CHC (2010-2015). **Material y método:** criterios de exclusión: <18 años y trasplantes combinados. Variables recogidas: (i) demográficas de donante y receptor, (ii) relacionadas con rCMV: mismatch D/R CMV, terapia preemptive, enfermedad por CMV y (iii) relacionadas con CHC: bridging, downstage, invasión vascular, AFP basal. Los pacientes de alto riesgo de reactivación CMV (D+/R-) recibieron profilaxis con valganciclovir y en el resto se optó por una terapia anticipada. **Resultado:** 771 pacientes incluidos, 681 (88%) hombres, edad media: 58 (31-71), etiología de la cirrosis: alcohol (n=399, 52%), VHC (n=390, 50,5%) MELD al TH 12 (6-40), criterios de MILAN (n=664, 88%) o Up to 7 (n=737, 98%). 103 pacientes fueron incluidos tras downstage y 433 (77%) tras bridging. En el explante, hubo invasión vascular en 98 (13%). La AFP fue de 6 (1-5245). Respecto al CMV: 67% D/R+/+ y 11,5% D+/R-. 235 (31%) reactivaron el CMV en el seguimiento. 101 pacientes (13%) tuvieron recurrencia de CHC con una media de 2.1 (0.9-4) años tras el TH. Las variables asociadas con la recurrencia en el análisis multivariad: invasión microvascular (RR:2.95, p<0,0001), rCMV (RR:0.502, p=0.014), tamaño nódulo explante (RR:1.03, p<0.0001) y AFP (RR:1, p:0.021). La supervivencia en aquellos sin recurrencia fue: 1, 3, 5, 7 and 10 años: 99.5%, 92.1%, 86.7%, 81.5%, 74.4% vs 96.9%, 62.9%, 38.1%, 21.6% y 11.1% en aquellos con recurrencia, respectivamente. **Conclusión:** la recurrencia de CHC tras el TH tiene un gran impacto en la mortalidad post-TH. Entre las variables independientes asociadas a la recurrencia, la microinvasión vascular, el tamaño del nódulo en el explante, la AFP en la inclusión y la ausencia de reactivación de CMV se asociaron a la recurrencia de CHC post-TH.



P07\*

### RECIDIVA DE LA ESTENOSIS BILIAR ANASTOMÓTICAS TRAS TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO PREVIO EN EL POSTRASPLANTE HEPÁTICO. FACTORES DE RIESGO Y OPCIONES DE TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO

Esteban Fuentes Valenzuela<sup>1</sup>, Marina De Benito Sanz<sup>1</sup>, Félix García Pajares<sup>1</sup>, Irene Peñas Herrero<sup>1</sup>, Carmen Alonso Martín<sup>1</sup>, Carolina Almo-halla Álvarez<sup>1</sup>, Antonio Martínez Ortega<sup>2</sup>, Ramón Sánchez-Ocaña<sup>1,2</sup>, Carlos De La Serna-Higuera<sup>2</sup>, María Pilar Pinto Fuentes<sup>3</sup>, Baltasar Pérez Saborido<sup>3</sup>, Gloria Sánchez Antolín<sup>1</sup>, Manuel Pérez-Miranda<sup>2</sup>. 1) Unidad de trasplante hepático. Servicio de Aparato Digestivo. HU Río Hortega. 2) Unidad de endoscopias. Servicio de Aparato Digestivo. HU Río Hortega. 3) Unidad de trasplante hepático. Servicio de Cirugía General. HU Río Hortega.

**Objetivo principal:** evaluar la tasa de recidiva de la estenosis biliar anastomótica (REBA) tras tratamiento endoscópico. **Objetivos secundarios:** tiempo hasta la REBA, analizar la eficacia del tratamiento endoscópico de dichas recidivas y sus factores de riesgo. **Materiales y Material y método:** Serie retrospectiva de pacientes con trasplante ortotópico hepático (TOH) que hayan finalizado tratamiento endoscópico de EBA mediante prótesis biliar metálica o plástica. Los factores de riesgos de recidiva de EBA se analizarán mediante regresión de Cox. **Resultado:** De 680 pacientes con TOH, 131 pacientes (19,2%) presentaron EBA y fueron manejados endoscópicamente. De ellos, 119 (90,8%) presentaron resolución de la EBA, de cuales fueron manejados con prótesis metálica (n=57, el 47,9%), plástica (n=19, 16%) y combinado (n=43, 36,1%). Tras una mediana de seguimiento de 55,5 meses (RIC 21,2-89,7), se observó REBA en 25 pacientes (21%) cuya media edad fue de 61,2 años (DS+/-6,9). Se observó la REBA tras una median 18 meses de haber finalizado tratamiento endoscópico previo (RIC 7-27). Mediante regresión de COX se halló como factor protector de recidiva, un tratamiento endoscópico previo prolongado (>12 meses) (HR 0.031, p=0,02). Se intentó tratamiento endoscópico mediante CPRE en 23 pacientes de los recidivados (92%), en los dos restantes se realizó drenaje USE-guiado en 1 paciente y actitud expectante en el restante. Se observó resolución de la REBA en 18/23 pacientes tratados mediante CPRE (78,2%), tras una media de 2,4 sesiones endoscópicas (DS+/-0,8) y mediana de 9 meses con prótesis (RIC 6-13). En 21 (91,3%) se emplearon prótesis metálicas y 2 plástica. 1 paciente recidivó por segunda vez, optándose por la cirugía. **Conclusión:** la EBA continúa siendo una complicación frecuente post-TOH donde el tratamiento endoscópico es el tratamiento de elección. Sin embargo, hasta un 21% pueden presentar REBA, donde un nuevo tratamiento endoscópico es un tratamiento efectivo y seguro.

P08\*

### IMPACTO DE LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CON PERFUSIÓN REGIONAL NORMOTÉRMICA EN LOS RESULTADOS DE TRASPLANTE HEPÁTICO POR COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA

Manuel Durán<sup>1</sup>, Yiliam Fundora Suárez<sup>2</sup>, Mikel Gastaca Mateo<sup>3</sup>, José Ángel López Baena<sup>4</sup>, Andrea Boscà Robledo<sup>5</sup>, Miguel Ángel Gómez Bravo<sup>6</sup>, Cristina Dopazo Taboada<sup>7</sup>, María Aranzazu Varona Bosque<sup>8</sup>, Martín Bailón Cuadrado<sup>9</sup>, Gerardo Blanco Fernández<sup>10</sup>, Víctor López López<sup>11</sup>, Rafael Calleja<sup>1</sup>, Esther Brea Gómez<sup>12</sup>, Félix Cambra Molero<sup>13</sup>, Laura Lladó Garriga<sup>14</sup>, Gonzalo Rodríguez Laiz<sup>15</sup>, Pilar Palacios Gasós<sup>16</sup>, Matías Cea<sup>17</sup>, Santiago Tomé Martínez De Rituerto<sup>18</sup>, Alejandra Otero Ferreiro<sup>19</sup>, Juan Carlos Rodríguez San Juan<sup>20</sup>, Javier Nuño<sup>21</sup>, Julio Santoyo<sup>22</sup>, Fernando Rotellar<sup>23</sup>, Ignacio González-Pinto Arrillaga<sup>24</sup>, Gloria De La Rosa<sup>25</sup>, Manuel Luis Rodríguez Perálvarez<sup>1</sup>, Javier Briceño<sup>1</sup>. 1) HU Reina Sofía, Córdoba, España. 2) H Clínica de Barcelona, España. 3) HU de Cruces, Bilbao, España. 4) HGU Gregorio Marañón, Madrid, España. 5) HUP La Fe, Valencia, España. 6) HU Virgen del Rocío, Sevilla, España. 7) HU Vall d'Hebron, Barcelona, España. 8) HU Nuestra Señora de Candelaria, Santa Cruz de Tenerife, España. 9) HU Río Hortega, Valladolid, España. 10) HU Infanta Cristina, Badajoz, España. 11) HCU Virgen de la Arrixaca, IMIB, El Palmar, España. 12) HU Virgen de las Nieves, Granada, España. 13) HU 12 de Octubre, Madrid, España. 14) HU de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat, España. 15) HGU de Alicante, Alicante, España. 16) HCU Lozano Blesa, Zaragoza, España. 17) HU Puerta de Hierro, Majadahonda, España. 18) CHU Santiago, Santiago de Compostela, España. 19) CHU La Coruña, A Coruña, España. 20) HU Marqués de Valdecilla, Santander, España. 21) HU Ramón y Cajal, Madrid, España. 22) HRU de Málaga, Málaga, España. 23) CU de Navarra, Pamplona, España. 24) HUC de Asturias, Oviedo, España. 25) Secretaría Registro Español de Trasplante Hepático RETH, Organización Nacional de Trasplante, Madrid, España

**Objetivo:** Evaluar el impacto clínico de la utilización de injertos de donante en asistolia controlada (DAC) empleando Perfusión Regional Normotérmica (PRN) en pacientes sometidos a trasplante hepático (TH) debido a Colangitis Esclerosante Primaria (CEP). **Material:** Pacientes adultos sometidos a trasplante hepático primario con diagnóstico de CEP en España entre enero de 2016 y diciembre de 2022. Los datos fueron obtenidos del Registro Español de Trasplante Hepático (RETH) y se incluyeron injertos procedentes de DAC-PRN y de donación en muerte encefálica (DME). **Método:** Estudio de cohortes retrospectivo multicéntrico. Se realizó un análisis comparativo de los resultados clínicos de TH con injertos procedentes DAC-PRN frente a DME. El objetivo primario fue la tasa de supervivencia del injerto y paciente. **Resultado:** Durante el periodo de estudio 120 pacientes recibieron un TH. Veinticinco (20,8%) recibieron un injerto procedente DAC-NRP y 95 (79,2%) de DME. La supervivencia del injerto 1-año y 3-año en el grupo DAC-NRP fue del 92 y 84% frente al 88 y 87% en el grupo DME, respectivamente (p = 0,89). La supervivencia del paciente 1-año y 3-año en el grupo DAC-NRP fue del 92 y 84% frente al 89 y 88% en el grupo DME, respectivamente (p = 0,97). No hubo diferencias en ambos grupos en cuanto a tasa global de complicaciones biliares, estenosis anastomótica, y lesión isquémica de la vía biliar (ITBL) (p>0,05). En el grupo DAC-NRP 6 pacientes (24%) presentaron recurrencia de la enfermedad frente a 9 (9,5%) en el grupo DME (p = 0,051). **Conclusión:** En pacientes sometidos a TH por CEP el uso de injertos DAC-NRP permite obtener una supervivencia del injerto y resultados post-operatorios similares a los observados en la DME estándar, sin incrementar la incidencia de complicaciones biliares.

P09\*

### EVALUACIÓN BIOEQUIVALENCIA EN PRÁCTICA CLÍNICA DE DOS FORMAS FARMACÉUTICAS DE TACROLIMUS DE LIBERACIÓN PROLONGADA EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

Iván Beltrá Picó<sup>1,2</sup>, Amelia Ramón López<sup>2,3</sup>, Ricardo Nalda Molina<sup>2,3</sup>, Ana Hurtado<sup>1</sup>, María Teresa Pomares<sup>1</sup>, María Rodríguez<sup>1,2</sup>, Gonzalo Rodríguez Laiz<sup>1,2</sup>, Pablo Bello<sup>1,2</sup>, Cayetano Miralles<sup>1,2</sup>, Iván Herrera<sup>1,2</sup>, Paola Melgar<sup>1,2</sup>, Cándido Alcázar<sup>1,2</sup>, Celia Villodre<sup>1,2</sup>, Mariano Franco<sup>1,2</sup>, Miguel Perdiguero<sup>1,2</sup>, José Manuel Ramia<sup>1,2</sup>, Sonia Pascual Bartolomé<sup>1,2</sup>, Patricio Más Serrano<sup>1,2</sup>. 1) HGU Dr. Balmis. Alicante. 2) Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante. Isabial. 3) U Miguel Hernández, Elche

**Introducción y objetivo:** La comercialización de genéricos de tacrolimus de liberación prolongada está aumentando debido a la oportunidad de ahorro de costes, debiendo asegurar la bioequivalencia según criterios de la Agencia Europea del Medicamento (AEM) para mantener su eficacia y seguridad. El objetivo del presente estudio piloto fue evaluar la bioequivalencia en la práctica clínica entre dos formas farmacéuticas de liberación prolongada, el de referencia (Advagraf®) y el genérico (Tacforius®). **Materiales y Material y método:** Estudio observacional prospectivo (enero 2023–septiembre 2023). Criterios de inclusión: pacientes estables adultos TH (> 12 meses), convertidos a la formulación genérica. Se realizó una curva abreviada (valle, post-2h, post-3h) en el periodo pre y post-conversión. Los parámetros de estudio: ratio de la media geométrica del genérico/referencia para el AUC y Cmax, considerando válidos los criterios establecidos por la AEM. **Resultado:** Se incluyeron 17 pacientes (10 varones), edad media 65 años (IC95 %: 62-69), peso medio 76 kg (IC95 %: 67-85) y dosis media 3,9 mg (IC95 %: 2,5-5,1). Mediana de tiempo postrasplante en la conversión: 24 meses (p25-75: 17-31) y tiempo medio entre curvas 65 días (IC95 %: 41-88). Cmax medias pre y post-conversión fueron 11,8 vs 12,2 ng/mL y AUC medias 193 vs 188 ng/mL para Advagraf® y Tacforius®, respectivamente. El ratio AUC referencia/genérico fue de 0,99 (intervalo 95,1-110,2%) y para el Cmax el ratio fue de 1,02 (intervalo del 91,8-109,2%). **Conclusión:** En el presente estudio piloto con pacientes trasplantados hepáticos estables, la conversión a la presentación genérica, permite mantener tanto las Cmax como el AUC y cumple con los criterios establecidos de bioequivalencia por EMA para los medicamentos genéricos con índice terapéutico estrecho. Estos datos permiten realizar conversión al medicamento genérico sin necesidad de realizar una monitorización farmacocinética extensiva tras el cambio.

P10

### LA REACTIVACIÓN DE CITOMEGALOVIRUS (CMV) POST-TRASPLANTE HEPÁTICO (TH) NO SE VE AFECTADA POR LA INFECCIÓN VIH

Sonia García García<sup>1</sup>, Isabel Terol Cháfer<sup>1</sup>, Carmen Vinaixa Aunes<sup>1,4</sup>, Marino Blanes Julia<sup>2</sup>, Javier Maupoey Ibáñez<sup>3</sup>, Ângela Carvalho-Gomes<sup>1</sup>, Marina Berenguer Haym<sup>1,4,5</sup>, María Victoria Aguilera Sancho-Tello<sup>1,4,5</sup>. 1) HUP La Fe, Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, Valencia. 2) HUP La Fe, Unidad de Enfermedades Infecciosas, Valencia. 3) HUP La Fe, Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante, Valencia. 4) CIBERhd, Instituto Carlos III, Madrid. 5) U de Valencia, Departament de Medicina, Valencia

**Introducción:** La reactivación de CMV post-TH se ha asociado a mayor morbi-mortalidad post-TH. Se desconoce si la infección VIH se asocia a mayor riesgo de reactivación o enfermedad por CMV post-TH. **Objetivo:** Determinar si la primoinfección, reactivación, enfermedad y necesidad de tratamiento antiviral preventivo es mayor en pacientes infectados con VIH frente a los no-VIH. **Material y método:** Pacientes sometidos a TH entre 2004 y 2020 en un centro trasplantador. Cada paciente diagnosticado de VIH fue apareado con dos controles de misma edad, sexo, causa de hepatopatía y fecha de trasplante. Se recogieron las características basales, indicación de TH, variables relacionadas con VIH, post-TH y con CMV, reactivación, primoinfección, enfermedad y necesidad de tratamiento antiviral preventivo. Los pacientes de alto riesgo (D+/R-) recibieron profilaxis con valganciclovir. El resto fue seguido mediante estrategia "preemptive" y se administró terapia anticipada en base a criterios clínicos. **Resultado:** 156 TH fueron incluidos (52 HIV y 104 no-HIV). Las características basales fueron similares con la excepción del sexo e IMC: edad 48 vs 53 años, IMC 25vs27; mayoría varones (87.5%), principal indicación cirrosis por VHC y un 33% y 40%, respectivamente tenía HCC. No se encontraron diferencias para reactivación, primoinfección, enfermedad y necesidad de tratamiento anticipado, salvo para la carga viral de CMV máxima (p:0.083). El tiempo hasta la reactivación/primoinfección fue similar. Las variables que se asociaron con la reactivación de CMV post-TH fueron el mismatch D/R (p:0.006) y edad del receptor (p 0.037). Ni la condición de VIH, ni los Cd4 basales, MELD, ni HCC se asociaron significativamente con la reactivación. **Conclusión:** La reactivación de CMV post-TH fue similar en pacientes con y sin VIH. Las variables asociadas a la reactivación fueron el mismatch serológico de CMV entre D/R y la edad del receptor. Las estrategias de terapia anticipada son igual de eficaces en ambos grupos.

P11

### ¿AVANZAMOS EN LA IMPLANTACIÓN DE CRITERIOS EXPANDIDOS DE INDICACIÓN DE TRASPLANTE HEPÁTICO?

Cristina Martínez Cuevas, Alicia Sanjosé Crespo, Elena Velasco Martínez, Irene Peñas Herrero, Carmen Alonso Martín, Isabel Ruiz Núñez, Carolina Almohalla Álvarez, María Pilar Pinto Fuentes, David Pacheco Sánchez, Gloria Sánchez Antolín. *HU Río Hortega*

El trasplante hepático (TH) constituye una opción terapéutica que mejora el pronóstico de los pacientes con enfermedad hepática avanzada. En los últimos años, debido al aumento de la tasa de curación de pacientes con virus de hepatitis C, los candidatos que precisan TH ha disminuido. Por ello, en 2019 la SETH, consensuó nuevas indicaciones de TH con el fin de beneficiar a otros grupos de pacientes. **Objetivo:** Valorar el grado de implantación de los criterios expandidos de TH en nuestra unidad. **Material y método:** Estudio unicéntrico, retrospectivo de los pacientes trasplantados desde enero de 2019 hasta diciembre de 2022. Se recogió la indicación del TH, teniendo en cuenta retrasplante, la etiología de enfermedad hepática, sexo, edad y fecha de último seguimiento o fallecimiento. **Resultado:** Analizamos 112 pacientes, 77.68% hombres y 22.32% mujeres. La edad media al trasplante era de 58 años. La etiología más frecuente fue enólica (46.22%) y el VHC con respuesta viral sostenida, supone un 14.29%. Con respecto a la indicación de trasplante, la más frecuente fue cirrosis descompensada (48.74%), y hepatocarcinoma (33.61%). Únicamente, 4 pacientes cumplían criterios de indicación expandida (3.36%), siendo 2 de ellos por hepatocarcinoma que excede criterios de Milán y dos por fallo hepático agudo sobre crónico. De los pacientes trasplantados por criterios expandidos falleció un paciente. No hubo diferencias significativas en la mortalidad en ambos grupos ( $p > 0.05$ ). **Conclusión:** El trasplante hepático supone una opción terapéutica para pacientes con hepatopatía avanzada. Si bien se han ampliado los criterios de indicación en consenso de la SETH, el número de pacientes incluidos por nuevas indicaciones, en nuestro centro, continúa siendo reducido. Es importante avanzar en la implantación de los criterios expandidos pero también evaluar la supervivencia y complicaciones desarrolladas a largo plazo, así como los factores asociados. En nuestra serie, no hubo diferencias en mortalidad.

P12

### BENEFICIO DE SUPERVIVENCIA DE LAS INDICACIONES DE TRANSPLANT ONCOLOGY FRENTE A INDICACIONES ESTÁNDAR Y "CONTROVERTIDAS PERO ACEPTADAS" DE TRASPLANTE HEPÁTICO. METAANÁLISIS Y COMPARACIÓN CON UNOS

Ruben Ciria<sup>1</sup>, Daniel Aliseda<sup>2</sup>, Tommy Ivanics<sup>2,4</sup>, Marco Claasen<sup>2,6</sup>, Felipe Alconchel Gago<sup>7</sup>, Felipe Gaviria<sup>2,9</sup>, Javier Briceño<sup>1</sup>, Giammauro Berardi<sup>8</sup>, Fernando Rotellar<sup>5</sup>, Gonzalo Sapisochin<sup>2,9</sup>. 1) *Unit of Hepatobiliary Surgery and Liver Transplantation. UH Reina Sofía. U of Cordoba. IMIBIC. Cordoba. Spain.* 2) *Multi-Organ Transplant Program, U Health Network, Toronto, Ontario, Canada.* 3) *Department of Surgery, Henry Ford Hospital, Detroit, Michigan, USA.* 4) *Department of Surgical Sciences, Uppsala U, Akademiska Sjukhuset, Uppsala, Sweden.* 5) *Hepatobiliary Surgery and Liver Transplant Unit. CU de Navarra. Pamplona. Spain.* 6) *Institute of Health Research of Navarra (IdisNA), Pamplona, Spain.* 7) *Department of Surgery, Erasmus MC, U Medical Center Rotterdam, the Netherlands.* 8) *Unit of Hepatobiliary Surgery and Liver Transplantation. HCU Virgen de la Arrixaca. U of Medicine. Murcia. Spain.* 9) *General Surgery and Organ Transplantation Unit, San Camillo-Forlanini Hospital, Rome, Italy.* 9) *Division of General Surgery, U of Toronto, Toronto, Ontario, Canada*

**Objetivo:** El objetivo de nuestro estudio es analizar la supervivencia global de estas indicaciones de *Transplant Oncology* y compararlas con indicaciones estándar y "controvertidas pero aceptadas" de trasplante hepático. **Material y método:** Estudio multicéntrico internacional mediante revisión sistemática PRISMA (PROSPERO CRD42022268510) de estudios publicados desde 1995 hasta el 30 de marzo de 2022 de pacientes trasplantados por colangiocarcinoma intrahepático (CCI) y perihiliar (CCph), metástasis de tumor neuroendocrino (mTNE) o cáncer colorrectal (mCCR). Posteriormente se realizó un metaanálisis de pacientes individuales (IPD). Los resultados de los 4 meta-análisis se compararon con datos procedentes de la base de datos UNOS de pacientes trasplantados 2005-2020 tanto por indicaciones "standard" (HCV, HBV, cirrosis etílica, enfermedades colestásicas, enfermedades metabólicas, cirrosis autoinmune) como por indicaciones "controvertidas pero aceptadas" (IMC > 40, IMC > 50, MELD > 30, MELD > 40, fallo hepático fulminante, tercer y cuarto retrasplante, Edad del receptor > 70a y trasplantes combinados). **Resultado:** Se obtuvieron 345, 721, 494 y 103 pacientes según las indicaciones de *Transplant Oncology* (CCI, CCph, mTNE y mCCR) para el meta-análisis IPD. Se identificaron 64.910 pacientes en el grupo de indicaciones estándar y 30.599 en el grupo de indicaciones "controvertidas pero aceptadas". Las tasas de SG a 5 años fueron del 51,7% [IC95% 45,2-57,7%], 46,6% [IC95% 42,2-50,9%], 62,8% [IC95% 58,0-67,2%] y 52,0% [IC95% 39,1-63,4%] para los pacientes trasplantados por CCI, CCph, mTNE y mCCR, respectivamente. Los resultados de supervivencia de las indicaciones de *Transplant Oncology* no fueron diferentes a las de indicaciones controvertidas pero aceptadas con resultados algunos superiores, como en retrasplantes o trasplantes combinados. **Conclusión:** La supervivencia global de las indicaciones de *Transplant Oncology* alcanzan valores por >50% a 5 años, mínimo aceptable en el trasplante. En algunos casos, existen supervivencias cercanas al 70%, siendo mejor que el de numerosas indicaciones realizadas rutinariamente. El trasplante es una alternativa potencialmente válida en casos hasta hoy descartados con indicaciones oncológicas.

P13

### EFECTO DEL USO DE INJERTOS HEPÁTICOS OCTOGENARIOS EN RECEPTORES CON MELD SCORE ELEVADO: ¿ES RELEVANTE LA SELECCIÓN DE RECEPTORES?

David Saavedra Pérez<sup>1</sup>, Andrea Vilchez Rabelo<sup>2</sup>, Francisco F. Salgado Muñoz<sup>1</sup>, María Trinidad Villegas Herrera<sup>2</sup>, Rocío García Pérez<sup>1</sup>, Mireia Domínguez Bastante<sup>2</sup>, Miguel Ángel López Boado<sup>1</sup>, Natalia Zambudio Carroll<sup>2</sup>, Gonzalo Crespo<sup>3</sup>, Pablo Ruiz<sup>3</sup>, Jordi Colmenero Arroyo<sup>3</sup>, Jesús María Villar del Moral<sup>2</sup>, Yiliam Fundora Suárez<sup>1</sup>

1) Cirugía HBP y Trasplante Hepático. H Clínic de Barcelona. Barcelona, España. 2) Cirugía General y Digestiva. HU de Granada. Granada, España. 3) Unidad de Hepatología. H Clínic de Barcelona. Barcelona, España

**Objetivo:** Comparar el efecto del uso de injertos octogenarios sobre los resultados a corto y largo plazo en receptores de trasplante hepático según su puntuación de *Model of End-stage Liver Disease (MELD) score*. **Material y método:** Entre 2006 y 2022, se llevó a cabo un estudio retrospectivo de receptores provenientes de 2 centros trasplantadores (HU de Granada y H Clínic de Barcelona). Los receptores fueron divididos en dos grupos de acuerdo con su puntuación de MELD score: Grupo A con MELD score <25 y Grupo B MELD score >25. Entre ambos grupos, se llevó a cabo un análisis comparativo univariante y de supervivencia utilizando el estimador de Kaplan-Meier y Log-Rank. **Resultado:** En el periodo de tiempo se llevaron a cabo un total de 970 trasplantes hepáticos ortotópicos (THO). De los cuales 35 (3,6%) fueron con injertos procedentes de donantes >80 años de edad. El Grupo A lo conformaron 29 (83%) receptores y el Grupo B 6 (17%) pacientes. No hubo diferencia significativa en cuanto a las características demográficas de donantes y receptores entre ambos grupos. Tampoco hubo diferencia significativa en estancia en UCI y hospitalaria, necesidad de transfusión intraoperatoria de hemoderivados, síndrome postreperfusión, complicaciones biliares o vasculares, colangiopatía isquémica, necesidad de reintervención, rechazo y retrasplante. Durante el seguimiento fallecieron 5 pacientes (17,2%) en el Grupo A y 1 paciente (16,7%) en el Grupo B. La media de supervivencia de pacientes en el Grupo A fue de 77,4 meses (44,1-110,7) y en el Grupo B de 66,2 meses (54,9-77,1), esta diferencia no fue estadísticamente significativa ( $p = 0,17$ ). **Conclusión:** La asignación de injertos hepáticos de donantes octogenarios puede ser segura para receptores con una puntuación elevada de MELD score. Los datos del presente análisis justifican la realización de estudios clínicos prospectivos y multicéntricos que confirmen los resultados.

P14

### ESTUDIO FARMACOGENÉTICO DE DONANTE Y RECEPTOR COMO HERRAMIENTA FUNDAMENTAL EN EL MANEJO DEL TRASPLANTADO HEPÁTICO

José Luis Rubio Prieto<sup>1</sup>, Hada C. Macher<sup>1</sup>, Cristina Sánchez Pozo<sup>1</sup>, Miguel Ángel Gómez Bravo<sup>2</sup>, Gonzalo Suárez Artacho<sup>2</sup>, Javier Rodríguez Martorell<sup>3</sup>, Juan Miguel Guerrero Montávez<sup>1</sup>, Amalia Rubio Calvo<sup>4</sup>. 1) Unidad de Gestión Clínica de Laboratorios, Servicio de Bioquímica Clínica, HU Virgen del Rocío, Sevilla. 2) Unidad de Trasplante Hepático y Cirugía Hepatobiliar y Pancreática, HU Virgen del Rocío, Sevilla. 3) Unidad de Hematología y Hemoterapia, HU Virgen del Rocío, Sevilla. 4) Departamento de Bioquímica Clínica, Biología Molecular e Inmunología, U de Sevilla.

**Introducción:** El análisis farmacogenético del gen *CYP3A5* y *CYP3A4* ha sido ampliamente estudiado en trasplante renal, existiendo a día de hoy varias guías clínicas recomendando el ajuste inicial de la posología del tacrolimus en función del genotipo del paciente. Sin embargo, existen muchos menos estudios en trasplante hepático y no existen recomendaciones sobre ajuste de dosis cuando receptor y donante difieren en genotipo. **Objetivo:** El objetivo de este estudio es analizar cómo los polimorfismos en los genes *CYP3A5* y *CYP3A4* presentes en el genotipo de los pacientes de trasplante hepático y sus correspondientes injertos afectan al metabolismo del tacrolimus. **Material y método:** Se analizaron los polimorfismos *CYP3A5* y *CYP3A4* relacionados con el metabolismo del tacrolimus de un total de 72 biopsias de pares receptor-donante de trasplante hepático mediante PCR a tiempo real utilizando el sistema *OpenArray™ PGx Express 120 panel (Thermo Fisher™)*. Se le asignó a cada paciente un fenotipo metabolizador en función de uno o ambos genotipos y se estudiaron las diferencias en el cociente entre niveles valle de tacrolimus iniciales y primera dosis normalizada por peso ( $C_0/D$ ). **Resultado:** Cuando se comparan los pacientes asignándoles un fenotipo en función de ambos genotipos o solo el genotipo del donante, se observan menores niveles sanguíneos iniciales de tacrolimus a medida que aumenta la capacidad metabólica correspondiente a dichos genotipos. Adicionalmente, se encontraron mutaciones protrombóticas en los factores II y V de la coagulación en injertos de pacientes que posteriormente padecieron coagulopatía durante la estancia postoperatoria o años post-trasplante. **Conclusión:** La tendencia a mostrar menores niveles iniciales de tacrolimus en aquellos injertos con genotipo de metabolizador rápido y los hallazgos incidentales relacionados con fenómenos trombóticos, hacen de la farmacogenómica una herramienta esencial para el mejor manejo de la inmunosupresión y seguimiento de la salud de estos pacientes a largo plazo.

P15

### INCIDENCIA DE TUMORES *DE NOVO* TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO (TH) EN PACIENTES VIH VERSUS NO-VIH: UN ESTUDIO COMPARATIVO UNICÉNTRICO

Isabel Terol Cháfer<sup>1</sup>, Sonia García García<sup>1</sup>, Carmen Vinaixa Aunes<sup>1,2</sup>, María Victoria Aguilera Sancho-Tello<sup>1,2</sup>, María García Eliz<sup>1</sup>, Víctor Argumánez Tello<sup>1</sup>, Marina Berenguer Haym<sup>1,2</sup>. 1) HUP La Fe. 2) CIBERehd, Instituto Carlos III, Madrid

**Objetivo:** Las principales causas de muerte tras el trasplante hepático (TH) son los tumores *de novo* y enfermedades cardiovasculares. Nuestro objetivo es comparar la incidencia de tumores *de novo* en pacientes TH infectados por VIH y no infectados. **Material:** Se incluyeron pacientes trasplantados entre 06/2004 y 12/2020 en nuestro centro. Cada paciente VIH fue apareado con dos controles. Se recogieron características basales, variables relacionadas con el VIH, del trasplante y tumores *de novo*. **Resultado:** Se incluyeron 156 pacientes (52 VIH y 104 no-VIH). La principal etiología de la hepatopatía fue VHC (90% vs 86%), seguido por alcohol y hepatocarcinoma. La mayoría de los pacientes incluidos fueron hombres, de edad media significativamente inferior en el grupo VIH (48 años, vs 51,8; p 0,0022). El índice de masa corporal fue significativamente inferior en pacientes VIH (24,8 vs 27,1; p 0,0016). Fueron diagnosticados 22 tumores *de novo*, 9 en pacientes VIH (17%) y 13 en no-VIH (12%), pNS. Se observó una mayor incidencia en pacientes VIH a los 3, 5 y 10 años (5% vs 2%, 7% vs 4,6% y 16% vs 12,8%), pNS. Todos fueron tumores sólidos, salvo dos neoplasias hematológicas (en pacientes VIH) y 4 tumores cutáneos (2 en cada grupo). Durante el seguimiento, fallecieron 17 pacientes VIH (33%) y 33 no-VIH (32%), siendo los tumores *de novo* la primera causa de muerte. El tiempo medio al diagnóstico (6,25 años vs 6,18, pNS) y la supervivencia global a 5 años (80% vs 82%) fueron similares. El tabaquismo activo fue el único factor asociado significativamente al desarrollo de tumores (p 0,008) en nuestra cohorte. **Conclusión:** En el post-TH, la aparición de tumores *de novo* es similar en pacientes VIH y no-VIH. Fumar tras el TH es un factor asociado a su desarrollo.

P16

### ANÁLISIS CLÍNICO DE TRASPLANTADOS HEPÁTICOS QUE LLEGAN A OCTOGENARIOS O MÁS

Nair Fernandes Montes<sup>1</sup>, Concepción Gómez Gavara<sup>2</sup>, Cristina Dopazo Taboada<sup>2</sup>, Mireia Caralt Barba<sup>1</sup>, Ernest Hidalgo Llompart<sup>1</sup>, Ramón Charco Torra<sup>1</sup>, Itxarone Bilbao Aguirre<sup>2</sup>. 1) HU Vall d'Hebron. Barcelona. 2) HU Vall d'Hebron. VHIR. UAB. Barcelona

**Objetivo:** La tendencia actual es incrementar de forma progresiva la edad límite de los candidatos a trasplante hepático. Sin embargo, existe una preocupación razonable sobre el estado de salud de dichos receptores a largo plazo. El objetivo es analizar los pacientes trasplantados hepáticos que llegan vivos a la edad de 80 años o más, y describir sus características. **Material y método:** Teniendo en cuenta que la edad límite para trasplante ha sido 70 años, hemos analizado los pacientes de nuestra serie con potencialidad de llegar vivos a los 80 años o más, entre octubre 1988 y diciembre 2012. Describimos sus características basales en el momento del trasplante, así como su situación clínica y las causas de mortalidad sobrepasados los 80 años de edad. **Resultado:** En el periodo de estudio, hemos trasplantado en nuestro centro 962 pacientes. el 35% (339 pacientes) potencialmente podrían haber alcanzado la edad de 80 años. Sin embargo, solo 89 (9,2%) han llegado vivos a dicha edad. En el momento del trasplante no hubo diferencias significativas entre los octogenarios vivos reales (N=89) y los octogenarios potenciales muertos antes de esa edad (N=250), en cuanto a la edad media, relación hombre/mujer (60% - 40%), indicación de trasplante, Child y Meld. Los octogenarios reales presentaron mejor función renal pretrasplante y menor rechazo, infecciones y disfunción renal post-trasplante. En el momento del análisis la edad media de los octogenarios es de 83,5 años(80-95). El 63% están en monoterapia con anticalcineurínicos. Destaca: el 60% HTA, el 53% DM, el 70% dislipemia, el 63% ha tenido 1 o más eventos cardioneurovasculares, un 5-7% ha requerido diálisis, y el 34% ha presentado tumores *de novo*. En el momento del análisis, 42 han fallecido (47%), siendo las dos principales causas de mortalidad: 24% Tm *de novo*, 14% Cardiovascular, 14% cerebrovascular y 12% recidiva de la cirrosis. **Conclusion:** Una cuarta parte (9,2%) de los potenciales octogenarios (35%) han alcanzado la esperanza de vida en nuestro país. La morbilidad presentada a esa edad no es despreciable. La relación hombre/mujer de los octogenarios (60%-40%) es diferente a la relación en el momento del trasplante de las series generales (70%-30%).

P17

### IMPACTO DE LA MINIMIZACIÓN DE LA INMUNOSUPRESIÓN CON TACROLIMUS EN LA DISFUNCIÓN RENAL POST-TRASPLANTE HEPÁTICO

Patricio Más Serrano<sup>1,2,3</sup>, Iván Beltrá Picó<sup>1,2</sup>, Ana Hurtado<sup>1,2</sup>, María Teresa Pomares<sup>1,2</sup>, María Rodríguez<sup>1,2</sup>, Gonzalo Rodríguez Laiz<sup>1,2</sup>, Pablo Bellot<sup>1,2</sup>, Cayetano Miralles<sup>1,2</sup>, Iván Herrera<sup>1,2</sup>, Paola Melgar<sup>1,2</sup>, Cándido Alcázar<sup>1,2</sup>, Celia Villodre<sup>1,2</sup>, Mariano Franco<sup>1,2</sup>, Miguel Perdiguero<sup>1,2</sup>, Ricardo Nalda Molina<sup>2,3</sup>, Amelia Ramón López<sup>2,3</sup>, José Manuel Ramia<sup>1,2</sup>, Sonia Pascual Bartolomé<sup>1,2</sup>. 1) HGU Dr. Balmis. Alicante. 2) Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL). 3) U Miguel Hernández. Elche

**Introducción y objetivo:** La utilización de tacrolimus de forma crónica en pacientes trasplantados hepáticos (TH) repercute negativamente por la aparición de efectos adversos relacionados, principalmente con la disfunción renal. El objetivo del presente estudio es analizar los motivos y el impacto de la minimización de tacrolimus como estrategia para reducir la aparición de disfunción renal o la aparición de tumores *de novo*. **Materiales y Material y método:** Se incluyeron todos los pacientes TH desde septiembre 2012 con un seguimiento mínimo de 24 meses en tratamiento con tacrolimus. Se definió la minimización de tacrolimus cuando la concentración valle de tacrolimus fue inferior a 5 ng/mL. **Resultado:** Se incluyeron 342 pacientes de los cuales a un 64,5 % se les realizó minimización de tacrolimus. En estos pacientes, la inmunosupresión consistió en: tacrolimus monoterapia (42,4 %), TAC+MMF (8,2 %), sin TAC (8,2 %) y TAC+mTOR (5,6 %). La mediana de tiempo hasta la minimización fue de 27 meses (p25-p75: 14,75-43). Las principales indicaciones de minimización fueron: disfunción renal (26,9 %), cáncer *de novo* (6,7 %) y neurológicas (4,7 %). La mediana del filtrado glomerular (ml/min) y la concentración de tacrolimus (ng/mL) a los 12 meses fue: 80 vs 77,5 y 5,9 vs 5,9 (NS); a los 24 meses: 75,3 vs 75,7 (NS) y 5,5 vs 4,6 (p< 0,05); a los 36 meses: 76,5 vs 73,3 (NS) y 5,15 vs 4,0 (p< 0,05); y a los 48 meses: 78,1 vs 75,7 (NS) y 5,1 vs 4,2 (p< 0,05), en el grupo no minimizados vs minimizados, respectivamente. No hubo diferencias entre grupos en la aparición de cáncer *de novo*. **Conclusión:** En la población estudiada se realizó minimización de tacrolimus a casi dos tercios de los pacientes debido principalmente a la aparición de disfunción renal. Esta estrategia ha permitido mantener función renal estable durante el periodo estudiado.

P18

### RESULTADOS DE LA MONOTERAPIA CON MICOFENOLATO EN TRASPLANTE HEPÁTICO, EN FUNCIÓN DE LA TASA DE FG PREVIO A LA MISMA

Alberto Alejandro Marcacuzco Quinto, Iago Justo Alonso, Oscar Caso Maestro, Félix Cambra Molero, Alejandro Manrique Muncio, Jorge Calvo Pulido, Carmelo Loinaz Seguro, Carlos Jiménez Romero. HU 12 de Octubre

**Objetivo:** El daño renal crónico es la principal complicación de la inmunosupresión a largo plazo en los pacientes receptores de trasplante hepático. La vasconstricción de la arteriola aferente de los ICN y la proteinuria de los mTOR, hacen que las opciones de monoterapia en micofenolato sean una opción muy atractiva en los pacientes con daño renal para el mantenimiento a largo plazo. **Material y método:** Presentamos los resultados de nuestra serie de pacientes en monoterapia con micofenolato. El primer paciente en monoterapia data de Junio del 1999. Desde entonces hemos tenido experiencia con 369 pacientes en monoterapia. Se han dividido los pacientes en función del filtrado glomerular previo al inicio de la monoterapia quedando grupos GFR<30: 15 pacientes, GFR: 30-44,9 83 pacientes, GFR 45-59,9: 112, GFR 60-90 124 pacientes y GFR >90 35 pacientes. **Resultado:** No hemos encontrado diferencias en las características preoperatorias de los pacientes en monoterapia, respecto a su indicación, estadio funcional pretrasplante, ni tipo de donante. Si han existido mayor disfunción renal de los pacientes del grupo de FG<30. Hemos objetivado mayor esteatosis de características macro en el grupo de FG> 90. Los pacientes con mayor daño renal son los que antes se han convertido a monoterapia con una mediana de 57 meses desde el trasplante. Se ha objetivado una mayor mortalidad en seguimiento del grupo con menor FG. Se han objetivado un mayor número de efectos adversos en el grupo de menor filtrado. Dicho grupo ha presentado mayor necesidad de diálisis post monoterapia y con mayor frecuencia trasplante renal. La tasa de pérdida de filtrado glomerular ha sido significativamente mayor en el grupo con FG<30, manteniéndose prácticamente invariable en los otros grupos. **Conclusión:** La monoterapia en micofenolato parece mantener la función renal e incluso mejorarla en pacientes con filtrados superiores a 30 ml/min/1.73m<sup>2</sup>.

P19

### RELACIÓN ENTRE EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL CON LAS COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS, MORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO EN NUESTRO CENTRO

Angélica Borraez Jiménez, Diego López Guerra, Isabel Jaén Torrejimenó, Adela Rojas Holguín, Silvia Roman Pons, Aranzazu Prada Villaverde, Yeniffer Tatiana Moreno Salazar, Gerardo Blanco Fernández. *CHU de Badajoz*

**Introducción:** El aumento en la incidencia de obesidad en la población general también se ha evidenciado en los pacientes con enfermedad hepática crónica candidatos a trasplante hepático (TH) asociándose a un mayor riesgo de complicaciones postoperatorias. **Objetivo:** Revisar la prevalencia de sobrepeso y obesidad, así como su relación con diferentes aspectos en el postoperatorio. **Material y método:** Análisis retrospectivos de pacientes sometidos a TH desde el año 2007 hasta 2022. **Resultado:** Se han incluido 369 pacientes trasplantados hepáticos con edad media de 55.7 años (15-71). El índice de masa corporal (IMC) medio fue de 26.8 Kg/m<sup>2</sup> (17-41.6), presentando el 66.1 % de los pacientes un IMC >25 con una prevalencia de obesidad y sobrepeso de 27.4% y 38% respectivamente. La proporción de pacientes varones fue mayor en el grupo de IMC >25 (71.28% vs 28.71% p=0.001); sin embargo, no se encontraron diferencias en términos de insuficiencia renal (p=0.817), diabetes (p=0.817) ni transfusión de sangre (p=0.786). Los pacientes con obesidad y sobrepeso presentaron mayor tasa de complicaciones biliares (10.2% vs 7.3% p=0.35), a diferencia de las complicaciones arteriales más frecuente en paciente con IMC menor de 25 (5.6% vs 2.9% p=0.25). No se encontraron diferencias en la tasa de reintervención (16.6% vs 16.7% p=0.985) ni en mortalidad (p= 0.755), así como en términos de supervivencia, aunque los pacientes con obesidad presentan peor supervivencia tanto al año como a los tres años y a los 5 años. **Conclusión:** La prevalencia de sobrepeso y obesidad en la población sometida a trasplante hepático es elevada representando hasta en un 66.1 %. Los pacientes con obesidad presentan menor supervivencia a 1,3 y 5 años.

P20

### EFFECTO DE LA EXPOSICIÓN ACUMULADA A INMUNOSUPRESIÓN EN LA ACTIVIDAD LT REG A MEDIO PLAZO TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Fernando Díaz Fontenla<sup>1</sup>, Mario Romero Cristóbal<sup>1</sup>, Carlos María Lizasoain Alustiza<sup>2</sup>, Lucía Utrera Guerrero<sup>2</sup>, Ainhoa Fernández Yunquera<sup>1</sup>, Aranzazu Caballero Marcos<sup>1</sup>, Esther Bernaldo De Quirós<sup>3</sup>, Rocío López Esteban<sup>3</sup>, José Ángel López Baena<sup>1</sup>, Rafael Correa Rocha<sup>3</sup>, Magdalena Salcedo Plaza<sup>1</sup>. 1) Unidad de Trasplante Hepático. HGU Gregorio Marañón. CIBEREhd. 2) Facultado de Medicina. U Complutense de Madrid. 3) Laboratorio de Inmunoregulación. HGU Gregorio Marañón

**Introducción:** las poblaciones linfocitarias T balancean tolerancia y rechazo tras el Trasplante hepático (TH). Se desconoce el efecto acumulado de la inmunosupresión (IS) en las poblaciones T involucradas en la tolerancia inmune tras TH (TReg=tolerancia y T Citotóxicos=rechazo). **Objetivo:** analizar las poblaciones LT y el efecto de la IS acumulada en las subpoblaciones LT a 24 meses postTH. **Metodología:** estudio observacional ambispectivo. Se incluyeron 16 pacientes con TH estable, realizado en 2021, y un grupo-control (10 sanos no trasplantados). Se compararon las poblaciones LT, y se analizó la exposición a IS en el grupo TH, mediante el área bajo la curva de concentraciones-valle y el método de Rosendaal, correlacionándola con las subpoblaciones T, a los 24 meses postTH. **Resultado:** El nivel valle medio de tacrolimus postTH fue 6,55 ng/ml (ES 0,35); los niveles fueron superiores al límite establecido por protocolo en el 23,56% de las determinaciones. La IS incidió en las subpoblaciones T, con descenso significativo de los LT totales (1.054,3 Vs. 1.411,2 p=0,004) y de todas sus subpoblaciones (Tabla1). Adicionalmente, los valores porcentuales TReg estaban disminuidos en trasplantados (21,24 Vs 36,10 p<0,001), con menos formas inmaduras (14,59% Vs.22,8% p= 0,012) y más TRegCM-Central Memory (77,69% Vs. 68,61 %, p=0,005 Tabla2). Por el contrario, los linfocitos citotóxicos CD8 aumentaron (especialmente CD8+\_TemRa-I) y la relación CD4/CD8 se invirtió, especialmente en los que recibieron basiliximab. No hubo correlación entre valores absolutos Treg (global y formas madurativas) y los niveles acumulados de tacrolimus. **Conclusión:** A medio plazo, en práctica clínica, tras el TH, disminuyen las poblaciones TReg, claves en la tolerancia del injerto, y aumenta significativamente la proporción CD8\_citotóxicos (potenciadores de la reacción inmunológica). No hemos podido correlacionar con los niveles acumulados de tacrolimus, probablemente por efecto sinérgico de los otros IS administrados. Basiliximab parece contribuir a una inversión del cociente CD4/CD8.

	A lymphocytes	A CD3+	A CD4+	A TReg	A CD8+	A DP
Casos	1054,32	747,56	346,35	21,24	358,98	3,54
Controles	1411,25	1004,68	653,12	36,10	274,73	5,57
p	P=0,004	P=0,016	P<0,001	P<0,001	P=0,107	P=0,079

	Naive	A TReg_CM	A TReg_EM	A TReg_TemRa	A TReg_Act	A CD4 RTE
Casos	3,10	16,58	1,23	0,10	4,59	0,26
Controles	8,99	24,32	2,13	0,193	6,51	0,459
p	P=0,001	P=0,007	P=0,022	P=0,073	P=0,0036	P=0,029

P21

### ANÁLISIS DE UNA DÉCADA DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON INJERTOS PROCEDENTES DE DONACIÓN EN ASISTOLIA. ¿HEMOS APRENDIDO ALGO DE NUESTRA EXPERIENCIA?

Carmen Acosta Gallardo, Natalia Zambudio Carroll, Alejandro J. Pérez Alonso, Mónica Mogollón González, María Trinidad Villegas Herrera, Jesús María Villar del Moral. *HU Virgen de las Nieves (Granada)*

**Objetivo:** Evaluación del desarrollo de la donación en asistolia (DA) en trasplante hepático (TH) en sus doce años de actividad. **Material y método:** Estudio retrospectivo observacional unicéntrico de los TH a partir de DA en el periodo 2011-2022. Los datos han sido obtenidos del Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes, y de la Estación Clínica de nuestro centro. Se registraron variables epidemiológicas, parámetros analíticos del donante, motivo de descarte del órgano, evolución del órgano trasplantado, complicaciones acaecidas. Se realizó un análisis estadístico descriptivo con el programa estadístico STATA vs 16. **Resultado:** El número de órganos ofertados de DA se ha ido incrementando, pasando de nueve en 2011 a veintisiete en 2022, con un global de 190. La tasa de validez ha pasado del 22,2% al 74% desde el inicio hasta la actualidad. El número total de hígados válidos (HV) asciende a 86, implantados en nuestro centro 82, y cuatro enviados a otros hospitales. La mediana de edad de los DA que generaron HV fue 56 años (rango 14 - 78), y la mediana del índice de masa corporal, 27.5kg/m<sup>2</sup> (rango 18 - 37). Los valores medios de los resultados analíticos de las primeras enzimas hepáticas (GOT, GGT, BT, BD, FA) con las que fue ofertado el órgano no predijeron de forma significativa su validez. Sin embargo, la abstinencia tabáquica del donante y menores cifras en sangre de creatinina, glucosa y LDH sí la predijeron de forma significativa. No hemos encontrado correlación estadística alguna de los datos clínicos o analíticos del donante con la aparición de complicaciones vasculares o colangiopatía isquémica en el receptor. **Conclusión:** Objetivamos en el periodo analizado un aumento sector de la oferta de injertos hepáticos procedentes de DA y su rentabilidad. Determinados datos clínicos y analíticos del donante pueden predecir la validez del injerto.

P22

### UTILIDAD DE LA BIOPSIA RENAL TRANSYUGULAR EN LA EVALUACIÓN PRETRASPLANTE DE PACIENTES CON HEPATOPATÍA Y DATOS SIMULTÁNEOS DE ENFERMEDAD RENAL

Álvaro Suárez Toribio, Idoia Agulleiro Beraza, Pablo Román García, Alba Temprado Collado, Manuela Fátima Domínguez Borrero, Verónica Nacarino Mejías, María Teresa Ferrer Ríos, José Manuel Sousa Martín, Macarena Naranjo Arellano, Álvaro Giráldez Gallego. *HU Virgen del Rocío*

**Objetivo:** Analizar la utilidad de la biopsia renal transyugular (BRTY) en pacientes con hepatopatía, fundamentalmente dentro de la evaluación de su idoneidad como candidatos a trasplante hepático (TH) o hepatorenal (THR). **Material y método:** Estudio observacional, retrospectivo, unicéntrico y descriptivo de nuestra serie de casos de pacientes hepatópatas sometidos a una BRTY por sospecha de enfermedad renal simultánea. Se analizaron la tasa de éxito y complicaciones del procedimiento y las implicaciones sobre el manejo y pronóstico que supusieron los resultados obtenidos. **Resultado:** De un total de 53 pacientes sometidos a BRTY entre enero de 2017 y junio de 2023, 26 de ellos padecía una enfermedad hepática (edad 55,8 ± 9,3 años; 76,9% hombres), principalmente por alcohol (42,3%). Un 61,5% eran diabéticos. La mediana del filtrado glomerular era de 38 (27-43) ml/min, la de proteinuria de 956 (192-4575) mg/24h y un 57,7% presentaban hematuria significativa. Un 92,3% de estos 26 pacientes presentaba una cirrosis hepática (MELD 16 [13-20]; Child-Pugh 8 [6-9]), todos ellos con datos de hipertensión portal clínicamente significativa. Se obtuvo éxito técnico de la BRTY en 23/26 casos (88,5%) y el 95,7% de estas muestras fueron representativas (22/23), tras la obtención de una mediana de 5 (4-7) cilindros y de 15 (8-24) glomérulos por procedimiento. Presentaron complicaciones cinco pacientes (19,2%), ninguna de ellas mortal. La BRTY se realizó en el contexto de la evaluación como candidatos a trasplante en 13/26 casos (50%), siendo incluidos en lista 10 de ellos (76,9%). Durante una mediana de seguimiento de 374 [117-917] días, cinco pacientes se sometieron a THR, uno a TH aislado, ocho fallecieron y 12 se encuentran en seguimiento (uno de ellos en lista de THR). **Conclusión:** La BRTY es una herramienta segura y de utilidad en la toma de decisiones sobre la idoneidad del TH o THR.



P23

### ANÁLISIS DE LAS COMPLICACIONES ARTERIALES TRAS LA QUIMIOEMBOLIZACIÓN TRANSARTERIAL PREVIA AL TRASPLANTE HEPÁTICO

Diego López Guerra<sup>1</sup>, Isabel Jaén Torrejimenó<sup>1</sup>, Adela Rojas Holguín<sup>1</sup>, Angélica Borraez Jiménez<sup>1</sup>, Inmaculada Lavado Andújar<sup>1</sup>, Carolina Labrador Alzás<sup>1</sup>, Ana Guiberteau Sánchez<sup>2</sup>, Gerardo Blanco Fernández<sup>1</sup>. *1) Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. HU de Badajoz. 2) Servicio de Aparato Digestivo. HU de Badajoz*

**Introducción:** La quimioembolización transarterial (TACE) pretrasplante para pacientes con hepatocarcinoma, se ha relacionado con un incremento del riesgo de trombosis arterial (TA) tras el trasplante hepático. El objetivo fue analizar la incidencia de TA tras el trasplante en nuestro centro en aquellos pacientes que han sido sometidos a una TACE antes del trasplante. **Material y método:** Realizamos un estudio descriptivo sobre una base de datos con los pacientes trasplantados hepáticos entre 2011-2022 en nuestra unidad por hepatocarcinoma. **Resultado:** Se incluyeron 136 pacientes, 124 varones (91,2%) con una edad media de 61 años (IQR 56-66) y un MELD 10 puntos (IQR 8-13). En el 27,2% de los casos se había realizado downstaging y TACE en 50 de ellos. Dentro de estos pacientes, en 44 casos sólo se realizó una sesión de TACE. La morbilidad postoperatoria fue del 53,7% (73), siendo complicaciones mayores el 14,6%. En 2 pacientes hubo una trombosis arterial postrasplante. A pesar de la muestra pequeña, no se observa relación entre la realización previa de TACE y la trombosis arterial postrasplante ( $p=0,702$ ). Así mismo tampoco se observa que los pacientes con TACE presenten mayor morbilidad postoperatoria ( $p=0,592$ ). **Discusión:** En nuestro estudio se muestra que no existen diferencias en las complicaciones arterial en la realización previa de TACE y en el número de las mismas. Entre nuestras limitaciones "n" pequeña para evaluar la afectación real.

P24

### ANÁLISIS DE LA RECIDIVA POSTRASPLANTE HEPÁTICO DEL HEPATOCARCINOMA Y SUPERVIVENCIA A 10 AÑOS

Alicia San José Crespo, Cristina Martínez Cuevas, Irene Peñas Herrero, Félix García Pajares, Carolina Almohalla Álvarez, Jorge Ruiz Rodríguez, Beatriz Burgueño Gómez, Baltasar Pérez Saborido, David Pacheco Sánchez, Gloria Sánchez Antolín. *HU Río Hortega*

El hepatocarcinoma (CHC) es una de las neoplasias más frecuentes a nivel mundial. En pacientes con criterios de Milan el trasplante hepático (TH) es una opción terapéutica con elevada supervivencia, pero existe una proporción variable de pacientes según las series, con recidiva postrasplante (RPTH) que ensombrece su pronóstico. **Objetivo:** Conocer la supervivencia a 10 años de un grupo de pacientes TH con al menos 10 años de seguimiento, según exista o no RPTH, la tasa de recidiva tumoral y los factores asociados. **Material y método:** Estudio unicentrico, prospectivo, que incluye todos los pacientes trasplantados por hepatocarcinoma con al menos 10 años de seguimiento. **Resultado:** Incluimos en el estudio 125 pacientes con TH por CHC desde 2001 hasta 2014. Excluimos 7 fallecidos antes del tercer mes (118 TH). En 24 pacientes (20.33%) se diagnosticó RPT. Todos fallecieron en una media de 14.35 meses tras el diagnóstico. El 54.16% de los pacientes con RPTH eran VHC, frente al 32.9% VHC en los CHC sin recidiva ( $p<0.05$ ). Al año postrasplante sólo el 53.84% de los pacientes con RPTH estaban con Tacrólimus, frente al 78.46% sin recidiva, y el 38.46% de RPTH estaban con mTOR frente al 9.23% en no recidivas. La supervivencia media fue significativamente inferior en pacientes con RPTH (47.7 versus 127.7 meses). EL 70% de los pacientes con recidiva recibieron algún tratamiento: 66.6% terapia sistémica (Sorafenib), el 4% tratamiento quirúrgico y 4% radiofrecuencia. **Conclusión:** El CHC sigue siendo un tumor con moderada tasa de recidiva postrasplante, en nuestra serie 20.33% y su pronóstico es infausto. Hasta la aparición de AAD para VHC, éste era un factor de riesgo de recidiva. Ningún paciente con VHB recidivó. El tratamiento sistémico con Sorafenib ha sido la norma. Será imprescindible analizar el efecto de los nuevos tratamientos sistémicos para el CHC.

P25

**INFLUENCIA DEL IMC EN LA SUPERVIVENCIA DEL TRASPLANTE HEPÁTICO**

Alba Gomez Barrera, Marco Antonio Álvarez Crespo, Iago Justo Alonso, Alberto Alejandro Marcacuzco Quinto, Oscar Caso Maestro, Félix Cambra Molero, Álvaro García-Sesma Pérez-Fuentes, Alejandro Manrique Municio, Jorge Calvo Pulido, Manuel Abradelo De Usera, Carlos Jiménez Romero, Carmelo Loinaz Seguro. *HU 12 de Octubre*

Evaluación de los distintos IMC y la supervivencia de injerto y paciente. **Material y método:** Se han dividido los pacientes en función de los rangos de la OMS para diagnóstico de obesidad. Se han corregido los pesos en función del grado de ascitis según escala de Child, a saber, aumentando 3 kilos por grado II y 5 por grado III. El número de pacientes por grupo ha sido: Delgadez extrema (DE): 30; Normal (N) 416; Sobrepeso grado I (SPI) 253; Sobrepeso grado II (SPII) 170; Obesidad grado I (OI) 160; Obesidad grado II (OII) 38; Obesidad grado III (OIII) 5. **Resultado:** La media de edad al trasplante de los distintos grupos ha sido de: 55 (18-70) años en DE; 54 (18-71) en N; 57 (21-76) en SPI; 59 (22-73) en SPII; 58 (29-74) en OI; 55 (27-67) en OII y 55 (45-64) en OIII ( $p=0,012$ ); respectivamente la media de MELD ha sido de 15 (6-41) en DE; 14 (6-39) en N; 15 (3-36) en SPI; 14 (6-35) en SPII; 13 (5-33) en OI; 15 (6-30) en OII y 13 (7-22) en OIII ( $p=0,159$ ). El porcentaje de HCC ha sido de: 30 % en DE; 27,6 % en N; 29,8 % en SPI; 44,1 % en SPII; 41,5 % en OI; 39,5 % en OII y 40 % OIII ( $p=0,001$ ). No ha habido diferencias estadísticamente significativas en las causas de exitus, estancia en UCI ni en planta; ni en el número de transfusiones de hemoderivados. El porcentaje de retrasplante ha sido de: 6,7 % en DE; 7,5 % en N; 6,3 % en SPI; 3,5 % en SPII; 8,1 % en OI; 5,3 % OII y 40 % OIII (2 fallos primarios) ( $p=0,049$ ). La supervivencia actuarial del paciente a 1,3 y 5 años ha sido de: 58,2 %, 44,4 % y 37 % en DE; 80,6 %, 73,1 % y 68,6 % en N; 81,9 %, 71,8 % y 70,1 % en SPI; 87 %, 74,2 % y 64,9 % en SPII; 83,6 %, 77,8 % y 66,6 % en OI; 88,7 %, 80,1 % y 75,4 % en OII y 75 %, 75 % y 50 % en OIII ( $p=0,629$ ). **Conclusión:** De acuerdo con los datos presentados, deberían cuestionarse las indicaciones de trasplante en aquellos pacientes con IMC por encima de 40 y por debajo de 18,5 necesitándose de estudios con un mayor número de pacientes para poder confirmar o descartar dichos resultados.

P26

**SUPERVIVENCIA DEL TRASPLANTE HEPÁTICO POR HEPATOCARCINOMA FUERA DE LOS CRITERIOS DE MILÁN: METAANÁLISIS DE PACIENTES INDIVIDUALES Y COMPARACIÓN CON INDICACIONES ESTÁNDAR Y NO ESTÁNDAR PERO ACEPTADAS DE UNOS**

Daniel Aliseda<sup>1</sup>, Ruben Ciria<sup>2</sup>, Tommy Ivanics<sup>3</sup>, Felipe Alconchel Gago<sup>4</sup>, Marco Claasen<sup>3</sup>, Javier Briceño<sup>2</sup>, Giammauro Berardi<sup>5</sup>, Fernando Rotellar<sup>1</sup>, Gonzalo Sapisochin<sup>2</sup>. 1) *CU de Navarra, Unit of Hepatobiliary Surgery and Liver Transplantation.* 2) *UH Reina Sofía, Unit of Hepatobiliary Surgery and Liver Transplantation, Cordoba, Spain.* 3) *U Health Network, Multi-Organ Transplant Program, Toronto, Canada.* 4) *HCU Virgen de la Arrixaca. U of Medicine, Unit of Hepatobiliary Surgery and Liver Transplantation, Murcia.* 5) *San Camillo-Forlanini Hospital, General Surgery and Organ Transplantation Unit, Rome, Italy*

**Objetivo:** Analizar la SG del TH fuera de los criterios de Milán estratificado según los criterios UCSF y "Up to seven" (UT7), y compararlos con indicaciones estándar y no estándar pero aceptadas de TH. **Material y método:** Revisión sistemática en tres bases de datos (PubMed, Embase y WoS) desde 1995 hasta el 30 de marzo de 2022, seleccionando estudios que incluyeran pacientes trasplantados fuera de los criterios de Milán. Se realizaron subgrupos según si los pacientes fueron trasplantados dentro o fuera de los criterios de UCSF o UT7. A continuación, se realizó un metaanálisis de pacientes individuales seguido de un metaanálisis combinado como análisis de sensibilidad. Por último, se realizó un análisis comparativo con los resultados de SG de pacientes con HCC trasplantados por indicaciones estándar ( $n = 19.516$ ) y controvertidas pero aceptadas ( $n = 30.599$ ) recogidos en la base de datos de la UNOS entre 2005 y 2020. **Resultado:** Se incluyeron 5.915 pacientes trasplantados fuera de los criterios de Milán. Entre ellos, 4.963 (3.315 fuera y 1.648 dentro) según los criterios de UT7 y 952 (858 fuera y 94 dentro) según los criterios de UCSF. Las tasas de SG a 5 años fueron del 67,8 % [IC95 % 64,8–70,6 %] y 54,5 % [IC95 % 52,3–56,6 %] según estuvieran dentro o fuera de los criterios UT7, y del 75,1 % [IC95 % 68,2–83,9 %] y 39,7 % [IC95 % 35,9–43,4 %] según estuvieran dentro o fuera de los criterios UCSF, respectivamente. **Conclusión:** La SG de pacientes trasplantados por HCC fuera de los criterios de Milán que cumplen los criterios de UT7 o UCSF parece ser significativamente similar a la obtenida tras algunas indicaciones estándar e incluso mejor que las registradas para indicaciones no estándar pero aceptadas. La ampliación de los criterios de TH fuera de Milán pero dentro de UT7 o UCSF parece ser una opción terapéutica justificada y oncológicamente adecuada en pacientes con HCC.

P27

### DIFERENCIAS ENTRE GÉNEROS EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO (TH) POR INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA GRAVE (IHAG) EN UNA COHORTE MULTICÉNTRICA ESPAÑOLA

Isabel Conde Amiel<sup>1,2,3</sup>, Sara Martínez Delgado<sup>1</sup>, Andrea Boscá Robledo<sup>1,2,3</sup>, María Senosiaín Labiano<sup>4</sup>, Rosa Martín Mateos<sup>5</sup>, Carolina Almohalla Álvarez<sup>6</sup>, María Luisa González Diéguez<sup>7</sup>, Sara Lorente Pérez<sup>8</sup>, Alejandra Otero Ferreiro<sup>9</sup>, María Rodríguez Soler<sup>10</sup>, José Ignacio Herrero Santos<sup>3,11</sup>, Laia Aceituno<sup>13</sup>, Ainhoa Fernández Yunquera<sup>14</sup>, Marina Berenguer Haym<sup>1,2,3</sup>, María Victoria Aguilera Sancho-Tello<sup>1,2,3</sup>. 1) HUP La Fe, Valencia. 2) Instituto de Investigación Sanitaria La Fe, Valencia. 3) CIBERehd, Instituto Carlos III, Madrid. 4) HU de Cruces, Bilbao. 5) HU Ramón y Cajal, Madrid. 6) HU Río Hortega, Valladolid. 7) HUC de Asturias, Oviedo. 8) HCU Lozano Blesa, Zaragoza. 9) CHU A Coruña, A Coruña 10) HGU de Alicante, Alicante 11) CU de Navarra, Pamplona 12) Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra, Pamplona 13) HU Vall d'Hebron, Barcelona 14) HGU Gregorio Marañón, Madrid 15) U de València, Departament de Medicina, Valencia

**Antecedentes:** La IHAG es una enfermedad grave con elevada morbimortalidad, cuyo pronóstico ha mejorado con el TH. **Objetivo:** Evaluar diferencias entre géneros en la etiología, perfil y resultados del TH por IHAG en una cohorte multicéntrica española. **Material y método:** Estudio retrospectivo multicéntrico. Se incluyeron los TH por IHAG en 11 hospitales entre 2001-2020. Se recopilaron características basales, clínicas, analíticas, complicaciones y resultados post-trasplante. **Resultado:** 217 adultos trasplantados por IHAG (62% mujeres). Se observó una proporción creciente de mujeres (57% 2001-2005, 54% 2006-2010, 69% 2011-2015, 67% 2016-2020) con una edad (mediana) similar entre géneros: hombres 41 años, mujeres 41,5. Los antecedentes tóxicos (alcohol, tabaco y drogas) fueron mayores en los hombres ( $p < 0,05$ ). Las etiologías autoinmune y criptogénica fueron más frecuentes en mujeres (31%-vs-19% y 31%-vs-20%) y la hepatitis B en hombres (29%-vs-10%) ( $p = 0,007$ ). El cumplimiento de criterios King's College y la lesión renal aguda (LRA) pre-trasplante estuvieron más presentes en los hombres (14%-vs-5%  $p = 0,016$  y 52%-vs-29%  $p = 0,001$ ). La función renal, GPT, plaquetas y MELD pre-TH estaban más alterados en los hombres ( $p < 0,05$ ). Complicaciones precoces post-TH: la LRA (73%-vs-53%) y hemorragia (26%-vs-14%) fueron más frecuentes en los hombres, y el rechazo en las mujeres (11%-vs-22,5%) ( $p < 0,05$ ). Complicaciones tardías: la hipertensión arterial -HTA- (36%-vs-27%), dislipidemia (25%-vs-11%), enfermedad renal crónica (24%-vs-17%) y complicaciones biliares (32%-vs-21%) fueron más frecuentes en los hombres ( $p > 0,05$ ). La HTA, LRA e infección pre-TH se asociaron de forma independiente a peor supervivencia (HR 2,6,  $p = 0,031$ ; HR 3,7,  $p = 0,004$  y HR 2,5,  $p = 0,03$ ) sin diferencias entre géneros. Las causas de mortalidad, supervivencia y re-TH fueron similares. **Conclusión:** La etiología y el abuso de tóxicos fueron diferentes según el sexo. Los hombres presentaban mayor deterioro clínico pre-TH, condicionando una mayor tasa de complicaciones tempranas post-TH, a excepción del rechazo. Sin embargo, las complicaciones a largo plazo y la supervivencia fueron similares.

P28

### IMPACTO DE FACTORES DE DONANTE, RECEPTOR Y TRASPLANTE EN LA APARICIÓN DE MORBILIDAD VASCULAR DEL INJERTO HEPÁTICO OBTENIDO DE DONANTES EN ASISTOLIA

Carmen Acosta Gallardo, Natalia Zambudio Carroll, Alejandro J. Pérez Alonso, Mónica Mogollón González, María Trinidad Villegas Herrera, Jesús María Villar del Moral. HU Virgen de las Nieves (Granada)

**Objetivo:** Evaluación de los posibles factores de donante, receptor y trasplante asociados a la aparición de morbilidad vascular tras trasplante hepático (TH) con injertos procedentes de donación en asistolia (DA). **Material y método:** Estudio retrospectivo observacional unicéntrico de los TH realizados a partir de DA en el periodo 2011-2022. Los datos han sido obtenidos del Sistema de Información de la Coordinación Autonómica de Trasplantes de Andalucía, emparejados con los recogidos en la Estación Clínica de nuestro centro. Se registraron variables epidemiológicas, parámetros analíticos del donante, evolución del órgano trasplantado, flujos arterial y venoso intraoperatorios, datos de supervivencia del injerto y del paciente, y complicaciones vasculares del injerto hepático. Se realizó un análisis estadístico descriptivo con el programa estadístico STATA vs 16. **Resultado:** Se han trasplantado en nuestro centro 82 pacientes de donante en asistolia en los últimos 12 años, 71 asistolias controladas (Maastricht III) y 11 asistolia no controladas (Maastricht II), una IIA y diez IIB. Del total, tres TH han presentado morbilidad portal (trombosis) y dieciséis morbilidad arterial (trombosis y estenosis). De los pacientes con morbilidad arterial sólo un paciente desarrolló colangiopatía isquémica. Se han tenido que re trasplantar seis pacientes por colangiopatía isquémica y fallo primario del injerto (FPI). Actualmente, han fallecido 27 pacientes, 14 de ellos por problemas hepáticos, 5 por cáncer, 5 de causa infecciosa y 4 por otras causas médicas. No hemos encontrado correlación estadística alguna de los datos clínicos o analíticos del donante con la aparición de comorbilidad arterial, portal o colangiopatía isquémica en el receptor. Tampoco los flujos intraoperatorios arterial y portal han mostrado correlación con el desarrollo de morbilidad vascular, FPI y retrasplante. **Conclusión:** No hemos encontrado factores predictores para la aparición de morbilidad arterial, portal y colangiopatía isquémica en el paciente trasplantado que se asocian al donante, receptor o datos del trasplante en nuestra serie de pacientes.

P29

### DIFERENCIAS EN LOS PARÁMETROS OBJETIVOS DE SUEÑO DESPUÉS DE UN TRASPLANTE HEPÁTICO

Laura Martínez-Alarcón<sup>1,2</sup>, Marta Jover Aguilar<sup>1,2</sup>, Juan Antonio Madrid<sup>2</sup>, José Antonio Pons Miñano<sup>1,2</sup>, Pedro Antonio Cascales Campos<sup>1,2</sup>, Víctor López López<sup>1,2</sup>, Ricardo Robles Campos<sup>1,2</sup>, Francisco Sánchez Bueno<sup>1,2</sup>, César Carrillo-García<sup>2</sup>, Guillermo Ramis<sup>2,3</sup>, Pablo Ramírez Romero<sup>1,2</sup>. 1) HCU Virgen de la Arrixaca. 2) Instituto Investigación Biosanitaria IMIB. 3) Facultad de Veterinaria. U de Murcia

El estado del sueño en pacientes en lista de espera para trasplante hepático (TH), la propia enfermedad hepática crónica y el aislamiento social conducen a la pérdida de salud del sueño. **Objetivo:** Determinar si someterse a un TH, sin más intervención sobre la salud del sueño, mejora los parámetros relacionados con el sueño. **Material y método:** Nueve pacientes (edad media: 58 años; 5 hombres y 4 mujeres), en lista de espera para TH en el HCU Virgen Arrixaca (Murcia, España). Los parámetros relacionados con el sueño se monitorizaron mediante un dispositivo de muñeca Kronowise K6 (Kronohealth, Murcia) y los datos se analizaron con el software Kronowise 100. El dispositivo lo llevaron 7 días (2 momentos: pretrasplante y un año después de recibir el TH). **Resultado:** Se observó 23:23±3:36 y 23:28±3:12 para hora de inicio del sueño (hh:mm), 8:28±0:31 y 8:33±0:23 para el final del sueño (hh:mm), 17,2±4,9 y 13,4±2,0 para la latencia del sueño (m), 482,3±29,1 y 501,5±25,9 para el periodo total de sueño (m), 90,8±14,5 y 86,5±8,3 para WASO (m), 76,5±3,3 y 79,4±1,5 para la eficiencia del sueño (%), 2,7±0,2 y 3±0,2 para el número de despertares/hora, 392,6±3 y 390,8±2 para el tiempo real de sueño (m), 35,54±7,9 y 37,69±8,7 para la duración total de las siestas (m) y 0,65±0,1 frente a 0,83±0,2 para la frecuencia de las siestas observadas antes del trasplante y un año después, respectivamente (media±SEM). Existen diferencias entre antes y un año post TH en los despertares/hora ( $p=0,005$ ). Sólo se observa tendencia a la diferencia en la hora de inicio del sueño y el tiempo real de sueño (min). Interesante señalar cómo aumenta el número de despertares/hora:podría relacionarse con la reducción de los efectos de la encefalopatía que sufren algunos pacientes. **Conclusión:** La mayoría de parámetros relacionados con calidad del sueño no cambian tras el TH. Aunque el estado de salud general mejore y la hepatopatía crónica desaparezca, los pacientes no modifican sus hábitos de sueño. La ausencia de intervención y la falta de diferencias muestran la necesidad de una intervención profesional sobre la calidad del sueño.

P30

### MANIFESTACIONES HEPÁTICAS Y MARCADORES INFLAMATORIOS EN TRASPLANTADOS HEPÁTICOS VIRÉMICOS PARA VHC TRATADOS CON ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

Laura Benítez Gutiérrez<sup>1</sup>, Ana Arias Milla<sup>1</sup>, Ana María Duca<sup>1</sup>, Valentín Cuervas-Mons Martínez<sup>2</sup>, María Jesús Citores Sánchez<sup>3</sup>. 1) HU Puerta de Hierro Majadahonda. 2) Departamento de Medicina. U Autónoma de Madrid. 3) Instituto de Investigación Puerta de Hierro-Segovia de Arana

**Objetivo:** Evaluar manifestaciones hepáticas y marcadores inflamatorios a largo plazo tras alcanzar la respuesta viral sostenida en pacientes trasplantados hepáticos con viremia positiva para VHC y tratados con antivirales de acción directa (AAD). **Material y método:** El estudio incluyó a 22 pacientes trasplantados hepáticos con viremia positiva para VHC que recibieron tratamiento con AAD. Se realizaron determinaciones analíticas en el momento del inicio del tratamiento (basal), en la semana 12 postratamiento (RVS12) y a largo plazo tras alcanzar la RVS12. Se analizaron parámetros de función hepática y marcadores inflamatorios en los tres puntos del estudio. El tiempo medio de seguimiento fue de 4,6 años (0,8). **Resultado:** Los pacientes fueron mayoritariamente hombres (86,4%), la edad media fue de 5910 años. El genotipo del virus fue el 1B en un 68,2%. La fibrosis hepática basal fue estadio F4 en un 27,3% y estadio F0 en un 36,4%. El tiempo de seguimiento desde el trasplante fue de 8,6±7 años. Los valores de la elastografía (Kpa) disminuyeron entre el punto basal y la RVS12 ( $p=0,08$ ), y entre RSV12 y a largo plazo ( $p=0,05$ ) y el descenso significativo se mantuvo a LP con respecto al basal ( $p<0,001$ ). Los niveles de ALT, AST y GGT disminuyeron de forma significativa entre el punto basal y RVS12 que se mantuvieron a LP. Los niveles de albúmina aumentaron de forma significativa a RVS12 y se mantuvieron a LP. Los niveles de CXCL10, CD163 y de CD54 (ICAM-1) disminuyeron de forma significativa entre el momento basal y la RVS12, manteniéndose a largo plazo ( $p<0,01$ ). **Conclusión:** Los marcadores de enfermedad hepática disminuyen tras alcanzar la RVS y se mantienen a largo plazo. El descenso de ICAM-1, CXCL10 y CD163 alcanzados en la RVS se mantienen a largo plazo.

P31

### TRASPLANTE ORTOTÓPICO HEPÁTICO COMO TRATAMIENTO CURATIVO DE LOS PACIENTES CON POLIQUISTOSIS HEPÁTICA EN ARAGÓN

Noelia Lete Aguirre, Vicente Manuel Borrego Estella, María Del Mar Soriano Liébana, María Isabel Valero Lázaro, Daniel Delfau Lafuente, Laura Medina Mora, Rubén Carramiñana Nuño, Pilar Palacios Gasós. *HCU Lozano Blesa, Zaragoza*

**Objetivo:** Presentamos nuestra experiencia en el tratamiento de la poliquistosis hepática (PQH) mediante trasplante hepático (TH) abordando los aspectos más controvertidos. **Material y método:** Estudio retrospectivo de 700 THs y con 9 pacientes sometidos a TH por PQH en hospital de tercer nivel (1.3%) y en equipo multidisciplinar (mediana seguimiento 82 meses). Codificación de 95 variables: datos donante, receptor, diagnóstico analítico-radiológico, criterios inclusión lista, datos técnicos del trasplante hepático/renal, entre otras. Se realizó análisis estadístico con el programa-SPSS™-15.0 obteniendo para variables cualitativas/cuantitativas, porcentaje, medida tendencia central y medida dispersión con IC-95%. Las complicaciones postoperatorias fueron a 90 días según Clavien-Dindo. **Resultado:** Edad media 52.3±4.1 años con 88.9% mujeres. La hepatomegalia masiva con dolor-astenia-incapacidad para tareas cotidianas fueron los criterios que determinaron la inclusión en lista. El valor del sistema priorización MELD fue bajo (11.5±5.5) dado que la funcionalidad hepática estuvo conservada. 6 pacientes tuvieron adicionalmente trasplante renal. En todos se realizó TH donante cadáver con técnica piggy-back sin by-pass veno-venoso. Tiempo quirúrgico 342±89.3 min. 3 pacientes presentaron complicaciones grados III-IV Clavien-Dindo (33.3%), 2 relacionadas con la anastomosis biliar y otra por trombosis arterial hepática que precisó retrasplante a los 60 días. Nuestra mortalidad a 90 días fue nula. Tras el seguimiento a largo plazo todos los pacientes están vivos, no hubo casos de disfunción primaria del injerto ni de rechazo agudo/crónico. **Conclusión:** Recomendamos el TOH como elección en la PQH sintomática no candidata a otras estrategias ofreciendo una morbimortalidad baja, paliación sintomática y supervivencias paciente/injerto excelentes. La técnica piggy-back es factible y segura. La evaluación preoperatoria permite decidir trasplante hepato-renal combinado y evitar situaciones límite. El momento adecuado para el TH, así como la utilización MELD en la priorización sigue siendo controvertido dado que no existe ningún síntoma-signo aislado que indique TH y función hepática suele mantenerse conservada.

P32

### RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE ESTEATOSIS DEL INJERTO Y LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

Isabel Jaén Torrejimoto<sup>1</sup>, Diego López Guerra<sup>1</sup>, Adela Rojas Holguín<sup>1</sup>, Angélica Borraez Jiménez<sup>1</sup>, Inmaculada Lavado Andújar<sup>1</sup>, Carolina Labrador Alzás<sup>1</sup>, María Isabel Monge Romero<sup>2</sup>, Gerardo Blanco Fernández<sup>1</sup>. *1) Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. HU de Badajoz. 2) Servicio de Aparato Digestivo. HU de Badajoz*

**Introducción:** Los injertos con esteatosis son más susceptibles al daño isquemia-reperusión. El uso de estos injertos esteatósicos se ha relacionado con mayor tasa de morbilidad postoperatoria, disfunción primaria del injerto (DPI) y peor supervivencia. El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el impacto del grado de esteatosis en los resultados postrasplante hepático. **Material y método:** Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes trasplantados en nuestro centro entre 2015-2022. Se clasificó el grado de esteatosis en: ausente, leve (0-30%), moderada (30-60%) y severa (> 60%). La morbilidad postoperatoria se estratificó según la clasificación de Clavien-Dindo, considerando complicaciones graves aquellas por encima de IIIa. Se utilizó los criterios de Olthoff para la definición de disfunción primaria del injerto. **Resultado:** Se incluyeron 225 pacientes. La edad media fue de 58 años (IQR 52-64), la mayoría son varones 182 (80.9%) con un MELD de 14 (IQR 10-17). Los injertos utilizados presentaban: ausencia de esteatosis en 6 casos (2,7%), 177 esteatosis leve (78,7%), 35 moderada (15,6%) y severa 7 (3,1%). 39 pacientes presentaron disfunción primaria del injerto (17,3%), dentro de estos la mayoría presentaban una esteatosis leve. No se observaron diferencias significativas en la relación del grado de esteatosis con el desarrollo de DPI (p=0,825). Durante el postoperatorio, 146 pacientes presentaron complicaciones, de las cuales fueron graves el 22,6%. La mortalidad postoperatoria fue de 6,2% (14 pacientes). Tampoco se relacionó con mayor morbilidad postoperatoria (p=0,847) ni mayor tasa de complicaciones graves (p=0,532) ni mayor mortalidad postoperatoria (p=0,460). El grado de esteatosis no influyó en la supervivencia global, así como tampoco al agrupar en grado de esteatosis moderada-severa (OR 0,825, IC 0,47-1,44, p=0,50). **Conclusión:** El uso de injertos hepáticos esteatósicos presenta resultados contradictorios en la literatura. En nuestra serie no se demostró un empeoramiento de la supervivencia ni mayor tasa de DPI con el uso de injertos con esteatosis moderada-severa.

P33

### TRASPLANTE HEPATORRENAL SIMULTÁNEO, ¿UNA BUENA ALTERNATIVA?

Marta García Corona, Carlos Javier García Sánchez, Fátima Aguilar Del Castillo, Gonzalo Suárez Artacho, Carmen Bernal Bellido, José María Álamo Martínez, Miguel Ángel Gómez Bravo. *HU Virgen del Rocío*

**Objetivo:** Múltiples estudios han demostrado una estrecha correlación entre la disfunción renal y la mortalidad en la cirrosis. Así, el trasplante simultáneo heparorrenal (SLK) se ha convertido en objetivo principal de investigación en las últimas décadas. Encontrar el equilibrio entre la asignación de riñones de alta calidad a pacientes candidatos a trasplante renal no favoreciendo a hepatópatas que puedan recuperar la función renal tras el trasplante de hígado, es un tema controvertido, siendo la falta de criterios objetivos en cuanto a la selección de los candidatos ideales para el SLK el principal motivo de controversia. Nuestro objetivo es evaluar la morbilidad y supervivencia de los SLK realizados en nuestro centro. **Material y método:** Se ha realizado un estudio retrospectivo observacional analítico sobre una serie de casos de SLK, analizándose la morbilidad en el postoperatorio inmediato y la supervivencia a 5, 10 y 15 años. **Resultado:** Desde mayo de 1999 hasta diciembre de 2022 se han realizado 36 SLK, de los cuales 29 (80,6%) eran hombres y 7 (19,4%) mujeres, con una edad media de 51,06±10,55 años y un MELD promedio de 21,27±5,66. Durante el postoperatorio inmediato, no se evidenciaron complicaciones del injerto hepático en el 80,6% de los casos, sufriendo solo el 5,6% rechazo del mismo. Sin embargo, la tasa de complicaciones renales fue del 36,7% siendo tratadas el 62,5% con tratamiento médico y el 12,5% con diálisis. Por último, las tasas de supervivencia de los pacientes a los 5, 10 y 15 años, fueron del 70%, 60% y 55%, respectivamente. **Conclusión:** El SLK presenta una supervivencia de 5, 10 a 15 años disminuida respecto al trasplante hepático aislado, siendo las complicaciones renales más frecuentes que las hepáticas. Este tipo de trasplante es un procedimiento complejo, siendo las tasas de supervivencia de nuestro centro comparables a las que observamos en la literatura.

P34

### ¿CORRELACIONAN LA CALIDAD SUBJETIVA AUTOPERCIBIDA DEL SUEÑO CON LA MEDIDA OBJETIVAMENTE MEDIANTE ACTÍGRAFO EN LOS PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE HEPÁTICO?

Laura Martínez Alarcón<sup>1,2</sup>, Marta Jover Aguilar<sup>1,2</sup>, Juan Antonio Madrid<sup>2</sup>, José Antonio Pons Miñano<sup>1,2</sup>, Pedro Antonio Cascales Campos<sup>1,2</sup>, Víctor López López<sup>1,2</sup>, Francisco Sánchez Bueno<sup>1,2</sup>, Ricardo Robles Campos<sup>1,2</sup>, César García Carrillo<sup>2</sup>, Guillermo Ramis<sup>2,3</sup>, Pablo Ramírez Romero<sup>1,2</sup>. 1) *HCU Virgen de la Arrixaca*. 2) *Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria IMIB*. 3) *Facultad de Veterinaria. U de Murcia*

El abordaje integral de los pacientes en lista de espera para trasplante (LETX) requiere un seguimiento cuidadoso de la salud del sueño, la nutrición y el ejercicio físico, más allá de la atención médica de la propia enfermedad hepática crónica. **Material y método:** Nueve pacientes en LETX (edad media: 58 años; 5 hombres y 4 mujeres), del HCU Virgen Arrixaca (Murcia). Los parámetros relacionados con el sueño se monitorizaron mediante un dispositivo en la muñeca no dominante durante 7 días antes del trasplante. Kronowise K6 (Kronohealth, Murcia) y los datos se analizaron utilizando el software Kronowise 100. Se registraron los parámetros: Estabilidad y Variabilidad Interdiaria (EI y VID), Amplitud Relativa (AR), Índice de Función Circadiana (CFI), y Media de la variable (MEAN), Latencia y Periodo Total del Sueño (min), WASO (min), N° despertares/hora, Eficiencia del sueño (%), Tiempo real de sueño (min), Duración de las siestas y Frecuencia de siestas/día (min). Para obtener la calidad subjetiva del sueño, los pacientes autocompletaron: Índice de Calidad del Sueño de Pittsburgh (PSQI), Escala de Somnolencia de Epworth (ESS) y Test de Cronotipo de Munich (MCTQ). Se realizó una correlación parcial controlada para sexo, IMC y Child-Pugh. **Resultado:** Comparando la puntuación total de los 3 cuestionarios, existe una correlación positiva entre la puntuación total del ESS con la duración de las siestas ( $r=0,971; p=0,029$ ) y entre la puntuación total del MCTQ con la WASO ( $r=0,979; p=0,021$ ), la actividad media durante el sueño ( $r=0,952; p=0,046$ ) y la luz total ( $r=0,996; p=0,004$ ) y luz azul recibida (2 horas posteriores al inicio del sueño) ( $r=1; p<0,0001$ ). La eficiencia del sueño autopercebida y la duración del sueño en el ESS se correlacionaron negativamente con la hora de inicio del sueño ( $r=-0,997; p=0,004$ ), y la duración total del sueño ( $r=-0,996; p=0,004$ ). La correlación entre la eficacia autopercebida y la objetividad se correlacionó negativamente ( $r=-0,533; NS$ ), dado que en cuestionario ESS a mayor puntuación, peor es la eficacia. La percepción subjetiva de alteraciones del sueño (cuestionario ESS) se correlacionó positivamente con la duración de las siestas diurnas ( $r=0,971; p=0,029$ ). **Conclusión:** Existen correlaciones muy altas entre las puntuaciones de las escalas subjetivas autoadministradas y los parámetros objetivos mediante actígrafo, por lo que estos cuestionarios sirven de punto de partida fiable para los estudios de calidad de sueño.

P35

**FACTORES DE RIESGO DE INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS Y EFECTOS DIRECTOS E INDIRECTOS DE LA MISMA EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS**

Patricia Salvador Bengoechea, María Senosiaín Labiano, Eunate Muga Ibarreche, José Ramón Fernández Ramos, Milagros Testillano Tarrero, Ander García San Miguel, Andrés Valdivieso López, Mikel Gastaca Mateo, Patricia Ruiz Ordorica, Alberto Ventoso Castiñeira, Ibone Palomares Etxeberria, Mikel Prieto Calvo, Arkaitz Perfecto Valero, Silvia Pérez Fernández, Francisco Javier Bustamante Schneider, Sonia González Mata. *HU de Cruces*

**Objetivo:** El objetivo del estudio es describir los factores de riesgo asociados y los efectos directos e indirectos de la infección por citomegalovirus (CMV) en una amplia cohorte de pacientes con trasplante hepático. **Materiales y Material y método:** Análisis descriptivo y de supervivencia de una cohorte retrospectiva unicéntrica de adultos trasplantados hepáticos durante el periodo 01/2017-12/2019. **Resultado:** De los 226 trasplantes realizados fueron excluidos 16 pacientes (fallecimiento y/o retrasplante en menos de 30 días postrasplante y trasplante multiórgano). La mediana de seguimiento fue de 4,1 años [IQ:3.69-5.34]. Respecto a las serologías de CMV eran D+R- 15,9% (33/208), D+R+ 65,4% (136/208), D-R+ 15% (31/208) y D-R- 3,85% (8/208). Presentaron infección por CMV el 35% (73/209) y Enfermedad 6,6% (14/209) (5 síndrome gripal, 3 citopenias, 3 gastrointestinal, 2 pulmonar y 1 otros). 41% fueron tardías (36/87) y 24% recidivantes (21/87). Se asoció significativamente con el desarrollo de infección por CMV la serología (D+/R-25,6%, D+/-+68,6%, D-/R+4,6% y D-R-1,1;  $p < 0,001$ ). No se observó asociación significativa con edad, Diabetes pretrasplante, MELD>15 al trasplante o utilización de basiliximab y/o esteroides. La infección por CMV no se asoció significativamente con infecciones fúngicas, desarrollo de rechazo, recidiva de hepatocarcinoma, DM, eventos cardiovasculares o neoplasias *de novo* postrasplante. La infección por CMV no impacta en la supervivencia ni a corto ni a largo plazo (Log-rank p-valor=0.461 y 0.383, respectivamente). La enfermedad por CMV se relaciona significativamente con desarrollo de infecciones fúngicas ( $p$  0.011), rechazo ( $p$  0.032) y mayor mortalidad a corto plazo (Log-rank p-valor 0.002). **Conclusión:** En nuestra cohorte la infección por CMV es frecuente pero no impacta en la supervivencia a corto ni a largo plazo. La serología es el único factor de riesgo de desarrollo de infección por CMV.

P36

**CORRELACIÓN ENTRE LOS PARÁMETROS CIRCADIANOS DE TEMPERATURA Y MOVIMIENTO CON LA EVALUACIÓN SUBJETIVA DEL SUEÑO EN PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE HEPÁTICO**

Laura Martínez Alarcón<sup>1,2</sup>, Marta Jover Aguilar<sup>1,2</sup>, José Antonio Pons Miñano<sup>1,2</sup>, Pedro Antonio Cascales Campos<sup>1,2</sup>, Víctor López López<sup>1,2</sup>, Francisco Sánchez Bueno<sup>1,2</sup>, Ricardo Robles Campos<sup>1,2</sup>, Guillermo Ramis<sup>2,3</sup>, Pablo Ramírez Romero<sup>1,2</sup>. 1) *HCU Virgen de la Arrixaca*. 2) *Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria IMIB*. 3) *Facultad de Veterinaria. U de Murcia*

El sueño es un elemento crítico en los pacientes en lista de espera de trasplante que deberían encontrarse en el mejor estado de salud posible para afrontar una cirugía tan compleja. **Objetivo:** correlacionar los parámetros circadianos de temperatura distal (Td), tiempo de movimiento (Tmov) y aceleración durante el movimiento en pacientes con su percepción de la calidad subjetiva del sueño. **Materiales y Material y método:** Estudio prospectivo transversal en el H.Clínico Univ.Virgen Arrixaca (Murcia, España) (2020-2023) incluyendo 35 pacientes en LETX hepático ortotópico. Se midió la temperatura distal, el tiempo en movimiento y la aceleración mediante un actígrafo de muñeca Kronowise K6, colocado en la muñeca no dominante durante una semana en la lista de espera. Posteriormente, se extrajeron los datos registrados en el dispositivo y se calcularon los datos circadianos de los tres parámetros mencionados anteriormente: Estabilidad intradiaria (IS), variabilidad interdiaria (IV), amplitud relativa (RA) y robustez (CFI). Además, los pacientes completaron un cuestionario autoadministrado de evaluación de la calidad del sueño de Pittsburgh, con 7 ítems (calidad, latencia, duración, alteraciones, eficiencia, utilización, uso de medicación para dormir y disfunción diurna por somnolencia). Obteniéndose finalmente una suma de las puntuaciones obtenidas de los ítems (0=excelente calidad del sueño; 21=mala calidad del sueño). Se realizó una correlación parcial controlada para la edad, el IMC y el grado de Child-Pugh. Resultado: Correlaciones negativas entre la duración del sueño y la IS ( $r=-0,488$ ) y entre la disfunción diurna con la IS ( $r=-0,603$ ), la RA ( $r=-0,536$ ) y CFI ( $r=-0,582$ ) y entre la puntuación Pittsburgh total con RA ( $r=-0,502$ ) y CFI ( $r=-0,475$ ) de DST. En cuanto al Tmov, se hallaron correlaciones entre calidad subjetiva del sueño y RA ( $r=-0,480$ ) y entre disfunción percibida durante el día con IS ( $r=-0,503$ ), IV ( $r=0,664$ ), RA ( $r=-0,677$ ) e CFI ( $r=-0,658$ ). No existe correlación de ningún ítem del cuestionario con la aceleración durante el movimiento. **Conclusión:** Los pacientes con menor estabilidad intradiaria y sobriedad en temperatura distal y tiempo en movimiento presentan disfunción por somnolencia diurna. Indicando que el test de Pittsburgh correlaciona con algunos datos circadianos medidos objetivamente.

P37

### ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE HEPATOCARCINOMA INCIDENTAL Y HEPATOCARCINOMA CONOCIDO PREVIAMENTE

Isabel Jaén Torrejimoto<sup>1</sup>, Diego López Guerra<sup>1</sup>, Angélica Borraez Jiménez<sup>1</sup>, Adela Rojas Holguín<sup>1</sup>, Inmaculada Lavado Andújar<sup>1</sup>, Carolina Labrador Alzás<sup>1</sup>, Belén Pérez Gallardo<sup>2</sup>, Gerardo Blanco Fernández<sup>1</sup>. 1) Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. HU de Badajoz. 2) Servicio de Aparato Digestivo. HU de Badajoz

**Introducción:** La presencia de hepatocarcinoma incidental (iHCC) en el estudio anatomopatológico del explante varía de 4,2-40%, y su pronóstico no está claramente definido. A pesar de los avances en las pruebas de imagen, las lesiones < 2 cm suelen infraestimarse. El objetivo de nuestro estudio fue analizar los iHCC y la correlación radiológica con los datos postrasplante, y evaluar los resultados en comparación con los hepatocarcinomas (HCC) diagnosticados previamente. **Material y método:** Realizamos un estudio descriptivo de los pacientes trasplantados entre 2011-2022 en nuestra unidad, con diagnóstico final de HCC. Se excluyeron los retrasplantes y los pacientes fallecidos en el postoperatorio (< 90 días). La inclusión de estos pacientes sigue los criterios de Milán. Se estableció como no correlación cuando en el explante aparecieron HCC no conocidos previamente o el número era mayor que lo visualizado en las pruebas de imagen preoperatorias. **Resultado:** Se incluyeron 136 pacientes, 124 varones (91,2%) con una edad media de 61 años (IQR 56-66) y un MELD 10 puntos (IQR 8-13). En el 27,2% de los casos se había realizado downstaging. La morbilidad postoperatoria fue del 53,7% (73), siendo complicaciones mayores el 14,6%. Durante el seguimiento, 17 (12,5%) pacientes presentaron recurrencia, de estos sólo dos habían presentado iHCC. No hubo correlación entre el número de nódulos pretrasplante y lo evidenciado en el explante en el 50% de los pacientes. En 13 pacientes el HCC fue un hallazgo incidental en el examen anatomopatológico. El seguimiento medio fue de 46,5 meses (IQR 25-82,75). La supervivencia global (SG) a 1, 3 y 5 años fue del 95%, 83% y 76% respectivamente. No se encontraron diferencias entre los pacientes con iHCC ( $p=0,703$ ) o en los que no hubo correlación radiológica ( $p=0,579$ ) (Fig 1). Tampoco en la supervivencia libre de enfermedad (SLE) con la no correlación radiológica ( $p=0,562$ ) ni iHCC ( $p=0,856$ ) fig 2. La SLE a 1, 3 y 5 años, 95%, 89% y 86%. **Conclusión:** El diagnóstico preoperatorio del HCC es difícil en el caso de lesiones pequeñas. No obstante, el hallazgo de iHCC en el explante es infrecuente, y su pronóstico incierto. En nuestra serie no hemos demostrado que esté relacionado con la evolución y pronóstico.

P38

### CALIDAD DE VIDA Y EMPLEABILIDAD POSTRASPLANTE HEPÁTICO: ESTUDIO UNICÉNTRICO

Carmen Alonso Martín, Irene Peñas Herrero, Carolina Almohalla Álvarez, Felix García Pajares, Cristina Martínez Cuevas, Alicia Sanjosé Crespo, Elena Velasco Martínez, Beatriz Burgueño Gómez, Gloria Sánchez Antolín. HU Rio Hortega

**Introducción:** El trasplante hepático (TH) consigue mejorar significativamente la supervivencia de los pacientes con enfermedad hepática terminal. Sin embargo, los mejores indicadores de su éxito consiste tanto en mejorar la calidad de vida del paciente como la reinserción en la vida laboral. **Objetivo:** Conocer la situación laboral y calidad de vida en pacientes en receptores de TH en nuestro hospital desde enero de 2021 hasta diciembre de 2022. Secundariamente, se estudió si estos objetivos eran los previstos por el paciente previamente a la intervención. **Material y método:** Se realizó cuestionario de calidad de vida EuroQol-5D a los pacientes que aceptaron participar en el estudio. Mediante entrevista clínica, se amplió el cuestionario a la situación laboral previa y posterior al trasplante. Además, se interrogó a los pacientes acerca de la información recibida antes del trasplante y su satisfacción subjetiva tras el mismo. **Resultado:** Un total 38 pacientes participaron en el estudio: 81% varones con edad media de 59 años. De ellos, el 83,3% estaban en edad laboral y 58% trabajan antes del trasplante. Sólo 33,3% mantuvieron su puesto tras TH. El impacto más positivo en cuanto a la calidad de vida se obtuvo en el plano emocional con un 94% de mejoría subjetiva. El 78,9% de los pacientes reconoce que la información recibida previa a la cirugía fue suficiente y se correlacionó con los resultados esperados en cuanto a su calidad de vida, siendo la reincorporación a su puesto de trabajo el mayor motivo de incertidumbre en los pacientes (18,4%). **Conclusión:** El trasplante hepático ha demostrado incrementar la supervivencia mejorando la calidad de vida en pacientes con enfermedad hepática terminal si bien la reinserción en la vida laboral sigue siendo un reto para estos pacientes.



P39

### DIFERENCIAS EN LAS CARACTERÍSTICAS DE LOS DONANTES Y LOS RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN CASTILLA Y LEÓN TRAS LA PANDEMIA DE COVID19

Isabel Ruiz Núñez, Beatriz Burgueño Gómez, Jorge Ruiz Rodríguez, Alicia Sanjosé Crespo, Carolina Almohalla Álvarez, Félix García Pajares, Carmen Alonso Martín, Irene Peñas Herrero, Gloria Sánchez Antolín. *HU Río Hortega, Valladolid*

**Objetivo:** Valorar las características de los donantes y receptores de trasplante hepático en Castilla y León, así como su evolución, analizando si existen diferencias tras la pandemia. **Material y método:** Estudio de cohortes, retrospectivo y unicéntrico de 127 pacientes trasplantados hepáticos. Se incluyeron todos los trasplantados desde 14/03/2018 hasta 14/03/2022 en Castilla y León. Se recogieron variables del donante, del receptor, del trasplante, de la estancia hospitalaria y la mortalidad. **Resultado:** Se incluyeron un total de 127 pacientes, 74 prepandemia y 53 postpandemia. Las características basales de receptores fueron similares, respecto a edad (56,5 vs. 58,4 años), sexo (78,4% vs 79,2% hombres), causa e indicación del trasplante; al igual que los donantes en edad (62,3 vs. 64,3 años), sexo (54,1% vs. 47,2% hombres) y causa de muerte (ACVA 71,6%, encefalopatía anóxica 9,5%, intoxicación 1,4%, TCE no tráfico 14,9%, tráfico 2,7% vs. ACVA 81,1%, encefalopatía anóxica 1,9%, TCE no tráfico 15,1%, tráfico 1,9%). Respecto a la evolución post-trasplante, la estancia media en UVI fue significativamente mayor en los pacientes pre-pandemia comparado con el grupo post-pandemia (4,41 vs. 3 días,  $p=0,007$ ), sin encontrar diferencias entre ambos grupos respecto a la estancia media en planta de hospitalización (12,7 vs. 12,4 días,  $p=0,86$ ), número de reingresos (46 vs. 31,  $p=0,67$ ), y éxitus (18 (24,3%) vs 10 (18,9%),  $p=0,46$ ). **Conclusión:** En la pandemia COVID19 la estancia media en UVI ha sido significativamente menor en los pacientes trasplantados hepáticos, sin embargo, no se han identificado diferencias en las características de donantes y receptores, ni tampoco peores resultados en la evolución durante el postrasplante.

P40

### SD. HEPATOPULMONAR REFRACTARIO TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO: NUEVAS ESTRATÉGIAS TERAPÉUTICAS CON OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA

Belinda Sánchez Pérez, María Pérez Reyes, Julio Santoyo Villalba, Jose Antonio Pérez Daga, Claudia Sánchez González, Julio Santoyo Santoyo. *HRU de Málaga*

**Introducción:** El síndrome hepatopulmonar (SHP) es una complicación de la enfermedad terminal hepática. La incidencia de SHP en pacientes con cirrosis es del 10-30%. El trasplante hepático (TH) puede revertir la fisiopatología de este proceso y restaurar la oxigenación normal. En algunos casos persiste una hipoxemia refractaria a pesar de los tratamientos de apoyo. La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) se ha utilizado como medida de rescate con buenos resultados. **Caso clínico:** Paciente 59 años AP: Cirrosis enólica con HTP. Buena función hepática (MELD12, Child: B7). Insuficiencia respiratoria crónica. Patrón ventilatorio restrictivo leve. SHP. Fibrosis pulmonar mantenida. Test macroagregados albumina >30. Espirometría: FEV1 78%, FV 74%, FEV1/FVC 81% DLCO 42% KCO57%. Oxígeno domiciliario a 2l/min (16h/día). Saturación basal (SatO2) 82%. **Indicación de trasplante:** SHP. Se realizó TH con shunt portocava temporal y técnica de piggy-back. Ingreso en UCI y fue extubado a las 24 h. Precisa gafas de alto flujo y enseguida ventilación no invasiva (VMNI) + óxido nítrico inhalado (ONI). A las 72h precisa reintubación por hipoxemia marcada. Se realiza ventilación mecánica protectora con FiO2 elevadas, se mantiene ONI y apoyo con ilioprost manteniendo SatO2: 88-92%. Tras la falta de respuesta a las terapias de apoyo se decide colocación de ECMO venovenosa. Se mantuvo 9 días constatando de forma progresiva mejoría del shunt derecha y obteniendo mejores oxemias. Se extubó al décimo día con apoyo de ONAF. En 48h se desescaló a gafas nasales convencionales. Alta de UCI a los 20 días postoperatorios (DPO) con SatO2: 90-92%. Desde el punto de vista hepático destacó la necesidad de reciclaje esteroideo en dos ocasiones por RCA. Alta hospitalaria a los 27DPO, asintomático desde el punto de vista respiratorio, manteniendo SatO2: 89-90% con buena tolerancia. **Discusión:** La utilización de ECMO para SHP refractarios al TH está escasamente descrito en la literatura (17 casos). En base a los buenos resultados observados, podemos decir que la ECMO es una estrategia que puede convertirse en el eje central del tratamiento con SHP e hipoxemia refractaria peritrasplante.

P41

### VALIDACIÓN PRONÓSTICA DEL ÍNDICE DE MELD

Marco Antonio Crespo Álvarez, Alba Gomez Barrera, Iago Justo Alonso, Alberto Alejandro Marcacuzco Quinto, Oscar Caso Maestro, Félix Cambra Molero, Álvaro García-Sesma Pérez-Fuentes, Alejandro Manrique Municio, Jorge Calvo Pulido, Manuel Abradelo De Usera, Carlos Jiménez Romero, Carmelo Loinaz Seguro. *HU 12 de Octubre*

**Introducción:** La escasez de donantes y el mayor número de candidatos a trasplante hepático (TH) conlleva una alta mortalidad en lista de espera. Se ha determinado que el índice de MELD es un parámetro válido en la determinación de la mortalidad en lista de espera. Diversos estudios apuntan que el índice de MELD podría ser válido para calcular la supervivencia al año del TH. **Material y método:** Entre mayo de 1998 y junio de 2023, se han realizado en nuestro centro 1618 trasplantes hepáticos, en mayores de 18 años, sin contar retrasplantes en dicho periodo en nuestro centro, obteniendo datos completos de 1380. Se ha empleado las fórmulas de la UNOS para el cálculo del índice de MELD. Hemos categorizado el MELD en 5 subgrupos: grupo A <10 (327 pacientes); grupo B entre 11-18 (714 pacientes); grupo C entre 19-24 (209 pacientes); grupo D entre 25-35 (109 pacientes) y grupo E >36 (21 pacientes). No se ha corregido el MELD por HCC. **Resultado:** La edad media en los grupos ha sido de: 59 (18-74) años en grupo A; 56 (18-76) grupo B; 53 (21-75) grupo C; 49 (18-70) grupo D y 34 (18-67) grupo E ( $p=0,000$ ). La necesidad de retrasplante por grupos ha sido de 4,9% en grupo A; 5,3% en grupo B; 7,2% en grupo C; 10,1% en grupo D y 9,5% en grupo E ( $p=0,000$ ). El porcentaje de empleo de órganos subóptimos ha sido de 13,8% en grupo A; 18% en grupo B; 24,4% en grupo C; 14,7% en grupo D y 14,3% en grupo E ( $p=0,019$ ). **Conclusion:** Con estos resultados, podemos afirmar que el índice de MELD es un buen predictor de transfusión de hemoderivados, pero en nuestra serie no ha presentado relación estadísticamente significativa con la supervivencia del enfermo post-trasplante.

P42

### TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL HEMANGIOENDOTELIOMA EPITELIOIDE: REVISIÓN SISTEMÁTICA

Adela Rojas Holguín<sup>1</sup>, Isabel Jaén Torrejimenó<sup>1</sup>, Diego López Guerra<sup>1</sup>, Angélica Borraez Jiménez<sup>1</sup>, Inmaculada Lavado Andújar<sup>1</sup>, Carolina Labrador Alzás<sup>1</sup>, Isidoro Narvaez Rodríguez<sup>2</sup>, Gerardo Blanco Fernández<sup>1</sup>. *1) Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. HU de Badajoz. 2) Servicio de Aparato Digestivo. HU de Badajoz.*

**Introducción:** El hemangioendoteliooma epitelioide es un tumor vascular poco frecuente con bajo grado de malignidad cuya evolución clínica y pronóstico es difícil de prever. Las tasas de supervivencia del hemangioendoteliooma epitelioide después del trasplante son excelentes y mucho mejor que para el hepatocarcinoma, colangiocarcinoma y metástasis hepáticas de tumores neuroendocrinos. Debido a que no existe una estrategia de tratamiento bien definida para la enfermedad hepática por hemangioendoteliooma el objetivo de nuestro estudio es realizar una revisión sistemática de los artículos publicados sobre el trasplante hepático de pacientes con hemangioendoteliooma epitelioide hepático (HEHE). **Material y método:** Realizamos una revisión sistemática en las bases de datos MEDLINE (PubMed), EMBASE y SCOPUS de acuerdo con las directrices PRISMA, desde enero de 1972 hasta diciembre 2022 que informan sobre pacientes con trasplante hepático por HEHE. **Resultado:** Se incluyeron 523 artículos inicialmente. Después del proceso de selección de artículos, 28 fueron seleccionados para la revisión sistemática (figura 1). Estos artículos informaron datos de 166 pacientes, de los cuales el 60% eran mujeres con una edad media de 36.7 años. El 40.4% de los pacientes presentaron síntomas al diagnóstico, siendo el dolor abdominal el síntoma más frecuente. En el momento del diagnóstico, el 59% de los pacientes tenía enfermedad múltiple y el 16,2% tenía metástasis en otras localizaciones en el momento del trasplante. La mayoría de los estudios no proporcionaron datos sobre el postoperatorio. La recaída ocurrió en 27 pacientes. La tasa de supervivencia global (SG) a los 5 años fue de hasta el 82,6%. Al final del seguimiento, la mayoría de los pacientes se encontraban sin enfermedad. **Conclusion:** Las personas con HEHE pueden ser buenos candidatos para trasplante de hígado, incluso si hay enfermedad extrahepática. En pacientes seleccionados, el TH podría mejorar las tasas de supervivencia.

P43

### TRASPLANTE HEPÁTICO POR INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA SECUNDARIA A SÍNDROME DRESS

Esther Lagunas Caballero, Juan Carlos Rodríguez San Juan, Federico José Castillo Suescun, Roberto Fernández Santiago, Juan Andrés Echeverri Cifuentes, Enrique Toledo Martínez, María Del Mar Achalandabaso Boira, Carmen Blanco Huelga, Emilio Fábrega García, Antonio Cuadrado Lavín, Edward Joseph Anderson, Andrea Alonso Aguiloché, Guillermo Bistué Alzola. *HU Marqués de Valdecilla*

**Objetivo:** Presentamos un caso de síndrome DRESS (drug rash with eosinophilia and systemic symptoms) con fallo hepático asociado tratado mediante trasplante hepático. El síndrome DRESS es una afección rara y severa inducida por medicamentos. El fallo hepático concomitante es variable (53- 90%), y la necesidad de trasplante infrecuente (cinco casos reflejados en la literatura). **Material y método:** Mujer de 49 años que inicia tratamiento con salazopirina por artritis psoriásica. Tres semanas después, acude a Urgencias por exantema maculopapular pruriginoso en tronco y extremidades, junto con fiebre. En analítica destaca eosinofilia, elevación de enzimas de colestasis y citolisis, además de bilirrubina. Es diagnosticada de síndrome DRESS secundario a salazopirina, según criterios del RegiSCAR scoring system (diagnóstico definitivo: fiebre, eosinofilia, rash sugestivo en más del 50% de la superficie corporal, afectación multiorgánica, exclusión de otras causas). A pesar de terapia corticoidea e inmunoglobulinas, la paciente desarrolló un fallo multiorgánico precoz con insuficiencia hepática aguda grave, por lo que se incluyó en lista de espera en urgencia cero para trasplante hepático. **Resultado:** La paciente fue sometida a un trasplante hepático ortotópico urgente de donante cadáver cuatro días tras su ingreso hospitalario, con cierre diferido de la pared abdominal por tamaño del injerto. El análisis anatomopatológico de la pieza demostró una necrosis masiva del parénquima hepático. Como complicaciones, trombosis arterial que requirió cirugía para trombectomía y dehiscencia de anastomosis biliar que precisó nueva anastomosis, con estenosis biliar secundaria resuelta con prótesis endoscópica. A pesar del correcto funcionamiento del injerto hepático y la ausencia de nuevas complicaciones postoperatorias, falleció 8 meses después por un cuadro de sepsis secundario a necrosis epidérmica tóxica. **Conclusión:** El trasplante hepático es una opción a tener en cuenta en el manejo de pacientes con fallo hepático secundario a síndrome DRESS, si bien su pronóstico es malo.

P44

### CIRUGÍA HEPÁTICA EXTREMA BASADA EN LOS RECURSOS TÉCNICOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

Vicente Manuel Borrego Estella, Daniel Delfau Lafuente, María Isabel Valero Lázaro, Noelia Lete Aguirre, Rubén Carramiñana Nuño, José Martínez Guillén, Ana Cristina Navarro Gonzalo, Gabriel Inaraja Pérez, Pilar Palacios Gasós. *HCU Lozano Blesa, Zaragoza*

**Objetivo:** Realización de una Cirugía Hepática Extrema en un paciente con metástasis hepáticas de origen colorrectal, resaltando las técnicas y recursos utilizados habitualmente en el trasplante hepático (TH). **Material y método:** Varón 54 años con adenocarcinoma de colon transversal estadio IV. Tras oclusión intestinal: hemicolectomía derecha ampliada y resección yeyunal. QT adyuvante con enfermedad hepática estable, pero afectando a confluencia hepatocava. Ante la irresecabilidad de la lesión mediante técnicas convencionales, tras realizar volumetría se decide realizar: hepatectomía izquierda ampliada a segmentos Ia-b, VII y VIII, posición ante-situm (*in vivo-ex situ*) con perfusión hipotérmica, by-pass veno-venoso con ECMO y con sustitución de VCI y VSHderecha con aloinjerto isogrupo (VCI y vena renal izquierda volteada) de extracción fallida (hígado y riñones) de donante en muerte encefálica. Se utilizaron técnicas de microcirugía vascular convencionales del TH. **Resultado:** Tras 7 meses, el paciente actualmente se encuentra vivo y libre de enfermedad. **Conclusión:** Muchos tumores hepáticos son considerados irresecables mediante técnicas convencionales debido a su tamaño-localización-infiltración de estructuras vasculares vitales como la confluencia hepatocava. Estos tumores son potencialmente resecables si se tuviera mejor exposición quirúrgica y se dispusiera de tiempo suficiente para su resección y reconstrucciones vasculares que implican. Se ha planteado la exclusión vascular total en hipotermia con by-pass extracorpóreo veno-venoso para evitar isquemia hepática, alteraciones hemodinámicas, renales y congestión esplácica (sobre todo en casos de cirrosis, esteatosis y QTneoadyuvante). Hasta nuestro conocimiento es el primer caso descrito de cirugía extrema con ECMO, en posición ante-situm y con injerto alogénico. Esta posición es factible, segura e indicada en tumores que afectan a la confluencia dorsal hepatocava y en los que se puede mantener el pedículo portal. Los injertos alogénicos presentan ventajas sobre los autólogos y prostéticos. Esta cirugía basada en recursos técnicos del TH se debe realizar en centros especializados con programa de TH.

P45

### TRASPLANTE CARDIOHEPÁTICO COMO SOLUCIÓN PARA ENFERMEDADES METABÓLICAS: ACIDEMIAS ORGÁNICAS Y TRASTORNOS DEL CICLO DE LA UREA: A PROPÓSITO DE UN CASO

Felipe Chacón Lázaro, Sofía Lorenzo Mañas, Viviana Vega Novillo, Blanca Otero Torrón, Lucía Lavín Montoro, María Orellana, Carmelo Loínaz Seguro, Oscar Caso Maestro. *HU 12 de Octubre*

**Objetivo:** Presentar el caso de un paciente diagnosticado con Acidemia Propiónica, quien se sometió a un trasplante cardiohepático para el control de su enfermedad metabólica. **Material y método:** Se trata de un varón de 23 años diagnosticado con Acidemia Propiónica en la infancia. Como consecuencia de esta enfermedad, desarrolló miocardiopatía dilatada con disfunción severa, crisis epilépticas y un deterioro cognitivo leve, a pesar de recibir un tratamiento médico adecuado. El caso fue evaluado en una sesión multidisciplinaria, y se propuso para realización de trasplante cardiohepático secuencial, realizando primero el trasplante cardíaco y luego el hepático. Para abordar desafíos específicos, se implementó un shunt portocava y se efectuó un clampaje lateral de la vena cava para abordar la ausencia de hipertensión portal y la inestabilidad hemodinámica relacionada con el trasplante cardíaco previo. **Resultado:** El paciente mostró una evolución favorable desde el punto de vista cardíaco y logró una función cardiaca normal. En cuanto al trasplante hepático, experimentó un ingreso hospitalario prolongado y desarrolló colangitis como complicación debido a la estenosis de la anastomosis biliar, lo que requirió una reintervención para realizar una hepático-yeyunostomía. Durante el seguimiento, el paciente presentó una sola descompensación, relacionada con el episodio de colangitis, posteriormente marcada reducción de los metabolitos tóxicos, aunque no se logró una normalización completa. **Conclusión:** Se puede considerar el trasplante cardiohepático como una alternativa viable para el control metabólico en pacientes con acidemias orgánicas y disfunción cardiaca severa que no son candidatos adecuados para un trasplante hepático aislado. Es fundamental destacar la importancia de realizar investigaciones a largo plazo para evaluar los resultados de manera adecuada y subrayar la necesidad de contar con equipos multidisciplinarios y centros de referencia en estos casos.

P46

### ALERTA CERO POR FALLO HEPÁTICO FULMINANTE PROBABLEMENTE SECUNDARIO A HEPATITIS AGUDA TÓXICA POR OZANIMOD

Fátima Aguilar Del Castillo, Marta García Corona, Carmen Cepeda Franco, Luis Miguel Marín Gómez, Francisco Javier Padillo Ruiz, Miguel Ángel Gómez Bravo. *HU Virgen del Rocío*

**Objetivo:** El ozanimod es un inmunomodulador de los receptores 1 y 5 de esfingosina 1-fosfato que aprobado para el tratamiento de esclerosis múltiple remitente-recurrente o colitis ulcerosa activa de actividad moderada o grave. Dentro de los eventos adversos hepatobiliares secundarios se han descrito la elevación de transaminasas y hepatitis crónica, sin embargo, no hay descrito en la literatura lesión hepática aguda grave. El objetivo de este trabajo es presentar un caso de un fallo hepático agudo probablemente secundario a la toma de ozanimod. **Material y método:** Presentamos el caso clínico de una paciente intervenida por un fallo hepático agudo probablemente secundario a hepatitis aguda tóxica por ozanimod. Para la realización de este trabajo se ha realizado una búsqueda bibliográfica analizando la seguridad y efectos secundarios del ozanimod, una revisión de la historia clínica, procedimiento quirúrgico y evolución del caso clínico. **Resultado:** Se trata de una mujer de 50 años diagnosticada de esclerosis múltiple remitente-recidivante en tratamiento con teriflunomida. Último brote en junio, por lo cual, se inicia tratamiento con ozanimod. A los 15 días del inicio del tratamiento farmacológico la paciente comienza con malestar general e ictericia evolucionando hasta un cuadro de encefalopatía hepática diagnosticado a los 30 días del inicio del fármaco. Ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos por insuficiencia hepática aguda. Evolución desfavorable con situación de fallo multiórganos y se incluye en alerta cero para trasplante hepático. Se realiza trasplante de donante en muerte encefálica. La paciente ha presentado una evolución favorable, sin incidencias quirúrgica ni el postoperatorio inmediato a destacar. **Conclusión:** En la literatura no hemos encontrado casos de fallo hepático agudo secundario a ozanimod (receptores 1 y 5 de esfingosina 1-fosfato) aunque se han descrito casos de insuficiencia hepática aguda que requirieron trasplante en pacientes tratados con fingolimod (receptor 1 de esfingosina 1-fosfato) que pudieran justificar este efecto hepatotóxico.

P47

### SÍNDROME DE SUPERPOSICIÓN: LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO Y HEPATITIS AUTOINMUNE CON FINAL CATASTRÓFICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

Elisaul Suárez Zambrano, Antonia Moreno, Ana Arencibia, Elena Otón, Elisa Borja, Dacil Díaz, Antonio González. *HU Nuestra Señora de Candelaria*

**Introducción:** La superposición de hepatitis autoinmune (HAI) y lupus eritematoso sistémico (LES) se ha descrito ocasionalmente, aunque ambas enfermedades difieren en su fisiopatología su asociación en la afectación hepática ha sido bien documentada. Presentamos a una paciente que, presento fallo hepático fulminante (FHF) con necesidad de trasplante hepático (TH) con dificultades diagnósticas para filiar su origen. **Caso clínico:** Mujer de 19 años que ingresa por hepatitis aguda severa. No se identificaron tóxicos, ni antecedentes personales de hepatopatía, serologías víricas negativas y el estudio inmunológico fue positivo para Ac. Antinucleares, Ac. Antimitocondriales, y Ac. Lúpico. Presento evolución desfavorable, por lo que se activa urgencia 0 para TH. La histología del explante no fue concluyente, planteando origen tóxico versus autoinmune. En el curso postrasplante se consigue recuperación de la función hepática, pero presenta anuria con fracaso renal agudo (FRA), anemia grave de característica hemolítica, con TC abdominal que describía necrosis cortical renal bilateral y estenosis de anastomosis portal (manejo conservador inicial). Se decide inicio de sesiones de plasmáferesis, hemodiálisis y posteriormente Eculizumab. Evolución tórpida con necesidad de varios ingresos, desarrollando fenómenos trombóticos y hemorrágicos a varios niveles, de origen probable autoinmune. Además, presento disfunción del injerto por lo que se realizó biopsia hepática que descarto rechazo y sugería obstrucción biliar. Se realiza angioplastia de estenosis portal y CPRE con colocación de prótesis biliar. Se plantea diagnóstico de superposición de LES y HAI por criterios clínicos y analíticos. A pesar de recibir tratamiento dirigido (ciclofosfamida e inmunoglobulinas iv), presenta fracaso multiorgánico y fallece seis meses después del TH. **Conclusión:** El caso clínico representa un dilema diagnóstico. Hubiera sido muy esclarecedor haber realizado una biopsia renal después del FRA. Si bien es rara la asociación de LES y HAI, es importante realizar un adecuado diagnóstico que definirá tratamiento y pronóstico de la enfermedad.

P48

### TRASPLANTE HEPÁTICO TRAS LESIÓN HEPÁTICA POR ARMA BLANCA

Alberto Javier Macedo Alonso, María Magdalena Llompart Coll, Rocío García Pérez, Octavi Bassegoda Guardia, Nestor David Toapanta Gai-bor, Eva Ribas, Annabel Blasi Ibañez, Javier Fernández Gómez, Jordi Colmenero Arroyo, Gonzalo Crespo, Pablo Ruiz, Héctor Estrella, Josep Fuster Obregón, Yiliam Fundora Suárez. *H Clínica de Barcelona*

**Objetivo:** Presentar un caso de trasplante hepático tras un traumatismo hepático grave. **Material y método:** Varón de 24 años que durante una reyerta sufre una herida penetrante por arma blanca en hemiabdomen derecho. **Resultado:** Es trasladado al hospital de referencia, donde se efectúa una laparotomía urgente, revelando una laceración hepática derecha grave con afectación de la arteria hepática derecha (AHD) y la vena cava inferior; y una sección completa de la vía biliar principal. Se realiza una anastomosis primaria arterial y biliar, y sutura hemostática de la vena cava. En el postoperatorio precoz (<72h) sufre deterioro clínico y analítico debido a una trombosis de AHD y extensa isquemia hepática. Se realiza una hepatectomía derecha ampliada dejando como remanente los segmentos II-III. Secundariamente, desarrolla insuficiencia hepática aguda grave. Se traslada a nuestro centro hemodinámicamente estable, intubado, con transaminasas 5000/4000U/L, bilirrubina 12 mg/dl, INR 3, TP 21%, amonio 199 y creatinina 4. Se decide en comité de trasplante su inclusión en lista de espera con prioridad de urgencia 0. Se acepta donante compatible en muerte encefálica (31 años). Se realiza hepatectomía del remanente con preservación de vena cava. Shunt porto-cava temporal. Fase anhepática sin incidencias. Tiempo de isquemia fría de 6 horas. Implante del injerto con realización de anastomosis de las venas hepáticas y porta según técnica habitual. Reperusión correcta. Se evidencia una trombosis extensa de la arteria hepática que condiciona la reconstrucción mediante interposición de injerto de arteria ilíaca del donante a aorta abdominal. Flujos portal de 1000 ml/min y arterial de 420 ml/min. Anastomosis biliar mediante hepaticoyeyunostomía. Postoperatorio inmediato sin incidencias. Estancia hospitalaria de 14 días. **Conclusión:** Los traumatismos hepáticos graves presentan una elevada variabilidad y morbimortalidad, requiriendo siempre un manejo multidisciplinar. El tratamiento individualizado del traumatismo hepático grave incluye la opción de trasplante hepático en centros especializados.

P49

### FALLO HEPÁTICO FULMINANTE SECUNDARIA AL KAFTRIO. A PROPOSITO DE UN CASO

Adama Cissé, Felipe Alconchel Gago, Ricardo Robles Campos, Francisco Sánchez Bueno, Pedro Antonio Cascales Campos, Pablo Ramírez Romero. *HCU Virgen de la Arrixaca*

**Introducción:** La fibrosis quística constituye la enfermedad autosómica recesiva más frecuente. Históricamente su tratamiento se basaba en el manejo de las complicaciones pulmonares, digestivas y apoyo nutricional. En los últimos años, el desarrollo de los fármacos moduladores de la proteína reguladora de la conductancia transmembrana de la fibrosis quística (CFTR) ha permitido un tratamiento más específico de esta patología. **Caso clínico:** Mujer de 56 años diagnosticada de fibrosis quística con mutación L206W. Incluida en un ensayo clínico para evaluar la eficacia y seguridad del Kaftrio (elexacaftor/tezacaftor/ivacaftor). En el contexto de cuadro de epigastralgia asociada a náuseas, astenia, coluria y leve ictericia conjuntival se le realiza una analítica objetivándose importante citólisis e hiperbilirrubinemia a expensas de directa y coagulopatía. Ante una probable hepatitis aguda tóxica secundaria a la medicación del ensayo clínico, se suspende este y se decide ingreso hospitalario para monitorización y tratamiento. Durante su estancia hospitalaria presenta empeoramiento clínico y analítico progresivo con signos de encefalopatía e importante elevación de transaminasas, bilirrubina hasta 30 a expensas de la directa y descenso de la actividad de protrombina hasta 13%. En la biopsia hepática se objetiva necrosis hepática masiva. Ante esta situación es incluida en código 0 para trasplante hepático presentando buena evolución posoperatoria con normalización progresiva de la función hepática. **Discusión:** El kaftrio es una terapia combinada de moduladores de CFTR para tratamiento de la fibrosis quística. Entre sus efectos secundarios destaca una elevación leve o moderada de las transaminasas, que puede afectar hasta una cuarta parte de los pacientes y generalmente suele ser transitoria. Nuestra paciente representa un caso extremo de disfunción hepática secundaria al kaftrio. Aunque en la literatura están descritas casos de necrosis hepática retardada, tal vez este caso constituye el primero de un fallo hepático fulminante secundaria a este fármaco que precisó de trasplante hepático.

P50

### RECURSO QUIRÚRGICO EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO: DOBLE ANASTOMOSIS PORTAL

Ana Isabel Fernández Sánchez, María Pérez Reyes, Belinda Sánchez Pérez, Julio Santoyo Villalba, Jose Manuel Aranda Narváez, Julio Santoyo Santoyo. *HRU de Málaga*

**Introducción:** La reconstrucción reno-portal es una alternativa quirúrgica para conseguir un adecuado flujo portal en el trasplante hepático cuando existe trombosis portal completa, siempre que existan colaterales o shunt portosistémico, tengan o no shunt espleno-renal. **Caso clínico:** Presentamos el caso de un varón de 58 años con cirrosis enólica y descompensaciones en forma de hemorragia digestiva alta por varices esofágicas y trombosis portal. Se presenta en comité de trasplantes con un MELD de 17 y CHILD A6. El TAC preoperatorio mostraba importante circulación colateral con varices esofágicas, varices dependientes de vena mesentérica inferior (VMI) y porta hipoplásica. Durante la intervención se objetivó gran shunt derivativo de la VMI hacia el territorio ilíaco y trombosis portal tipo II que se manejó con trombectomía por eversión. Se realizó el shunt portocava temporal, objetivando un flujo mínimo, que no mejoró tras ligar el shunt derivativo mencionado. Se decidió realizar una anastomosis renoportal, tras lo cual, la medición del flujo portal fue de 600 cc/min, y se suplementó el flujo portal con una anastomosis portoportal termino-lateral, obteniendo un flujo de 1300cc/min con baja resistencia (R0,5). El postoperatorio fue favorable con buena evolución de los parámetros de la función hepática, con permeabilidad de las anastomosis venosas porto-portal, renoportal, anastomosis arterial y de suprahepáticas, en las pruebas de imagen. **Discusión:** Creemos que cuando el flujo portal no sea suficiente en casos de portal hipoplásica, una doble anastomosis, portoportal y renoportal, puede ser un recurso técnico.

P51

### TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTE CON POLIQUISTOSIS HEPÁTICA POR ESTERNO-LAPAROTOMÍA Y CIRCULACIÓN EXTRACORPÓREA

Christian J. Robles Bardales, Gabriela Chullo Llerena, Eduard Quintana, Jorge Alcócer, Julia Martínez, Joana Ferrer, María Ascaso, Xavier Borrat, Víctor Holguín, Marlene Caldera, Marilyn Arias, Francisco Román, Josep Fuster Obregón, Jordi Colmenero Arroyo, Yiliam Fundora Suárez. *H Clínic de Barcelona*

**Introducción y objetivo:** La enfermedad poliquística hepática es una patología hereditaria generalmente asociada a la enfermedad poliquística renal autosómica dominante y cuyas manifestaciones clínicas suelen estar asociadas a los voluminosos quistes. El trasplante hepático es la única opción curativa en los casos de hepatomegalia grave con síntomas que afecten la calidad de vida. Describimos el caso de una paciente sometida a trasplante hepático por poliquistosis hepatorenal en la que fue necesario un abordaje por esterno-laparotomía. **Material y método:** Paciente mujer de 46 años con enfermedad poliquística autosómica dominante con crisis intermitentes de dolor abdominal y que a pesar del tratamiento con Lanreótido progresó el diámetro abdominal con saciedad precoz y disnea. El TC de control objetivó aumento del volumen hepático (14200 cc) a expensas de múltiples quistes que condicionaban colapso de lóbulos pulmonares y desplazamiento cardiaco. Tras discusión multidisciplinar, se decidió trasplante hepático con abordaje por esterno-laparotomía para controlar la vena cava supra e infrahepática. **Resultado:** Conjuntamente los equipos de Trasplante Hepático y Cirugía Cardiovascular realizaron el trasplante con un injerto procedente de un donante en asistolia controlada. Se accedió por vía transesternal y se estableció una derivación veno-venosa femoro-portal-auricular. Se procedió con una técnica clásica usando un parche de arteria hepática-gastroduodenal donante-receptor y colocación de Kehr en la anastomosis biliar por diferencia de calibres. Se plicó el diafragma derecho para devolverlo a una posición anatómica y se dejaron drenajes torácicos y abdominales. El tiempo quirúrgico fue de 8 horas, sin complicaciones intra- y post-operatorias, con una estancia hospitalaria de 11 días. A los 6 meses del trasplante no ha presentado complicaciones. **Conclusión:** Los pacientes con poliquistosis hepática grave representan un reto técnico, siendo fundamental determinar el tratamiento más efectivo para cada caso. Una planificación quirúrgica previa con un abordaje multidisciplinar permite minimizar las complicaciones y conseguir excelentes resultados.

P52

### TRASPLANTE HEPÁTICO EN RECEPTOR CON INFLUENZA A

Claudia Sánchez González, Belinda Sánchez Pérez, María Pérez Reyes, José Luis Fernández Aguilar, Julio Santoyo Villalba, Julio Santoyo Santoyo. *HRU de Málaga*

**Introducción:** Las infecciones activas en el receptor son una contraindicación absoluta para el trasplante hepático. Sin embargo, infecciones virales como la gripe A (GA+) han sido tratadas en pacientes trasplantados tanto en el postoperatorio inmediato como a largo plazo con resultados favorables. **Caso clínico:** Varón 65 años con cirrosis enólica y metabólica. Funcionalmente, CHILD12 y MELD19. Al surgir donante compatible, el paciente refirió tos leve y febrícula hacía 72 h. Se realizó PCR para varios virus, siendo positiva la de GA+. Ante la historia clínica, ausencia de condensaciones pulmonares y estrecha ventana terapéutica del trasplante, el comité de trasplante consensuó llevarlo a cabo, añadiendo tratamiento con Oseltamivir durante la inmunosupresión postoperatoria. En el 5º día postoperatorio (DPO) negativizó la PCR y su evolución transcurrió satisfactoriamente, siendo dado de alta en el 18º DPO. A los 10 meses, asintomático y con buena función hepática. **Discusión:** Las infecciones activas en el receptor son una contraindicación absoluta para el TH debido al riesgo de la severidad de la infección secundario a la inmunosupresión requerida. El oseltamivir es usado como profilaxis o tratamiento de la GA+ en la población habitual. Si bien, hay casos publicados de pacientes trasplantados hepáticos tratados en diferentes momentos con resultados positivos. No se han descrito casos GA+ diagnosticados previo a la intervención, en los que se tuviese que decidir si proseguir con la indicación de trasplante. Considerando el estado paucisintomático del paciente, el conocimiento del virus responsable y el disponer de un retroviral adecuado, Oseltamivir en este caso, creemos que la realización del trasplante hepático es una opción viable con un mínimo de riesgo añadido y resultados adecuados. **Conclusión:** En determinadas infecciones virales, como la GA+, el estado paucisintomático y la disponibilidad de tratamiento adecuado puede abrir una puerta a la realización del trasplante hepático.

P53

### TRASPLANTE HEPÁTICO COMO OPCIÓN TERAPÉUTICA EN ADENOMATOSIS HEPÁTICA

Paula González Atienza, Alejandro Forner, Jordi Colmenero Arroyo, David Saavedra Pérez, Filippo Landi, Claudia Lorenzo, Eva Ribas, Yiliam Fundora Suárez. *H Clínic de Barcelona*

**Introducción:** la adenomatosis hepática es una patología benigna sin tratamiento estandarizado. Pese a que la mayoría de casos se maneja de manera conservadora o mediante resección hepática, existen casos en los que el trasplante hepático constituye la única opción terapéutica. Presentamos el caso de un paciente con adenomatosis hepática tratada mediante trasplante hepático en nuestro centro. **Caso clínico:** Varón de 32 años con antecedente de adenomatosis hepática diagnosticada a los 18 años. Debido al crecimiento de adenomas, se realizó la primera segmentectomía del s.III laparoscópica con conversión a abierta a los 26 años siendo la anatomía patológica (AP) compatible con adenomas sin atipia, B-catenina positivos. A los 5 meses se realiza segunda resección que incluía los segmentos II y V con AP positivo para b-catenina. En 2022 se deriva a la unidad de oncología hepática. Durante el seguimiento con RMN se detectó un crecimiento progresivo de hasta el 16% en el resto de lesiones en ambos lóbulos correspondientes con adenomas. Al tratarse de adenomas con alto riesgo de degeneración maligna (más de 5 cm, difusos con crecimiento significativo y b-catenina positivos en paciente varón) se decidió trasplante hepático en comité multidisciplinar. Se realizó trasplante hepático de donante en asistolia controlada. Hepatectomía compleja por importante síndrome adherencial. El paciente fue dado de alta a los 11 días tras un postoperatorio sin incidencias. La AP fue compatible con adenomas sin atipia, b-catenina y glutamina sintetasa positivos. Actualmente permanece asintomático y con correcta función hepática. **Discusión:** el trasplante hepático constituye una opción terapéutica en aquellos pacientes con adenomatosis hepática difusa, sintomática o en pacientes con riesgo de degeneración maligna (varones, adenomas mayores de 5 cm, crecimiento de las lesiones, b-catenina positivo) con buenos resultados a largo plazo. No obstante, no existe un tratamiento estandarizado y debe ser valorado de manera multidisciplinar.

P54

### TROMBOSIS ARTERIAL EN TRASPLANTE HEPÁTICO POR SÍNDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO MEDIO

Julio Santoyo Villalba, María Pérez Reyes, Belinda Sánchez Pérez, Jose Antonio Pérez Daga, Jose Manuel Aranda Narváez, Julio Santoyo Santoyo. *HRU de Málaga*

**Introducción:** El síndrome del ligamento arcuato medio (LAM) es una entidad poco frecuente en la que se produce una compresión extrínseca del tronco celíaco (TC) debido a una inserción baja del LAM. En el ámbito del trasplante hepático, este síndrome puede condicionar complicaciones potencialmente graves como la trombosis arterial y la pérdida del injerto. **Objetivo:** Paciente trasplantada en nuestro centro en el que a pesar de obtener unos flujos vasculares adecuados desarrolló en el postoperatorio inmediato una trombosis arterial secundaria a un síndrome de LAM. **Material y método:** Mujer de 45 años con antecedentes de hipertensión arterial, trasplante renal en 2018 y cirrosis por hepatopatía crónica de origen no filiado con hipertensión portal (MELD 17). Se realiza trasplante hepático tras dos meses en lista de espera. La cirugía transcurre sin incidencias salvo por la necesidad de rehacer la anastomosis arterial por bajo flujo, obteniendo finalmente 130ml/min con un índice de resistencia (IR) de 1,3. En el Doppler de las primeras 24h se evidencia ausencia de flujo arterial por trombosis que se corrobora con angioTAC (Figura 1). Se reinterviene de manera urgente rehaciéndose la anastomosis, ligando la arteria esplénica y liberando el LAM. Tras esto aumenta el flujo arterial a 160ml/min con IR de 0,8. Postoperatorio marcado por rechazo agudo solucionado con ajuste de inmunosupresión y bolos de corticoides. Radiológicamente, al alta, se produce una resolución de la compresión extrínseca del TC (Figura 2). **Conclusión:** La incidencia de LAM en pacientes sometidos a trasplante hepático se sitúa entre 1.6% y 12%. El diagnóstico se basa en pruebas de imagen, siendo el TC multicorte la prueba de elección. El síndrome de LAM puede causar trombosis arterial tras el trasplante hepático, empeorando drásticamente el pronóstico de los pacientes. Para evitar estas complicaciones, la detección preoperatoria es de suma importancia, así como su manejo quirúrgico en caso de existir.



P55

### MANEJO DE LOS ANEURISMAS EN HÍGADO DONANTE: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Andrea González De Godos, Baltasar Pérez Saborido, José Carlos Sarmentero Prieto, Francisco Javier Tejero Pintor, María Pilar Pinto Fuentes, Alejandro David Bueno Cañones, Sandra Veeda Belanche, Andrea Carlota Lizarralde Capelastegui, José Luis Maestro De Castro, Guillermo Estébanez Peláez, Javier López Herreros, Gema M<sup>a</sup> Nieto Romero De Ávila, Martín Bailón Cuadrado, Enrique Asensio Díaz, Fernando Labarga Rodríguez, Paloma Lourdes Rodríguez Vielba, David Pacheco Sánchez. *HU Río Hortega*

**Objetivo:** La escasez de órganos ha impulsado a los cirujanos de trasplantes a aceptar injertos de donantes fallecidos que de lo contrario se habrían descartado debido a anomalías vasculares graves. La presencia de un aneurisma puede complicar la anastomosis arterial del trasplante de hígado, que conduce a complicaciones vasculares postoperatorias como la trombosis o estenosis de la arteria hepática. La arteria esplénica es la más comúnmente afectada (60%), seguida de la arteria hepática (20% a 50%). Dado que ambas arterias son susceptibles de utilizarse en la anastomosis arterial del implante hepático, se hace una revisión de la literatura sobre los casos publicados de aneurismas encontrados en este territorio vascular y su manejo.

**Material y método:** La búsqueda se llevó a cabo en varias bases de datos: Pubmed, Scopus, Cochrane library, EMBASE, SciELO y LILACS; y en todas ellas se siguieron los mismos criterios de búsqueda. Se usó el algoritmo siguiente: «liver donor aneurysm». La búsqueda se realizó el 2 de agosto de 2023. Se incluyeron estudios publicados en español e inglés. **Resultado:** Tras una búsqueda bibliográfica exhaustiva, se han encontrado solo 4 casos publicados de trasplantes de hígado a partir de injertos con aneurismas en su territorio vascular. Estas anomalías vasculares fueron subsanadas mediante reconstrucciones vasculares y no se objetivaron complicaciones arteriales postoperatorias. **Conclusión:** Si bien ninguna configuración arterial en particular impide el uso de un hígado de donante para el trasplante, se pueden anticipar más complicaciones con reconstrucciones arteriales complejas. No obstante, las anomalías arteriales manejadas adecuadamente no comprometen necesariamente el resultado del injerto. Por lo tanto, nuestra revisión de la literatura muestra la posibilidad de utilizar estos órganos para el trasplante hepático, que de otra forma serían descartados.

P56

### ANEURISMA EN LA TRIFURCACIÓN DE LA ARTERIA HEPÁTICA EN HÍGADO DONANTE

Andrea González De Godos, Andrea Carlota Lizarralde Capelastegui, Francisco Javier Tejero Pintor, María Pilar Pinto Fuentes, Alejandro David Bueno Cañones, Sandra Veeda Belanche, José Luis Maestro De Castro, Guillermo Estébanez Peláez, Javier López Herreros, Gema M<sup>a</sup> Nieto Romero De Ávila, Paloma Lourdes Rodríguez Vielba, Fernando Labarga Rodríguez, Martín Bailón Cuadrado, Enrique Asensio Díaz, Baltasar Pérez Saborido, José Carlos Sarmentero Prieto, David Pacheco Sánchez. *HU Río Hortega*

**Objetivo:** La escasez de órganos y la creciente edad media de los donantes fallecidos para trasplantes de hígado estimula a los centros de trasplantes a aceptar injertos que de otro modo habrían sido descartados debido a anomalías vasculares graves. Los aneurismas de las arterias viscerales son entidades raras que afectan al tronco celíaco, arteria esplénica, arteria mesentérica superior o mesentérica inferior y sus ramas; con una prevalencia del 0,1% al 2%. En la presente comunicación informamos sobre el manejo de un caso de aneurisma en la trifurcación de arteria hepática en un trasplante hepático en nuestro hospital.

**Material y método:** Una donante 0+ de 54 años con muerte cerebral debido a una hemorragia subaracnoidea fue ofrecida a nuestro centro para un trasplante de hígado. Tras la extracción hepática se observó un aneurisma de 0,6 mm de diámetro en la trifurcación de la arteria hepática. El injerto de hígado se consideró apropiado para trasplante. **Resultado:** La reconstrucción de la arteria hepática se realizó utilizando un parche desde la bifurcación de las arterias hepática y esplénica hasta la arteria hepática común en el origen gastroduodenal. La ecografía Doppler del primer día mostró ausencia de flujo portal principal por trombosis que se extendía desde la confluencia porto-espleno-mesentérica hasta el origen de la vena porta derecha. Se realizó fibrinólisis intravascular de la vena porta y ligadura de la vena renal izquierda. Al alta la función hepática era buena y había permeabilidad de la vena porta y arteria hepática. El flujo a través de la anastomosis arterial ha demostrado patrones de flujo postoperatorio óptimos desde el trasplante. **Conclusión:** Aunque las anomalías vasculares y las reconstrucciones complejas pueden asociarse con un mayor riesgo de complicaciones, nuestro caso clínico muestra la posibilidad de utilizar estos órganos para trasplante de hígado, que de otro modo serían descartados.

P57

### TRASPLANTE HEPÁTICO COMO PUENTE EN EL MANEJO DE VÁRICES GASTRO-ESOFÁGICAS INFECTADAS CON BUCRILATO

Christian J. Robles Bardales, Gabriela Chullo Llerena, Sabina Herrera, Virginia Hernández Gea, Abiu Sempere, Jordi Colmenero Arroyo, Marta Bodro, Yiliam Fundora Suárez. *H Clínica de Barcelona*

**Introducción y objetivo:** La infección crónica del bucrilato después del tratamiento de las várices gastroesofágicas es causa rara de bacteriemia en pacientes cirróticos. Presentamos un caso en que se realizó trasplante hepático como puente en el manejo de la hipertensión portal y posterior tratamiento de las várices gástricas infectadas. **Material y método:** Varón de 34 años con cirrosis hepática Child B y MELD 10, asociado a enfermedad de Wilson, con várices gastroesofágicas, que requirió inyección endoscópica de bucrilato por hemorragia digestiva alta. A los 2 meses ingresó por fiebre de origen desconocido, con hemocultivos positivos para *Pseudomonas* multisensibles y empeoramiento de la función hepática. En PET-TC se identificó una zona sugestiva de infección a nivel de las várices inyectadas con bucrilato. Al no controlar la infección con antibióticos, la hipertensión portal grave y riesgo de infección de TIPS, se acordó en comité multidisciplinario realizar trasplante hepático como estrategia para reducir la hipertensión portal y así facilitar la resección del bucrilato. **Resultado:** Durante el trasplante se identificaron várices gástricas de gran tamaño con material de bucrilato en el fondo gástrico. En el postoperatorio, persistió con picos febriles y cultivos positivos. A pesar de los antibióticos, el PET-TC describió persistencia del hipermetabolismo en las várices fúndicas con bucrilato. Se decidió realizar resección como tratamiento definitivo. Previamente se realizó embolización de la arteria esplénica, considerando riesgo de esplenectomía durante el procedimiento. Un mes después del trasplante hepático, el angio-TC corroboró una disminución significativa de las várices fúndicas. Finalmente, se realizó gastrectomía vertical parcial, con resección de las varices con bucrilato en bloque. Cursó un postoperatorio sin complicaciones, resolviendo completamente el cuadro infeccioso. **Conclusión:** El trasplante hepático de forma individualizada forma parte del tratamiento multimodal de las infecciones persistentes relacionadas con el tratamiento de la HTP grave.

P58

### TRASPLANTE HEPÁTICO EN CASO DE INSUFICIENCIA HEPÁTICA AGUDA SECUNDARIA A LA ENFERMEDAD DE WILSON

Carolina Labrador Alzás, Concepción López Fernández, Inmaculada Lavado Andújar, Angélica Borraez Jiménez, Yeniffer Tatiana Moreno Salazar, Isabel Jaén Torrejimenó, Adela Rojas Holguín, Aranzazu Prada Villaverde, Diego López Guerra, Gerardo Blanco Fernández *HU de Badajoz*

**Objetivo:** La enfermedad de Wilson es un trastorno genético, autosómico recesivo, caracterizado por una acumulación excesiva de cobre en varios órganos, especialmente hígado, sistema nervioso, córneas, riñones y corazón. Presentamos los casos de dos pacientes con insuficiencia hepática aguda (IHA) secundaria a Enfermedad de Wilson (EW) que precisaron trasplante hepático en código cero. **Material y método:** Revisión de la literatura en PubMed, utilizando como palabras clave "enfermedad de Wilson" y "fallo hepático agudo". **Resultado:** **Caso 1:** mujer de 15 años que en mayo de 2017 presenta deterioro agudo de la función hepática, con estudio etiológico normal salvo ceruloplasmina baja y cupururia elevada. Deterioro progresivo de la función hepatocelular con alta sospecha de EW como causa desencadenante, por lo que se efectúa trasplante. En postoperatorio, cuadro de distrés respiratorio que precisó reintubación, pero sin incidencias desde el punto de vista de síntesis hepática. **Caso 2:** varón de 43 años, con anemia diseriopoyética, dolor abdominal, desorientación y agitación psicomotriz de 2 meses de evolución. En mayo de 2023 ingresa en UCI por deterioro, con cuadro de coma transitorio. Analíticamente datos de fallo hepático, con déficit de ceruloplasmina y cupururia elevada. Ante la sospecha de EW se instaura tratamiento con penicilamina pero persiste el deterioro clínico, con encefalopatía, por lo que se realiza trasplante urgente. El paciente presentó buena evolución clínica. **Conclusión:** La presentación de la enfermedad hepática secundaria a EW es muy variable, desde pacientes asintomáticos hasta IHA, apareciendo ictericia, datos de fallo hepático, encefalopatía, hemólisis intravascular aguda con Coombs negativo y, a menudo, insuficiencia renal rápidamente progresiva. Ocurre predominantemente en mujeres jóvenes, con una relación mujer-hombre 4:1. En estos casos, el trasplante se convierte en la opción curativa a pesar de instaurar tratamiento médico agresivo. La EW representa entre el 6-12% de los pacientes con IHA con indicación de trasplante hepático urgente.

P59

### SÍNDROME DE ABERNETHY COMO CAUSA DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Angelica Blanco Rodríguez, Dora Gómez Pasantes, Monica Torres Díaz, Irene Aguirrezabalga Martínez, Carla Madarro Pena, Aloia Guerreiro Caamaño, Javier Aguirrezabalaga González, Manuel Gómez Gutiérrez. *HU A Coruña*

**Objetivo:** Los shunt porto-sistémicos congénitos son anomalías poco frecuentes en las que el flujo sanguíneo del hígado se desvía hacia la circulación sistémica. Se dividen en dos grupos: intrahepáticos y extrahepáticos. Los shunt intrahepáticos son más comunes en varones y pueden estar asociados con otras anormalidades congénitas. El diagnóstico generalmente se realiza incidentalmente en la edad adulta. Sin tratamiento, existe un alto riesgo de desarrollar tumores hepáticos y complicaciones como encefalopatía portosistémica e hipertensión pulmonar. **Material:** Este artículo describe el caso de un varón de 48 años con dislexia y dificultades de aprendizaje debido a complicaciones durante el parto. El paciente también tiene otros antecedentes neurológicos como un ACV talámico derecho y un síndrome cerebeloso con crisis parciales motoras. **Método:** Durante su seguimiento en Neurología, se realizaron un TAC abdominal y una colangioRM, que revelaron la presencia de un shunt porto-sistémico intrahepático congénito, con una conexión anómala entre la rama derecha de la vena porta y la vena suprahepática derecha, así como la detección de tres nódulos en el lóbulo hepático derecho. **Resultado:** Se intentó embolizar las comunicantes portosistémicas en dos ocasiones como primera opción terapéutica, pero sin éxito. Ante esta situación, se optó por una actitud expectante, restringiendo la ingesta proteica y administrando laxantes. La evolución no fue satisfactoria y el paciente experimentó varios episodios de encefalopatía portosistémica que requirieron hospitalización. Debido a la mala evolución clínica y la sospecha de hepatocarcinoma, se presentó el caso en nuestro comité de trasplantes y se decidió realizar un trasplante hepático, el cual se llevó a cabo sin complicaciones. **Conclusión:** La anatomía patológica de la lesión hepática confirmó la presencia de un hepatocarcinoma. La evolución del paciente tras el trasplante fue excelente, presentando una mejora notable a nivel neurológico.

## ÍNDICE DE AUTORES

### A

Abelló Audí, David CO3.08  
Abradelo De Usera, Manuel CO3.01, CO4.08, P05, P25, P41  
Aceituno, Laia P27  
Achalandabaso Boira, María Del Mar CO4.06, P43  
Acosta Gallardo, Carmen EM01, P21, P28  
Aguilar Del Castillo, Fátima P33, P46  
Aguilera Sancho-Tello, María Victoria CO1.01, CO1.04, P06, P10, P15, P27  
Aguirrezabalaga González, Javier P59  
Aguirrezabalga Martínez, Irene P59  
Agulleiro Beraza, Idoia P22  
Álamo Martínez, José María CO3.02, CO4.07, P03, P33  
Albillos, Agustín CO2.10  
Alcázar, Cándido P09, P17  
Alcócer, Jorge P51  
Alconchel Gago, Felipe CO1.07, CO2.01, CO2.05, P04, P12, P26, P49  
Alexandrino, Henrique CO3.05, CO4.04  
Aliseda, Daniel CO1.07, P12, P26  
Almohalla Álvarez, Carolina CO4.02, MV02, P07, P11, P24, P27, P38, P39  
Alonso Aguiloché, Andrea P43  
Alonso Martin, Carmen CO1.01, P07, CO4.02, P11, P38, P39  
Alonso, José Luis CO2.05  
Alós Díez, María CO1.09, CO2.09  
Álvarez Crespo, Marco Antonio P25  
Álvarez Navascues, Carmen CO2.12  
Álvarez Varela, Claudia CO2.10  
Amador, Alberto CO3.06  
Amaral, Maria João CO3.05, CO4.04, P02  
Anderson, Edward Joseph P43  
Andrés Moreno, Ane Miren CO1.09, CO2.02, CO2.09  
Aranda Narváez, Jose Manuel P50, P54  
Arencibia, Ana P47  
Argumániz Tello, Víctor P15  
Arias Milla, Ana CO1.01, P30  
Arias, Marilyn P51  
Ascaso, María P51  
Asensio Díaz, Enrique CO4.02, P55, P56  
Atutxa, Lánder CO1.03  
Ausania, Fabio CO3.04  
Avelino González, Lourdes CO3.08

### B

Bailón Cuadrado, Martín CO4.02, P08, P55, P56  
Bañares Cañizares, Rafael CO1.05, CO1.08  
Baptista, Miguel CO2.03

Barat, Shoma CO2.08  
Baroja Mazo, Alberto CO1.02, CO2.01, CO2.06, CO4.03, P04  
Barreales, Mónica CO1.01  
Barrera, Manuel CO1.03  
Barrios, Oriana CO3.06  
Barrufet Solé, Marta CO1.06  
Bassegoda Guardia, Octavi P48  
Bellot, Pablo CO2.11, P17  
Beltrá Picó, Iván P09, P17  
Benítez Gutiérrez, Laura EM08, CO1.08, P30  
Berardi, Giammauro CO1.07, P12, P26  
Berenguer Haym, Marina CO1.04, P06, P10, P15, P27  
Bernal Bellido, Carmen CO3.02, CO4.07, P03, P33  
Bernaldo De Quirós, Esther P20  
Bernaldo de Quirós Fernández, Mercedes MV06  
Bilbao Aguirre, Itxarone CO1.01, P06, CO2.07, CO4.05, P16  
Bistué Alzola, Guillermo P43  
Blanco Fernández, Gerardo CO1.01, CO1.03, CO3.07, P08, P19, P23, P32, P37, P42, P58  
Blanco Huelga, Carmen P43  
Blanco Rodríguez, Angelica P59  
Blanes Julia, Marino P10  
Blasi Ibañez, Annabel CO3.04, P48  
Bodro, Marta P57  
Borja, Elisa P47  
Borraez Jiménez, Angélica CO3.07, P19, P23, P32, P37, P42, P58  
Borrat, Xavier P51  
Borrego Estella, Vicente Manuel P31, P44  
Boscá Robledo, Andrea CO3.03, CO3.08, P08, P27  
Bouzakri, Nabila CO2.08  
Brea Gómez, Esther P08  
Briceño, Javier CO1.03, CO1.07, P08, P12, P26  
Brunet, Mercè P01  
Bueno Cañones, Alejandro David P55, P56  
Bueno, Alba CO2.02  
Burgueño Gómez, Beatriz P24, P38, P39  
Burrel Samaranch, Marta CO1.06  
Busquets, Juli CO3.06  
Bustamante Schneider, Francisco Javier CO1.08, CO4.09, P35

### C

Caballero Marcos, Aranzazu CO1.05, CO1.08, CO2.06, P20  
Cachero, Alba CO1.01, CO3.06  
Cadahía Rodrigo, Valle CO2.12  
Calatayud Mizrahi, David CO3.01, CO3.08  
Caldera, Marlene P51

Calleja, Rafael CO1.03, P08  
Calvo Pulido, Jorge CO4.08, P05, P18, P25, P41  
Cambra Molero, Félix CO4.08, P05, P08, P18, P25, P41  
Caralt Barba, Mireia CO2.07, CO4.05, P16  
Carramiñana Nuño, Rubén P31, P44  
Carrillo-García, César P29  
Carvalho-Gomes, Ângela P06, P10  
Cascales Campos, Pedro Antonio CO2.01, CO2.05, CO4.03, P04, P29, P34, P36, P49  
Caso Maestro, Oscar CO4.08, P05, P18, P25, P41, P45  
Castillo Cejas, Carmen CO1.04  
Castillo Suescun, Federico José CO4.06, P43  
Castillo Tuñón, Juan Manuel CO3.02  
Cea, Matías P08  
Cepeda Franco, Carmen CO1.01, CO3.02, CO4.07, P03, P46  
Chacón Lázaro, Felipe P45  
Charco Torra, Ramón CO1.03, CO1.06, CO2.07, CO4.05, P16  
Cheung, Tan-To CO2.08  
Chullo Llerena, Gabriela EM02, CO3.01, CO3.04, P51, P57  
Cipriano, Maria Augusta CO4.04  
Ciria, Ruben CO1.07, P12, P26  
Cissé, Adama CO2.05, P04, P49  
Citores Sánchez, María Jesús P30  
Claasen, Marco CO1.07, P12, P26  
Clavien, Pierre-Alain CO2.08  
Coll, Elisabeth CO1.03  
Colmenero Arroyo, Jordi CO1.01, CO2.04, CO3.04, CO4.01, P01, P13, P48, P51, P53, P57  
Colón Rodríguez, Arturo CO2.06  
Conde Amiel, Isabel CO1.04, CO1.08, P06, P27  
Constantino, Júlío CO3.05, CO4.04, P02  
Corchado, Cristina CO1.08  
Correa Rocha, Rafael P20  
Cortese, Sergio CO2.06  
Costa Silva, Alberto CO4.04  
Crespo Álvarez, Marco Antonio P41  
Crespo, Gonzalo CO2.04, CO3.04, CO4.01, P13, P48  
Crespo, Javier CO4.06  
Cuadrado Lavín, Antonio CO1.01, CO4.06, P06, P43  
Cuervas-Mons Martínez, Valentín P30  
Cuevas López, María José CO4.07

## D

Dalmau, Mar CO2.07, CO4.05  
De Benito Sanz, Marina CO4.02, P07  
De La Peña Moral, Jesús M. CO1.02  
De La Rosa, Gloria CO1.01, CO1.03, CO1.05, P08  
De La Serna-Higuera, Carlos CO4.02, P07  
Del Hoyo Francisco, Javier CO1.04  
Delfau Lafuente, Daniel P31, P44

Delgado Miguel, Carlos CO2.02  
Dias, Licinia CO3.05  
Díaz Fontenla, Fernando CO1.05, CO1.08, CO2.06, P20  
Díaz Zorita, Benjamin CO2.06  
Díaz, Alba CO2.04  
Díaz, Dacil P47  
Díaz, María CO2.11  
Diogo, Dulce CO3.05, CO4.04, P02  
Domínguez Bastante, Mireia P13  
Domínguez Borrero, Manuela Fátima P22  
Domínguez-Gil, Beatriz CO1.03  
Dopazo Taboada, Cristina CO2.07, CO4.05, P06, P08, P16  
Duca, Ana María P30  
Duque, Mariana CO3.05, P02  
Durán, Manuel P08  
Dutkowski, Philipp CO2.08

## E

Echavarría, Víctor CO4.06  
Echeverri Cifuentes, Juan Andrés CO4.06, P43  
Encarnación, Juan Antonio CO2.05  
Encinas Hernández, José Luis CO1.09, CO2.02  
Erro, Rosa CO1.09  
Eshmuminov, Dilmurodjon CO2.08  
Espinosa, María Dolores CO1.01  
Estébanez Peláez, Guillermo P55, P56  
Estrella, Héctor CO3.04, P48

## F

Fábrega García, Emilio CO1.08, CO4.06, P43  
Falconi, Massimo CO2.08  
Fernandes Montes, Nair CO4.05, P16  
Fernández Aguilar, José Luis P52  
Fernández Gómez, Javier P48  
Fernández Martínez, María CO2.06  
Fernández Ramos, José Ramón CO4.09, P35  
Fernández Sánchez, Ana Isabel P50  
Fernández Santiago, Roberto CO4.06, P43  
Fernández Tomé, Lorena CO2.09  
Fernández Vilchez, Vanesa CO4.06  
Fernández Yunquera, Ainhoa CO1.05, CO1.08, CO2.06, P20, P27  
Fernández, Javier CO3.04  
Fernández, Karla Estefanía CO1.09, CO2.02  
Ferrer Ríos, María Teresa P22  
Ferrer, Joana P51  
Ferrer, Mireia CO2.07  
Fontdevila, Constantino CO1.03  
Forner, Alejandro P53  
Forteza, José Ignacio CO4.06

Franco, Mariano CO2.11, P09, P17  
Frauca Remacha, Esteban CO1.09, CO2.02, CO2.09  
Fuentes Valenzuela, Esteban CO4.02, P06, P07  
Fundora Suárez, Yiliam CO1.06, CO2.04, CO3.01, CO3.04, CO3.05, CO4.01, CO4.04, P01, P08, P13, P48, P51, P53, P57  
Furtado, Emanuel P02  
Fuster Obregón, Josep CO1.06, CO3.04, P48, P51

## G

García Bernardo, Carmen CO2.12  
García Calongue, Marta CO2.12  
García Carrillo, César P34  
García Corona, Marta P33, P46  
García Criado, Ángeles CO1.06  
García Eliz, María CO1.04, CO3.08, P15  
García García, Sonia CO1.04, P10, P15  
García González, Miguel CO2.10  
García Pagán, Juan Carlos CO1.06  
García Pajares, Félix CO4.02, MV04, P07, P24, P38, P39  
García Pérez, Rocío EM03, CO3.04, P13, P48  
García San Miguel, Ander CO4.09, P35  
García Sánchez, Carlos Javier P33  
García Vega, Marta CO1.09, CO2.09  
García-Sesma Pérez-Fuentes, Álvaro CO4.08, P05, P25, P41  
García, Concepción CO3.03  
García, Raquel CO2.04, CO4.01  
Gastaca Mateo, Mikel CO1.01, CO1.03, CO4.09, P08, P35  
Gaviria, Felipe CO1.07, P12  
Giráldez Gallego, Álvaro P22  
Gomez Barrena, Alba P25, P41  
Gómez Bravo, Miguel Ángel CO1.03, CO1.05, CO3.02, CO4.07, P03, P06, P08, P14, P33, P46  
Gómez Gavara, Concepción CO1.06, CO2.07, CO4.05, P16  
Gómez Gutiérrez, Manuel P59  
Gómez Orellana, Antonio Manuel CO1.01  
Gómez Pasantes, Dora P59  
Gómez, Manuel CO1.03  
González Atienza, Paula P53  
González De Godos, Andrea P55, P56  
González Diéguez, María Luisa CO1.01, CO1.02, CO1.08, CO2.12, P27  
González Grande, Rocío CO1.01  
González Mata, Sonia P35  
González-Abos, Carolina CO1.03  
González-Pinto Arrillaga, Ignacio CO2.12, P08  
González, Antonio P06, P47  
Gores, Gregory J CO2.08  
Grat, Michal CO2.08  
Guerreiro Caamaño, Aloia P59  
Guerrero Montávez, Juan Miguel P14  
Guiberteau Sánchez, Ana P23

Guijo-Rubio, David CO1.03  
Gutierrez, Sagrario CO1.04

## H

Hernández Aretxabaleta, Nerea CO1.01  
Hernández Gea, Virginia CO1.06, P57  
Hernández Oliveros, Francisco CO1.09, CO2.02, CO2.09  
Hernando Sanz, Ana CO3.08  
Herrera, Iván CO2.11, P09, P17  
Herrera, Sabina P57  
Herrero Santos, José Ignacio CO1.02, P06, P27  
Hervás Martínez, César CO1.01, CO1.03  
Hessheimer, Amelia J. CO1.03  
Hiciano Guillermo, Alberto CO4.03  
Hidalgo Llompart, Ernest CO1.06, CO2.07, CO4.05, P16  
Hierro Llanillo, Loreto CO1.09, CO2.02, CO2.09  
Holguín, Víctor P51  
Hurtado, Ana CO2.11, P09, P17  
Husen, Peri CO2.08

## I

Inaraja Pérez, Gabriel P44  
Iñarrairaegui-Bastarrica, Mercedes CO1.02  
Ivanics, Tommy CO1.07, P12, P26

## J

Jaén Torrejimenó, Isabel CO3.07, P19, P23, P32, P37, P42, P58  
Jiménez Romero, Carlos CO1.03, CO4.08, P05, P18, P25, P41  
Jover Aguilar, Marta CO2.01, CO2.05, P04, P29, P34, P36  
Julian, Judit P01  
Justo Alonso, Iago CO4.08, P05, P18, P25, P41  
Kim-Fuchs, Corina CO2.08  
Kuemmerli, Christoph CO4.03

## L

Labarga Rodríguez, Fernando P55, P56  
Labrador Alzás, Carolina CO3.07, P23, P32, P37, P42, P58  
Lagunas Caballero, Esther P43  
Landi, Filippo CO3.01, CO3.04, P53  
Lavado Andújar, Inmaculada CO3.07, MV05, P23, P32, P37, P42, P58  
Lavín Montoro, Lucía P45  
Lehmann, Kuno CO2.08  
Lerut, Jan CO2.08  
Lete Aguirre, Noelia P31, P44  
Line, Pål-Dag CO2.08  
Lizarralde Capelastegui, Andrea Carlota P55, P56  
Lizasoain Alustiza, Carlos María P20  
Lladó Garriga, Laura CO1.03, CO1.06, CO3.06, P08

Lledó, José Luis CO2.10  
Llupart Coll, Maria Magdalena EM04, CO1.06, P48  
Lo, Mary CO2.08  
Loinaz Seguro, Carmelo CO1.05, CO4.08, P05, P18, P25, P41, P45  
López Baena, José Ángel CO1.03, CO1.05, CO2.06, CO3.01, P08, P20  
López Díaz, Gloria CO1.02  
López Esteban, Rocío P20  
López Fernández, Concepción P58  
López Guerra, Diego CO3.07, P19, P23, P32, P37, P42, P58  
López Herreros, Javier P55, P56  
López López, Víctor CO2.01, CO2.05, CO2.08, CO4.03, MV03, P04, P08, P29, P34, P36  
López-Andújar, Rafael CO1.03, CO3.03, CO3.08  
López-Boado, Miguel A. CO3.04, P13  
López, Josefina CO3.06  
Lorente Pérez, Sara CO1.01, CO1.02, P06, P27  
Lorenzo Mañas, Sofía P45  
Lorenzo, Claudia CO3.04, P53  
Lozan, Oana CO2.08  
Lozano, Juanjo CO2.04  
Lucas Ruiz, Fernando CO2.01

## M

Macedo Alonso, Alberto Javier P48  
Macher, Hada C. P14  
Madarro Pena, Carla P59  
Madrid, Juan Antonio P29, P34  
Maestre, Mirian CO2.02  
Maestro De Castro, José Luis P55, P56  
Mambrilla Herrero, Sara CO4.09  
Mancera, Pilar CO2.07  
Manrique Municio, Alejandro CO4.08, P05, P18, P25, P41  
Manso-Murcia, Clara CO2.05  
Marcacuzco Quinto, Alberto Alejandro CO4.08, P05, P18, P25, P41  
Marín Gómez, Luis Miguel CO3.02, CO4.07, P03, P46  
Marrades, Ramon CO4.01  
Martín Mateos, Rosa CO1.01, CO1.08, P27  
Martínez, Cristina MV01  
Martínez Alarcón, Laura CO2.01, CO4.03, P04, P29, P34, P36  
Martínez Chicote, Cristina CO3.03, CO3.08  
Martínez Cuevas, Cristina P11, P24, P38  
Martínez Delgado, Sara P27  
Martínez Guillén, José P44  
Martínez Ortega, Antonio CO4.02, P07  
Martínez, Julia P51  
Martins, Ricardo CO3.05, CO4.04, P02  
Más Serrano, Patricio CO2.11, P09, P17  
Mateos García, Daniel CO3.02  
Maupoey Ibáñez, Javier CO3.03, CO3.08, P10  
Mazzafero, Vincenzo CO2.08

Medina Mora, Laura P31  
Melgar, Paola CO2.11, P09, P17  
Melián Barbancho, Sandra CO2.03  
Menchén, Luis CO1.08  
Miceli, Rosalba CO2.08  
Millán, Olga P01  
Mils, Kristel CO3.06  
Miralles, Cayetano CO2.11, P09, P17  
Miura, Kohei CO4.03  
Mogollón González, Mónica CO3.09, P21, P28  
Mohamed Chairi, Mohamed Hassin CO3.09  
Molino, José Andrés CO2.07  
Molins, Laureano CO4.01  
Monge Romero, Maria Isabel P32  
Montalvá Orón, Eva CO3.03, CO3.08  
Morales Taboada, Álvaro CO2.06  
Moreno Salazar, Yeniffer Tatiana P19, P58  
Moreno, Antonia P47  
Morris, David CO2.08  
Moya-Sánchez, José CO2.05  
Muga Ibarreche, Eunete CO4.09, P35  
Muñoz Bartolo, Gema CO1.09  
Muñoz, Javier CO2.04  
Musholt, Thomas Johannes CO2.08

## N

Nacarino Mejías, Verónica P22  
Nalda Molina, Ricardo P09, P17  
Naranjo Arellano, Macarena P22  
Narvaez Rodríguez, Isidoro P42  
Navarro Gonzalo, Ana Cristina P44  
Nieto Romero De Ávila, Gema M<sup>a</sup> P55, P56  
Nuño, Javier CO1.03, CO1.05, P08

## O

Oehler, Helga CO2.08  
Oliveira, Pedro CO3.05, CO4.04, P02  
Oliveira, Rui Caetano CO4.04  
Orellana, María P45  
Ortiz, María Luisa CO1.01  
Oterino, Cesar CO2.09  
Otero Ferreiro, Alejandra CO1.01, CO1.02, CO1.08, P08, P27  
Otero Torrón, Blanca P45  
Otón, Elena CO1.01, P47

## P

Pacheco Sánchez, David CO1.03, P11, P24, P55, P56  
Padillo Ruiz, Francisco Javier CO3.02, CO4.07, P03, P46  
Pagano, Giulia CO1.01, CO2.04, CO4.01

Palacios Gasós, Pilar CO2.03, P08, P31, P44  
Palomares Etxeberria, Ibone CO4.09, P35  
Pascual Bartolomé, Sonia EM05, CO1.01, CO1.08, CO2.11, P06, P09, P17  
Pascual Vicente, Teresa CO1.01  
Peinado Selgas, Héctor CO2.01  
Pelaez, Núria CO3.06  
Pellón, Raúl CO4.06  
Peñas Herrero, Irene CO4.02, P07, P11, P24, P38, P39  
Perdiguero, Miguel CO2.11, P09, P17  
Pereira, Sheila CO1.01  
Pérez Alonso, Alejandro J. P21, P28  
Pérez Daga, José Antonio P40, P54  
Pérez De La Iglesia, Sandra CO2.10  
Pérez Fernández, Silvia P35  
Pérez Gallardo, Belén P37  
Pérez Lafuente, Mercedes CO1.06  
Pérez Reyes, María P40, P50, P52, P54  
Pérez Saborido, Baltasar P07, P24, P55, P56  
Pérez-Miranda, Manuel CO4.02, P07  
Perfecto Valero, Arkaitz CO4.09, P35  
Perren, Aurel CO2.08  
Petrowski, Henrik CO2.08  
Pinho, António CO3.05, CO4.04, P02  
Pinto Fuentes, María Pilar P07, P11, P55, P56  
Pomares, María Teresa CO2.11, P17  
Pons Miñano, José Antonio CO1.01, CO1.02, CO2.01, CO2.05, CO2.11, CO4.03, P09, P17, P29, P34, P36  
Pontes Balanza, Beatriz CO3.02  
Prada Villaverde, Aranzazu P19, P58  
Prieto Calvo, Mikel CO4.09, P35  
Prieto, Rosa CO2.07  
Puente, Angela CO4.06

## Q

Quiles Blanco, María José CO2.09  
Quintana, Eduard P51

## R

Ramia, José Manuel CO2.11, P09, P17  
Ramírez Amorós, Carla CO2.02  
Ramírez Romero, Pablo CO1.03, CO2.01, CO2.05, CO2.08, CO4.03, P04, P29, P34, P36, P49  
Ramírez Verdiguero, Miguel CO2.10  
Ramis, Guillermo P29, P34, P36  
Ramón López, Amelia P09, P17  
Ramos, Emilio CO3.06  
Raposo, Cláudia P02  
Redín García, Amaya CO1.01  
Reguart, Noemi CO4.01

Reverter, Enric CO3.04  
Ribas, Eva CO3.04, P48, P53  
Ríos Zambudio, Antonio CO2.01  
Riquelme Santos, José Cristóbal CO3.02  
Rivera, Jesús EM06, P06  
Rivera, Marcos CO1.03  
Robles Bardales, Christian J. CO3.04, P51, P57  
Robles Campos, Ricardo CO2.05, CO2.08, CO4.03, P04, P29, P34, P36, P49  
Rodríguez Bachiller, Luis CO2.06, CO3.01  
Rodríguez García, Manuel CO2.12  
Rodríguez Laiz, Gonzalo CO1.03, CO1.05, CO2.11, P08, P09, P17  
Rodríguez Martorell, Javier P14  
Rodríguez Perálvarez, Manuel Luis CO1.01, P06, P08  
Rodríguez San Juan, Juan Carlos CO1.03, CO4.06, P08, P43  
Rodríguez Soler, María CO1.01, P27  
Rodríguez Vielba, Paloma Lourdes P55, P56  
Rodríguez-Díez, Nerea CO3.07  
Rodríguez-Lope, Carlos CO4.06  
Rodríguez-Tajes, Sergio CO1.08, CO2.04  
Rodríguez, Camino CO3.04  
Rodríguez, María CO2.11, P09, P17  
Rojas Holguín, Adela CO3.07, P19, P23, P32, P37, P42, P58  
Roldán, José CO1.03  
Román García, Pablo P22  
Roman Pons, Silvia P19  
Román, Francisco P51  
Romero Cristóbal, Mario CO1.01, CO1.02, CO1.05, CO1.08, CO2.06, P20  
Romero Moreno, Sarai CO1.01, P06  
Rosat, Adrian CO3.01  
Rosen, Charles CO2.08  
Rotellar, Fernando CO1.03, CO1.05, CO1.07, P08, P12, P26  
Royo-Villanova, Mario CO2.05  
Rubín Suárez, Ángel CO1.04, CO3.08, P06  
Rubio Calvo, Amalia P14  
Rubio Prieto, José Luis P14  
Ruiz Núñez, Isabel P11, P39  
Ruiz Ordorica, Patricia CO4.09, P35  
Ruiz Rodríguez, Jorge P24, P39  
Ruiz, Angel CO3.04  
Ruiz, Pablo CO2.04, CO3.04, CO4.01, P01, P13, P48

## S

Saavedra-Pérez, David P13, P53  
Sáenz Mateos, Luis Francisco P04  
Salcedo Plaza, Magdalena CO1.05, CO1.08, CO2.06, P06, P20  
Salgado Muñoz, Francisco F. P13  
Salvador Bengoechea, Patricia CO4.09, P35  
Sánchez Antolín, Gloria CO1.02, CO4.02, P07, P11, P24, P38, P39



Sánchez Bueno, Francisco CO2.05, CO2.08, CO4.03, P29, P34, P36, P49  
Sánchez Cano, Clara CO1.01  
Sánchez Galán, Alba CO1.09, CO2.02  
Sánchez González, Claudia P40, P52  
Sánchez Lorenzo, Maribel CO1.02  
Sánchez Pérez, Belinda P40, P50, P52, P54  
Sánchez Pozo, Cristina P14  
Sánchez-Martínez, Ana P06  
Sánchez-Ocaña, Ramón CO4.02, P07  
Sánchez-Turrión, Víctor CO1.03  
Sánchez, Gerard CO3.04  
Sánchez, Marcelo CO4.01  
Sanjosé Crespo, Alicia P11, P24, P38, P39  
Santoyo Santoyo, Julio P40, P50, P52, P54  
Santoyo Villalba, Julio P40, P50, P52, P54  
Santoyo, Julio CO1.03, CO1.05, P08  
Sapisochin, Gonzalo CO1.07, P12, P26  
Sarmentero Prieto, José Carlos P55, P56  
Schneider, Marcel CO2.08  
Schreckenbach, Teresa CO2.08  
Secanella, Lluís EM07, CO3.06  
Segura Jiménez, Inmaculada CO3.09  
Sempere, Abiu P57  
Senosiain Labiano, María CO1.08, CO4.09, P27, P35  
Serôdio, Marco CO3.05, CO4.04  
Serradilla Rodríguez, Javier CO1.09, CO2.02  
Serrano, M<sup>a</sup> Trinidad CO1.05  
Serrano, Teresa CO3.06  
Sher, Linda CO2.08  
Simões, João CO3.05, P02  
Soriano Liébana, María Del Mar P31  
Sorribas, María CO3.06  
Sousa Martín, José Manuel P22  
Sposito, Carlo CO2.08  
Stefano, Stefano CO2.08  
Studer, Debora J CO2.08  
Suárez Artacho, Gonzalo CO3.02, CO4.07, P03, P14, P33  
Suárez Toribio, Álvaro P22  
Suárez Zambrano, Elisaul P47  
Suárez, Francisco CO1.01

**T**

Tanno, Lulu CO2.08  
Tejero Pintor, Francisco Javier P55, P56

Temprado Collado, Alba P22  
Terol Cháfer, Isabel CO1.04, P10, P15  
Testillano Tarrero, Milagros CO4.09, P35  
Thiis-Evensen, Espen CO2.08  
Toapanta Gaibor, Nestor David P48  
Toledo Martínez, Enrique CO4.06, P43  
Tomé Martínez De Rituerto, Santiago CO1.01, CO1.05, P08  
Torres Díaz, Monica P59  
Toshihiko, Toshihiko CO2.08  
Tralhão, José Guilherme CO3.05, CO4.04, P02  
Triguero Cabrera, Jennifer CO3.09  
Turon Masferrer, Fanny CO1.06

**U**

Utrera Guerrero, Lucía P20

**V**

Valdivieso López, Andrés CO1.05, CO4.09, P35  
Valero Lázaro, María Isabel P31, P44  
Valverde Mateo, Sandra CO2.01  
Varela Calvo, María CO2.12  
Varo, Evaristo CO1.03  
Varona Bosque, María Aranzazu P08  
Vázquez Millán, María Ángeles CO1.02  
Vega Novillo, Viviana P45  
Velasco Martínez, Elena P11, P38  
Velasco Sánchez, Enrique CO1.05, CO2.06  
Veleda Belanche, Sandra P55, P56  
Ventoso Castiñeira, Alberto CO4.09, P35  
Vidal Correoso, Daniel CO2.01  
Vidal, Bárbara CO1.03  
Vilchez Rabelo, Andrea P13  
Villalba López, Francisco P04  
Villar Del Moral, Jesús María CO1.03, CO3.09, P13, P21, P28  
Villegas Herrera, María Trinidad CO3.09, P13, P21, P28  
Villodre, Celia CO2.11, P09, P17  
Vinaixa Aunes, Carmen CO1.04, P10, P15  
Vollmer, Ivan CO4.01

**Z**

Zambudio Carroll, Natalia P13, P21, P28

## **SECRETARÍA SETH**

SETH-AOPC

Tel. 600 520 419

[congress@aopc.es](mailto:congress@aopc.es)

[www.sethepatico.org](http://www.sethepatico.org)

✕ @SETHepatico