

LIBRO DE
RESÚMENES

ALICANTE

30º CONGRESO SETH

22 - 24 octubre 2025

Adda, Auditorio de la Diputación
de Alicante

ORGANIZAN



**SOCIEDAD ESPAÑOLA
DE TRASPLANTE
HEPÁTICO**

www.sethepatico.org

[@SETHepatico](https://twitter.com/SETHepatico)

La Sociedad Española de Trasplante Hepático (SETH) y el Comité organizador del 30º 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



PATROCINADOR
PLATA



COLABORADORES



ÍNDICE

Patrocinadores y colaboradores	2
Comités	4
Secretaría técnica y científica	4
 Programa científico	
Miércoles, 22 de octubre	5
Jueves, 23 de octubre	8
Viernes, 24 de octubre	14
Ponencias invitadas	18
Comunicaciones orales	25
Pósters	42
Índice de autores	78

COMITÉS

Comité local

Comité Ejecutivo

Sonia Pascual
J. Manuel Ramia
Patricio Mas
M. Teresa Pomares

Vocales

Cándido Alcázar
Iván Herrera
Miguel Perdiguero
Pablo Bellot
Paola Melgar
María Rodríguez Soler
Mariano Franco
Cayetano Miralles
Celia Villodre

Comité científico de la SETH

Secretaria

Laura Lladó (Barcelona)

Vocales

Gerardo Blanco (Badajoz)
Isabel Campos (Barcelona)
Sara Lorente (Zaragoza)
Sonia Pascual (Alicante)
Patricia Ruiz (Bilbao)
Gloria Sánchez Antolín (Valladolid)
María Trapero (Madrid)

Junta directiva de la SETH

Presidente

Javier Briceño

Vice-presidenta

Magdalena Salcedo

Secretaria

Trinidad Serrano

Tesorero

David Pacheco

Vocales

Laura Lladó
Gerardo Blanco
Sonia Pascual

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 2025

Tel. 934 881 177
seth2025@aopc.es
www.sethepatico.org

PROGRAMA CIENTÍFICO

MIÉRCOLES, 22 OCTUBRE 2025

15.00 - 16.30 **MESA REDONDA 1**

DESAFÍOS ACTUALES EN TRASPLANTE HEPÁTICO

Moderan: **Pilar Palacios** (Zaragoza) y **Santiago Tomé** (Santiago de Compostela)

ACLF y trasplante hepático. Utilidad y futilidad.

Carmen Vinaixa (Valencia)

Salud reproductiva y trasplante hepático

Gloria Sánchez Antolín (Valladolid)

Síndrome metabólico. Actualización en el manejo de la Diabetes Mellitus postrasplante hepático.

J. Ignacio Herrero (Pamplona)

Bioingeniería aplicada al trasplante hepático

Pablo Royo (Zaragoza)

Discusión

16.30 - 17.15 **ESTUDIOS MULTICÉNTRICOS**

Presenta: **Sara Lorente** (Zaragoza)

EM.01

ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA GLOBAL Y DEL INJERTO EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO E INJERTOS DE DONANTES MAYORES DE 80 AÑOS EN LA ERA POSTERIOR A LOS ANTIVIRALES DE ACCIÓN DIRECTA

Alex Bausela, H. U. de Cruces

EM.02

DESARROLLO DE UN MODELO RADIÓMICO TRIDIMENSIONAL BASADO EN REDES NEURONALES 3D PARA LA OPTIMIZACIÓN DEL ANÁLISIS DE IMÁGENES DE PACIENTES CON CARCINOMA HEPATOCELULAR EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

J. Manuel Castillo, H. U. de Toledo

EM.03

INDICACIÓN DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN ESPAÑA POR CARCINOMA HEPATOCELULAR TRAS RESPUESTA A INMUNOTERAPIA

Ana Guiberteau, H. U. de Badajoz

EM.04

EMIL-IA: EXPANDIENDO LOS CRITERIOS DE MILÁN PARA EL TRASPLANTE DE CARCINOMA HEPATOCELULAR A TRAVÉS DE LA GENÓMICA Y LA INTELIGENCIA ARTIFICIAL

Víctor López, H. C. U. Virgen de la Arrixaca

* Pósters preseleccionados al Premio de la SETH al mejor póster

* Comunicaciones orales preseleccionadas al Premio de la SETH Dr. Carlos Margarit a la mejor comunicación oral

** Comunicaciones orales finalistas al Premio de la SETH a la mejor comunicación oral presentada por un médico residente

EM.05

ESTUDIO MULTICÉNTRICO NACIONAL. RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES OPERADOS PREVIAMENTE DE CIRUGÍA BARIÁTRICA. EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN ACTUAL EN ESPAÑA.

Olga Morató, H. Clínic

EM.06

VALIDACIÓN EXTERNA DEL MODELO FLAG PARA LA PREDICCIÓN PRECOZ DE LA PÉRDIDA DE INJERTO HEPÁTICO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Claudia Sánchez, H. R. U. Málaga

17.15 - 17.45

VISITA PÓSTERS Y CAFÉ

17.45 - 18.30

SESIÓN DE MINI VÍDEOS DE ASPECTOS TECNICOQUIRÚRGICOS

Moderan: **Gerardo Blanco** (Badajoz) y **M. Luisa González-Diéguez** (Oviedo)

MV.01

REDUCCIÓN DE INJERTO HEPÁTICO DURANTE PERFUSIÓN HIPOTÉRMICA OXIGENADA

Oscar Caso, H. U. 12 de Octubre

MV.02

REDUCCIÓN DE INJERTO HEPÁTICO EN RETRASPLANTE URGENTE DE RECEPTOR ADULTO

Yiliam Fundora, H. Clínic

MV.03

TROMBOSIS PORTAL VERDEL GRADO II. UN MÉTODO DIFERENTE DE TROMBECTOMÍA.

Mikel Gastaca, H. U. de Cruces

MV.04

BISEGMENTECTOMÍA II-III COMO OPCIÓN TÉCNICA PARA LA PRESERVACIÓN DE CAVA EN EL TRASPLANTE POR POLIQUISTOSIS

Marina Vila, H. U. de Bellvitge

MV.05

EXPERIENCIA INICIAL CON PRÓTESIS BILIAR BIODEGRADABLE EN ANASTOMOSIS DE RIESGO: DE LA DIFICULTAD A LA SOLUCIÓN

Marina Vila, H. U. de Bellvitge

MV.06

DESCONEXIÓN BILIAR POSTRASPLANTE: RECONEXIÓN MAGNÉTICA GUIADA POR ECOENDOSCOPIA

Natalia Marcos, H. U. Río Hortega

* Pósters preseleccionados al Premio de la SETH al mejor póster

* Comunicaciones orales preseleccionadas al Premio de la SETH Dr. Carlos Margarit a la mejor comunicación oral

** Comunicaciones orales finalistas al Premio de la SETH a la mejor comunicación oral presentada por un médico residente

18.30 - 20.00

MESA REDONDA 2

INDICACIONES ONCOLÓGICAS DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Moderan: **Laura Lladó** (Barcelona) y **Sonia Pascual** (Alicante)

Riesgos y beneficios de la inmunoterapia y de los ITK pre y postrasplante hepático

Alejandro Forner (Barcelona)

Novedades en hepatocarcinoma: *Downstaging* y trasplante hepático *ab initio*

Magdalena Salcedo (Madrid)

Actualización en trasplante hepático por metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal

Eva Montalvá (Valencia)

Selección para trasplante hepático de pacientes con colangiocarcinoma.

Dónde estamos.

Cristina Dopazo (Barcelona)

Discusión

* Pósters preseleccionados al Premio de la SETH al mejor póster

* Comunicaciones orales preseleccionadas al Premio de la SETH Dr. Carlos Margarit a la mejor comunicación oral

** Comunicaciones orales finalistas al Premio de la SETH a la mejor comunicación oral presentada por un médico residente

JUEVES, 23 OCTUBRE 2025

09.00 - 10.00 MESA REDONDA 3

MI CASO CLÍNICO MÁS COMPLICADO

Moderan: Manuel Abradelo (Toledo) y María Trapero (Madrid)

Caso 1: Trasplante cardio hepático por anomalía de Ebstein

Gonzalo Suárez Artacho (Sevilla)

Caso 2: Microangiopatía trombótica postrasplante hepático

Alejandra Otero (A Coruña)

Caso 3: ¿Debe el pasado determinar el futuro?: dilema ético en trasplante hepático urgente

Ana Guiberteau (Badajoz)

10.00 - 10.40 TOP PAPERS EN TRASPLANTE HEPÁTICO

"MÁS ALLÁ DE LA HEPATITIS"

Modera: Patricio Mas (Alicante)

Presentan: Cándido Alcázar, cirugía; María Rodríguez Soler, hepatología

10.40 - 11.10 VISITA PÓSTERS Y CAFÉ

11.10 - 12.40 COMUNICACIONES ORALES I

INDICACIONES Y MANEJO PRE TH

Moderan: Antonio Cuadrado (Santander) y Trinidad Villegas (Granada)

CO1.01*

LA UTILIZACIÓN DEL MODELO GEMA-NA SIN ASCITIS NO DISMINUYE SU CAPACIDAD DE PREDECIR MORTALIDAD EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Manuel Luis Rodríguez Perálvarez^{1,2}, Antonio Manuel Gómez-Orellana³, Avik Majumdar^{4,5}, Geoffrey W. McCaughan^{6,7}, María Kalafateli⁸, Rhianon Taylor⁹, Gloria De La Rosa¹⁰, M. Victoria Aguilera^{2,11}, Mikel Gastaca¹², Carmen Cepeda-Franco¹³, M. Luisa Ortiz¹⁴, Jordi Colmenero¹⁵, Alejandra Otero¹⁶, Rocío González Grande¹⁷, Alba Cachero¹⁸, Esther Molina Pérez¹⁹, Mónica Barreales²⁰, Rosa Martín Mateos^{2,21}, María Rodríguez-Soler^{2,22}, Mario Romero^{2,23}, Cristina Dopazo^{2,24}, Carmen Alonso Martín²⁵, Elena Otón²⁶, Luisa González Diéguez²⁷, M. Dolores Espinosa²⁸, Ana Arias Milla²⁹, Gerardo Blanco Fernández³⁰, Sara Lorente³¹, Antonio Cuadrado Lavín³², Miguel Sogbe Sogbe^{2,33}, David Guijo-Rubio³, César Hervás Martínez³, Emmanuel Tsochatzis³⁴

1) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. U. Reina Sofía, IMIBIC, Córdoba, España. 2) Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Madrid, España. 3) Departamento de Aprendizaje Automático y Redes Neuronales Artificiales, U. de Córdoba, IMIBIC, Córdoba, España. 4) Victorian Liver Transplant Unit and Australian Centre for Transplantation Excellence and Research, Austin Health, Melbourne, Australia. 5) University of Melbourne, Melbourne, Australia. 6) AW Morrow Gastroenterology and Liver Centre and Australian National Liver Transplant Unit, Royal Prince Alfred Hospital, Sydney, NSW, Australia. 7) Central Clinical School, The University of Sydney, Sydney, NSW, Australia. 8) Department of Gastroenterology, General Hospital of Patras, Patras, Greece. 9) Department of Statistics and Clinical Studies, NHS Blood and Transplant, Stoke Gifford, Bristol, UK. 10) Organización nacional de Trasplantes (ONT), Madrid, España. 11) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. La Fe e Instituto de Investigación sanitaria La Fe, Valencia, España. 12) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático. H. U. de Cruces, Bilbao, España. 13) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático. H. Virgen del Rocío, Sevilla, España. 14) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. U. Virgen Arrixaca, Murcia, España. 15) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. Clínic, IDIBAPS, U. de Barcelona, Barcelona, España. 16) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. C. H. U. de A Coruña, España. 17) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. R. U. de Málaga, Málaga, España. 18) Unidad de Trasplante Hepático. H. U. de Bellvitge, España. 19) Unidad de Trasplante Hepático. C. H. U. de Santiago, España. 20) Unidad de

* Pósters preseleccionados al Premio de la SETH al mejor póster

* Comunicaciones orales preseleccionadas al Premio de la SETH Dr. Carlos Margarit a la mejor comunicación oral

** Comunicaciones orales finalistas al Premio de la SETH a la mejor comunicación oral presentada por un médico residente

Hepatología y Trasplante Hepático. H. U. 12 de Octubre, Madrid, España. 21) Unidad de Trasplante Hepático. H. U. Ramón y Cajal, IRYCIS, U. de Alcalá, Madrid, España. 22) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. G. U. Dr. Balmis de Alicante, ISABIAL, Alicante, España. 23) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. G. U. e Instituto de Investigación biomédica Gregorio Marañón, Madrid, España. 24) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático. Vall d'Hebron H. U., VHIR, U. Autónoma de Barcelona, España. 25) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. U. Río Hortega, Valladolid, España. 26) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. U. Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife, España. 27) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. U. Central de Asturias, España. 28) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. U. Virgen de las Nieves, Granada, España. 29) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. U. Puerta de Hierro, Madrid, España. 30) Unidad de Trasplante Hepático. H. U. de Badajoz. 31) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático. H. U. Lozano Blesa, Instituto de Investigaciones Sanitarias de Aragón (IIS Aragón), Zaragoza, España. 32) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. U. Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander, España. 33) Unidad de Hepatología y Oncología Hepatobiliar, C. U. de Navarra, Pamplona, España. 34) Sheila Sherlock Liver Unit and UCL Institute for Liver and Digestive Health, Royal Free Hospital, London, UK.

CO1.02

ANÁLISIS DE AGRUPAMIENTO DE COMORBILIDADES MEDIANTE MACHINE LEARNING Y MODELOS DE PREDICCIÓN DE LA SUPERVIVENCIA TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO Y PROSPECTIVO DESAGREGADO POR SEXO

Mónica Llorente¹, Trinidad Serrano¹, Sergio Sabroso², Rocío Aznar³, Gabriela Beltrán³, Luis M. Esteban⁴, Miguel Á. Gómez-Bravo⁵, Rosa Martín⁶, Alejandra Otero⁷, Marta Guerrero⁸, Pablo Ruiz⁹, Carolina Almohalla¹⁰, Valle Cadahia¹¹, Ana Arias¹², Sonia Pascual¹³, Luis Cortés¹, Javier Bustamante¹⁴, Elena Otón¹⁵, Itxarone Bilbao¹⁶, Esther Molina¹⁷, Ángel Rubin¹⁸, J. Ignacio Herrero¹⁹, Magdalena Salcedo²⁰

1) HCU Lozano Blesa, Zaragoza. 2) CNIQ Madrid. 3) ITAINNOVA, Zaragoza. 4) Escuela politécnica de la Almunia, Zaragoza. 5) H. U. Virgen del Rocío. 6) H. Ramón y Cajal, Madrid. 7) H. U. de La Coruña. 8) H. Reina Sofía, Córdoba. 9) H. Clínic. 10) H. Río Hortega, Valladolid. 11) H. Central de Asturias. 12) H. U. Puerta de Hierro. 13) H. U. Alicante. 14) H. U. de Cruces, Baracaldo. 15) C. H. Canarias. 16) H. Vall d'Hebron. 17) H. U. Santiago. 18) H. la Fe, Valencia. 19) C. U. de Navarra. 20) H. Gregorio Marañón, Madrid.

CO1.03

INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA EN LA VALORACIÓN DE INJERTOS HEPÁTICOS COMO HERRAMIENTA EN LA TOMA DE DECISIONES: ACTUALIZACIÓN DEL ALGORITMO LIVER GRAFT PREDICT

Miguel Cuende Díez¹, Juan M. Castillo Tuñón¹, Beatriz Pontes Balanza², Daniel Mateos García², Javier Padillo Ruiz³, José C. Riquelme Santos², José M. Álamo Martínez³, Carmen Bernal Bellido³, Gonzalo Suárez Artacho³, Carmen Cepeda Franco³, Miguel A. Gómez Bravo³, Gloria De La Rosa Rodríguez⁴, Diego López Guerra⁵, Dora Gómez Pasantes⁶, Mikel Prieto Calvo⁷, María Pérez Reyes⁸, José A. López Baena⁹, Mireia Domínguez Bastante¹⁰, Carmen Bernardo¹¹, Carlos García Sánchez¹², Luis M. Marín Gómez³

1) Unidad de Cirugía HPB y Trasplante hepático H. U. de Toledo. 2) Dpto. de Lenguajes y Sistemas Informáticos U. de Sevilla. 3) Unidad de Cirugía HPB y Trasplante hepático H. U. Virgen del Rocío. 4) Organización Nacional de Trasplante, España. 5) Unidad de Trasplante Hepático Badajoz. 6) Unidad de Trasplante Hepático La Coruña. 7) Unidad de Trasplante Hepático Bilbao. 8) Unidad de Trasplante Hepático Málaga. 9) Unidad de Trasplante Hepático Gregorio Marañón. 10) Unidad de Trasplante Hepático Granada. 11) Unidad de Trasplante Hepático Oviedo. 12) Unidad de Trasplante Hepático Sevilla

CO1.04*

DETECCIÓN DE CALCIFICACIONES CORONARIAS MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE BAJA DOSIS Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Fanny Meylin Caballeros¹, Paula Pujols², Mercedes Iñarrairaegui^{1,3,4}, Ana Ezponda¹, Miguel Sogbe¹, Javier Zulueta⁵, Juan Pablo De Torres^{1,4}, Fernando Rotellar^{1,4}, Gorka Bastarrika^{1,4}, Ignacio Herrero^{1,3,4}

1) C. U. de Navarra. 2) H. U. Gregorio Marañón. 3) CIBERehd. 4) IdISNA. 5) Mount Sinai Morningside

CO1.05

CÓMO LA SARCOPENIA PRETRASPLANTE CONDICIONA EL CRECIMIENTO EN LACTANTES CON ATRESIA BILIAR

M. Dolores Lledin Barbancho¹, María Alós Díez¹, Manuel Parrón-Pajares¹, Marta García Vega¹, Ana Martínez Pereira¹, David Andrade Guerrero², Ana Morais², Esteban Frauca Remacha¹

1) Servicio de Hepatología y Trasplante Hepático Infantil. H. U. La Paz. 2) Servicio de Nutrición Pediátrica. H. U. La Paz

* Pósters preseleccionados al Premio de la SETH al mejor póster

* Comunicaciones orales preseleccionadas al Premio de la SETH Dr. Carlos Margarit a la mejor comunicación oral

** Comunicaciones orales finalistas al Premio de la SETH a la mejor comunicación oral presentada por un médico residente

CO1.06

IMPACTO DE UN PROGRAMA INTEGRAL DE PRE Y REHABILITACIÓN EN TRASPLANTE HEPÁTICO. RESULTADOS PRELIMINARES DE SEGUIMIENTO A 3 MESES POST-TH.

Jesús Rivera-Esteban, Víctor Valverde-Salazar, Laura Benítez, Ana Duca, Ana Arias, María Traperó, Natalia Fernández-Puga, Enrique Fraga, José L. Calleja

Unidad de Trasplante Hepático, H. U. Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

CO1.07

RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES OPERADOS POR HEPATOCARCINOMA CON RECIDIVA TUMORAL O FACTORES HISTOLÓGICOS DE MAL PRONÓSTICO

Laura Lladó¹, Marta Moyano¹, Alba Cachero¹, Oriana Barrios¹, Marina Vila¹, Marta García-Guix¹, Lluís Secanella¹, Alberto Amador¹, Kristel Mills¹, María Sorribas¹, Teresa Serrano², Emilio Ramos¹

1) Unidad de Trasplante Hepático, H. U. de Bellvitge. 2) Servicio Anatomía Patológica, H. U. de Bellvitge

CO1.08

TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA ENFERMEDAD POLIQUÍSTICA HEPÁTICA: EXPERIENCIA ESPAÑOLA

Gabriela Chullo Llerena¹, Christian Robles Bardales¹, Andrea Boscà Robledo², Claudia Lorenzo¹, Alejandra Otero Ferreiro³, Adnan Alsourani¹⁴, Fernando Rotellar Sastre⁴, Víctor López López⁵, José M. Álamo⁶, Alberto Pueyo Rabanal⁷, Nicolau Vallejo Senra⁸, Manuel Durán Martínez⁹, Teresa Pascual Vicente¹⁰, Karem Pichardo¹¹, Angélica María Borraez Jiménez¹², Elisaul Suárez Zambrano¹³, M. Magdalena Salcedo Plaza¹⁴, Ana Belén Vico Arias¹⁵, Sara Lorente Pérez¹⁶, Miguel Á. López Boado¹, Fabio Ausania¹, Mireia Musquera¹, Eva Rivas¹, Gonzalo Crespo¹, Nuria Rivas¹, Fritz Diekmann¹, Angel Ruiz¹, Jordi Colmenero¹, Yiliam Fundora¹, Anabel Blasi¹

1) H. Clínic. 2) H. U. La Fe. 3) H. U. de A Coruña. 4) C. U. de Navarra. 5) H. C. U. Virgen de la Arrixaca. 6) H. U. Virgen del Rocío. 7) H. U. Puerta de Hierro. 8) H. C. U. de Santiago. 9) H. U. Reina Sofía. 10) H. U. de Cruces. 11) H. U. Vall d'Hebron. 12) H. U. de Badajoz. 13) H. U. Nuestra Señora de Candelaria. 14) H. G. U. Gregorio Marañón. 15) H. U. Virgen de las Nieves. 16) H. C. U. Lozano Blesa

12.40 - 13.20 **CONFERENCIA MAGISTRAL**

Presenta: J. Manuel Ramia (Alicante)

HCC AND LT: FROM MILAN CRITERIA TO PERSONALIZED INDICATIONS

Vincenzo Mazzaferro (Director of the Gastro-Intestinal Surgery and Liver Transplantation Unit at the Istituto Nazionale Tumori [National Cancer Institute - INT], Milán, Italia)

13.20 - 13.35 **INAUGURACIÓN**

13.35 - 15.15 **ALMUERZO DE TRABAJO**

15.15 - 16.45 **COMUNICACIONES ORALES II**

PROCESO DE DONACIÓN

Moderan: Esteban Frauca (Madrid) y Adolfo López Buenadicha (Madrid)

CO2.01

LA ATEROMATOSIS DE LA ARTERIA HEPÁTICA AUMENTA EL RIESGO DE ESTENOSIS BILIAR TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Paloma Elma Alañón Martínez^{1,2}, Marina Orti Cuerva^{1,2}, Ana Luque López^{1,2}, José L. Montero^{1,2,3}, Marina Sánchez Frías^{2,4}, Rubén Ciria^{2,5}, Pilar Barrera^{1,2,3}, Antonio Poyato^{1,2,3}, Manuel De La Mata^{1,2,3}, Javier Briceño^{2,5}, Manuel Rodríguez-Perálvarez^{1,2,3}

1) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, H. U. Reina Sofía, Córdoba, España. 2) Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba, España. 3) Centro de investigación biomédica en red de enfermedades hepáticas y digestivas (CIBERehd), Madrid, España. 4) Unidad de Anatomía Patológica, H. U. Reina Sofía, Córdoba, España. 5) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático, H. U. Reina Sofía, Córdoba, España

* Pósters preseleccionados al Premio de la SETH al mejor póster

* Comunicaciones orales preseleccionadas al Premio de la SETH Dr. Carlos Margarit a la mejor comunicación oral

** Comunicaciones orales finalistas al Premio de la SETH a la mejor comunicación oral presentada por un médico residente

CO2.02

RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO CON INJERTOS PROCEDENTES DE BIPARTICIÓN (SPLIT) EN ADULTOS

Silvia Fernández Noel, [Julia Gutiérrez](#), Alberto Marcaucuzco Quinto, Anisa Nutu, Jorge Calvo, Alejandro Manrique, Álvaro García Sesma, Iago Justo Alonso, Clara Fernández Fernández, Carmelo Loinaz Seguro, Oscar Caso Maestro
H. U. 12 de Octubre

CO2.03

UTILIDAD DE LA SATURACIÓN REGIONAL HEPÁTICA PARA PREDECIR LA CALIDAD DEL HÍGADO EN DONANTES ADULTOS

Julen Ramón Rodríguez, Diego López Guerra, Noelia De Armas Conde, Isabel Jaén Torrejimen, [Adela Rojas Holguín](#), Cristina Rosel Jódar, Angélica Borraez Jiménez, Gerardo Blanco Fernández
H. U. de Badajoz

CO2.04

PRIMERA EXPERIENCIA EN CASTILLA Y LEÓN CON PERFUSIÓN MECÁNICA OXIGENADA HIPOTÉRMICA (HOPE) EN ALTA TASA DE DONACIONES TRAS MUERTE CIRCULATORIA

[Andrea González De Godos](#), Martín Bailón Cuadrado, Francisco J. Tejero Pintor, Paloma Lourdes Rodríguez Vielba, Fernando Labarga Rodríguez, José Carlos Sarmentero Prieto, Pilar Pinto Fuentes, Enrique Asensio Díaz, David Pacheco Sánchez
H. U. Río Hortega

CO2.05*

PERFUSIÓN HIPOTÉRMICA OXIGENADA DUAL (DHOPE) FRENTE A PERFUSIÓN REGIONAL NORMOTÉRMICA (PRN) EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTES EN ASISTOLIA CONTROLADA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO INTERNACIONAL

Manuel Durán Martínez¹, Fenna Van Der Heijden², Linda C Woltjes³, Mikel Gastaca⁴, Femke De Goeij², Andrea Boscá⁵, Yiliam Fundora⁶, L. Miguel Marín Gómez⁷, Mireia Caralt⁸, Mónica Mogollón⁹, Julio Santoyo Villalba¹⁰, Víctor López-López¹¹, Gonzalo Gómez Dueñas¹, Gloria De La Rosa¹², Patricia Ruiz⁴, Rafael López Andújar⁵, Homero Charles Cantú⁶, Miguel Á. Gómez Bravo⁷, Alejandro Pérez⁹, Estefanía Ferre¹⁰, Pablo Ramírez¹¹, Rafael Calleja¹, Beatriz Domínguez Gil¹², Jeroen De Jonge², Vicent E. De Meijer³, Robert J. Porte², Javier Briceño¹
1) H. U. Reina Sofía, Córdoba, España. 2) Erasmus MC Transplant Institute, U. Medical Center Rotterdam, Rotterdam, the Netherlands. 3) UMCG Comprehensive Transplant Center, U. Medical Center Groningen, University of Groningen, Groningen, the Netherlands. 4) H. U. de Cruces, Bilbao, España. 5) H. U. P. La Fe, Valencia, España. 6) Institut de Malalties Digestives i Metabòliques (IMDiM), H. C. U. de Barcelona, Barcelona, España. 7) H. U. Virgen del Rocío, Sevilla, España. 8) H. U. Vall d'Hebron, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus, U. Autònoma de Barcelona, Barcelona, España. 9) H. U. Virgen de las Nieves, Instituto de Investigación Biosanitaria ibs, Granada, España. 10) H. R. U. de Málaga, Málaga, España. 11) H. C. U. Virgen de la Arrixaca, IMIB, El Palmar, España. 12) Organización Nacional de Trasplante, Madrid, España

CO2.06

HYPOTHERMIC OXYGENATED PERFUSION (HOPE) EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Ane Miren Andrés, María Velayos, Javier Serradilla, Alba Sánchez, José L. Encinas, Luis Seas, Pilar García, Iñigo Velasco, M. Dolores Lledin, María Alós, Esteban Frauca, Francisco Hernández
H. U. La Paz

CO2.07

HOPE PARA EL CARCINOMA HEPATOCELULAR: AUMENTO DEL NÚMERO DE DONANTES Y MENOR RECURRENCIA HEPÁTICA

[Maria João Amaral](#)^{1,3}, Tiago Antunes^{1,3}, Mariana Duque¹, Júlio Constantino^{1,2,3}, Pedro Oliveira^{1,2,3}, Marco Serôdio¹, António Pinho¹, Emanuel Furtado^{1,2}, José Guilherme Tralhão^{1,3}, Dulce Diogo^{1,2}
1) Serviço de Cirurgia Geral, Unidade Local de Saúde de Coimbra. 2) Unidade de Transplantação de Adultos, Unidade Local de Saude de Coimbra. 3) Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

* Pósters preseleccionados al Premio de la SETH al mejor póster

* Comunicaciones orales preseleccionadas al Premio de la SETH Dr. Carlos Margarit a la mejor comunicación oral

** Comunicaciones orales finalistas al Premio de la SETH a la mejor comunicación oral presentada por un médico residente

CO2.08

ANÁLISIS DEL PERFUSATO EN INJERTOS DE RIESGO SOMETIDOS A PERFUSIÓN EX-SITU

Gabriela Chullo Llerena¹, Teresa Carbonell³, Arnau Panisello-Rosello², Marc Bohils¹, Filippo Landi¹, Rocio Garcia¹, Claudia Lorenzo¹, Christian Robles¹, Gonzalo Crespo¹, Pablo Ruiz¹, Sandra Saavedra¹, Jessica Aspas¹, David Toapanta¹, Joan Rosello-Catafau⁴, Cristina Sanz¹, Jordi Colmenero¹, Yiliam Fundora¹, Norma Alva Bocanegra²

1) H. Clínic. 2) Experimental Pathology Department, Institut d'Investigacions Biomèdiques de Barcelona-Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IIBB-CSIC). 3) Department of Cell Biology, Physiology and Immunology, Faculty of Biology, U. de Barcelona. 4) Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), University of Barcelona

16.45 - 17.05

SIMPOSIO "INMUNOSUPRESIÓN" DE CHIESI

ENVARUSUS®: 10 AÑOS EN TRASPLANTE HEPÁTICO

Avances de una década en trasplante hepático

Dra. Carmen Vinaixa (H. U. P. La Fe, Valencia)

Los últimos 10 años de inmunosupresión en trasplante hepático

Dr. Manuel Rodríguez-Perálvarez (H. U. Reina Sofía, Córdoba)

17.05 - 17.35

PAUSA CAFÉ

17.35 - 17.55

SIMPOSIO "INMUNOSUPRESIÓN" DE ASTELLAS

30 años de Tacrolimus, acompañando al trasplante. IA, el futuro ya está aquí.

Mikel Gastaca (H. U. de Cruces, Bilbao)

17.55 - 18.15

MEJORES PÓSTERS

Presenta: Celia Villodre (Alicante)

P.01*

REPROGRAMACIÓN METABÓLICA DE LINFOCITOS T REGULADORES Y EFECTORES: HACIA LA INDUCCIÓN DE TOLERANCIA EN TRASPLANTE HEPÁTICO

Sandra Valverde Mateo¹, Daniel Vidal Correoso¹, Maria M. de la Torre Álamo¹, Fernando Lucas Ruiz¹, Gloria López Díaz², José A. Pons², M. Luisa Alegre³, Alberto Baroja Mazo¹

1) Biomedical Research Institute of Murcia (IMIB-Pascual Parrilla), Murcia, Spain. 2) Hepatology and Liver Transplant Unit, University Clinical H. Virgen de la Arrixaca, Biomedical Research Institute of Murcia (IMIB-Pascual Parrilla), Murcia, Spain. 3) Section of Rheumatology, Department of Medicine, University of Chicago, Chicago, Illinois, USA

P.02*

TRASPLANTE HEPÁTICO CON INJERTOS >70 AÑOS DE DONANTES EN ASISTOLIA CONTROLADA

Alba Gomez Barrena, Claudia Santamaria Garcia, Felix Cambia Molero, Alejandro Manrique Municio, Iago Justo Alonso, Alberto Marcacuzco Quinto, Oana Anisa Nutu, Beatriz Aranda Romero, Sofía Lorenzo Mañas, Carmelo Loinaz Seguro, Oscar Caso Maestro
H. U. 12 de Octubre

P.03*

FACTORES DE RIESGO DE INFECCIONES FÚNGICAS INVASIVAS TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO Y SU IMPACTO EN LA MORTALIDAD: UN ANÁLISIS CON EMPAREJAMIENTO POR PUNTUACIÓN DE PROPENSIÓN

Miguel Sogbe¹, Itziar Larrañaga², Maria Anson¹, José L. Del Pozo¹, Mirian Fernández-Alonso¹, Paloma Sangro¹, Manuel De La Torre-Aláez¹, Patricia Sunsundegui¹, Fernando Rotellar¹, Mercedes Iñarrairaegui¹, Josep Maria Argemi¹, Ignacio Herrero¹

1) Clínica U. de Navarra. 2) U. de Navarra. Facultad de Medicina

* Pósters preseleccionados al Premio de la SETH al mejor póster

* Comunicaciones orales preseleccionadas al Premio de la SETH Dr. Carlos Margarit a la mejor comunicación oral

** Comunicaciones orales finalistas al Premio de la SETH a la mejor comunicación oral presentada por un médico residente

P.04*

EL USO DE HOPE TAMBIÉN REDUCE LA INCIDENCIA DE LESIONES BILIARES DE TIPO ISQUÉMICO EN INJERTOS DE BUENA CALIDAD

Mariana Lemos^{1,3}, Júlio Constantino^{1,2,3}, Pedro Oliveira^{1,2,3}, Emanuel Furtado^{1,2}, Maria João Amaral^{1,3}, José Guilherme Tralhão^{1,3}, Dulce Diogo^{1,2}

1) Serviço de Cirurgia Geral, Unidade Local de Saúde de Coimbra. 2) Unidade de Transplantação de Adultos, Unidade Local de Saúde de Coimbra. 3) Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

P.05*

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS DE COVID PERSISTENTE EN TRASPLANTADOS HEPÁTICOS EN COMPARACIÓN CON INDIVIDUOS INMUNOCOMPETENTES

Ainhoa Fernandez-Yunquera¹, Aranzazu Caballero¹, Rosa Martín², Ana Arias³, Laura Benítez³, José A. Pons⁴, Gerardo Blanco-Fernández⁵, Alejandra Otero⁶, Carmen Vinaixa⁷, Mario Romero¹, Fernando Díaz-Fontenla¹, Manuela Gómez¹, Rafael Bañares¹, Magdalena Salcedo¹

1) H. G. U. Gregorio Marañón, Madrid. 2) H. Ramón y Cajal, Madrid. 3) H. Puerta de Hierro, Madrid. 4) H. Puerta de Hierro, Madrid. 5) H. C. U. Virgen de la Arrixaca, Murcia. 6) C. H. U. de Badajoz. 7) H. de A Coruña, A Coruña. 7) H. U. P. La Fe, Valencia

P.06*

EXPERIENCIA INICIAL CON MARIBAVIR EN INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS REFRACTARIA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Sergio García Mateo^{1,2}, María Escuin Sanmartín^{1,2}, Guillén Bernal Bandrés^{1,2}, María Reyes García Osasuna¹, María Galochino Ballano¹, Adela Navarro Pueyo¹, Marta Fernández Arquillue¹, M. Trinidad Serrano Aullo^{1,2,3}, Sara Lorente Pérez^{1,2,3}

1) H. C. U. Lozano Blesa. 2) Instituto de Investigación Sanitaria Aragón. 3) U. de Zaragoza

18.15 - 18.30

SESIÓN DE BECAS 2024

Entrega formal de las becas 2024 y experiencia

18.30 - 19.15

ASAMBLEA GENERAL DE SOCIOS

19.15 - 20.15

RECEPCIÓN OFICIAL

* Pósters preseleccionados al Premio de la SETH al mejor póster

* Comunicaciones orales preseleccionadas al Premio de la SETH Dr. Carlos Margarit a la mejor comunicación oral

** Comunicaciones orales finalistas al Premio de la SETH a la mejor comunicación oral presentada por un médico residente

VIERNES, 24 OCTUBRE 2025

08.00 - 09.00 **WORKSHOP XVIVO**

Modera y presenta: **Javier Briceño** (H. U. Reina Sofía, Córdoba)

Análisis económico coste-efectividad DHOPE: reflexiones

Javier Briceño (H. U. Reina Sofía, Córdoba)

Resultados clínicos Hipo-Normotermia a nivel nacional

Yiliam Fundora (H. U. Clínic, ICS, Barcelona)

Uso NRP + Ex situ y Tres casos clínicos Hipotermia

Manuel Durán (H. U. Reina Sofía, Córdoba)

Q&A y discusión de cierre

09.00 - 10.30 **COMUNICACIONES ORALES III**

INMUNOSUPRESIÓN Y MISCELÁNEA

Moderan: **Carmelo Loinaz** (Madrid) y **Trinidad Serrano** (Zaragoza)

C03.01*

BENCHMARKING EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO: HACIA UNOS ESTÁNDARES DE CALIDAD

Luis Hurtado Pardo¹, Andrea Bosca Robledo¹, Eva MontalvÀ Orón¹, Patricia Ruiz Ordorica², Deysi Laura Navarrete Espinosa³, Marina Vila Tura⁴, Pedro Cascales Campos⁵, Julio Santoyo Villalba⁶, Rafael López Andújar¹, Besth Grupo Colaborativo^{1,2,3}

1) H. U. P. La Fe. 2) H. U. de Cruces. 3) H. U. Clínic i Provincial. 4) H. U. de Bellvitge. 5) H. U. de la Arrixaca. 6) H. R. U. de Málaga. 7) H. U. 12 de Octubre. 8) H. U. Reina Sofía. 9) C. U. de Navarra. 10) H. C. U. Lozano Blesa. 11) H. U. Central de Asturias. 12) H. U. de Badajoz. 13) H. U. Nuestra Señora de la Candelaria. 14) H. U. Puerta de Hierro Majadahonda. 15) H. U. Río Hortega. 16) H. U. Vall d'Hebron

C03.02**

LA RETIRADA DE LA INMUNOSUPRESIÓN EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON TOLERANCIA OPERACIONAL SE ASOCIA CON UNA MAYOR SUPERVIVENCIA GLOBAL Y UNA MENOR INCIDENCIA DE INFECCIONES MAYORES

María Pascual Coloma¹, Miguel Sogbe Díaz¹, Mercedes Iñarrairaegui Bastarrica¹, Juana M. Merino Roncal¹, Fernando Rotellar Sastre¹, Antonio Toral Escudero², José A. Pons Miñano², Ignacio Herrero Santos¹

1) C. U. de Navarra, Pamplona. 2) H. C. U. Virgen de la Arrixaca, Murcia

C03.03

RECIDIVA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS POR CIRROSIS POR ALCOHOL EN UNA COMUNIDAD DEL NORTE DE ESPAÑA

Valle Cadahía Rodrigo¹, Carmen Alvarez Navascues¹, María Varela¹, Carmen García Bernardo², Alberto Miyar², Ignacio González Pinto², Manuel Rodríguez¹, M. Luisa González Diéguez¹

1) Unidad Hepatología, Digestivo. H. U. Cental de Asturias, Oviedo. 2) Cirugía Hepato-biliar, H. U. Central de Asturias

* Pósters preseleccionados al Premio de la SETH al mejor póster

* Comunicaciones orales preseleccionadas al Premio de la SETH Dr. Carlos Margarit a la mejor comunicación oral

** Comunicaciones orales finalistas al Premio de la SETH a la mejor comunicación oral presentada por un médico residente

CO3.04*

LOS PACIENTES TOLERANTES AL TRASPLANTE HEPÁTICO PRESENTAN UNA EXPRESIÓN INTRAINJERTO DIFERENCIAL DE MIR-4284, MIR-4286 Y MIR-7977 EN COMPARACIÓN CON LOS PACIENTES NO TOLERANTES

Gloria López-Díaz¹, M. Isabel Sánchez-Lorencio², Antonio Parrado³, M. Magdalena De La Torre², Belén García-Bueno², Mercedes Iñarrairae-gui⁴, M. Luisa González-Diéguez⁵, Valle Cadahía Cadahía⁵, Alejandra Otero-Ferreiro⁶, M. Ángeles Vázquez-Millán⁶, Mario Romero-Cristóbal⁷, Magdalena Salcedo⁷, Sara Lorente-Pérez⁸, Gloria Sánchez-Antolín⁹, Jesús De La Peña¹⁰, Pablo Ramírez¹¹, Alberto Baroja-Mazo², José I. Herrero⁴, José A. Pons^{1,12}

1) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, H. C. U. Virgen de la Arrixaca, Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB-Pascual Parrilla), Murcia, España. 2) Grupo de Inflamación Molecular, H. C. U. Virgen de la Arrixaca, IMIB-Pascual Parrilla, Murcia, España. 3) Servicio de Genómica, IMIB-Pascual Parrilla, Murcia, España. 4) Unidad de Hígado, C. U. de Navarra, Pamplona, España. Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), CIBERehd. 5) Unidad de Hígado, H. U. Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España. 6) Unidad de Trasplante Hepático, Complejo Hospitalario A Coruña, España. 7) Unidad de Hígado, H. G. U. Gregorio Marañón, Madrid, España. CIBERehd. 8) Unidad de Trasplante Hepático, H. C. U. Lozano Blesa, U. de Zaragoza e ISS Aragón, Zaragoza, España. 9) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, H. U. Río Hortega, Valladolid, España. 10) Unidad de Anatomía Patológica, H. C. U. Virgen de la Arrixaca, Murcia, España. 11) Unidad de Cirugía General, H. C. U. Virgen de la Arrixaca, IMIB-Pascual Parrilla, Murcia, España. 12) Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, U. de Murcia, Campus de Ciencias de la Salud, Murcia, España.

CO3.05

REDUCCIÓN TEMPRANA DE MICOFENOLATO MOFETIL TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO: ¿MENOS EFECTOS ADVERSOS SIN COMPROMETER LOS RESULTADOS?

Patricia Salvador Bengoechea¹, María Senosiain Labiano¹, Eunat Muga Ibarreche¹, J. Ramon Fernández Ramos¹, Ander Garcia San Vicente¹, Alex Bausela Sainz¹, Mikel Gastaca Mateo², Patricia Ruiz Ordorica², Alberto Ventoso Castiñeira², Ibone Palomares Etxeberria², Mikel Prieto Calvo², Arkaitz Perfecto Valero², Sara Mambrilla Herrero², Regino Rodríguez Álvarez³, Francisco J. Bustamante Schneider¹

1) Unidad de Hepatología y Trasplante hepático, H. U. de Cruces. 2) Unidad Cirugía Hepatobiliar y Trasplante hepático, H. U. de Cruces. 3) Unidad de Enfermedades Infecciosas, H. U. de Cruces

CO3.06

LA FIRMA METATAXONÓMICA DE LA MICROBIOTA INTRAHEPÁTICA DEL DONANTE COMO BIOMARCADOR TEMPRANO DE LA EVOLUCIÓN A CORTO PLAZO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

Fernando Lucas Ruiz¹, Daniel Vidal Correoso¹, Sandra Valverde Mateo¹, M. Magdalena de la Torre Álamo¹, Marta Jover Aguilar¹, Felipe Alconchel Gago², Laura Martínez Alarcón¹, Víctor López López², Pedro Cascales Campos², José A. Pons Miñano³, Pablo Ramírez Romero², Alberto Baroja Mazo¹

1) Grupo de Inflamación, Trasplante y Tolerancia. IMIB-Pascual Parrilla, Murcia, España. 2) Servicio de Cirugía General, H. C. U. Virgen de la Arrixaca, Murcia, España. 3) Servicio de Hepatología, H. C. U. Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

CO3.07

INMUNOTERAPIA COMO ESTRATEGIA DE INFRAESTADIAJE PARA TRASPLANTE HEPÁTICO POR CARCINOMA HEPATOCELULAR

Camilo Julio Llamaza-Torres^{1,2}, Víctor López-López^{1,2}, Roberto Brusadin^{1,2}, Patricia Pastor-Pérez^{1,2}, Álvaro Navarro Barrios^{1,2}, Asunción López Conesa^{1,2}, M. José Mesa¹, Emilio Belchi Segura¹, M. Luisa Ortiz^{1,2}, Daniel Carbonell Ruiz^{1,2}, Miguel Marín Vera^{1,2}, M. Isabel Castellón Sánchez^{1,2}, Alberto Baroja Mazo^{1,2}, Pablo Ramírez Romero^{1,2}, Ricardo Robles Campo^{1,2}, José A. Pons-Miñano^{1,2}

1) H. C. U. Virgen de la Arrixaca. 2) Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Pascual Parrilla

CO3.08

UTILIDAD DEL ETILGLUCURÓNIDO URINARIO EN PRETRASPLANTE Y SEGUIMIENTO POSTRASPLANTE HEPÁTICO: ESTUDIO OBSERVACIONAL DE PRÁCTICA REAL

Patricio Más-Serrano^{1,5}, M. Teresa Pomares^{2,5}, María Rodríguez^{2,5}, Pablo Bellot^{2,5}, Iván Herrera^{2,5}, Iván Beltrá^{1,5}, Jaime López-Botella¹, Paola Melga^{3,5}, Cándido Alcazar^{3,5}, Celia Villodre^{3,5}, Mariano Franco^{3,5}, Enrique Pérez⁴, María Luz González⁴, J. Manuel Ramia^{3,5}, Sonia Pascual^{2,5}

1) Unidad de Farmacocinética Clínica. Servicio de Farmacia. H. G. U. Dr. Balmis. Alicante. 2) Unidad hepática. Servicio de Digestivo. H. G. U. Dr. Balmis. Alicante. 3) Unidad de cirugía hepatobiliar. Servicio de cirugía general. H. G. U. Dr. Balmis. Alicante. 4) Servicio de psiquiatría. H. G. U. Dr. Balmis. Alicante. 5) Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España

* Pósters preseleccionados al Premio de la SETH al mejor póster

* Comunicaciones orales preseleccionadas al Premio de la SETH Dr. Carlos Margarit a la mejor comunicación oral

** Comunicaciones orales finalistas al Premio de la SETH a la mejor comunicación oral presentada por un médico residente

10.30 - 11.00 **VISITA PÓSTERS Y CAFÉ**

11.00 - 12.30 **COMUNICACIONES ORALES IV**

RESULTADOS

Moderan: **Isabel Campos** (Barcelona) y **Belinda Sánchez** (Málaga)

CO4.01

UMBRAL DE FLUJOS HEPÁTICOS INTRAOPERATORIOS COMO PREDICTORES DE DISFUNCIÓN PRIMARIA DEL INJERTO Y SUPERVIVENCIA PRECOZ DEL INJERTO TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Ernesto Barzola^{1,2}, Carmen Cepeda², L. Miguel Marín², Gonzalo Suárez Artacho², Carmen Bernal², José M. Álamo², Javier Padillo², Miguel Á. Gómez²
1) H. Clínic. 2) H. U. Virgen del Rocío

CO4.02

INTERVENCIONES BILIARES GUIADAS POR ECOENDOSCOPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES BILIARES POSTRASPLANTE HEPÁTICO: UN ESTUDIO BICÉNTRICO INTERNACIONAL

Natalia Marcos¹, Esteban Fuentes Valenzuela¹, Andrew Canakis², Marina De Benito Sanz¹, Irene Peñas Herrero¹, Cassie Almond², Félix García Pajares¹, Carolina Almohalla Álvarez¹, Ramon Sanchez-Ocana¹, Carlos De La Serna-Higuera¹, Todd H Baron², Manuel Perez-Miranda¹, Gloria Sánchez Antolín¹

1) H. U. Rio Hortega, Valladolid, España. 2) Division of Gastroenterology and Hepatology, The University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, United States.

CO4.03**

USO DE PRÓTESIS BILIARES AUTOEXPANDIBLES REABSORBIBLES DURANTE EL TRASPLANTE HEPÁTICO: UNA SOLUCIÓN PARA LAS COMPLICACIONES BILIARES TEMPRANAS

María Iniesta Cortés¹, Víctor López López¹, Pedro Antonio Cascales Campos¹, Lucía Hernández Ramos¹, Alberto Baroja Mazo², José A. Pons¹, Alberto Hiciano¹, Pablo Ramírez Romero¹, Francisco Sánchez Bueno¹, Ricardo Robles Campos¹

1) H. U. Virgen de la Arrixaca. 2) Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Pascual Parrilla

CO4.04

IMPACTO DE LAS CARACTERÍSTICAS BASALES EN LA REACTIVACIÓN DE CITOMEGALOVIRUS EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Sarai Romero-Moreno^{1,2}, Angela Carvalho-Gomez^{2,3}, Paula Urban-Garbayo¹, Isabel Conde Amiel^{1,3}, Laura Aguilera Martínez-Arenas^{2,3}, Marina Berenguer Haym^{1,2,3}, Victoria Aguilera Sancho-Tello^{1,2,3}

1) H. U. P. La Fe de Valencia. 2) Instituto de Investigación Sanitaria La Fe de Valencia. 3) CIBERehd. 4) Facultad de Medicina de Valencia

CO4.05**

IMPACTO PRONÓSTICO DE LA COLONIZACIÓN ENTÉRICA POR BACTERIAS MULTI-RESISTENTES EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

Marina Orti Cuerva^{1,2}, Miryam Barrera Romero^{1,2}, María Prieto De La Torre^{1,2}, Paloma Elma Alañón Martínez^{1,2}, Pilar Barrera Baena^{1,2,3}, Guadalupe Costán Rodero^{1,2,3}, Marta Guerrero Misas^{1,2,3}, Antonio Poyato González^{1,2,3}, José L. Montero Álvarez^{1,2,3}, Manuel De La Mata^{1,2,3}, Manuel Luis Rodríguez Perálvarez^{1,2,3}

1) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, H. U. Reina Sofía, Córdoba, España. 2) Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba, España. 3) Centro de investigación biomédica en red de enfermedades hepáticas y digestivas (CIBERehd), Madrid, España

* Pósters preseleccionados al Premio de la SETH al mejor póster

* Comunicaciones orales preseleccionadas al Premio de la SETH Dr. Carlos Margarit a la mejor comunicación oral

** Comunicaciones orales finalistas al Premio de la SETH a la mejor comunicación oral presentada por un médico residente

CO4.06

ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS SECUNDARIAS A TUMOR NEUROENDOCRINO

Andrea Boscà Robledo¹, Cristina Martínez Chicote¹, Eva Montalvá Orón¹, Víctor López López², Laura Lladó Garriga³, Santiago Tomé Martínez⁴, Mikel Gastaka Mateo⁵, Fernando Rotellar Sastre⁶, J. Manuel Ramia Ángel⁷, María Pérez Reyes⁸, M. del Mar Achalandabaso Boira⁹, Óscar Caso Maestro¹⁰, Javier Nuño Vázquez-Garza¹¹, Isabel Jaén Torrejimenio¹², Carmen García Bernardo¹³

1) H. U. P. La Fe. 2) H. C. U. Virgen de la Arrixaca. 3) H. U. de Bellvitge. 4) H. C. U. de Santiago. 5) H. U. de Cruces. 6) C. U. de Navarra. 7) H. U. Dr. Balmis. 8) H. U. de Málaga. 9) H. U. Marqués de Valdecilla. 10) H. U. 12 de Octubre. 11) H. U. Ramón y Cajal. 12) H. U. de Badajoz. 13) H. U. Central de Asturias

CO4.07

RESULTADO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL COLANGIOCARCINOMA Y HEPATOCOLANGIOCARCINOMA MIXTO INCIDENTAL. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE NUESTRA EXPERIENCIA.

Sofía Lorenzo Mañas, Julia Gutiérrez De Prado, Silvia Fernández Noël, Alba Gómez Barrena, Iago Justo Alonso, Oana Anisa Nutu, Alejandro Manrique Municio, Álvaro García Sesma, Jorge Calvo Pulido, Félix Cambra Molero, Alberto Marcacuzco Quinto, Clara Fernández Fernández, Carmelo Loinaz Seguro, Óscar Caso Maestro

Unidad de Cirugía HBP y Trasplantes. H. U. 12 de Octubre. Madrid

CO4.08*

INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER DE PULMÓN EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN COMPARACIÓN CON LA POBLACIÓN GENERAL: RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE CRIBADO CON TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE BAJA DOSIS

Fanny Meylin Caballeros¹, Paula Pujols², Mercedes Iñarrairaegui^{1,3,4}, Ana Ezponda¹, Miguel Sogbe¹, Javier Zulueta⁵, Juan Pablo De Torres^{1,4}, Fernando Rotellar^{1,4}, Gorka Bastarrika^{1,4}, Ignacio Herrero^{1,3,4}

1) C. U. de Navarra. 2) H. U. Gregorio Marañón. 3) CIBERehd. 4) IdiSNA. 5) H. Mount Sinai Morningside

12.30 - 13.30

MESA REDONDA 4

INNOVACIÓN EN TRASPLANTE HEPÁTICO, DÓNDE ESTAMOS

Moderan: Javier Padilla (Tenerife) y José A. Pons (Murcia)

Experiencia HOPE en España

Lluís Secanella (Barcelona)

Controversias en donación en asistolia

Patricia Ruiz (Bilbao)

Uso y mal uso de la inteligencia artificial en el trasplante hepático

Javier Briceño (Córdoba)

13.30 - 13.40

PREMIOS DEL CONGRESO Y CLAUSURA

* Pósters preseleccionados al Premio de la SETH al mejor póster

* Comunicaciones orales preseleccionadas al Premio de la SETH Dr. Carlos Margarit a la mejor comunicación oral

** Comunicaciones orales finalistas al Premio de la SETH a la mejor comunicación oral presentada por un médico residente

PONENCIAS INVITADAS

MESA REDONDA 1.1

ACLF Y TRASPLANTE HEPÁTICO. UTILIDAD Y FUTILIDAD.

Carmen Vinaixa (Valencia)

El fallo agudo sobre crónico o ACLF por sus siglas en inglés es una situación clínica crítica que acontece en pacientes con cirrosis descompensada de cualquier etiología y que presenta una elevada mortalidad a corto plazo. El trasplante hepático (TH) precoz ha demostrado un beneficio en la supervivencia significativo en estos pacientes (75-80 % a 1 año, frente a <10-20 % sin trasplante), siendo éste el tratamiento de elección. Es más, el ACLF es una indicación de trasplante que debería ser priorizada dada su potencial rápida evolución fatal. Sin embargo, en algunos contextos, la utilidad de esta indicación sigue siendo controvertida ya que compite con otras indicaciones de trasplante que tienen supervivencias superiores (>90 % 1 año post-TH). No obstante, cada vez existen más datos de supervivencia a medio-largo plazo, que muestran que ésta es equiparable a otras indicaciones (>70-80 % a 5 años). En las distintas series, la mortalidad post-trasplante de estos pacientes se concentra en la etapa más inicial (1-2 años post-TH), por lo que un adecuado manejo multidisciplinar tanto antes como después del trasplante resultará clave. En este sentido, la aplicación de escalas pronósticas puede ser de ayuda en la selección de candidatos a trasplante para evitar la futilidad de éste.

MESA REDONDA 1.2

SALUD REPRODUCTIVA Y TRASPLANTE HEPÁTICO

Gloria Sánchez Antolín (Valladolid)

La salud sexual y reproductiva es un aspecto fundamental pero frecuentemente descuidado en el seguimiento de pacientes trasplantados. Los pacientes demandan tener información clara, oportuna y basada en evidencia sobre fertilidad, anticoncepción, planificación familiar y seguridad de los fármacos durante el embarazo. Los problemas relacionados con la salud sexual, raramente se discuten en consulta de hepatología y los ginecólogos en ocasiones desconocen el manejo del paciente trasplantado. Es responsabilidad del equipo médico abordar estos temas rutinariamente, eliminando barreras de comunicación y creando un ambiente de confianza donde los pacientes se sientan cómodos expresando sus inquietudes y planes reproductivos y siendo informados con datos objetivos de los temas relacionados con estos problemas. Se sabe que hasta el 40 % de los embarazos en receptoras de trasplante hepático (TH) son no planificados, con mayores riesgos materno-fetales. Los estudios demuestran que muchos pacientes desconocen el impacto de los inmunosupresores en la reproducción o cuándo es seguro concebir. La fertilidad se recupera relativamente pronto tras el TH, con ovulación posible desde los primeros meses postrasplante, con menstruación regular dentro del primer año. Los anticonceptivos con estrógenos deben evitarse sólo en caso de disfunción del injerto. El embarazo debe planificarse mínimo 12 meses post-TH con función estable durante 6 meses. El micofenolato es teratogénico y debe suspenderse 6 semanas antes de la concepción, aunque se puede sustituir si es necesario por azatioprina. Los ICN (tacrolimus, ciclosporina), y prednisona son seguros durante embarazo y lactancia, requiriendo monitorización de niveles. No hay evidencia de pérdida de injerto atribuible al embarazo si está bien planificado. Las complicaciones relacionadas con el parto incluyen preeclampsia (20-29 %), diabetes gestacional (10 %) y parto prematuro (27 %). La lactancia es compatible con la mayoría de inmunosupresores, y los riesgos pueden minimizarse con un manejo apropiado. Los datos sobre los programas de fertilización en pacientes trasplantadas también ofrecen seguridad y eficacia. La comunicación entre hepatología, obstetricia y paciente es esencial para conseguir los mejores resultados materno-fetales, con un seguimiento estrecho de la evolución del embarazo y de la función del injerto. Transmitir información adecuada a los pacientes, puede mejorar su calidad de vida mejorando su salud sexual.

MESA REDONDA 1.3

SÍNDROME METABÓLICO. ACTUALIZACIÓN EN EL MANEJO DE LA DIABETES MELLITUS POSTRASPLANTE HEPÁTICO.

J. Ignacio Herrero (Pamplona)

El síndrome metabólico está compuesto por una serie de alteraciones como obesidad de predominio, troncular, hipertensión arterial, intolerancia a hidratos de carbono, dislipidemia y un estado proinflamatorio y protrombótico. Este conjunto de factores confluye en un incremento en el riesgo de complicaciones cardiovasculares. En los últimos años hemos comprobado un aumento progresivo de las indicaciones de trasplante hepático, por enfermedad hepática terminal secundaria al síndrome metabólico. Además, después del trasplante, los distintos fármacos inmunosupresores influyen en grado variable en el desarrollo de obesidad, dislipidemia, hipertensión arterial y diabetes mellitus. Por todo ello, las complicaciones cardiovasculares suponen una de las principales causas de mortalidad tardía tras el trasplante hepático. La diabetes es uno de los componentes más importantes del síndrome metabólico. Tras el trasplante se produce inicialmente un empeoramiento de la diabetes por disfunción de la célula beta, que lleva a una disminución de la secreción de insulina. A medio de largo plazo se produce sobre todo una resistencia a la acción de la insulina. El control de la diabetes debe comenzar por cambios en el estilo de vida: evitar el tabaco, llevar a cabo una vida activa y seguir una dieta con restricción de la ingesta de hidratos de carbono y alimentos ultraprocesados y aumentar el consumo de frutas, verduras, legumbres y pescado. Entre los distintos fármacos disponibles para el tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2, se considera de primera elección la metformina. Sin embargo, en los últimos años se ha comprobado que los inhibidores del transportador tubular de sodio y glucosa y los agonistas del receptor de GLP1 tienen efectos beneficiosos, además de en el control de la diabetes, como nefroprotectores y en el tratamiento de los pacientes con insuficiencia cardíaca. Por ello, algunos autores, los sitúan en los primeros puestos como tratamiento de elección de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2, sobre todo en pacientes con enfermedad renal crónica (complicación frecuente en los pacientes trasplantados) y con obesidad. Una reciente publicación en el contexto del trasplante hepático ha mostrado que los agonistas del receptor de GLP1 se asocian a una disminución de peso, al menor desarrollo de esteatosis hepática y a una tendencia a la mejor preservación de la función renal. Por último, debe tenerse en cuenta que el cuidado del paciente diabético exige también un control estricto del resto de los factores de riesgo cardiovascular (como la hipertensión arterial y la hipercolesterolemia). Un estricto control de todos estos factores de riesgo puede acompañarse de una disminución de la incidencia de complicaciones cardiovasculares.

MESA REDONDA 1.4

BIOINGENIERÍA APLICADA AL TRASPLANTE HEPÁTICO

Pablo Royo (Zaragoza)

La aplicación de la bioingeniería al trasplante hepático ha catalizado múltiples líneas de investigación orientadas a la expansión de la disponibilidad de órganos. Diversas estrategias innovadoras ofrecen una perspectiva prometedora para superar los desafíos inherentes al trasplante de hígado, que incluyen la crítica escasez de donantes, la imprescindible necesidad de inmunosupresión para mitigar el rechazo del injerto, y las morbilidades asociadas a regímenes inmunosupresores prolongados. Nuestro grupo de investigación, con especialización en la descellularización y recellularización de matrices hepáticas extracelulares (scaffolds), ha logrado avances significativos, permitiendo la viabilidad de un scaffold sembrado con células endoteliales (pUVEC), progenitores endoteliales (pOECs), células musculares lisas (pA-SMCs) y células madre mesenquimales (pBM-MSCs), más allá del umbral de 28 días reportado hasta la fecha. Sin embargo, la consecución de una perfusión óptima y sostenida, así como la identificación de una fuente celular idónea para la recellularización de un órgano hepático completo, persisten como pilares fundamentales de nuestra investigación. En esta presentación, se detallarán los progresos obtenidos con nuestro modelo experimental, proyectando las futuras direcciones en el desarrollo de hígados de bioingeniería funcionales para aplicaciones clínicas.

MESA REDONDA 2.1

RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA INMUNOTERAPIA Y DE LOS ITK PRE Y POSTRASPLANTE HEPÁTICO

Alejandro Forner (Barcelona)

Pendiente de recibir resumen

MESA REDONDA 2.2

NOVEDADES EN HEPATOCARCINOMA: DOWNSTAGING Y TRASPLANTE HEPÁTICO AB INITIO

Magdalena Salcedo (Madrid)

Pendiente de recibir resumen

MESA REDONDA 2.3

ACTUALIZACIÓN EN TRASPLANTE HEPÁTICO POR METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CARCINOMA COLORRECTAL

Eva Montalvá (Valencia)

La indicación del trasplante hepático por patología oncológica se encuentra en clara expansión. En el contexto de las metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal (MHCCR), la evidencia científica disponible demuestra que, en pacientes cuidadosamente seleccionados, el trasplante hepático ofrece un beneficio clínico significativo frente al tratamiento estándar con quimioterapia paliativa. En esta charla se revisarán los principales hitos históricos y los estudios clínicos más relevantes que han consolidado el papel del trasplante hepático en MHCCR. Asimismo, se presentarán los resultados de seguridad y factibilidad del estudio TRASMETIR, un proyecto multicéntrico español que ha completado recientemente la fase de reclutamiento de pacientes trasplantados por esta indicación. Se abordarán además las dificultades encontradas durante la implementación del estudio, los aprendizajes derivados del proceso y la comparación de los resultados preliminares con los *benchmarks* internacionales. Finalmente, se expondrá la propuesta elaborada por el grupo de trabajo SETH-TRASMETIR-ONT para el manejo clínico de estos casos tras la finalización del estudio.

MESA REDONDA 2.4

SELECCIÓN PARA TRASPLANTE HEPÁTICO DE PACIENTES CON COLANGIOCARCINOMA. DÓNDE ESTAMOS.

Cristina Dopazo (Barcelona)

La presentación trata sobre el estado actual de la selección para trasplante hepático en pacientes con colangiocarcinoma irresecable. Se expone que solo un porcentaje minoritario de estos pacientes puede ser tratado mediante resección quirúrgica, y que la supervivencia global a cinco años con esta opción no suele superar el 40 %, con tasas de recidiva muy elevadas. La resección sigue considerándose el único tratamiento curativo estándar, pero muchos pacientes quedan fuera de esta opción por factores como lesiones múltiples, gran tamaño tumoral, afectación vascular o linfática, insuficiente remanente hepático o presencia de cirrosis. Para los casos irresecables, se discute la viabilidad del trasplante hepático como alternativa, siempre que se logre una supervivencia similar a la de los resecados y que el beneficio individual no perjudique a otros pacientes en lista de espera. Se presentan los últimos resultados en trasplante hepático para colangiocarcinoma perihiliar e intrahepático, así como las indicaciones establecidas en las últimas guías clínicas, y se plantean opciones futuras de selección de pacientes y alternativas de tratamiento.

MESA REDONDA 3.1

CASO 1: TRASPLANTE CARDIO HEPÁTICO POR ANOMALÍA DE EBSTEIN

Gonzalo Suárez Artacho (Sevilla)

Objetivos: Describir el caso clínico de una mujer de 46 años con anomalía de Ebstein (inserción anómala de válvula tricúspide) en la que se indicó trasplante cardiohepático por insuficiencia cardíaca derecha, así como cirrosis hepática congestiva con ascitis e HTP. Igualmente, se pretende exponer la casuística nacional de trasplantes cardiohepáticos simultáneos con los datos disponibles en la Organización Nacional de Trasplantes. **Material y método:** Exposición del caso clínico y vídeo quirúrgico de la donación multiorgánica e implante cardiohepático. Registro español de la serie de trasplantes cardiohepáticos simultáneos. **Resultados:** La donación en asistolia controlada tipo V, se llevó a cabo con PRN hasta ligadura de troncos supraaórticos y recuperación de función ventricular. Donación e implante fueron simultaneados y se realizaron en quirófanos contiguos para disminuir los tiempos de isquemia y mejorar la comunicación entre los equipos implantadores y extractores. La perfusión fría en el donante se llevó a cabo una vez realizada la cardiectomía en la receptora. Se utilizó Hypothermic Oxygenated Perfusion en el injerto hepático en previsión de que pudiera prolongarse el implante cardíaco. **Discusión:** Según datos del Registro Español de trasplante 23 trasplantes cardiohepáticos en España, han sido realizados en España, siendo el primero de ellos en 1986. Aunque la polineuropatía amiloidótica familiar fue la principal causa de indicación en la etapa inicial, en la actualidad las cardiopatías congénitas con o sin reparación de Fontan están ganando relevancia, siguiendo las tendencias objetivadas en los países con mayor número de casos como EEUU. La cardiopatía congénita como indicación, tiempo de isquemia fría cardíaca superior a 3 horas, IMC del receptor y ser trasplantado en centro de bajo volumen son los factores independientes de mal pronóstico identificados en la literatura.

MESA REDONDA 3.2

CASO 2: MICROANGIOPATÍA TROMBÓTICA POSTRASPLANTE HEPÁTICO

Alejandra Otero (A Coruña)

Pendiente de recibir resumen

MESA REDONDA 3.3

CASO 3: ¿DEBE EL PASADO DETERMINAR EL FUTURO?: DILEMA ÉTICO EN TRASPLANTE HEPÁTICO URGENTE

Ana Guibertau (Badajoz)

Presentamos el caso de una mujer de 24 años con antecedentes de conductas autolíticas repetidas (principalmente por ingesta farmacológica), trastorno de personalidad y seguimiento psiquiátrico activo. Ingresó con diagnóstico de fallo hepático agudo tras sobredosis de paracetamol con fines suicidas (pH 6,9; lactato 8 mmol/L; INR 5,06; transaminasas >10 000 UI/L) con fracaso renal y encefalopatía grado IV. Ante la elevada mortalidad sin trasplante, se activa la valoración urgente multidisciplinar. Psiquiatría considera su patología tratable y la ausencia de contraindicación absoluta; el forense avala la validez del consentimiento por familiares. Se incluye en lista código 0 y se realiza trasplante hepático. El postoperatorio cursa con complicaciones respiratorias y renales, pero con buena recuperación clínica. En el ámbito psiquiátrico, tras un periodo inicial de mutismo, la paciente expresa arrepentimiento, mantiene proyecto vital y muestra buena adherencia al tratamiento y a los controles. El caso ilustra la utilidad de la ética deliberativa (modelo de Diego Gracia) para ponderar los principios en conflicto: beneficencia (maximizar la supervivencia con TH), justicia distributiva (asignación equitativa de un órgano escaso ante riesgo de recaída/adherencia) y autonomía (capacidad fluctuante; decisiones por representantes y equipo). Se contrastaron cursos de acción extremos: no trasplantar por injusticia y alto riesgo; trasplantar sin más; o trasplantar con medidas compensatorias (plan de apoyo psiquiátrico y psicosocial intensivo, seguimiento estrecho). El equipo optó por esta tercera vía. La decisión se validó con pruebas de consistencia: legalidad, publicidad y temporalidad (decisión repetible ante un caso similar). **Conclusión:** Con evaluación psicosocial rigurosa, medidas compensatorias y consenso colegiado, el trasplante urgente tras sobredosis intencional puede ser ético y clínicamente justificable. *“El pasado no siempre debe determinar el futuro, pero la decisión debe ser prudente, colegiada y justificable.”*

MESA REDONDA 4.1

EXPERIENCIA HOPE EN ESPAÑA

Lluís Secanella (Barcelona)

Objetivos: Analizar la influencia de la preservación con oxigenación en hipotermia sobre la aparición del síndrome de reperfusión (SRP). Realizar un estudio descriptivo de los resultados a corto plazo de los trasplantes hepáticos realizados con injertos mantenidos con HOPE (TH-HOPE), en términos de disfunción primaria y colangiopatía isquémica precoz (< 6 meses). Comparar los resultados con una muestra de trasplantes con injertos preservados en frío estático (TH-SCS). **Materiales y método:** Diseñamos un estudio retrospectivo multicéntrico sobre los primeros TH-HOPE en España (noviembre 2021 - diciembre 2023). Analizamos variables referentes al donante, al receptor, al procedimiento de extracción y de implante, así como del postoperatorio y del seguimiento. Seleccionamos dos TH-SCS por cada TH-HOPE apareando según edad del donante y del receptor, MELD clínico, tipo de donación (muerte encefálica o asistolia) y tiempo de preservación. Definimos síndrome de reperfusión (SP) según Aggarwal, 1987; y disfunción primaria según Olthoff, 2010. Exploramos las alteraciones biliares con una colangioresonancia a los 6 meses del trasplante. Realizamos un estudio descriptivo inicial y comparamos los resultados entre grupos con las medidas de asociación pertinentes. **Resultados:** Realizamos 99 THs-HOPE entre noviembre de 2021 y diciembre de 2023 en España (23 % mujeres, mediana de edad 61 años, mediana de MELD 17 puntos). Seleccionamos 254 THs-SCS válidos para el apareamiento. Los donantes de los THs-HOPE fueron mayores (47% donantes > 70 años vs 32 % en THs-SCS, $p=0.023$) y con injertos más esteatósicos (42 % vs 36.0%, $p<0.001$). A pesar de estas diferencias, la incidencia de SRP y de EAD entre TH-HOPE y TH-SCS fue similar (36 % vs 45%, y 16 % vs 18 % respectivamente). Un TH-HOPE presentó PNF (vs 6 TH-SCS), retrasplantando un total de 3 pacientes (3.0 %, vs 3 THs-SCS, 2 %). A pesar de no hallar diferencias en términos de complicaciones mayores (Clavien >IIIa), la mortalidad a 90 días fue significativamente menor en los TH-HOPE (8 % vs 17% en TH-SCS). A los 6 meses de seguimiento, sólo 1 TH-HOPE presentaba colangiopatía isquémica (1 %). En el análisis multivariable, la edad superior a 65 años en el receptor (OR 2.18, IC95% 1.14 a 4.17, $p=0.018$) y un tiempo de preservación superior a 6 horas (OR 3.34, IC95% 1.44 a 7.76, $p=0.005$) fueron factores de riesgo de aparición de SRP. **Conclusiones:** A pesar del uso de injertos más esteatósicos provenientes de donantes mayores, la aplicación de la perfusión dinámica con oxigenación en hipotermia obtiene resultados similares en términos de SP, EAD y colangiopatía isquémica respecto al mantenimiento en frío estático, destacando una menor mortalidad a 90 días. Los factores de riesgo de SRP fueron la edad del receptor superior a 65 años y un tiempo de preservación superior a 6 horas.

MESA REDONDA 4.2

CONTROVERSIAS EN DONACIÓN EN ASISTOLIA

Patricia Ruiz (Bilbao)

Durante la última década se ha producido una importante expansión de la donación en asistolia controlada (DAC). De hecho, en la actualidad la DAC supone casi el 50 % del total de la donación, igualando en cifras al donante “gold estándar” en muerte encefálica (ME). Este cambio ha venido impulsado por la escasez de órganos y la necesidad de aumentar la disponibilidad de trasplantes. A pesar de ello, su desarrollo desde el inicio ha sido muy controvertido. Las principales controversias clásicamente incluían el debate ético-legal en relación con su implementación en los diferentes hospitales, así como la consideración de donantes sub-óptimos, dado el mayor riesgo de complicaciones, especialmente disfunción precoz del injerto y colangiopatía isquémica, en comparación con la donación tras la ME. Gran parte de estas controversias han sido resueltas con la experiencia clínica, generando evidencia que avala el uso de estos donantes. Sin embargo, nuevas controversias se han ido desarrollando, junto con su expansión, basadas en la optimización de la donación en asistolia mediante tecnologías de perfusión y criterios de selección más precisos, que requieren consenso y estudios comparativos adicionales. En esta sesión hacemos un repaso de cómo hemos evolucionado en la DAC, cómo hemos solventado algunas de las controversias clásicas y como enfrentarnos a las nuevas controversias que la innovación está generando en este campo.

MESA REDONDA 4.3

INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN TRASPLANTE HEPÁTICO. USO Y MAL USO.

Javier Briceño (Córdoba)

En los últimos años, las herramientas basadas en Inteligencia Artificial (IA) han irrumpido en muchos campos del trasplante hepático. Más de 600 artículos han sido publicados en nuestra área, especialmente en los últimos 5 años. Sin embargo, existe un gran desconocimiento sobre cómo utilizar correctamente estas herramientas en Trasplante Hepático y esto condiciona un enfrentamiento entre dos posturas extremas: la creencia ciega en el poder de la IA (“automation bias”) y la creencia de que su empleo no puede ser equiparado al de la experiencia del clínico (“algorithmic aversion”). Realmente, el término IA hace referencia a una sustitución autónoma y consciente de la inteligencia humana. En este sentido, hablamos de IA, cuando deberíamos hablar de herramientas de Deep Learning y/o Machine Learning. Un conocimiento básico de aprendizaje supervisado, aprendizaje no supervisado, aprendizaje de refuerzo (Reinforcement Learning), plataformas no generativas y plataformas generativas es básico para saber utilizar las herramientas que más nos pueden interesar en trasplante. Asimismo, deberíamos tener una sólida formación en el conocimiento de sesgos y de principios éticos aplicados a la IA si no queremos incurrir en errores y afectar a los pacientes trasplantados. La IA en trasplante hepático se ha utilizado en los siguientes campos: • Priorización de candidatos en lista, • Matching donante-receptor, • Reconocimiento de la calidad de los injertos hepáticos, • Radiómica, simulación y navegación 3D, • Inmunosupresión de precisión, • Diagnóstico Patológico de precisión, • Predicción de evolución y resultados a corto y largo plazo • Transplant Oncology. En todos ellos, se han utilizado herramientas de Deep Learning y Machine Learning con resultados prometedores. La mayoría de ellas son herramientas de IA “no generativas” basadas en clasificación y regresión (Redes Neuronales Artificiales, Random Forest, Support Vector Machine), si bien se están incorporando las herramientas “generativas”, especialmente en los campos diagnósticos de Radiología y Anatomía Patológica. Probablemente, un campo de desarrollo interesante sea el empleo de herramientas de “Reinforcement Learning” y “Multi-Agent framework” en el área de Transplant Oncology. Desafortunadamente, el empleo ciego de la IA en trasplante hepático puede conducir a importantes errores y dilemas éticos en nuestros pacientes. De forma general, la mayoría de los problemas derivan de sesgos en las bases de datos (data bias), de la construcción de las herramientas (algorithmic bias) y de su implementación clínica (deployment bias). Junto a ellos, las herramientas de IA en trasplante hepático deberían preservar los principios éticos de Autonomía, Justicia, Beneficencia, No Maleficencia y Responsabilidad, así como adherirse a los principios FAIR: Findability (capacidad de búsqueda de los datos), Accesibility (accesibilidad universal a los datos), Interoperability (posibilidad de compartir los datos) y Reusability (posibilidad de reutilizar y explotar los datos). Por último, una adecuada implementación de un programa basado en IA en Trasplante Hepático debería seguir la siguiente secuencia: 1. Generar el problema o la ideas. 2 Recopilar datos precisos y exactos. 3. Seleccionar los algoritmos correctos en función del problema que pretendemos abordar. 4. Desarrollar software/hardware. 5. Validar los algoritmos desarrollados y desarrollar el producto IA. 6. Realizar ensayos clínicos comparando las herramientas convencionales con las nuevas digitales. 7. Implementar la herramienta IA, desarrollar copyrights y definir responsabilidades del producto IA.

COMUNICACIONES ORALES

CO1.01*

LA UTILIZACIÓN DEL MODELO GEMA-NA SIN ASCITIS NO DISMINUYE SU CAPACIDAD DE PREDECIR MORTALIDAD EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Manuel L. Rodríguez Perálvarez^{1,2}, Antonio M. Gómez-Orellana³, Avik Majumdar^{4,5}, Geoffrey W. McCaughan^{6,7}, María Kalafateli⁸, Rhiannon Taylor⁹, Gloria De La Rosa¹⁰, M. Victoria Aguilera^{2,11}, Mikel Gastaca¹², Carmen Cepeda-Franco¹³, M. Luisa Ortiz¹⁴, Jordi Colmenero¹⁵, Alejandra Otero¹⁶, Rocío González Grande¹⁷, Alba Cachero¹⁸, Esther Molina Pérez¹⁹, Mónica Barreales²⁰, Rosa Martín Mateos^{2,21}, María Rodríguez-Soler^{2,22}, Mario Romero^{2,23}, Cristina Dopazo^{2,24}, Carmen Alonso Martín²⁵, Elena Otón²⁶, Luisa González Diéguez²⁷, M. Dolores Espinosa²⁸, Ana Arias Milla²⁹, Gerardo Blanco Fernández³⁰, Sara Lorente³¹, Antonio Cuadrado Lavín³², Miguel Sogbe Sogbe^{2,33}, David Guijo-Rubio³, César Hervás Martínez³, Emmanuel Tsochatzis³⁴

1) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. U. Reina Sofía, IMIBIC, Córdoba, España. 2) Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd), Madrid, España. 3) Departamento de Aprendizaje Automático y Redes Neuronales Artificiales, U. de Córdoba, IMIBIC, Córdoba, España. 4) Victorian Liver Transplant Unit and Australian Centre for Transplantation Excellence and Research, Austin Health, Melbourne, Australia. 5) University of Melbourne, Melbourne, Australia. 6) AW Morrow Gastroenterology and Liver Centre and Australian National Liver Transplant Unit, Royal Prince Alfred Hospital, Sydney, NSW, Australia. 7) Central Clinical School, The University of Sydney, Sydney, NSW, Australia. 8) Department of Gastroenterology, General Hospital of Patras, Patras, Greece. 9) Department of Statistics and Clinical Studies, NHS Blood and Transplant, Stoke Gifford, Bristol, UK. 10) Organización nacional de Trasplantes (ONT), Madrid, España. 11) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. La Fe e Instituto de Investigación sanitaria La Fe, Valencia, España. 12) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático. H. U. de Cruces, Bilbao, España. 13) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático. H. Virgen del Rocío, Sevilla, España. 14) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. U. Virgen Arrixaca, Murcia, España. 15) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. Clínic, IDIBAPS, U. de Barcelona, Barcelona, España. 16) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. C. H. U. de A Coruña, España. 17) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. R. U. de Málaga, Málaga, España. 18) Unidad de Trasplante Hepático. H. U. de Bellvitge, España. 19) Unidad de Trasplante Hepático. C. H. U. de Santiago, España. 20) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. U. 12 de Octubre, Madrid, España. 21) Unidad de Trasplante Hepático. H. U. Ramón y Cajal, IRYCIS, U. de Alcalá, Madrid, España. 22) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. G. U. Dr. Balmis de Alicante, ISABIAL, Alicante, España. 23) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. G. U. e Instituto de Investigación biomédica Gregorio Marañón, Madrid, España. 24) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático. Vall d'Hebron H. U., VHIR, U. Autónoma de Barcelona, España. 25) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. U. Río Hortega, Valladolid, España. 26) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. U. Nuestra Señora de la Candelaria, Tenerife, España. 27) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. U. Central de Asturias, España. 28) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. Virgen de las Nieves, Granada, España. 29) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. U. Puerta de Hierro, Madrid, España. 30) Unidad de Trasplante Hepático. H. U. de Badajoz. 31) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático. H. U. Lozano Blesa, Instituto de Investigaciones Sanitarias de Aragón (IIS Aragón), Zaragoza, España. 32) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático. H. U. Marqués de Valdecilla, IDIVAL, Santander, España. 33) Unidad de Hepatología y Oncología Hepatobiliar, C. U. de Navarra, Pamplona, España. 34) Sheila Sherlock Liver Unit and UCL Institute for Liver and Digestive Health, Royal Free Hospital, London, UK.

Objetivos: Evaluar la utilidad del modelo GEMA-Na sin computar la ascitis y compararlo con los modelos de la familia MELD para predecir mortalidad en lista de espera de trasplante hepático. **Métodos:** Estudio multicéntrico internacional que incluyó pacientes adultos, candidatos a trasplante hepático electivo en España (2016-2021), Reino Unido (2010-2020), y Australia (1998-2020). El modelo GEMA-Na sin ascitis se obtuvo considerando el valor ascitis=0 para todos los pacientes. El evento primario fue mortalidad en lista de espera o exclusión por agravamiento en los primeros 90 días. La discriminación de los modelos fue evaluada mediante el estadístico c de Harrell (Hc). **Resultados:** Se incluyeron 15931 pacientes (28,5 % mujeres). La prevalencia del evento primario fue 4,7 % en España, 5,8 % en Australia, y 5,3 % en Reino Unido. La presencia de ascitis se asoció a mayor mortalidad en lista o exclusión por agravamiento: 3,3 % en pacientes sin ascitis, 5,8 % en pacientes con ascitis leve, y 7,7 % en pacientes con ascitis moderada-grave ($p<0,001$). La presencia de ascitis moderada-grave fue un factor de riesgo independiente de mortalidad en lista de espera ($HR=1,42$, $IC95\% 1,22-1,66$; $p<0,001$). La eliminación de la ascitis del modelo GEMA-Na restó un punto en el 18 % de los pacientes. En comparación con el modelo original, GEMA-Na sin ascitis redujo marginalmente su capacidad discriminativa ($Hc=0,755$ vs. $Hc=0,753$; $p=0,007$), que fue aun así superior a MELD 3,0 ($Hc=0,734$; $p<0,001$) y MELD-Na ($Hc=0,737$; $p<0,001$). En mujeres, GEMA-Na con y sin ascitis demostraron similar discriminación ($Hc=0,784$ vs. $Hc=0,783$; $p=0,61$), de nuevo superior a MELD 3,0 ($Hc=0,750$; $p<0,001$) y MELD-Na ($Hc=0,749$; $p<0,001$). **Conclusiones:** A pesar del impacto pronóstico de la ascitis en candidatos a trasplante hepático, su exclusión de GEMA-Na apenas influye en la composición de la lista de espera ni en su capacidad discriminativa, siendo muy superior a la obtenida por los modelos de la familia MELD.

* Comunicaciones orales preseleccionadas al Premio de la SETH Dr. Carlos Margarit a la mejor comunicación oral

** Comunicaciones orales finalistas al Premio de la SETH a la mejor comunicación oral presentada por un médico residente

CO1.02

ANÁLISIS DE AGRUPAMIENTO DE COMORBILIDADES MEDIANTE MACHINE LEARNING Y MODELOS DE PREDICCIÓN DE LA SUPERVIVENCIA TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO Y PROSPECTIVO DESAGREGADO POR SEXO

Mónica Llorente¹, Trinidad Serrano¹, Sergio Sabroso², Rocío Aznar³, Gabriela Beltrán³, Luis M. Esteban⁴, Miguel Á. Gómez-Bravo⁵, Rosa Martín⁶, Alejandra Otero⁷, Marta Guerrero⁸, Pablo Ruiz⁹, Carolina Almohalla¹⁰, Valle Cadahia¹¹, Ana Arias¹², Sonia Pascual¹³, Luis Cortés¹, Javier Bustamante¹⁴, Elena Otón¹⁵, Itxarone Bilbao¹⁶, Esther Molina¹⁷, Ángel Rubín¹⁸, J. Ignacio Herrero¹⁹, Magdalena Salcedo²⁰

1) HCU Lozano Blesa, Zaragoza. 2) CNIO Madrid. 3) ITAINNOVA, Zaragoza. 4) Escuela politécnica de la Almunia, Zaragoza. 5) H. U. Virgen del Rocío. 6) H. Ramón y Cajal, Madrid. 7) H. U. de La Coruña. 8) H. Reina Sofía, Córdoba. 9) H. Clínic. 10) H. Río Hortega, Valladolid. 11) H. Central de Asturias. 12) H. U. Puerta de Hierro. 13) H. U. Alicante. 14) H. U. de Cruces, Baracaldo. 15) C. H. Canarias. 16) H. Vall d'Hebron. 17) H. U. Santiago. 18) H. la Fe, Valencia. 19) C. U. de Navarra. 20) H. Gregorio Marañón, Madrid.

La comorbilidad desempeña un papel crucial en la mortalidad tanto en los pacientes en lista de espera de trasplante hepático (TH), como tras el mismo. Este estudio prospectivo multicéntrico incluyó a 1 705 pacientes consecutivos en lista de TH en 18 hospitales españoles, con el objetivo de analizar el impacto de las comorbilidades en la supervivencia mediante un análisis por intención de tratamiento. Para clasificar a los pacientes según las comorbilidades, se aplicaron algoritmos de agrupamiento aglomerativo no supervisados con técnicas de machine learning, para clasificar las comorbilidades. Todos los análisis fueron desagregados por sexo. **Resultados:** Las comorbilidades fueron más prevalentes en hombres que en mujeres ($p < 0,001$), mostrando patrones diferentes entre ambos sexos. Las comorbilidades y factores de riesgo más frecuentes fueron el hábito de fumar, la hipertensión arterial, la obesidad y la diabetes. Se observaron diferencias significativas por sexo en cuanto a la prevalencia de distintas comorbilidades. Así mismo, las comorbilidades aisladas que impactaron significativamente en la supervivencia fueron distintas en hombres y mujeres. Identificamos clústeres (específicos para hombres y mujeres) caracterizados por distintas composiciones de comorbilidades. Las curvas de Kaplan-Meier para la supervivencia general en los grupos de clúster mostraron diferencias entre los grupos tanto en hombres como en mujeres ($p = 0,05$). Así mismo, se realizaron modelos derivados de los clústeres (HEPA_TIC comorbidity index) que permitieron predecir la mortalidad en ambos sexos ($p < 0,001$). **Conclusiones:** Este estudio destaca la importancia de las comorbilidades en los resultados del TH e identifica clústeres con distintas composiciones de comorbilidades que pueden afectar la supervivencia general. Además, los hallazgos subrayan la necesidad de realizar análisis desagregados por sexo en pacientes con enfermedad hepática terminal.

CO1.03

INTELIGENCIA ARTIFICIAL APLICADA EN LA VALORACIÓN DE INJERTOS HEPÁTICOS COMO HERRAMIENTA EN LA TOMA DE DECISIONES: ACTUALIZACIÓN DEL ALGORITMO LIVER GRAFT PREDICT

Miguel Cuende Díez¹, Juan M. Castillo Tuñón¹, Beatriz Pontes Balanza², Daniel Mateos García², Javier Padillo Ruiz³, José C. Riquelme Santos², José M. Álamo Martínez³, Carmen Bernal Bellido³, Gonzalo Suárez Artacho³, Carmen Cepeda Franco³, Miguel A. Gómez Bravo³, Gloria De La Rosa Rodríguez⁴, Diego López Guerra⁵, Dora Gómez Pasantés⁶, Mikel Prieto Calvo⁷, María Pérez Reyes⁸, José A. López Baena⁹, Mireia Domínguez Bastante¹⁰, Carmen Bernardo¹¹, Carlos García Sánchez¹², Luis M. Marín Gómez³

1) Unidad de Cirugía HPB y Trasplante hepático H. U. de Toledo. 2) Dpto. de Lenguajes y Sistemas Informáticos U. de Sevilla. 3) Unidad de Cirugía HPB y Trasplante hepático H. U. Virgen del Rocío. 4) Organización Nacional de Trasplante, España. 5) Unidad de Trasplante Hepático Badajoz. 6) Unidad de Trasplante Hepático La Coruña. 7) Unidad de Trasplante Hepático Bilbao. 8) Unidad de Trasplante Hepático Málaga. 9) Unidad de Trasplante Hepático Gregorio Marañón. 10) Unidad de Trasplante Hepático Granada. 11) Unidad de Trasplante Hepático Oviedo. 12) Unidad de Trasplante Hepático Sevilla

Objetivos: Liver Graft Predict (LGP) es una herramienta diseñada para evaluar la calidad de los injertos hepáticos en muerte encefálica y basada en técnicas de inteligencia artificial. Nuestro objetivo es optimizar el algoritmo de la aplicación original mediante la incorporación de big data y una cohorte prospectiva multicéntrica con idea de aumentar su exactitud (Accuracy). **Material y métodos:** Se compararon los resultados del modelo original 2014-17 (#400) con los obtenidos tras aplicar técnicas de aprendizaje automático a dos cohortes nuevas. Una retrospectiva multicéntrica 2021-24 aportada por la ONT con 4071 casos (#ONT) y otra prospectiva multicéntrica 2025 (#101). El análisis se realizó con TPOT, una herramienta de aprendizaje automático automatizado (AutoML), utilizando modelos avanzados como XGBoost y LGBM. Para validar los resultados, se aplicó Cross-Validation, Train-Test Split y Leave-One-Out CV. Además, se hizo una validación externa con la cohorte #101. **Resultados:** Experimento 1 (APP #400 con XGBoost): Validación interna, AUC de 0,77; 0,76; 0,76; Validación externa con Prospectivo #101: los valores AUC descendieron a 0,57. Experimento 2 (ONT #4071 con LGBM): Validación interna, AUC de 0,82; 0,83; 0,82; Validación externa con Prospectivo #101: los valores AUC descendieron a 0,68. **Conclusiones:** La incorporación del algoritmo LGP basado en técnicas de aprendizaje automático puede ayudar en la evaluación de injertos hepáticos destinados al trasplante. La exactitud (Accuracy) del algoritmo LGP original disminuye significativamente con la multicentricidad, el tamaño muestral y el carácter prospectivo. La exactitud del nuevo algoritmo (ONT #4071 con LGBM) basado en big data se aproxima a la del cirujano de trasplantes (estimada en AUC: 0,75). Aunque los resultados son prometedores, es necesario realizar nuevos análisis que determinen si la inclusión de diferentes combinaciones de variables puede incrementar su exactitud y reforzar su utilidad en el ámbito de la donación hepática.

CO1.04*

DETECCIÓN DE CALCIFICACIONES CORONARIAS MEDIANTE TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE BAJA DOSIS Y RIESGO CARDIOVASCULAR EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Fanny Meylin Caballeros¹, Paula Pujols², Mercedes Iñarrairaegui^{1,3,4}, Ana Ezponda¹, Miguel Sogbe¹, Javier Zulueta⁵, Juan Pablo De Torres^{1,4}, Fernando Rotellar^{1,4}, Gorka Bastarrika^{1,4}, Ignacio Herrero^{1,3,4}

1) C. U. de Navarra. 2) H. U. Gregorio Marañón. 3) CIBERehd. 4) IdiSNA. 5) Mount Sinai Morningside

La enfermedad cardiovascular constituye una causa relevante de mortalidad tardía en receptores de trasplante hepático (RTH). **Objetivo:** Evaluar si la tomografía computarizada de baja dosis (TCBD), utilizada para el cribado de cáncer de pulmón, permite identificar calcificaciones coronarias (CAC) y su posible asociación a eventos cardiovasculares adversos (ECA) en RTH. **Método:** Se analizaron de forma retrospectiva 124 RTH y 485 controles no trasplantados, emparejados por edad, sexo, historia tabáquica y presencia de enfisema. Las CAC se evaluaron en la TCBD inicial mediante un sistema de puntuación semicuantitativo (0-12), considerando como severas aquellas ≥ 7 . Los RTH presentaron mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular (diabetes, hipertensión, hipercolesterolemia) y mayor proporción de CAC severas (26,2 % vs. 9,2 %, $p < 0,0001$). En el análisis multivariante, el trasplante hepático, la hipertensión arterial y la edad ≥ 60 años se asociaron de forma independiente con CAC severas. Durante el seguimiento, los RTH mostraron mayor incidencia de ECA (10,7 % vs. 3,7 %, $p = 0,02$), y la presencia de CAC severas se asoció con menor supervivencia ($p = 0,03$) y mayor riesgo de ECA (HR: 5,9; IC 95 %: 2,8-10,7; $p < 0,0001$). El trasplante hepático no se asoció de forma independiente con ECA (HR: 1,6; $p = 0,19$). **Conclusiones:** La TCBD permite detectar CAC severas en RTH, las cuales se asocian con mayor riesgo de eventos cardiovasculares y menor supervivencia. Este hallazgo respalda el uso de TCBD como herramienta dual para el cribado de cáncer de pulmón y la estratificación del riesgo cardiovascular en RTH fumadores.

CO1.05

CÓMO LA SARCOPENIA PRETRASPLANTE CONDICIONA EL CRECIMIENTO EN LACTANTES CON ATRESIA BILIAR

M. Dolores Lledin Barbancho¹, María Alós Díez¹, Manuel Parrón-Pajares¹, Marta García Vega¹, Ana Martínez Pereira¹, David Andrade Guerrero², Ana Morais², Esteban Frauca Remacha¹

1) Servicio de Hepatología y Trasplante Hepático Infantil. H. U. La Paz. 2) Servicio de Nutrición Pediátrica. H. U. La Paz

Objetivos: La pérdida de masa muscular está estrechamente asociada con complicaciones tras el trasplante hepático a corto plazo en niños con atresia biliar. Sin embargo, los estudios que examinan el impacto de la sarcopenia en los resultados a largo plazo, como el crecimiento, son muy limitados. Nuestro objetivo es determinar el efecto de la sarcopenia previa al TH en la recuperación de la talla e identificar factores adicionales que puedan influir. **Material y métodos:** Se estudió una cohorte de 44 pacientes con atresia biliar sometidos a trasplante hepático antes de los 18 meses de edad. Todos disponían de tomografías computarizadas abdominales basales con medición del área del músculo psoas. La talla se registró en varios momentos. El catch-up o crecimiento compensatorio se definió como el aumento en la puntuación Z de la talla (Zt) entre dos mediciones. **Resultados:** Durante los primeros 6 meses, los pacientes presentaron estancamiento del crecimiento, con una media de ΔZt de $-0,29 \pm 0,91$. Entre los 6 y 24 meses, se observó un marcado catch-up, con una ΔZt de $0,62 \pm 0,78$. Posteriormente, se produjo un aumento gradual más lento. Quince pacientes completaron un seguimiento de 7 años, con una Zt de $-0,52 \pm 0,77$. La masa muscular del psoas se correlacionó negativamente con el catch-up desde el trasplante hasta los 2 años postTH ($r = -0,307$, $p = 0,043$), y también desde el nadir (a los 6 meses), hasta 4 años postTH ($r = -0,392$, $p = 0,016$). Al estratificar en tertiles de masa muscular, el tercil más bajo mostró significativamente más catch-up en comparación con el más alto ($p = 0,037$). La puntuación Zt basal, la edad al momento del trasplante, la puntuación PELD y las dosis acumuladas de corticoides de los 6 a 12 meses, mostraron correlaciones significativas con el catch-up, pero solo la masa muscular se mantuvo significativa tras el análisis multivariado. **Conclusiones:** Los niños con menor masa muscular preTH mostraron un catch-up más pronunciado y sostenido a lo largo del tiempo de estudio.

CO1.06

IMPACTO DE UN PROGRAMA INTEGRAL DE PRE Y REHABILITACIÓN EN TRASPLANTE HEPÁTICO. RESULTADOS PRELIMINARES DE SEGUIMIENTO A 3 MESES POST-TH.

Jesús Rivera-Esteban, Víctor Valverde-Salazar, Laura Benítez, Ana Duca, Ana Arias, María Traperó, Natalia Fernández-Puga, Enrique Fraga, José L. Calleja
Unidad de Trasplante Hepático, H. U. Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

Introducción: La desnutrición, sarcopenia y fragilidad son condiciones crecientes en candidatos a trasplante hepático (TH) y se asocian a una mayor morbilidad y mortalidad. Los programas de pre y rehabilitación permitirían optimizar al paciente para el TH y potenciar su recuperación. **Material y métodos:** Candidatos en lista de espera (LE) del H. Puerta de Hierro Majadahonda desde Agosto/23 hasta Julio/25 en los que se evaluó la composición corporal, sarcopenia y fragilidad mediante BIA y Handgrip en LE, al alta y tras el TH. Se definió desnutrición según los criterios GLIM 2025, sarcopenia mediante los criterios EWGSOP2 (Handgrip <27 kg en varones y <16 kg en mujeres) y/o un valor <0,6 en un nomograma que incluye sexo, IMC y ángulo de fase (AF) y el Liver Frailty Index para fragilidad. Todos los pacientes recibieron una intervención nutricional y de ejercicio físico pre y post-TH. **Resultados:** De los 40 candidatos con seguimiento 3 meses post-TH, a su inclusión en LE un 35 % presentó desnutrición, un 37,5 % sarcopenia y un 32,5 % fragilidad. Durante su estancia en LE la fragilidad mejoró significativamente ($p < 0,03$). Al alta aumentó la tasa de sarcopenia (58,5 %) y empeoraron los parámetros de masa y función muscular, que no se asociaron con el tiempo en UCI o las complicaciones médicas. A los 3 meses se observó una pérdida de masa y % de grasa respecto al alta ($p 0,03$ y $p 0,003$), una mejoría del handgrip y del AF ($p 0,016$, $p 0,017$) y de la situación de fragilidad, restando únicamente dos pacientes (11,1 %) frágiles frente al 62,5 % al alta hospitalaria. **Conclusiones:** La sarcopenia y la fragilidad empeoran drásticamente tras el TH. Los programas de rehabilitación pueden mejorar la composición corporal, la fragilidad y la función muscular. Se precisan intervenciones más precoces, duraderas para evaluar el impacto real de estos programas.

CO1.07

RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES OPERADOS POR HEPATOCARCINOMA CON RECIDIVA TUMORAL O FACTORES HISTOLÓGICOS DE MAL PRONÓSTICO

Laura Lladó¹, Marta Moyano¹, Alba Cachero¹, Oriana Barrios¹, Marina Vila¹, Marta García-Guix¹, Lluís Secanella¹, Alberto Amador¹, Kristel Mills¹, María Sorribas¹, Teresa Serrano², Emilio Ramos¹

1) Unidad de Trasplante Hepático, H. U. de Bellvitge. 2) Servicio Anatomía Patológica, H. U. de Bellvitge

Introducción: La recidiva intrahepática es una complicación frecuente tras la resección de hepatocarcinoma (HCC). El trasplante hepático (TH) de rescate ofrece altas probabilidades de curación, aunque su aplicabilidad es limitada por diversos motivos. Como alternativa, el TH "ab initio" se plantea en pacientes con elevado riesgo de recidiva antes de que esta ocurra. El objetivo del estudio fue analizar la factibilidad y los resultados de ambas estrategias en pacientes sometidos a hepatectomía por HCC. **Metodología:** Estudio observacional retrospectivo sobre una cohorte prospectiva de 457 pacientes intervenidos entre 1990 y 2023. Se recogieron datos clínicos, quirúrgicos y anatomopatológicos, identificando factores de riesgo de recidiva. Se evaluaron la aplicabilidad, la supervivencia y la recurrencia en pacientes sometidos a TH de rescate o "ab initio". **Resultados:** 233 pacientes (51 %) presentaron recidiva en alguna localización. El análisis multivariante identificó como factores de riesgo la invasión vascular microscópica, la presencia de nódulos satélite y el número de nódulos >1. De la cohorte, solo 31 pacientes (6,7 %) fueron finalmente trasplantados: 20 tras recidiva y 11 "ab initio". Globalmente, los pacientes trasplantados presentaron mejor supervivencia a 5 años respecto al resto (75,7 % vs 61,4 %, $p=0,044$). El TH de rescate mejoró de forma significativa la supervivencia en casos de recidiva aislada (63,4 % vs 34,5 %, $p=0,0001$). En cambio, el TH "ab initio" no mostró beneficio significativo frente a pacientes con factores de riesgo (75 % vs 35,8 %, $p=0,162$), aunque permitió un adecuado control tumoral. La mayoría de los fallecimientos en este grupo se relacionaron con complicaciones de la inmunosupresión. **Conclusiones:** La aplicabilidad del TH tras resección de HCC fue baja. El TH de rescate demostró un claro beneficio en recidiva aislada. El TH "ab initio", aunque eficaz en el control oncológico, no mejoró la supervivencia global debido a la morbilidad asociada, lo que resalta la importancia de una cuidadosa selección de pacientes.

CO1.08

TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA ENFERMEDAD POLIQUISTICA HEPÁTICA: EXPERIENCIA ESPAÑOLA

Gabriela Chullo Llerena¹, Christian Robles Bardales¹, Andrea Boscà Robledo², Claudia Lorenzo³, Alejandra Otero Ferreiro³, Adnan Alsourani¹⁴, Fernando Rotellar Sastre⁴, Víctor López López⁵, José M. Álamo⁶, Alberto Pueyo Rabanal⁷, Nicolau Vallejo Senra⁸, Manuel Durán Martínez⁹, Teresa Pascual Vicente¹⁰, Karem Pichardo¹¹, Angélica María Borraez Jiménez¹², Elisaul Suárez Zambrano¹³, M. Magdalena Salcedo Plaza¹⁴, Ana Belen Vico Arias¹⁵, Sara Lorente Pérez¹⁶, Miguel Á. López Boado¹, Fabio Ausania¹, Mireia Musquera¹, Eva Rivas¹, Gonzalo Crespo¹, Nuria Rivas¹, Fritz Diekmann¹, Angel Ruiz¹, Jordi Colmenero¹, Yiliam Fundora¹, Anabel Blasi¹

1) H. Clínic. 2) H. U. La Fe. 3) H. U. de A Coruña. 4) C. U. de Navarra. 5) H. C. U. Virgen de la Arrixaca. 6) H. U. Virgen del Rocío. 7) H. U. Puerta de Hierro. 8) H. C. U. de Santiago. 9) H. U. Reina Sofía. 10) H. U. de Cruces. 11) H. U. Vall d'Hebron. 12) H. U. de Badajoz. 13) H. U. Nuestra Señora de Candelaria. 14) H. G. U. Gregorio Marañón. 15) H. U. Virgen de las Nieves. 16) H. C. U. Lozano Blesa

Objetivos: La enfermedad poliquística hepática (PCLD) avanzada produce hepatomegalia sintomática y, ocasionalmente, complicaciones compresivas. El trasplante hepático (TH) es la única opción curativa. En España la experiencia publicada es limitada y solo existe una serie multicéntrica de 19 casos. Nuestro objetivo fue describir las características y resultados del TH por PCLD en una cohorte nacional multicéntrica. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo y observacional que incluyó pacientes sometidos a TH por PCLD entre 1992 y 2024 en 16 hospitales españoles. Se analizaron variables demográficas, clínicas, quirúrgicas, complicaciones y evolución. La supervivencia se estimó mediante Kaplan-Meier. **Resultados:** Se incluyeron 226 pacientes, 81 % mujeres, mediana de edad 52 años (45-58) y MELD 12 (8-20). El diagnóstico más frecuente fue poliquistosis renal autosómica dominante (67,9 %), seguido de poliquistosis hepática autosómica dominante (32,1 %). Solo el 9 % tuvo análisis mutacional, principalmente PKD1. La mayoría presentaba síntomas por hepatomegalia (94,6 %), siendo los más comunes distensión y dolor abdominal (85,4 % y 77,1 %). La HTA fue la comorbilidad predominante (66 %) y la HTP estuvo presente en el 4 %. El 56 % recibió TH aislado y el 44 % combinado hepatorenal; se empleó bypass en el 22 % y preservación de la vena cava en el 84 %. Las complicaciones Clavien-Dindo $\geq$ III ocurrieron en el 30 %. Durante el ingreso se observaron estenosis biliar (5 %) y trombosis arterial hepática (7 %), y a largo plazo, estenosis biliar (11 %) y arterial (1,5 %). La supervivencia acumulada fue 94 % a 6 meses, 93 % al año, 86 % a 5 años, 82 % a 10 años y 69 % a 20 años. El retrasplante hepático fue necesario en el 6 % y, entre los TH aislados, el 8 % requirió trasplante renal posterior tras 5,4 años (3,5-10,3). **Conclusiones:** Esta serie constituye la mayor experiencia multicéntrica española en TH por PCLD. A pesar de la complejidad quirúrgica y la comorbilidad asociada, el trasplante ofrece resultados excelentes, comparables a registros internacionales.

CO2.01

LA ATEROMATOSIS DE LA ARTERIA HEPÁTICA AUMENTA EL RIESGO DE ESTENOSIS BILIAR TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Paloma Elma Alañón Martínez^{1,2}, Marina Orti Cuerva^{1,2}, Ana Luque López^{1,2}, José L. Montero^{1,2,3}, Marina Sánchez Frías^{2,4}, Rubén Ciria^{2,5}, Pilar Barrera^{1,2,3}, Antonio Poyato^{1,2,3}, Manuel De La Mata^{1,2,3}, Javier Briceño^{2,5}, Manuel Rodríguez-Perálvarez^{1,2,3}

1) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, H. U. Reina Sofía, Córdoba, España. 2) Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba, España. 3) Centro de investigación biomédica en red de enfermedades hepáticas y digestivas (CIBERehd), Madrid, España. 4) Unidad de Anatomía Patológica, H. U. Reina Sofía, Córdoba, España. 5) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático, H. U. Reina Sofía, Córdoba, España

Objetivos: El envejecimiento de los donantes y receptores, junto con la creciente prevalencia de comorbilidades metabólicas, podría incrementar la frecuencia de ateromatosis de la arteria hepática (AH). El objetivo del estudio fue evaluar si la ateromatosis de la AH se asocia a un mayor riesgo de complicaciones biliares tras el trasplante hepático (TH). **Material:** Se incluyeron todos los pacientes adultos sometidos a TH completo entre 2012 y 2023 en un único centro donde prospectivamente se habían recogido muestras de la AH del donante y receptor para identificar histológicamente la presencia de ateromatosis. **Método:** Estudio observacional retrospectivo. Se analizaron los factores de riesgo relacionados con la aparición de estenosis biliar a los 24 meses mediante regresión de Cox uni- y multivariante. **Resultados:** De los 320 pacientes incluidos, 63 (19,6 %) desarrollaron estenosis biliar tras una mediana de seguimiento de 44 meses (17-72). La incidencia de estenosis biliar fue del 14,3 % (n=46) a los 24 meses. En el 58,4 % de los casos existía ateromatosis del donante y/o del receptor. La presencia de ateromatosis en la AH del donante o del receptor (17,6 % vs. 9,8 %; p = 0,048) y los injertos procedentes de donación en asistolia (DCD) (23,6 % vs. 12,5 %; p = 0,031) se asociaron con un mayor riesgo de estenosis biliar. En el análisis multivariante, la ateromatosis de la AH (HR = 2,19; IC 95 %, 1,14-4,21; p = 0,019) y el uso de injertos DCD (HR = 2,44; IC 95 %, 1,25-4,75; p = 0,009) fueron los únicos factores de riesgo independientes para el desarrollo de estenosis biliar post-TH. **Conclusiones:** La presencia de ateromatosis en la AH aumenta el riesgo de estenosis biliar tras el TH. En estos pacientes se podría considerar el uso de antiagregantes y/o la implantación de prótesis biliares degradables para reducir el riesgo de complicaciones biliares.

CO2.02

RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO CON INJERTOS PROCEDENTES DE BIPARTICIÓN (SPLIT) EN ADULTOS

Silvia Fernández Noel, [Julia Gutiérrez](#), Alberto Marcacuzco Quinto, Anisa Nutu, Jorge Calvo, Alejandro Manrique, Álvaro García Sesma, Iago Justo Alonso, Clara Fernández Fernández, Carmelo Loinaz Seguro, Oscar Caso Maestro

H. U. 12 de Octubre

Objetivos: El trasplante hepático (TH) con injertos de bipartición (Split) representa una estrategia valiosa para hacer frente a la escasez de injertos. El objetivo de este trabajo es analizar nuestra experiencia con estos injertos durante los últimos años. **Material y métodos:** Estudio longitudinal y prospectivo de una cohorte histórica compuesta por todos los pacientes adultos trasplantados con injertos Split en nuestro centro entre enero 2001 y diciembre 2023. Se analizaron múltiples variables del donante, del receptor, de la técnica quirúrgica y de los resultados del trasplante. **Resultados:** 61 pacientes adultos recibieron un TH con un injerto Split. La edad media del donante fue 29 años, un 68,9 % eran hombres. El IMC medio fue 24 m/kg². La edad media del receptor fue 58 años, un 67,2 % eran mujeres. Las causas de hepatopatía fueron: virus C 45,9 %, alcohol 24,5 %, enfermedad colestásica 13,3 % y otras causas 14 %. En el 57,5 % se utilizó el lóbulo hepático derecho (LHD) + segmento 4, en el 36 % el LHD y en el 6,5 % el lóbulo hepático izquierdo. La bipartición se realizó ex situ en el 90,2 % de los casos. Un 19,6 % de los pacientes tuvieron complicaciones biliares (4 estenosis biliares y 8 fugas anastomóticas) y un 14,8 % arteriales (9 trombosis). Después de una mediana de seguimiento de 117 meses la supervivencia del paciente a 1, 3 y 5 años fue del 81,8 %, 76,2 % y 73,9 %, respectivamente y la supervivencia del injerto a 1, 3 y 5 años fue del 80,3 %, 73,4 % y 73,4 %, respectivamente. Las principales causas de mortalidad fueron la enfermedad cardiovascular (14,8 %) y las infecciones (9,8 %). **Conclusiones:** La utilización de injertos procedentes de bipartición es una buena alternativa para ampliar el pool de donantes con unos resultados similares a la utilización de otros tipos de injertos.

CO2.03

UTILIDAD DE LA SATURACIÓN REGIONAL HEPÁTICA PARA PREDECIR LA CALIDAD DEL HÍGADO EN DONANTES ADULTOS

Julen Ramón Rodríguez, Diego López Guerra, Noelia De Armas Conde, Isabel Jaén Torrejimoto, [Adela Rojas Holguín](#), Cristina Rosel Jódar, Angélica Borraez Jiménez, Gerardo Blanco Fernández

H. U. de Badajoz

Objetivos: Determinar la utilidad de la monitorización de la saturación regional de oxígeno (rSO₂) hepática mediante el dispositivo de espectroscopia infraroja INVOS en los hígados donantes. **Material:** Para las mediciones de la rSO₂ hepática se empleó el dispositivo INVOS 5100C. **Método:** Estudio prospectivo de los donantes hepáticos adultos válidos de nuestro centro, entre 01/08/2020 y 01/06/2022. La medición de la rSO₂ hepática se realizó sobre la piel del hipocondrio derecho del donante antes de comenzar la cirugía y, posteriormente, durante la cirugía sobre la superficie hepática a nivel del segmento 4b. Antes de finalizar la cirugía se tomó una biopsia hepática. **Resultados:** En el periodo a estudio se realizaron 51 trasplantes hepáticos (TH) de los cuales se excluyeron 22 donantes porque no fue posible realizarles ninguna de las mediciones del estudio, incluyéndose en el análisis final 29 donantes. La rSO₂ en la piel del donante se obtuvo en 27 pacientes y sobre el hígado donante en 18. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre los niveles de rSO₂ sobre la superficie hepática y el grado de esteatosis medido en la biopsia hepática. Los donantes con niveles de rSO₂ más bajos presentaron un mayor grado de esteatosis hepática en el análisis anatomopatológico. Calculamos el punto de corte de la rSO₂ para que los donantes pertenecieran al grupo de esteatosis < 30 % y obtuvimos que aquellos hígados con valores de rSO₂>57 % medidos sobre el hígado donante se asociaban con una EH< 30 % (S:92 %-E:75 %). Asimismo, los donantes con valores preoperatorios más bajos de GOT tuvieron valores de rSO₂ hepática medidos en la piel mayores, de forma estadísticamente significativa. **Conclusiones:** El dispositivo INVOS podría servir como una herramienta adicional a la hora de determinar la validez del injerto, acortando el tiempo de toma de decisiones.

C02.04

PRIMERA EXPERIENCIA EN CASTILLA Y LEÓN CON PERFUSIÓN MECÁNICA OXIGENADA HIPOTÉRMICA (HOPE) EN ALTA TASA DE DONACIONES TRAS MUERTE CIRCULATORIA

Andrea González De Godos, Martín Bailón Cuadrado, Francisco J. Tejero Pintor, Paloma Lourdes Rodríguez Vielba, Fernando Labarga Rodríguez, José Carlos Sarmiento Prieto, Pilar Pinto Fuentes, Enrique Asensio Díaz, David Pacheco Sánchez

H. U. Río Hortega

Introducción y objetivos: La discordancia entre la oferta y demanda de órganos ha impulsado a hacer un uso creciente de donantes marginales, asociados con una mayor tasa de complicaciones y menor supervivencia del injerto. Se ha propuesto la perfusión mecánica oxigenada hipotérmica (HOPE) para mejorar los resultados. El objetivo de este estudio es evaluar el beneficio de la implementación del HOPE en nuestro centro. **Material y métodos:** Estudio observacional prospectivo en el H. U. Río Hortega (Valladolid) entre enero de 2022 y diciembre de 2024. El seguimiento mínimo fue de seis meses. El uso de HOPE se consideró en: edad del donante ≥ 80 años; IMC del donante ≥ 30 kg/m² o problemas logísticos que aumentaron el tiempo de isquemia. El grupo control lo constituyeron los injertos conservados mediante frío estático (SCS). Se analizaron los resultados a corto y largo plazo del trasplante hepático. **Resultados:** Se empleó HOPE en 31 (33,7 %) de 92 trasplantes hepáticos en adultos realizados durante el período estudiado. El tiempo medio de perfusión fue de $117,64 \pm 37,39$ minutos. Las características basales fueron comparables entre los dos grupos excepto en la variable donación en asistolia (6,6 % versus 45,2 %; $p < 0,001$) y el índice europeo de riesgo del donante (ET-DRI) ($1,87 \pm 0,43$ versus $2,26 \pm 0,62$; $p < 0,001$). El análisis de resultados mostró un aumento de disfunción renal aguda en el grupo HOPE (26,2 % versus 54,8 %; $p < 0,001$). No obstante, los resultados fueron similares para la tasa de síndrome postreperfusión (11,8 % versus 12,9 %; $p=1,00$); DPI (24,6 % vs 22,6 %; $p=0,83$) y L-GRAFT ($5,44 \pm 7,57$ vs $6,84 \pm 8,33$; $p=0,42$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la tasa de complicaciones biliares ($p=0,66$) o vasculares ($p=0,13$). La media de seguimiento fue de 38,37 meses (IC95 % 36,59-40,15) en SCS y 27,26 meses (IC95 %: 24,35-30,17) en HOPE ($p=0,13$). **Conclusiones:** La implementación del HOPE ha conseguido obtener resultados equiparables en cuanto a supervivencia global, complicaciones y DPI en comparación con el SCS a pesar del sesgo de selección por mayor tasa de donación en asistolia, tiempo de isquemia fría y puntuación del ET-DRI.

C02.05*

PERFUSIÓN HIPOTÉRMICA OXIGENADA DUAL (DHOPE) FRENTE A PERFUSIÓN REGIONAL NORMOTÉRMICA (PRN) EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO CON DONANTES EN ASISTOLIA CONTROLADA: ESTUDIO MULTICÉNTRICO INTERNACIONAL

Manuel Durán Martínez¹, Fenna Van Der Heijden², Linda C Woltjes³, Mikel Gastaca⁴, Femke De Goeij², Andrea Boscá⁵, Yiliam Fundora⁶, L. Miguel Marin Gómez⁷, Mireia Caralt⁸, Mónica Mogollón⁹, Julio Santoyo Villalba¹⁰, Víctor López-López¹¹, Gonzalo Gómez Dueñas¹, Gloria De La Rosa¹², Patricia Ruiz⁴, Rafael López Andújar⁵, Homero Charles Cantú⁶, Miguel Á. Gómez Bravo⁷, Alejandro Pérez², Estefanía Ferre¹⁰, Pablo Ramírez¹¹, Rafael Calleja¹, Beatriz Domínguez Gil¹², Jeroen De Jonge², Vicent E. De Meijer³, Robert J. Porte², Javier Briceño¹

1) H. U. Reina Sofía, Córdoba, España. 2) Erasmus MC Transplant Institute, U. Medical Center Rotterdam, Rotterdam, the Netherlands. 3) UMCG Comprehensive Transplant Center, U. Medical Center Groningen, University of Groningen, Groningen, the Netherlands. 4) H. U. de Cruces, Bilbao, España. 5) H. U. P. La Fe, Valencia, España. 6) Institut de Malalties Digestives i Metabòliques (IMDiM), H. C. U. de Barcelona, Barcelona, España. 7) H. U. Virgen del Rocío, Sevilla, España. 8) H. U. Vall d'Hebron, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Vall d'Hebron Barcelona Hospital Campus, U. Autònoma de Barcelona, Barcelona, España. 9) H. U. Virgen de las Nieves, Instituto de Investigación Biosanitaria ibs, Granada, España. 10) H. R. U. de Málaga, Málaga, España. 11) H. C. U. Virgen de la Arrixaca, IMIB, El Palmar, España. 12) Organización Nacional de Trasplante, Madrid, España

Objetivos: Evaluar la supervivencia del injerto a 12 meses en trasplantes hepáticos (TH) con donantes en asistolia controlada (DAC) preservados mediante perfusión regional normotérmica (PRN) o perfusión hipotérmica oxigenada dual (DHOPE). Como objetivos secundarios, se analizaron la supervivencia del paciente y la incidencia de complicaciones biliares, incluyendo estenosis no anastomóticas (NAS). **Material:** Estudio retrospectivo multicéntrico que incluyó TH con donantes DAC realizados entre 2016 y 2022 en dos centros de Países Bajos (DHOPE) y nueve centros de España (PRN). Se incluyeron pacientes adultos (18-60 años) que recibieron su primer TH completo con órganos preservados mediante una de estas dos técnicas. **Método:** Se aplicó un ajuste por puntuación de propensión mediante overlap weighting para equilibrar las características basales entre los grupos, incorporando variables clínicas relevantes de donantes y receptores. Los resultados se compararon mediante análisis de supervivencia (Kaplan-Meier) y modelos de riesgos proporcionales de Cox. **Resultados:** Se incluyeron 483 TH: 113 con DHOPE y 370 con PRN. La supervivencia del injerto a los 12 meses fue mayor en el grupo PRN tanto antes (91 % vs. 86 %; $p=0,01$) como después del ajuste (94 % vs. 85 %; $p=0,0026$; HR 3,11; IC95 %: 1,43-6,78). La supervivencia del paciente fue comparable (94 % vs. 89 %; HR 2,11; IC95 %: 0,93-4,80). Las complicaciones biliares fueron más frecuentes en el grupo DHOPE antes (51,8 % vs. 19,6 %; $p<0,001$) y tras el ajuste (52,8 % vs. 24,7 %; HR 2,72; IC95 %: 1,63-4,54; $p<0,001$). La incidencia de NAS fue superior en DHOPE tanto antes (21,2 % vs. 1,1 %; $p<0,001$) como tras el ajuste (23,6 % vs. 1,0 %; HR 31,18; IC95 %: 4,16-233,82; $p<0,001$). **Conclusiones:** Tras ajustar por factores del donante y del receptor, la preservación con PRN se asoció con mayor supervivencia del injerto y menor incidencia de complicaciones biliares, incluidas las estenosis no anastomóticas, en comparación con DHOPE.

* Comunicaciones orales preseleccionadas al Premio de la SETH Dr. Carlos Margarit a la mejor comunicación oral

** Comunicaciones orales finalistas al Premio de la SETH a la mejor comunicación oral presentada por un médico residente

CO2.06

HYPOTHERMIC OXYGENATED PERFUSION (HOPE) EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO: ESTUDIO MULTICÉNTRICO

Ane Miren Andrés, María Velayos, Javier Serradilla, Alba Sánchez, José L. Encinas, Luis Seas, Pilar García, Iñigo Velasco, M. Dolores Lledin, María Alós, Esteban Frauca, Francisco Hernández

H. U. La Paz

Objetivos: La perfusión oxigenada en hipotermia (HOPE) pretende mejorar la preservación del injerto hepático, reduciendo la isquemia fría y mitigando el daño de isquemia-reperfusión. Evaluamos el uso pionero de HOPE en trasplante hepático pediátrico (THP) donde la experiencia es muy limitada. **Material:** Estudio multicéntrico (4 centros) retrospectivo descriptivo europeo (2023-2025). Incluimos receptores <18 años con injertos hepáticos tratados con HOPE. **Métodos:** Revisamos y analizamos datos clínicos de donantes y receptores, parámetros de HOPE, valores de laboratorio, complicaciones vasculares y biliares, incidencia de fallo primario y disfunción temprana del injerto, así como supervivencia. **Resultados:** Se incluyeron 67 THP-HOPE: 32 splits (3 monosegmentos), 21 reducidos, 14 hígados enteros), incluyendo 3 trasplantes hepato-cardíacos, 1 hepatorenal y 6 (9 %) procedentes de donantes en asistolia. La principal indicación fue la atresia biliar (44,8 %); 10 casos (15 %) fueron retrasplantes. La proporción de peso injerto/receptor (GRWR) fue del 2,9 %. La duración media de HOPE fue de 144,9±71,5 minutos, reduciendo el tiempo de isquemia fría en un 30 %. El pico de transaminasas y los valores durante los días 1,7 y 15 postoperatorios (AST/ALT) fueron 1524/696 (IQR, 706,7-2263,2/380-1588,7), 708/574,5 (IQR, 496-1362/344,2-1238,7), 50/133 (IQR, 37-61/7,25-218,5) and 37,5/45 (IQR, 27,5-66/28-99), respectivamente. Hubo un fallo primario del injerto y 13 casos de disfunción leve temprana. Se registraron un total de 13 complicaciones vasculares (21 %), entre ellas 6 estenosis portales, 4 estenosis arteriales, y 3 trombosis arteriales. Once pacientes desarrollaron complicaciones biliares (16 %), 8 fugas y 6 estenosis. Tras una media de seguimiento de 7 meses (IQR, 1-9) la supervivencia global fue de 91,1 %. **Conclusiones:** La preservación oxigenada en hipotermia (HOPE) redujo en un 30 % el tiempo de isquemia en THP con tiempos de isquemia prolongados, cirugías de banco largas o injertos procedentes de donantes en asistolia. Son necesarios más estudios para definir sus indicaciones y evaluar su impacto en el largo plazo.

CO2.07

HOPE PARA EL CARCINOMA HEPATOCELULAR: AUMENTO DEL NÚMERO DE DONANTES Y MENOR RECURRENCIA HEPÁTICA

Maria João Amaral^{1,3}, Tiago Antunes^{1,3}, Mariana Duque¹, Júlio Constantino^{1,2,3}, Pedro Oliveira^{1,2,3}, Marco Serôdio¹, António Pinho¹, Emanuel Furtado^{1,2}, José Guilherme Tralhão^{1,3}, Dulce Diogo^{1,2}

1) Serviço de Cirurgia Geral, Unidade Local de Saúde de Coimbra. 2) Unidade de Transplantação de Adultos, Unidade Local de Saúde de Coimbra. 3) Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introducción: La recurrencia tumoral tras el trasplante hepático (TH) se ha asociado a diversos factores, como la lesión por isquemia-reperfusión (LIR). La perfusión oxigenada hipotérmica (HOPE), reduce la LIR y la inflamación resultante. Nuestro objetivo fue estudiar la recurrencia tumoral en pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) trasplantados con injertos perfundidos con HOPE. **Pacientes y método:** Análisis retrospectivo de dos grupos de pacientes adultos con CHC sometidos a TH ortotópico con injertos de donantes em muerte cerebral entre 08/2020 y 10/2023: no perfundidos y perfundidos con HOPE. **Resultados:** Durante el período de estudio se trasplantaron 76 pacientes con CHC. Grupo no perfundido: N=24, edad mediana 61 años (IQR 56-66). Edad de los donantes 58,5 años (IQR 54,25-67,75) (0 % ≥80 años). Tiempo de isquemia fría (TIF) 283,5 minutos (IQR 241,75-336,25). Seguimiento 45 meses (IQR 22-50,75) con recurrencia en dos pacientes (8,3 %), incluyendo recurrencia hepática. SLE de 95,8 % al año. Ambos pacientes con recurrencia hepática (100 %) fallecieron debido a la progresión de la enfermedad. Grupo HOPE: N=52, edad mediana 62 años (IQR 56,25-66,75). Edad de los donantes 73 años (IQR 68,25-79) (23,1 % ≥80 años, p< 0,001). TIF 220,5 minutos (IQR 185,5-255, p< 0,001), tiempo HOPE 132,5 minutos (IQR 123-173,5). Menor severidad de la LIR (p=0,001). Seguimiento 29,50 meses (IQR 23,25-37), con recurrencia en cuatro pacientes (7,7 %), solamente extrahepática, que no han fallecido a la fecha de análisis. SLD 98 % al año. La tasa de recurrencia (p=1,000) y SLE (p=0,913) fueron similares entre los grupos, pero ningún paciente del grupo HOPE presentó recurrencias hepáticas. El en grupo HOPE el 23,1 % de los pacientes obtuvo un Metroticket< 50 % y solo uno de ellos presentó recurrencia del CHC. **Conclusiones:** En nuestro Centro, el uso de HOPE mejoró el acceso al TH para los pacientes con CHC, al permitir el uso de donantes ≥80 años. Además, redujo la gravedad de la LIR y parece reducir la recurrencia hepática tras el TH por CHC y la mortalidad resultante.

CO2.08

ANÁLISIS DEL PERFUSATO EN INJERTOS DE RIESGO SOMETIDOS A PERFUSIÓN EX-SITU

Gabriela Chullo Llerena¹, Teresa Carbonell³, Arnau Panisello-Rosello², Marc Bohils¹, Filippo Landi¹, Rocío García¹, Claudia Lorenzo¹, Christian Robles¹, Gonzalo Crespo¹, Pablo Ruiz¹, Sandra Saavedra¹, Jessica Aspas¹, David Toapanta¹, Joan Rosello-Catafau⁴, Cristina Sanz¹, Jordi Colmenero¹, Yiliam Fundora¹, Norma Alva Bocanegra²

1) H. Clínic. 2) Experimental Pathology Department, Institut d'Investigacions Biomèdiques de Barcelona-Consejo Superior de Investigaciones Científicas (IIBB-CSIC). 3) Department of Cell Biology, Physiology and Immunology, Faculty of Biology, U. de Barcelona. 4) Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), University of Barcelona

Objetivos: La perfusión normotérmica (NMP) permite evaluar injertos hepáticos de alto riesgo, habitualmente mediante parámetros bioquímicos, hemodinámicos y macroscópicos. Sin embargo, el análisis del perfusato podría aportar información adicional sobre el estado metabólico, oxidativo e inflamatorio del injerto. **Material y métodos:** Entre 11/21-01/24, se evaluaron mediante NMP ex situ (OrganOx) un total de 26 hígados de alto riesgo (esteatosis, tiempo de isquemia fría prolongado, mala perfusión inicial). Los principales criterios de viabilidad incluyeron: aclaración de lactato $\leq 2,5$ mmol/L en ≤ 4 h, metabolismo de la glucosa, pH $> 7,30$, producción de bilis y aspecto macroscópico homogéneo. Se recogieron muestras seriadas de perfusato para la determinación de marcadores de estrés oxidativo (AOPP, TBARS, TIOLS, succinato, NO), inflamación (IL-1 β , IL-6, TNF- α , IFN- γ) y defensa antioxidante (GPx, GR, SOD). El análisis experimental se centró en 10 injertos (7 trasplantados viables y 3 no viables). **Resultados:** De los 26 injertos, 20 (77 %) cumplieron criterios de viabilidad; de estos, 18 se trasplantaron y 2 se descartaron (uno por progresión neoplásica y otro por muerte intraoperatoria del receptor). La principal causa de no viabilidad fue la ausencia de aclaración adecuada del lactato. El tiempo de perfusión en máquina fue comparable entre trasplantados viables (318 min, RIQ 294-430) y no viables, no trasplantados (300 min, RIQ 271-308,5). Los injertos trasplantados mostraron una reducción más marcada de TBARS y succinato, junto con niveles inferiores de IL-6 e IL-1 β , en comparación con los no viables. **Conclusiones:** Los injertos trasplantados presentaron un mejor control del daño oxidativo (descenso de TBARS y succinato) y una respuesta inflamatoria más moderada (IL-6 e IL-1 β más bajos) que los descartados. Aunque el número de casos es limitado, los perfiles observados sugieren que los biomarcadores de perfusato podrían complementar los criterios clásicos de viabilidad en NMP y contribuir a una evaluación más precisa de los injertos hepáticos.

CO3.01*

BENCHMARKING EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO: HACIA UNOS ESTÁNDARES DE CALIDAD

Luis Hurtado Pardo¹, Andrea Bosca Robledo¹, Eva MontalvÀ Orón¹, Patricia Ruiz Ordorica², Deysi Laura Navarrete Espinosa³, Marina Vila Tura⁴, Pedro Cascales Campos⁵, Julio Santoyo Villalba⁶, Rafael López Andújar¹, Besth Grupo Colaborativo^{1,2,3}

1) H. U. P. La Fe. 2) H. U. de Cruces. 3) H. U. Clínic i Provincial. 4) H. U. de Bellvitge. 5) H. U. de la Arrixaca. 6) H. R. U. de Málaga. 7) H. U. 12 de Octubre. 8) H. U. Reina Sofía. 9) C. U. de Navarra. 10) H. C. U. Lozano Blesa. 11) H. U. Central de Asturias. 12) H. U. de Badajoz. 13) H. U. Nuestra Señora de la Candelaria. 14) H. U. Puerta de Hierro Majadahonda. 15) H. U. Río Hortega. 16) H. U. Vall d'Hebron

Objetivo: El benchmarking es un método de análisis de resultados que facilita establecer unos valores de referencia e identificar el intervalo de mejora para posteriormente realizar mejoras en cualquier proceso asistencial. El objetivo de este estudio es definir los valores benchmark del proceso del trasplante hepático obtenidos en los centros españoles y comparar dichos resultados con los propuestos en otros estudios. **Material y métodos:** A partir del Registro Español de Trasplante Hepático, se identificaron los trasplantes hepáticos realizados en centros de alto volumen (≥ 50 /año) entre 2017 y 2022. Se identificaron los casos de bajo riesgo (casos benchmark) para establecer los correspondientes puntos de corte. Los valores benchmark se definieron como el percentil 75 de las medianas de los casos benchmark de cada centro. Los puntos de corte calculados se compararon con los propuestos por Muller et al. **Resultados:** De un total de 16 centros participantes en el estudio, se identificaron seis centros de alto volumen con 2382 casos, de los cuales 1588 correspondían a casos benchmark (66,7 %). Los valores benchmark definidos tras el análisis multicéntrico fueron: tiempo quirúrgico: ≤ 380 minutos; transfusión intraoperatoria: 0 CH; estancia en UCI: ≤ 3 días; reingreso en UCI: $\leq 9,8$ %; estancia hospitalaria: ≤ 14 días; reingreso hospitalario: $\leq 23,5$ %; complicaciones Clavien Dindo $\geq III$: $\leq 38,4$ %; CCI: $\leq 30,9$ %; complicaciones biliares a 90 días: ≤ 14 %; trombosis arteria hepática a 90 días: $\leq 3,4$ %; retrasplante a 90 días: ≤ 4 %; mortalidad a 90 días: ≤ 4 %; pérdida injerto al año: $\leq 12,2$ %. Todos los puntos de corte calculados se situaban por debajo de los ya descritos previamente en la literatura (Muller et al.), a excepción del tiempo quirúrgico (≤ 380 minutos) y la pérdida del injerto al año (≤ 11 %). **Conclusiones:** El benchmarking es una herramienta útil para la evaluación de la calidad en proceso del trasplante hepático que permite definir unos estándares para todos los programas de trasplante nacionales e identificar áreas con oportunidad de mejora.

* Comunicaciones orales preseleccionadas al Premio de la SETH Dr. Carlos Margarit a la mejor comunicación oral

** Comunicaciones orales finalistas al Premio de la SETH a la mejor comunicación oral presentada por un médico residente

C03.02**

LA RETIRADA DE LA INMUNOSUPRESIÓN EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON TOLERANCIA OPERACIONAL SE ASOCIA CON UNA MAYOR SUPERVIVENCIA GLOBAL Y UNA MENOR INCIDENCIA DE INFECCIONES MAYORES

María Pascual Coloma¹, Miguel Sogbe Díaz¹, Mercedes Iñarrairaegui Bastarrica¹, Juana M. Merino Roncal¹, Fernando Rotellar Sastre¹, Antonio Toral Escudero², José A. Pons Miñano², Ignacio Herrero Santos¹

1) C. U. de Navarra, Pamplona. 2) H. C. U. Virgen de la Arrixaca, Murcia

Objetivo: La inmunosupresión aumenta el riesgo de enfermedad cardiovascular, neoplasias y desarrollo de insuficiencia renal. El objetivo de este estudio es evaluar si su retirada aporta beneficios clínicos y en términos de supervivencia. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo en el que se incluyeron 28 pacientes tolerantes (retirada completa de inmunosupresión y función hepática estable) y 81 controles, emparejados por edad, año de trasplante hepático y presencia de antecedentes oncológicos, enfermedad cardiovascular y función renal en el momento en que los pacientes tolerantes alcanzaron la retirada de inmunosupresión, considerando este punto como referencia temporal. Se analizó la supervivencia global y la probabilidad de desarrollar una infección mayor (requiere hospitalización o la prolonga) mediante curvas de Kaplan-Meier y prueba de Log-Rank. **Resultados:** La retirada de la inmunosupresión se asoció con una mejoría de la supervivencia global en comparación con los controles (mediana: 129 meses vs. no alcanzada; Hazard Ratio [HR]: 0,38; IC 95 %: 0,15-0,92). La probabilidad de presentar una infección mayor a los 120 meses fue significativamente menor en el grupo de tolerantes (0 % vs. 60 %; $p < 0,001$). **Conclusiones:** La retirada de la inmunosupresión en receptores de trasplante hepático se asocia con una menor incidencia de infecciones mayores, así como con una mayor supervivencia global en comparación con los pacientes que mantienen el tratamiento inmunosupresor.

C03.03

RECIDIVA DEL CONSUMO DE ALCOHOL EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS POR CIRROSIS POR ALCOHOL EN UNA COMUNIDAD DEL NORTE DE ESPAÑA

Valle Cadahía Rodrigo¹, Carmen Alvarez Navascues¹, María Varela¹, Carmen García Bernardo², Alberto Miyar², Ignacio González Pinto², Manuel Rodríguez¹, M. Luisa González Diéguez¹

1) Unidad Hepatología, Digestivo. H. U. Central de Asturias, Oviedo. 2) Cirugía Hepato-biliar, H. U. Central de Asturias

Objetivos: Evaluar la tasa de recaída del consumo de alcohol postrasplante y el daño sobre el injerto. Intentar determinar factores de riesgo psico-sociales relacionados con la recaída. **Materiales y métodos:** Variables evaluadas: sexo, edad, tabaco, tiempo abstinencia pre-trasplante, factores psico-sociales, recaída del consumo pos-trasplante, rechazo, fibrosis avanzada y éxitus. **Resultados:** Se incluyeron 298 pacientes trasplantados entre 2002-2025 por cirrosis por alcohol (supervivencia >3 meses). El 90 % varones, edad media 58 ± 6 años (40-70). La indicación: cirrosis descompensada (60 %), carcinoma hepatocelular (40 %). Tasa recaída del consumo alcohol: 21 % (62/298). Probabilidad de recaída: 7 % (1 año), 17,5 % (3 años) y 21 % (5 años). Tiempo medio de recaída: 31 ± 27 meses (3-120). El consumo fue leve (≤ 30 gr/día) en el 61 % de los pacientes (38/62). Convivencia: 75,5 % en familia, 16 % solos y 8,5 % con su madre. Actividad laboral: 67 % prejubilados/jubilados, 21 % activos/baja y 18 % paro. El 72 % casados/pareja y 13 % solteros. Durante el seguimiento el 22 % (14/62) de los "recaedores" desarrollaron fibrosis avanzada (F3/F4). La probabilidad de desarrollar fibrosis avanzada postrasplante fue mayor en los "recaedores" con mayor consumo de alcohol (> 30 gr/día): 30 % (1 año), 53 % (2 años), 88 % (3 años) versus 17 % (1 año), 26 % (2 años), 47 % (3 años) (log Rank 0,04). No encontramos diferencias significativas entre "recaedores" o "abstinentes" en la edad, sexo, tabaco, actividad laboral, enfermedad psiquiátrica, episodios de rechazo, factores psico-sociales ni en la supervivencia. Los pacientes "recaedores" con mayor consumo de alcohol (> 30 gr/día) si presentaban peor supervivencia que los de consumo leve: 95,8 % (1 y 3 años), 91 % (5 años), 49 % (10 años) versus 97,4 % (año), 94,7 % (3 años), 92 % (5 años) y 75 % (10 años) (Log Rank 0,046). Los pacientes con abstinencia >8 meses pre-trasplante presentaban menor riesgo de recaída ($p = 0,01$). **Conclusiones:** En nuestra serie, la abstinencia pre-trasplante < 8 meses se asoció a mayor recaída del consumo de alcohol. La mayoría de los pacientes consumen pequeñas cantidades que no afectan a la supervivencia. Sin embargo, los "recaedores" con mayor consumo presentan mayor riesgo de fibrosis avanzada y mortalidad a largo plazo.

* Comunicaciones orales preseleccionadas al Premio de la SETH Dr. Carlos Margarit a la mejor comunicación oral

** Comunicaciones orales finalistas al Premio de la SETH a la mejor comunicación oral presentada por un médico residente

C03.04*

LOS PACIENTES TOLERANTES AL TRASPLANTE HEPÁTICO PRESENTAN UNA EXPRESIÓN INTRAINJERTO DIFERENCIAL DE MIR-4284, MIR-4286 Y MIR-7977 EN COMPARACIÓN CON LOS PACIENTES NO TOLERANTES

Gloria López-Díaz¹, M. Isabel Sánchez-Lorencio², Antonio Parrado³, M. Magdalena De La Torre², Belén García-Bueno², Mercedes Iñarrairaegui⁴, M. Luisa González-Diéguez⁵, Valle Cadahía Cadahía⁶, Alejandra Otero-Ferreiro⁶, M. Ángeles Vázquez-Millán⁶, Mario Romero-Cristóbal⁷, Magdalena Salcedo⁷, Sara Lorente-Pérez⁸, Gloria Sánchez-Antolín⁹, Jesús De La Peña¹⁰, Pablo Ramírez¹¹, Alberto Baroja-Mazo², José I. Herrero⁴, José A. Pons^{1,12}

1) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, H. C. U. Virgen de la Arrixaca, Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB-Pascual Parrilla), Murcia, España. 2) Grupo de Inflamación Molecular, H. C. U. Virgen de la Arrixaca, IMIB-Pascual Parrilla, Murcia, España. 3) Servicio de Genómica, IMIB-Pascual Parrilla, Murcia, España. 4) Unidad de Hígado, C. U. de Navarra, Pamplona, España. Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA), CIBERehd. 5) Unidad de Hígado, H. U. Central de Asturias, Oviedo, Asturias, España. 6) Unidad de Trasplante Hepático, Complejo Hospitalario A Coruña, España. 7) Unidad de Hígado, H. G. U. Gregorio Marañón, Madrid, España. CIBERehd. 8) Unidad de Trasplante Hepático, H. C. U. Lozano Blesa, U. de Zaragoza e ISS Aragón, Zaragoza, España. 9) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, H. U. Río Hortega, Valladolid, España. 10) Unidad de Anatomía Patológica, H. C. U. Virgen de la Arrixaca, Murcia, España. 11) Unidad de Cirugía General, H. C. U. Virgen de la Arrixaca, IMIB-Pascual Parrilla, Murcia, España. 12) Departamento de Medicina Interna, Facultad de Medicina, U. de Murcia, Campus de Ciencias de la Salud, Murcia, España.

El trasplante hepático (TH) es un procedimiento que salva vidas en pacientes con enfermedad hepática terminal. A pesar de los avances en las terapias inmunosupresoras (IS), su uso prolongado puede conllevar efectos adversos significativos, como infecciones, trastornos metabólicos y neoplasias. Alcanzar la tolerancia operacional (TO), un estado en el cual el injerto es aceptado sin necesidad de IS a largo plazo, ha sido objeto de intensa investigación. Los microARNs (miARNs) han surgido como potenciales biomarcadores de TO debido a su estabilidad y a su papel regulador en las respuestas inmunes.

Métodos: Realizamos un estudio prospectivo con 45 pacientes sometidos a retirada controlada de IS tras TH. Los pacientes se clasificaron como tolerantes (TOL, n=17) o no tolerantes (no-TOL, n=28) en función de su capacidad para mantenerse sin IS ni rechazo durante 12 meses. Se recogieron biopsias hepáticas basales y se analizó la expresión de miARN mediante microarrays y RT-qPCR. Se realizó un análisis de expresión diferencial para identificar miARN asociados a la TO. **Resultados:** Los miR-4284, miR-4286 y miR-7977 se encontraron significativamente sobreexpresados en los pacientes no-TOL frente a los TOL. El análisis de enriquecimiento en rutas reveló que estos miARN regulan genes implicados en la proliferación de linfocitos T, respuestas inmunes Th-17, señalización de mTOR y apoptosis. Se observó correlación positiva entre la expresión de estos miARN y las concentraciones basales de tacrolimus, siendo ambas más altas en pacientes no-TOL. **Conclusiones:** Nuestros hallazgos sugieren que miR-4284, miR-4286 y miR-7977 podrían servir como biomarcadores de tolerancia en TH, lo que resalta su potencial como dianas terapéuticas en estrategias personalizadas de inmunosupresión. Se requieren estudios adicionales en cohortes más amplias para validar estos miARN y explorar su papel mecanístico en la TO.

C03.05

REDUCCIÓN TEMPRANA DE MICOFENOLATO MOFETIL TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO: ¿MENOS EFECTOS ADVERSOS SIN COMPROMETER LOS RESULTADOS?

Patricia Salvador Bengoechea¹, María Senosiain Labiano¹, Eunat Muga Ibarreche¹, J. Ramon Fernández Ramos¹, Ander García San Vicente¹, Alex Bausela Sainz¹, Mikel Gastaca Mateo², Patricia Ruiz Ordorica², Alberto Ventoso Castiñeira², Ibone Palomares Etxeberria², Mikel Prieto Calvo², Arkaitz Perfecto Valero², Sara Mambrilla Herrero², Regino Rodríguez Álvarez³, Francisco J. Bustamante Schneider¹

1) Unidad de Hepatología y Trasplante hepático, H. U. de Cruces. 2) Unidad Cirugía Hepatobiliar y Trasplante hepático, H. U. de Cruces. 3) Unidad de Enfermedades Infecciosas, H. U. de Cruces

Introducción: La combinación tacrolimus (TAC)/micofenolatomofetil (MMF) se recomienda para disminuir la nefrotoxicidad, riesgo oncológico y cardiovascular. Pero MMF también produce efectos adversos que obligan a ajuste/suspensión de MMF. En un análisis previo de nuestro centro (2016-2019), solo el 20 % mantuvo dosis plenas de MMF durante el primer año, mientras que el 39 % lo suspendió, principalmente por reactivación de CMV o toxicidad hematológica. Desde 2020 se instauró un protocolo de reducción precoz de MMF a partir del primer mes postrasplante. **Objetivo:** Evaluar si la reducción precoz de MMF disminuye complicaciones y permite mantener más pacientes en tratamiento con TAC minimizado + MMF. **Métodos:** Estudio retrospectivo comparativo en trasplantes hepáticos entre 2016-2019 (grupo MMF estándar [eMMF], n=236) y 2021-2023 (grupo MMF reducido [rMMF], n=134). Se excluyeron retrasplantes, multiorgánicos, autoinmunes, VIH y fallecidos precozmente. Se analizaron complicaciones por MMF (neutropenia, CMV), necesidad de reducción/suspensión, niveles acumulados de TAC, función renal, complicaciones inmunológicas y supervivencia de pacientes e injertos. **Resultados:** Las características basales y el esquema inmunosupresor inicial fueron comparables. No hubo diferencias en infecciones por CMV, toxicidad hematológica ni rechazo (7,6 % vs 10,4 %; p=0,46). La suspensión de MMF al año fue similar (39,4 % vs 47 %; p=0,26). Tampoco se observaron diferencias en deterioro renal, niveles acumulados de TAC ni en la proporción de pacientes con TAC minimizado. La supervivencia global fue comparable al año (97,9 % vs 97,8 %) y a 3 años (93,7 % vs 93,3 %), al igual que la supervivencia del injerto (93,7 % vs 93,3 % al año; 99,2 % vs 99,3 % a 3 años). **Conclusiones:** La reducción precoz de MMF no disminuye complicaciones ni mejora la persistencia de TAC minimizado + MMF. Sin embargo, no compromete la eficacia inmunosupresora ni la supervivencia de pacientes e injertos, lo que sugiere que puede ser una estrategia segura.

C03.06

LA FIRMA METATAXONÓMICA DE LA MICROBIOTA INTRAHEPÁTICA DEL DONANTE COMO BIOMARCADOR TEMPRANO DE LA EVOLUCIÓN A CORTO PLAZO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

Fernando Lucas Ruiz¹, Daniel Vidal Correoso¹, Sandra Valverde Mateo¹, M. Magdalena de la Torre Álamo¹, Marta Jover Aguilar¹, Felipe Alconchel Gago², Laura Martínez Alarcón¹, Víctor López López², Pedro Cascales Campos², José A. Pons Miñano³, Pablo Ramírez Romero², Alberto Baroja Mazo¹

1) Grupo de Inflamación, Trasplante y Tolerancia. IMIB-Pascual Parrilla, Murcia, España. 2) Servicio de Cirugía General, H. C. U. Virgen de la Arrixaca, Murcia, España. 3) Servicio de Hepatología, H. C. U. Virgen de la Arrixaca, Murcia, España

Antecedentes: El trasplante hepático (TH) sigue viéndose limitado por complicaciones post-trasplante. Aunque la disbiosis de la microbiota intestinal se ha relacionado con los resultados del trasplante, el papel de la microbiota nativa intrahepática del injerto permanece inexplorado. **Objetivo:** Caracterizar la microbiota intrahepática del donante detectada en solución de preservación (SP) y determinar si ciertos taxones microbianos se asocian con la evolución del trasplante a corto plazo, y desarrollar modelos predictivos para la estratificación del riesgo. **Materiales y métodos:** Se analizó la microbiota presente en SP de 110 donantes de TH y en una cohorte de validación (n = 29) mediante secuenciación del 16S rRNA. La microbiota asociada a resultados clínicos se identificó mediante modelos ajustados de MaAsLin2, y las vías génicas relevantes se exploraron mediante minería de datos y análisis de enriquecimiento. Se desarrollaron modelos de machine learning (ML) para predecir resultados basados en características microbianas, y las interacciones huésped-microbioma se validaron con RNA-seq de biopsias hepáticas. **Resultados:** La microbiota derivada de SP se asemejó a los microbiomas hepático y biliar (dominados por Proteobacteria). Algunos géneros fueron diferencialmente abundantes en resultados adversos (p < 0,05): hiperabundantes en no supervivientes y en trombosis arterial hepática, e hipoabundantes en rechazo agudo (RA). El análisis génico relacionó estos taxones con vías inmunes y metabólicas relevantes para los resultados del TH. El RNA-seq validó la sobreexpresión de quimiocinas en injertos hepáticos de receptores no supervivientes. Los modelos de ML predijeron con precisión la supervivencia global (AUC=0,95) y el RA (AUC=0,96) en función de la microbiota, con alta generalización en la cohorte de validación (AUC=0,85-0,88). **Conclusiones:** La microbiota intrahepática del donante predice los resultados del TH mediante modulación inmune-metabólica. Aunque se requiere más investigación para establecer causalidad, el microbioma del injerto se perfila como un biomarcador novedoso y un potencial objetivo terapéutico en trasplante.

C03.07

INMUNOTERAPIA COMO ESTRATEGIA DE INFRAESTADIAJE PARA TRASPLANTE HEPÁTICO POR CARCINOMA HEPATOCELULAR

Camilo Julio Llamaza-Torres^{1,2}, Víctor López-López^{1,2}, Roberto Brusadin^{1,2}, Patricia Pastor-Pérez^{1,2}, Álvaro Navarro Barrios^{1,2}, Asunción López Conesa^{1,2}, M. José Mesa¹, Emilio Belchi Segura¹, M. Luisa Ortiz^{1,2}, Daniel Carbonell Ruiz^{1,2}, Miguel Marín Vera^{1,2}, M. Isabel Castellón Sánchez^{1,2}, Alberto Baroja Mazo^{1,2}, Pablo Ramírez Romero^{1,2}, Ricardo Robles Campo^{1,2}, José A. Pons-Miñano^{1,2}

1) H. C. U. Virgen de la Arrixaca. 2) Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Pascual Parrilla

Objetivos: Evaluar las características de los pacientes trasplantados hepático por carcinoma hepatocelular (CHC) utilizando la inmunoterapia como estrategia de infraestadiaje. **Material y métodos:** Se describen los pacientes con CHC que han recibido un infraestadiaje adecuado recibiendo esquemas de inmunoterapia en los últimos 12 meses en un centro de referencia de trasplante hepático. **Resultados:** Se describen a 5 pacientes con CHC fuera de criterios expandidos para trasplante hepático con un infraestadiaje adecuado utilizando esquemas de inmunoterapia. Todos fueron hombres, la etiología de la cirrosis fueron 2 por virus de la hepatitis C, 1 por alcohol, 1 con criterios MASH y otro por MetALD. Todos tuvieron una clasificación Child A5 y ALBI A1 al diagnóstico. 2 tuvieron la clasificación C de la BCLC y 3 estadio B. La mediana de seguimiento desde su inclusión en lista de espera es de 7 meses. La mediana del nódulo más grande fue de 51,5 mm (IQR: 28,5 - 51,5). Los niveles de AFP tuvieron una mediana de 3,7 ng/ml (IQR: 1,3-33,6). Presentaron trombosis portal maligna Vp2-Vp3 en 2/5 pacientes sin evidencia de actividad tumoral en el explante. 2/5 pacientes recibieron TACE previa. Recibieron una mediana de 8 ciclos (IQR: 6,5-12,5) y la mediana del período de lavado antes del trasplante fue de 90 días (IQR: 57-128,5). 3 recibieron Atezolizumab + Bevacizumab y 2 con Durvalumab + Tremelimumab. Un paciente presentó hipertransaminasemia G2 y un paciente con reactivación de psoriasis G1 antes del trasplante. Un paciente presentó disfunción primaria del injerto con necesidad de retrasplante en las primeras 24 horas post-trasplante y otro paciente presentó rechazo agudo corticorefractario a la semana 6 post-trasplante (RAI:5). No se ha registrado ningún fallecimiento. **Conclusiones:** La inmunoterapia como estrategia de infraestadiaje para el CHC es útil en población muy seleccionada aunque la tasa de rechazo agudo y complicaciones post-quirúrgicas no son despreciables.

CO3.08

UTILIDAD DEL ETILGLUCURÓNIDO URINARIO EN PRETRASPLANTE Y SEGUIMIENTO POSTRASPLANTE HEPÁTICO: ESTUDIO OBSERVACIONAL DE PRÁCTICA REAL

Patricio Más-Serrano^{1,5}, M. Teresa Pomares^{2,5}, María Rodríguez^{2,5}, Pablo Bellot^{2,5}, Iván Herrera^{2,5}, Iván Beltrá^{1,5}, Jaime López-Botella¹, Paola Melgar^{3,5}, Cándido Alcazar^{3,5}, Celia Villodre^{3,5}, Mariano Franco^{3,5}, Enrique Pérez⁴, María Luz González⁴, J. Manuel Ramia^{3,5}, Sonia Pascual^{2,5}

1) Unidad de Farmacocinética Clínica. Servicio de Farmacia. H. G. U. Dr. Balmis. Alicante. 2) Unidad hepática. Servicio de Digestivo. H. G. U. Dr. Balmis. Alicante. 3) Unidad de cirugía hepatobiliar. Servicio de cirugía general. H. G. U. Dr. Balmis. Alicante. 4) Servicio de psiquiatría. H. G. U. Dr. Balmis. Alicante. 5) Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España.

Objetivo: Evaluar la utilidad clínica de etilglucurónido urinario (uEtG) para el cribado e inclusión en lista de espera de trasplante hepático (TH) de etiología alcohólica y para la detección de recaída y recidiva durante el seguimiento post-TH, describiendo el rendimiento del circuito en práctica real. **Métodos:** Estudio observacional de práctica clínica. Circuito pre-TH: determinación basal de uEtG; si el resultado fue negativo, el paciente fue elegible para inclusión en lista; si fue positivo, se repitió a los 6 meses (uEtG_pre). La positividad persistente motivó la exclusión de lista y la negativización permitió su inclusión. Seguimiento post-TH: Se definió recaída como la detección de al menos un uEtG positivo; recidiva como recaída sin abstinencia mantenida (más de un uEtG positivo) y abstinencia como determinación de uEtG negativos o solo un uEtG positivo y los posteriores negativos. Las determinaciones se realizaron mediante inmunoensayo automatizado en orina; se efectuó un análisis descriptivo de frecuencias y proporciones, e identificación de motivos de exclusión. **Resultados:** Se incluyeron 170 pacientes que cumplían el circuito completo de monitorización de uEtG. El uEtG_basal fue positivo en un 24,7 % (42/170). Entre los basales positivos: 13/42 (31,0 %) se incluyeron en lista, 19/42 (45,2 %) se excluyeron por consumo de alcohol y 10/42 (23,8 %) por otros motivos. Finalmente se trasplantaron 99 pacientes, de los cuales el 25,3 % presentaron una recaída (25/99), el 17,2 % presentaron recidiva de consumo (17/99) y un 74,7 % se mantuvieron en abstinencia (74/99); finalmente de los pacientes que presentaron recaída un 32 % (8/25) se mantuvieron abstinentes en el seguimiento posterior. **Conclusiones:** El uso sistemático de uEtG aporta un criterio objetivo para la inclusión en lista y estratifica el riesgo post-TH al discriminar recaída transitoria de recidiva sostenida. Estos hallazgos apoyan decisiones multidisciplinares y la monitorización longitudinal en trasplante hepático.

CO4.01

UMBRAL DE FLUJOS HEPÁTICOS INTRAOPERATORIOS COMO PREDICTORES DE DISFUNCIÓN PRIMARIA DEL INJERTO Y SUPERVIVENCIA PRECOZ DEL INJERTO TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Ernesto Barzola^{1,2}, Carmen Cepeda², L. Miguel Marín², Gonzalo Suárez Artacho², Carmen Bernal², José M. Álamo², Javier Padillo², Miguel Á. Gómez²

1) H. Clínic. 2) H. U. Virgen del Rocío

Introducción: La evaluación intraoperatoria de los flujos hepáticos puede anticipar la función del injerto y complicaciones tempranas tras el trasplante hepático. No obstante, los umbrales óptimos de flujo portal (VP) y arterial (AH) aún no están claramente definidos. Este estudio buscó establecer valores de referencia ajustados al peso del injerto para predecir disfunción primaria del injerto (DPI) y supervivencia a corto plazo. **Métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo que incluyó 472 adultos sometidos a trasplante hepático ortotópico con donante fallecido entre agosto de 2014 y enero de 2024. Los flujos portales y arteriales se midieron tras la reperfundación utilizando VeriQ Flowmeter (Medistim, Noruega) y se normalizaron por 100 g de peso hepático. El objetivo principal fue la DPI, definida mediante criterios estandarizados. Los objetivos secundarios incluyeron complicaciones postoperatorias y supervivencia del injerto al año. **Resultados:** De 472 receptores, 54 (11,4 %) desarrollaron DPI. La supervivencia del injerto al año fue 90,5 %. Un flujo portal < 70 mL/min/100 g se asoció con mayor riesgo de pérdida del injerto al año ($p = 0,048$), mientras que un flujo arterial < 8,5 mL/min/100 g incrementó significativamente el riesgo de DPI ($p < 0,001$). El análisis ROC mostró poder predictivo moderado para el flujo arterial (AUC = 0,72; especificidad: 80,5 %; sensibilidad: 56,9 %) y más limitado para el portal (AUC = 0,61; especificidad: 75,9 %; sensibilidad: 51,0 %). El análisis multivariante confirmó como predictores independientes de DPI el bajo flujo arterial (OR = 0,873; $p < 0,001$) y el tiempo prolongado de isquemia caliente (OR = 1,007; $p < 0,001$). **Conclusiones:** La monitorización intraoperatoria de VP y AH aporta información pronóstica relevante. Mantener un flujo arterial $\geq 8,5$ mL/min/100 g y portal ≥ 70 mL/min/100 g se asocia con menor riesgo de DPI y mejor supervivencia temprana del injerto.

CO4.02

INTERVENCIONES BILIARES GUIADAS POR ECOENDOSCOPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS COMPLICACIONES BILIARES POSTRASPLANTE HEPÁTICO: UN ESTUDIO BICÉNTRICO INTERNACIONAL

Natalia Marcos¹, Esteban Fuentes Valenzuela¹, Andrew Canakis², Marina De Benito Sanz¹, Irene Peñas Herrero¹, Cassie Almond², Félix García Pajares¹, Carolina Almohalla Álvarez¹, Ramon Sanchez-Ocana¹, Carlos De La Serna-Higuera¹, Todd H Baron², Manuel Perez-Miranda¹, Gloria Sánchez Antolín¹

1) H. U. Rio Hortega, Valladolid, España. 2) Division of Gastroenterology and Hepatology, The University of North Carolina at Chapel Hill, Chapel Hill, United States.

Antecedentes y objetivo: La evidencia sobre la ecoendoscopia intervencionista (i-USE) tras el trasplante hepático ortotópico (THO) es aún limitada, especialmente en el contexto de complicaciones biliares no susceptibles de resolución mediante colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE). **Objetivos:** El objetivo primario fue el éxito clínico a corto plazo, definido como la reducción ≥ 50 % de la bilirrubina sérica en los 30 días posteriores al procedimiento. Los objetivos secundarios incluyeron el éxito técnico, el éxito clínico a largo plazo y eventos adversos. **Métodos:** Se realizó un estudio retrospectivo bicéntrico (España y Norteamérica), en dos centros de referencia, que incluyó a pacientes adultos consecutivos sometidos a i-USE. **Resultados:** Se incluyeron 33 pacientes sometidos a un total de 41 procedimientos de i-EUS (18 varones, mediana de edad 58,3 años; RI: 45,6-65). Veintiún pacientes (63,6 %) presentaron reconstrucción biliar mediante anastomosis coledococoledociana T-T, mientras que 12 (36,4 %) tenían hepaticoyeyunostomía en Y de Roux. La mayoría de las anastomosis creadas por i-EUS fueron temporales: 20 hepaticogastrostomías, 1 hepaticoyeyunostomía guiada por USE, 1 hepaticoduodenostomía, 6 coledocoduodenostomías guiadas por USE y 8 CPRE transentéricas guiadas por USE. Además, se realizaron 5 procedimientos de rendezvous guiados por USE. En total, se efectuaron 61 intervenciones endoscópicas trans fistulosa, siendo la colocación de prótesis la más frecuente, con 42 prótesis implantadas. El éxito técnico se alcanzó en 38 procedimientos (92,7 %). El éxito clínico a corto plazo se obtuvo en 33 procedimientos (80,5 %), mientras que el éxito clínico a largo plazo en 22 procedimientos (55 %). Se registraron 11 eventos adversos (26,8 %), siendo la bacteriemia el más común. **Conclusiones:** Este estudio bicéntrico demuestra que la i-USE es una técnica factible, segura y eficaz en pacientes seleccionados con complicaciones biliares complejas tras THO. La i-USE permitió un drenaje biliar efectivo y un tratamiento endoscópico definitivo, evitando en la mayoría de los casos la necesidad de cirugía o retransplante.

CO4.03**

USO DE PRÓTESIS BILIARES AUTOEXPANDIBLES REABSORBIBLES DURANTE EL TRASPLANTE HEPÁTICO: UNA SOLUCIÓN PARA LAS COMPLICACIONES BILIARES TEMPRANAS

María Iniesta Cortés¹, Víctor López López¹, Pedro Antonio Cascales Campos¹, Lucía Hernández Ramos¹, Alberto Baroja Mazo², José A. Pons¹, Alberto Hiciano¹, Pablo Ramírez Romero¹, Francisco Sánchez Bueno¹, Ricardo Robles Campos¹

1) H. U. Virgen de la Arrixaca. 2) Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Pascual Parrilla

Objetivos: Evaluar la incidencia de complicaciones biliares tempranas (≤ 90 días) en receptores de trasplante hepático sometidos a anastomosis biliar término-terminal con colocación intraoperatoria de una prótesis biliar autoexpandible reabsorbible (SEABS). Como objetivos secundarios, describir la distribución temporal y el tipo de complicaciones biliares, analizar las estrategias terapéuticas empleadas, valorar la seguridad del dispositivo e identificar factores clínicos o quirúrgicos asociados. **Material:** Se incluyeron 127 pacientes adultos trasplantados en el H. U. Virgen de la Arrixaca entre enero de 2020 y marzo de 2025. Todos recibieron una SEABS de polidioxanona, con diámetros de 5-9 mm y longitud de 4-5 cm, implantada bajo visión directa durante la anastomosis. **Método:** Estudio observacional prospectivo y unicéntrico. Se recogieron variables clínicas, quirúrgicas y postoperatorias. Se analizaron las complicaciones biliares inmediatas (< 30 días), precoces (30-90 días) y tardías (> 90 días), así como los procedimientos terapéuticos requeridos (CPRE, CPTH, drenajes, cirugía) y la necesidad de retrasplante. **Resultados:** La cohorte estuvo compuesta mayoritariamente por varones (77,2 %), con edad media de 59,8 años. La etiología principal fue cirrosis alcohólica (40,9 %). A los 30 días, la incidencia de complicaciones biliares fue del 1,57 %, y al día 90 del 4,72 %. Cuatro pacientes desarrollaron estenosis anastomóticas en este periodo, tratadas mediante CPRE. Globalmente, 30 pacientes (23,6 %) presentaron complicaciones biliares, la mayoría estenosis tardías (> 90 días). Ocho pacientes (6,3 %) precisaron cirugía, cinco (3,9 %) CPTH y seis (4,7 %) drenaje radiológico. Ningún caso requirió retrasplante ni se registraron eventos adversos relacionados con la prótesis. **Conclusiones:** La colocación sistemática de SEABS durante el trasplante hepático se asocia a una baja incidencia de complicaciones biliares tempranas y a una menor necesidad de intervenciones invasivas en este periodo crítico. Estos resultados sugieren que las SEABS constituyen una estrategia preventiva segura y potencialmente eficaz para reducir la morbilidad asociada a las complicaciones biliares tras el trasplante hepático.

* Comunicaciones orales preseleccionadas al Premio de la SETH Dr. Carlos Margarit a la mejor comunicación oral

** Comunicaciones orales finalistas al Premio de la SETH a la mejor comunicación oral presentada por un médico residente

CO4.04

IMPACTO DE LAS CARACTERÍSTICAS BASALES EN LA REACTIVACIÓN DE CITOMEGALOVIRUS EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Sarai Romero-Moreno^{1,2}, Angela Carvalho-Gomez^{2,3}, Paula Urban-Garbayo¹, Isabel Conde Amiel^{1,3}, Laura Aguilera Martínez-Arenas^{2,3}, Marina Berenguer Haym^{1,2,3}, Victoria Aguilera Sancho-Tello^{1,2,3}

1) H. U. P. La Fe de Valencia. 2) Instituto de Investigación Sanitaria La Fe de Valencia. 3) CIBERehd. 4) Facultad de Medicina de Valencia

Objetivo: Evaluar el impacto de las características basales en la reactivación del CMV (rCMV) en receptores de trasplante hepático (TH). **Material y métodos:** Se incluyeron pacientes TH (2015-2021) en el HUyP La Fe. Criterios de exclusión: re-TH, trasplante hepatorenal, muerte en el primer mes. La CMVr fue definida como cualquier carga viral >400 IU/mL post-TH. Se recogieron datos demográficos, etiología de la cirrosis, puntuación MELD y factores cardiovasculares pre-TH. Los factores de riesgo inmunológicos para la CMVr incluyeron: CMV mismatch (D/R), linfopenia pre-TH (< 500×10³/μL), hipogammaglobulinemia (IgG < 900 IU/mL), y combinación de linfopenia e hipogammaglobulinemia. **Resultados:** Se incluyeron 494 pacientes, edad media de 56 años, 309 (63 %) hombres. La mediana de MELD fue 14. Principales etiologías: VHC (26 %), alcohol (30 %), MASLD (5,7 %), VHB (5 %), mixtas (17 %), otras causas (17 %). 271 (55 %) tenían hepatocarcinoma. 136 (28 %) tenían DM pre-TH y 126 (25 %), hipertensión (HTA). La distribución de CMV mismatch (D/R) fue: (+/+):344 (70 %), (+/-):64 (14 %), y (-/+):66 (13 %). En 83 (17 %) pacientes se administró profilaxis para el CMV. La linfopenia previa al TH se encontró en 142 (29 %), hipogammaglobulinemia (IgG < 900) en 33 (7,7 %) y la combinación de ambas en 20 (4,6 %) pacientes. La rCMV ocurrió en 212 (43 %) pacientes y 27 (5,5 %) desarrollaron enfermedad por CMV. Los factores preTH asociados con la CMVr en el análisis univariante fueron: DM (p=0,030), linfopenia e hipogammaglobulinemia (p=0,04), CMV mismatch (p< 0,0001), y etiología de la cirrosis (p=0,010). En el análisis multivariante los factores asociados fueron: pacientes con mismatch CMV D+/R- (OR:2,34, p:0,005), la combinación de linfopenia e hipogammaglobulinemia (OR 2,86, p:0,04), la cirrosis MASLD (OR:3,132, p:0,007) y el MELD (OR:1,031, p:0,031). Los pacientes con CMVr mostraron tasas de supervivencia similares en comparación con aquellos sin CMVr (82 % vs. 84 %, p=NS). **Conclusiones:** CMV mismatch, etiología MASLD, factores inmunológicos, y alta puntuación MELD, fueron asociados con la CMVr. De acuerdo con estos hallazgos, la incorporación de test diagnósticos de respuesta inmune celular específica frente al CMV podría ser útil para evaluar el riesgo global de la CMVr tras el TH en estudios futuros.

CO4.05**

IMPACTO PRONÓSTICO DE LA COLONIZACIÓN ENTERICA POR BACTERIAS MULTI-RESISTENTES EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

Marina Orti Cuerva^{1,2}, Miryam Barrera Romero^{1,2}, María Prieto De La Torre^{1,2}, Paloma Elma Alañón Martínez^{1,2}, Pilar Barrera Baena^{1,2,3}, Guadalupe Costán Rodero^{1,2,3}, Marta Guerrero Misas^{1,2,3}, Antonio Poyato González^{1,2,3}, José L. Montero Álvarez^{1,2,3}, Manuel De La Mata^{1,2,3}, Manuel L. Rodríguez Perálvarez^{1,2,3}

1) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, H. U. Reina Sofía, Córdoba, España. 2) Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba, España. 3) Centro de investigación biomédica en red de enfermedades hepáticas y digestivas (CIBERehd), Madrid, España

Objetivos: Los pacientes con cirrosis descompensada son propensos a colonización intestinal por bacterias multirresistentes (BMR), aunque se desconoce su impacto postrasplante. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo de adultos sometidos a trasplante hepático en un centro (enero 2019-octubre 2024). Se excluyeron casos con VIH, re-trasplante o trasplante combinado. A todos se les realizó exudado rectal pretrasplante para detectar colonización por BMR. Se analizó su relación con infecciones, estancia y mortalidad mediante regresión logística, Kaplan-Meier y modelos de Cox. **Resultados:** Se incluyeron 272 pacientes; el 9,2 % (n=25) estaban colonizados. Los microorganismos más frecuentes fueron E. coli BLEE (n=12) y Klebsiella pneumoniae productora de carbapenemasa (n=6). No hubo asociación con sexo, alcohol o MELD. La colonización se relacionó con antibióticos previos (48 % vs. 27 %; p=0,028), peritonitis bacteriana espontánea (20 % vs. 4,5 %; p=0,010) y trasplante por excepciones MELD no tumorales (16,9 % vs. 5,8 %; p=0,004). Dos o más ingresos en el año previo también fueron un factor de riesgo (23,1 % vs. 7,7 %; p=0,021). Los colonizados presentaron mayor riesgo de infecciones durante el ingreso (36 % vs. 15,4 %; p=0,022) y tendencia a reactivación por citomegalovirus (16 % vs. 6,1 %; p=0,083). La estancia hospitalaria fue similar (19,3 vs. 17,9 días; p=0,63). La supervivencia a 1 y 5 años fue del 89,6 % y 80,7 % en no colonizados, frente al 73,9 % y 65,7 % en colonizados (log-rank p=0,038). **Conclusiones:** La colonización intestinal por BMR en candidatos a trasplante hepático se asocia a mayor riesgo infeccioso y peor supervivencia. Deberían considerarse estrategias individualizadas de inmunosupresión y profilaxis antimicrobiana. Funding: "Instituto de Salud Carlos III" (grant reference PI22/00312) and European Union.

CO4.06

ESTUDIO MULTICÉNTRICO SOBRE LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS SECUNDARIAS A TUMOR NEUROENDOCRINO

Andrea Boscà Robledo¹, Cristina Martínez Chicote¹, Eva Montalvá Orón¹, Víctor López López², Laura Lladó Garriga³, Santiago Tomé Martínez⁴, Mikel Gastaka Mateo⁵, Fernando Rotellar Sastre⁶, J. Manuel Ramia Ángel⁷, María Pérez Reyes⁸, M. del Mar Achalandabaso Boira⁹, Óscar Caso Maestro¹⁰, Javier Nuño Vázquez-Garza¹¹, Isabel Jaén Torrejimenó¹², Carmen García Bernardo¹³

1) H. U. P. La Fe. 2) H. C. U. Virgen de la Arrixaca. 3) H. U. de Bellvitge. 4) H. C. U. de Santiago. 5) H. U. de Cruces. 6) C. U. de Navarra. 7) H. U. Dr. Balmis. 8) H. U. de Málaga. 9) H. U. Marqués de Valdecilla. 10) H. U. 12 de Octubre. 11) H. U. Ramón y Cajal. 12) H. U. de Badajoz. 13) H. U. Central de Asturias

Objetivos: Desde que el trasplante hepático empezó en España, no hay literatura publicada que haya revisado los resultados de los grupos españoles en la indicación de las metástasis hepáticas de tumor neuroendocrino. En la era de la Transplant Oncology, el objetivo principal es evaluar los resultados de supervivencia y de tiempo libre de enfermedad. **Material:** Se trata de un estudio multicéntrico observacional en el que han participado 13 centros españoles y se han recogido un total de 91 pacientes trasplantados por metástasis hepáticas de tumor neuroendocrino entre 1995 y 2024. **Método:** Se ha realizado una descripción general de la serie y un análisis de supervivencia global y libre enfermedad clasificando a los pacientes en dos grupos: pacientes que siguen criterios de Milan (Milan IN) y pacientes que no los siguen (Milan OUT). **Resultados:** La recurrencia postrasplante apareció en el 57,1 % de los pacientes y la mortalidad general fue del 51,6 %. De los 91 pacientes incluidos en el estudio, 71 (78,0 %) eran Milán IN y 20 Milán OUT (22,0 %). La supervivencia global a los 5 años fue del 71,0 % en Milán IN y del 58,0 % en Milán OUT, con una diferencia estadísticamente significativa ($p=0,03$). A los cinco años, la supervivencia libre de enfermedad fue del 58,8 % en Milán IN y del 36,3 % en Milán OUT, sin diferencias estadísticamente significativas. **Conclusiones:** La selección óptima de pacientes según los criterios de Milán es esencial para lograr beneficio en la supervivencia a largo plazo. Si bien los resultados generales de esta serie histórica son modestos, esperamos mejorarlos en el futuro mediante una selección más estricta y, quizás, con la ayuda de terapias puente o downstaging.

CO4.07

RESULTADO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO EN EL COLANGIOCARCINOMA Y HEPATOCOLANGIOCARCINOMA MIXTO INCIDENTAL. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE NUESTRA EXPERIENCIA.

Sofía Lorenzo Mañas, Julia Gutiérrez De Prado, Silvia Fernández Noël, Alba Gómez Barrena, Iago Justo Alonso, Oana Anisa Nutu, Alejandro Manrique Municio, Álvaro García Sesma, Jorge Calvo Pulido, Félix Cambra Molero, Alberto Marcacuzco Quinto, Clara Fernández Fernández, Carmelo Loinaz Seguro, Óscar Caso Maestro
Unidad de Cirugía HBP y Trasplantes. H. U. 12 de Octubre. Madrid

Introducción: El trasplante hepático (TH) podría considerarse como una adecuada opción terapéutica en el tratamiento del colangiocarcinoma intrahepático (iCCA) y hepatocolangiocarcinoma (HCC-CC) de acuerdo a los resultados obtenidos en varios trabajos publicados en los últimos años. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo de todos los pacientes sometidos a TH en nuestro centro hasta diciembre 2024 con diagnóstico anatomopatológico incidental de iCCA y HCC-CC (clasificación de Goodman: tipo I-presencia de HCC e iCCA en nódulos diferentes; tipo II-presencia de ambos componentes histológicos en un mismo nódulo). Se definió estadio precoz como nódulo único ≤ 2 cm y, avanzado aquellos multinodulares o > 2 cm. **Resultados:** De 2314 TH realizados hasta diciembre 2024 en nuestro centro, 23 pacientes (0,99 %) tuvieron iCCA o HCC-CC incidental en la anatomía patológica. La edad media del receptor fue 60 años; 17,4 % mujeres. Las principales causas de hepatopatía fueron alcohol (39,1 %) y VHC (34,8 %). El 47,8 % cumplía criterios de Milan; el 78,3 % Up-to-Seven. 34 % de los tumores fueron moderadamente diferenciados y un 21 % pobremente. 21 pacientes (91 %) corresponden a estadio avanzado. El 56,5 % recibió tratamiento locorregional previo al trasplante teniendo 30,4 % de ellos respuesta parcial. 39,1 % tuvieron complicaciones Dindo-Clavien $\geq$ III. Con una mediana de seguimiento de 38 meses se detectaron 3 recidivas (13 %), 1 de ellos correspondían a iCCA estadio precoz y 2 de ellas a HCC-CC tipo II grado avanzado. La supervivencia libre de enfermedad a 5 años fue del 60 %; 75 % y 67,3 % para el iCCA, HCC-CC I y HCC-CC II, respectivamente. En nuestro estudio, la supervivencia libre de enfermedad al año en estadios precoces (ambos eran iCCA) fue del 50 % y del 90,5 % en estadios avanzados. **Conclusiones:** Nuestros resultados, con supervivencia libre de enfermedad y tasas de recidiva similares a las descritas en trasplante por hepatocarcinoma, apoyan considerar el trasplante hepático como opción terapéutica en colangiocarcinoma, tanto en estadios precoces como avanzados.

CO4.08*

INCIDENCIA Y CARACTERÍSTICAS DEL CÁNCER DE PULMÓN EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN COMPARACIÓN CON LA POBLACIÓN GENERAL: RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE CRIBADO CON TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA DE BAJA DOSIS

Fanny Meylin Caballeros¹, Paula Pujols², Mercedes Iñarrairaegui^{1,3,4}, Ana Ezponda¹, Miguel Sogbe¹, Javier Zulueta⁵, Juan Pablo De Torres^{1,4}, Fernando Rotellar^{1,4}, Gorka Bastarrika^{1,4}, Ignacio Herrero^{1,3,4}

1) C. U. de Navarra. 2) H. U. Gregorio Marañón. 3) CIBERhd. 4) IdiSNA. 5) H. Mount Sinai Morningside

El cáncer de pulmón (CP) representa una causa relevante de mortalidad tardía en receptores de trasplante hepático (RTH), quienes presentan una mayor incidencia y peor pronóstico en comparación con la población general. **Objetivo.** Comparar los resultados del cribado de CP mediante tomografía computarizada de baja dosis (TCBD) en RTH y controles no inmunosuprimidos. **Método:** Se estudiaron los cánceres de pulmón diagnosticados en 124 RTH y 485 controles, emparejados por edad, sexo, historia tabáquica, tabaquismo activo y enfisema. Se compararon la incidencia, las características (histología y estadía) y la evolución tras el diagnóstico. Se analizaron los factores de riesgo predisponentes para el desarrollo de CP. **Resultados:** El CP se diagnosticó en el 9,7 % de los RTH frente al 4,5 % de los controles ($p = 0,11$). Los RTH presentaron con mayor frecuencia carcinoma escamoso (50 %), mientras que el adenocarcinoma fue más común en los controles (67 %). El diagnóstico en estadio precoz (IA) fue más frecuente en los RTH (83,4 % vs. 50 %, $p = 0,056$). La supervivencia tras el diagnóstico fue similar en ambos grupos, aunque los RTH mostraron una menor supervivencia a largo plazo. En el análisis multivariante, una exposición tabáquica acumulada >35 paquetes-año fue el único factor de riesgo independiente de desarrollo de CP ($HR = 3,1$; $p = 0,004$), mientras que el trasplante hepático mostró una asociación cercana a la significación ($HR = 1,8$; $p = 0,053$). **Conclusiones:** Los RTH presentan una mayor incidencia de CP en comparación con individuos no inmunosuprimidos con factores de riesgo comparables. El cribado con TCBD permite una detección precoz y un buen pronóstico. Estos hallazgos respaldan la implementación de programas de cribado sistemático en RTH con alto riesgo, especialmente a los pacientes con antecedentes tabáquicos significativos.

* Comunicaciones orales preseleccionadas al Premio de la SETH Dr. Carlos Margarit a la mejor comunicación oral

** Comunicaciones orales finalistas al Premio de la SETH a la mejor comunicación oral presentada por un médico residente

PÓSTERS

P.01*

REPROGRAMACIÓN METABÓLICA DE LINFOCITOS T REGULADORES Y EFECTORES: HACIA LA INDUCCIÓN DE TOLERANCIA EN TRASPLANTE HEPÁTICO

Sandra Valverde Mateo¹, Daniel Vidal Correoso¹, María M. de la Torre Álamo¹, Fernando Lucas Ruiz¹, Gloria López Díaz², José A. Pons², M. Luisa Alegre³, [Alberto Baroja Mazo](#)¹

1) Biomedical Research Institute of Murcia (IMIB-Pascual Parrilla), Murcia, Spain. 2) Hepatology and Liver Transplant Unit, University Clinical H. Virgen de la Arrixaca, Biomedical Research Institute of Murcia (IMIB-Pascual Parrilla), Murcia, Spain. 3) Section of Rheumatology, Department of Medicine, University of Chicago, Chicago, Illinois, USA.

Objetivos: Evaluar si la manipulación del metabolismo celular induce respuestas inmunomoduladoras diferenciales entre células T reguladoras (Treg) y efectoras (Tef), favoreciendo un entorno que facilite la inducción de tolerancia inmunológica. Se exploraron tanto condiciones de tipo cetogénico como compuestos naturales inhibidores de vías metabólicas para desarrollar intervenciones no tóxicas aplicables al trasplante hepático (TH). **Material y métodos:** Se realizaron estudios in vitro en cultivos de células T para analizar proliferación, fenotipo, estado epigenético de FOXP3, actividad supresora Treg, perfil de citocinas y expresión génica bajo condiciones de restricción metabólica y con inhibidores naturales (genisteína, EGCG). En un modelo in vivo de transferencia adoptiva de esplenocitos, ratones alimentados con dieta cetogénica (KD) fueron comparados con controles para evaluar la proliferación de Tef y la expansión de Treg. Adicionalmente, se llevó a cabo un estudio piloto en humanos sanos sometidos a KD durante 15 días. Los análisis incluyeron citometría de flujo, qRT-PCR, RNA-seq, pirosecuenciación de FOXP3 y paneles multiplex de citocinas. **Resultados:** In vitro, las condiciones de tipo cetogénico y los inhibidores naturales redujeron la proliferación de Tef de forma más acusada que la de Treg, preservando la viabilidad y favoreciendo la desmetilación de FOXP3. Se observó reducción de citocinas proinflamatorias y aumento de marcadores reguladores (TIGIT, PD-1). En el modelo murino de transferencia adoptiva, la KD disminuyó significativamente la proliferación de Tef transferidas y aumentó la proporción de Treg. Los compuestos naturales mostraron potencial in vitro, pero su eficacia in vivo exige optimización. En humanos, la KD se asoció con desmetilación de FOXP3, junto con tendencias hacia mayor frecuencia y función reguladora de Treg. **Conclusiones:** La modulación metabólica mediante dieta cetogénica genera un entorno inmunorregulador que restringe la expansión de Tef y favorece la función de Treg, constituyendo una estrategia prometedora para la inducción de tolerancia inmunológica en el TH.

P.02*

TRASPLANTE HEPÁTICO CON INJERTOS >70 AÑOS DE DONANTES EN ASISTOLIA CONTROLADA

[Alba Gomez Barrena](#), Claudia Santamaría García, Felix Cambia Molero, Alejandro Manrique Municio, Iago Justo Alonso, Alberto Marcacuzco Quinto, Oana Anisa Nutu, Beatriz Aranda Romero, Sofía Lorenzo Mañas, Carmelo Loinaz Seguro, Oscar Caso Maestro

H. U. 12 de Octubre

Introducción: La utilización de donantes en muerte encefálica de edad avanzada es una práctica extendida en el trasplante hepático (TH). La ampliación del límite de edad en donantes en asistolia controlada (cDCD) puede ser una buena alternativa para ampliar el pool de donantes. **Material y métodos:** Estudio observacional y retrospectivo de todos los TH realizados con injertos cDCD de donantes >70 años en nuestro centro. **Resultados:** Desde marzo 2023 hasta marzo 2025 se realizaron 16 TH con cDCD ≥70 años (76±3 años). Todas las extracciones se hicieron con NECMO y en un 25 % se hizo preservación dinámica con HOPE con un tiempo medio de 185 minutos. El 25 % de los injertos tenía macroesteatosis leve (>10 %). La edad media del receptor fue de 64 años, el 100 % varones. Las principales causas de cirrosis fueron el alcohol (37,5 %) y el VHC (31,3 %). El 50 % de los pacientes tenían hepatocarcinoma. Encontramos un caso de FPI (6,2 %) que falleció, 2 casos de trombosis arterial (12,5 %) que se retrasplantaron con éxito y 1 caso de estenosis biliar anastomótica (6,2 %) manejada mediante CPRE. Un 25 % de los pacientes tuvo complicaciones Dindo-Clavien >III. La mediana de días de ingreso fue de 7 días con una tasa de reingreso del 12,5 %. Tras un seguimiento medio de 11 meses, la supervivencia de paciente e injerto a 2 años fue del 87,1 % y 74,5 %, respectivamente. **Discusión:** Los cDCD ≥70 años son una buena alternativa para ampliar el pool de donantes hepáticos con resultados similares a los publicados con DME ≥70 años. El uso de estrategias como HOPE puede contribuir a mejorar la viabilidad de estos injertos. **Conclusiones:** El TH con cDCD ≥70 años es una alternativa eficaz para ampliar el pool de donantes. Para asegurar los buenos resultados es imprescindible realizar una selección cuidadosa del donante y un adecuado emparejamiento donante-receptor.

P.03*

FACTORES DE RIESGO DE INFECCIONES FÚNGICAS INVASIVAS TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO Y SU IMPACTO EN LA MORTALIDAD: UN ANÁLISIS CON EMPAREJAMIENTO POR PUNTUACIÓN DE PROPENSIÓN

Miguel Sogbe¹, Itziar Larrañaga², Maria Anson¹, José L. Del Pozo¹, Mirian Fernández-Alonso¹, Paloma Sangro¹, Manuel De La Torre-Aláez¹, Patricia Sunsundegui¹, Fernando Rotellar¹, Mercedes Iñarrairaegui¹, Josep M. Argemi¹, Ignacio Herrero¹

1) Clínica U. de Navarra. 2) U. de Navarra. Facultad de Medicina

Objetivo: Las infecciones fúngicas invasivas (IFI) son una complicación grave tras el trasplante hepático (TH), con elevada morbilidad y mortalidad. Este estudio evaluó la incidencia de IFI, factores de riesgo (FR) independientes, la utilidad del ratio porcentaje de neutrófilos-albúmina (NPAR) y su impacto en la mortalidad al año. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo unicéntrico en receptores de TH entre 2003 y 2025. Se registraron variables pre, intra y postoperatorias, además de la aparición de IFI en los primeros 180 días. Los FR se identificaron mediante regresión logística multivariable. La supervivencia al año se analizó con Kaplan-Meier y modelos de Cox, antes y después de un emparejamiento 1:1 por puntuación de propensión (según FR), para determinar si la IFI supone un riesgo independiente de mortalidad. **Resultados:** De 439 receptores, 30 (7 %) desarrollaron IFI, siendo *Candida* spp. el patógeno más frecuente (57 %). Los pacientes con IFI presentaron mayor MELD-Na (19 vs. 16; $p=0,041$), NPAR elevado (47 % vs. 28 %; $p=0,029$), mayor necesidad de terapia de reemplazo renal (TRR) (27 % vs. 9 %; $p=0,006$) y más reintervenciones (30 % vs. 11 %; $p=0,005$). En el análisis multivariable, un NPAR elevado (OR 2,36; IC95 %: 1,09-5,11), la TRR (OR 2,93; IC95 %: 1,15-7,46) y la reintervención (OR 2,94; IC95 %: 1,20-7,23) fueron FR independientes. La mortalidad al año fue significativamente mayor en pacientes con IFI, tanto en la cohorte global (HR 8,59; IC95 %: 4,29-17,20) como en la emparejada (HR 3,64; IC95 %: 1,26-10,56). **Conclusiones:** Aunque poco frecuentes, las IFI tras TH se asocian a mayor gravedad de la enfermedad hepática, necesidad de TRR y reintervención. El NPAR surge como biomarcador novedoso y predictor de IFI, junto a factores clásicos (TRR y reintervención). Además, la IFI constituye un determinante independiente de mortalidad al año post-TH, lo que subraya la importancia de identificar tempranamente a los pacientes de alto riesgo para optimizar profilaxis y tratamiento antifúngico.

P.04*

EL USO DE HOPE TAMBIÉN REDUCE LA INCIDENCIA DE LESIONES BILIARES DE TIPO ISQUÉMICO EN INJERTOS DE BUENA CALIDAD

Mariana Lemos^{1,3}, Júlio Constantino^{1,2,3}, Pedro Oliveira^{1,2,3}, Emanuel Furtado^{1,2}, Maria João Amara^{1,3}, José Guilherme Tralhão^{1,3}, Dulce Diogo^{1,2}

1) Serviço de Cirurgia Geral, Unidade Local de Saúde de Coimbra. 2) Unidade de Transplantação de Adultos, Unidade Local de Saúde de Coimbra. 3) Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra

Introducción: La introducción de las técnicas de perfusión hepática ha sido un evento muy importante en el trasplante hepático (TH) durante la última década. Diversos estudios han demostrado que la perfusión oxigenada hipotérmica (HOPE) mejora los resultados postrasplante cuando se utilizan donantes con criterios extendidos (CE). Nuestro Centro utiliza HOPE desde 2020 y, desde 2024, se utiliza en todos los injertos. El objetivo de este estudio fue evaluar el impacto de HOPE en el TH realizado con injertos sin CE. **Método:** Se realizó un análisis retrospectivo de los trasplantes de hígado realizados entre 19 de agosto de 2020 y el 30 de noviembre de 2024. Se excluyó a los donantes que cumplieran alguno de los siguientes criterios: edad >67 años, IMC >30 kg/m², tiempo de isquemia fría (TIF) >8 horas, macroesteatosis >30 %, sodio sérico >165 mEq/L, ALT >3 veces el límite superior de la normalidad y ventilación >7 días. También se excluyeron los injertos parciales. Se definieron dos grupos: HOPE y sin HOPE, con un seguimiento >6 meses. Para la evaluación de las lesiones biliares de tipo isquémico (LBTI), se excluyeron los casos con trombosis o estenosis de la arteria hepática postrasplante, o colangitis esclerosante primaria. **Resultados:** N=100 TH: 43 en el grupo HOPE y 47 en el grupo sin HOPE. 100 % donantes en muerte cerebral. Grupo HOPE: TIF mediano 240 minutos (IQR: 204-271), tiempo de HOPE 135 minutos (IQR: 126-160), y el pico de ALT 404 U/ml (IQR:204-1034). La mediana de seguimiento fue de 450 días (IQR:273-926), con una tasa de mortalidad de 9,3 % y sin casos de re-TH. Grupo sin HOPE: TIF 300 minutos (IQR: 259-340) y pico de ALT 596 U/ml (IQR:381,5-1319,5). Seguimiento de 917 días (IQR:589-1309,5) con una tasa de mortalidad de 19,3 % (incluido un caso relacionado con LBTI) y una tasa de re-TH de 3,5 %. La incidencia de LBTI fue significativamente menor en el grupo HOPE ($p=0,024$) (2,9 %, 1/34 frente a 15,6 %, 7/45). No se observaron otras diferencias significativas. **Conclusiones:** En nuestro Centro, el uso de HOPE en injertos sin CE se asoció con mejores resultados post-TH, con una reducción significativa de la incidencia de LBTI. Además, HOPE podría haber contribuido a la menor mortalidad observada en este grupo.

P.05*

MECANISMOS FISIOPATOLÓGICOS DE COVID PERSISTENTE EN TRASPLANTADOS HEPÁTICOS EN COMPARACIÓN CON INDIVIDUOS INMUNOCOMPETENTES

Ainhoa Fernandez-Yunquera¹, Aranzazu Caballero¹, Rosa Martín², Ana Arias³, Laura Benítez³, José A. Pons⁴, Gerardo Blanco-Fernández⁵, Alejandra Otero⁶, Carmen Vinaixa⁷, Mario Romero¹, Fernando Díaz-Fontenla¹, Manuela Gómez¹, Rafael Bañares¹, Magdalena Salcedo¹

1) H. G. U. Gregorio Marañón, Madrid. 2) H. Ramón y Cajal, Madrid. 3) H. Puerta de Hierro, Madrid. 4) H. Puerta de Hierro, Madrid. 4. H. C. U. Virgen de la Arrixaca, Murcia. 5) C. H. U. de Badajoz. 6) H. de A Coruña, A Coruña. 7) H. U. P. La Fe, Valencia

La persistencia de síntomas después de la infección aguda por SARS-CoV-2 (Long-COVID/ COVID persistente) impacta de forma relevante sobre la calidad de vida y capacidad funcional de los pacientes. **Objetivo:** El objetivo de este estudio fue estudiar la prevalencia de Long COVID en población trasplantada comparada con una cohorte de población general y evaluar diferencias en los mecanismos fisiopatológicos que se han relacionado con la persistencia de síntomas como marcadores inflamatorios, de disfunción endotelial y marcadores de persistencia viral. **Pacientes y métodos:** Estudio prospectivo observacional multicéntrico constituido por 43 pacientes TH y 86 controles pareados por edad y gravedad del COVID-19, con infección por SARS-COV-2 en el primer pico epidémico. Se realizó una evaluación sintomática a los 6 y 12 meses y se extrajo muestra de sangre a los 6 y 12 meses para análisis de biomarcadores. En 6 pacientes trasplantados se realizó estudio de PCR viral en sangre, heces y biopsias gástricas a los 12 meses. **Resultados:** La presencia de sintomatología persistente fue más frecuente al 6º mes en el grupo inmunocompetente (57 % vs. 37,2 %, $p = 0,034$), aunque fue similar al 12 mes (39,5 % vs. 34,9 %, $p = 0,6$). Los pacientes con disnea grave y sintomatología persistente en el mes 12 presentaron niveles de E-selectina significativamente mayores (media; 44,85 vs- 65,15 mg/ml, $p < 0,047$) en ambas cohortes. Sin embargo, no se apreciaron cambios en citoquinas como la IL-2, IL-4, IL6, INF gamma, TNF α y niveles de ferritina. En 4 pacientes trasplantados se apreció PCR positiva viral en heces o biopsias gástricas sugiriendo un reservorio viral. **Conclusiones:** La sintomatología persistente grave tras el COVID se relaciona con marcadores de disfunción endotelial tanto en población trasplantada como en inmunocompetentes. La presencia de PCR viral positiva sugiere la presencia de reservorio viral en pacientes trasplantados.

P.06*

EXPERIENCIA INICIAL CON MARIBAVIR EN INFECCIÓN POR CITOMEGALOVIRUS REFRACTARIA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Sergio García Mateo^{1,2}, María Escuin Sanmartín^{1,2}, Guillén Bernal Bandrés^{1,2}, María Reyes García Osasuna¹, María Galochino Ballano¹, Adela Navarro Pueyo¹, Marta Fernández Arquillue¹, M. Trinidad Serrano Aullo^{1,2,3}, Sara Lorente Pérez^{1,2,3}

1) H. C. U. Lozano Blesa. 2) Instituto de Investigación Sanitaria Aragón. 3) U. de Zaragoza

Objetivos: Presentar la experiencia del uso de maribavir como tratamiento de la infección por citomegalovirus (CMV) en pacientes adultos trasplantados hepáticos en el H. C. U. Lozano Blesa. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo de pacientes que recibieron maribavir para el tratamiento de infección por CMV entre enero de 2024 y agosto de 2025. Se recopilaron datos clínicos y analíticos relacionados con la indicación, tipo de inmunosupresión y la respuesta al tratamiento. **Resultados:** Cinco pacientes recibieron tratamiento con maribavir. De acuerdo a las guías actuales ninguno de ellos lo recibió como tratamiento de primera línea. La indicación principal fue refractariedad a tratamiento estándar con valganciclovir (60 %), seguida de intolerancia a fármacos de primera línea debido a efectos adversos, predominantemente hematológicos (40 %). Tres pacientes completaron las 8 semanas de tratamiento indicadas en ficha técnica y dos tuvieron interrupción precoz; uno de ellos por fallecimiento por causas no relacionadas con la infección y otro por refractariedad a maribavir que requirió cambio a foscarnet. El 75 % de los pacientes que completaron tratamiento, tuvieron respuesta con carga viral < 30 UI/ml (LOD de PCR). En uno de los casos la respuesta virológica se consiguió a pesar de carga viral basal elevada (7,4 unidades logaritmos al inicio del tratamiento). A las 16 semanas de finalizar el tratamiento, la carga viral mediana fue de 35 UI (RIC: 31-1087). Tolerancia correcta durante el seguimiento, sin observar efectos adversos. **Conclusiones:** Maribavir mostró ser eficaz y seguro en receptores de trasplante hepático con infección por CMV refractaria/intolerancia a la primera línea de tratamiento. La mayoría de los pacientes lograron respuesta virológica sin efectos adversos. Destaca el aclaramiento en un paciente con carga viral inicial muy elevada, escenario donde se recomienda foscarnet. Solo un caso presentó refractariedad que requirió cambio terapéutico. Estos hallazgos refuerzan a maribavir como una alternativa válida en situaciones clínicas complejas.

P.07

USO DEL RECUPERADOR CELULAR INTRAOPERATORIO EN TRASPLANTE HEPÁTICO POR CARCINOMA HEPATOCELULAR: IMPACTO EN LA RECIDIVA TUMORAL Y CONSUMO DE HEMODERIVADOS

Sofía Mansilla², José M. Álamo Martínez¹, Juna Ignacio Mogollo¹, Carlos García González¹, Carmen Bernal Bellido¹, Gonzalo Suárez Artacho¹, L. Miguel Marín Gómez¹, Carmen Cepeda Franco¹, Fco. Javier Padillo Ruiz¹, Miguel A. Gómez Bravo¹

1) Unidad de Cir. HBP y Trasplantes Hosp. Univ Virgen del Rocío. Sevilla. 2) Unidad de cirugía hepato bilio pancreática y trasplante hepático, H. Central de las Fuerzas Armadas, Montevideo, Uruguay

El uso del recuperador celular intraoperatorio (RCI) en el trasplante hepático (TH) por carcinoma hepatocelular (CHC) ha sido históricamente controvertido ante el riesgo teórico de recidiva tumoral por reinfusión de células malignas. La incorporación de filtros de depleción leucocitaria ha abierto nuevas posibilidades al demostrar su capacidad para reducir la carga tumoral en estudios ex vivo. **Objetivos:** 1. Evaluar la tasa de recidiva precoz en pacientes trasplantados por CHC con o sin uso de RCI. 2. Identificar factores de riesgo de recidiva relacionados con el receptor y la carga tumoral. 3. Analizar el impacto del RCI en el consumo de hemoderivados. **Material y métodos:** Estudio unicéntrico, retrospectivo, basado en base de datos prospectiva de 456 pacientes adultos con CHC sometidos a TH entre 1992 y 2024. Se incluyeron solo pacientes con seguimiento ≥ 1 año. Se realizó análisis multivariado y emparejamiento por Propensity Score para comparar recurrencia entre grupos con y sin RCI. **Resultados:** El 87 % eran hombres, con mediana de edad de 59 años; 78 % con MELD < 14 y 57 % con Child-Pugh A. La recidiva tumoral fue del 10 %. El 51,5 % no requirió transfusión, y en el 43 % se utilizó transfusión alogénica, autóloga con RCI o ambas. En 30 pacientes se empleó RCI, con una mediana de 300 ml. Se observó una tendencia a menor uso de hemáties en el grupo RCI. No se hallaron diferencias significativas en la tasa de recidiva tras emparejamiento ($p=0,385$). **Conclusiones:** El RCI se asocia a una reducción en el consumo de hemoderivados, sin aumentar el riesgo de recidiva tumoral en pacientes con CHC. Estos hallazgos apoyan su uso como estrategia segura y eficaz en el contexto del trasplante hepático oncológico.

P.08

IMPACTO DE LA REDEFINICIÓN DE MASLD EN LA PREVALENCIA Y PRONÓSTICO DE PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

Ana Tirado Escuder¹, Ana Hurtado Soriano², Sonia Pascual Bartolomé¹, Cayerano Fabián Millares Macià¹, María Rodríguez Soler¹, Iván Herrera Marante¹, Pablo Bellot García¹

1) H. G. U. de Alicante Dr. Balmis. 2) H. Vega Baja Orihuela

Antecedentes: La reciente redefinición de la esteatosis hepática no alcohólica (NAFLD) como enfermedad hepática asociada a disfunción metabólica (MASLD) enfatiza los factores de riesgo metabólico. No está claro si esta nueva clasificación modifica la prevalencia en pacientes con hepatopatía avanzada candidatos a trasplante hepático. **Objetivo:** Evaluar la prevalencia de MASLD según los criterios actuales en pacientes trasplantados hepáticos y analizar sus características clínicas y evolución postrasplante. **Métodos:** Estudio retrospectivo de 447 pacientes sometidos a trasplante hepático entre septiembre de 2012 y abril de 2024 en el HGUA Dr. Balmis (Alicante). Se compararon las prevalencias de NAFLD y MASLD, así como características clínicas y resultados postrasplante. **Resultados:** De los 447 pacientes, 18 (4 %) cumplían criterios de NAFLD y 20 (4,5 %) de MASLD. Entre los 14 pacientes con cirrosis criptogénica, dos cumplían criterios de MASLD. La concordancia entre ambas definiciones fue alta (Kappa 94,5 %). Los pacientes con MASLD presentaban mayor edad (64 ± 4 vs. 57 ± 9 años), mayor IMC ($33,3$ vs. $27,3$ kg/m²; $p < 0,05$) y más factores de riesgo metabólico ($2,2 \pm 1$ vs. $1,5 \pm 1,1$). No se hallaron diferencias significativas en mortalidad (20 % vs. 23 %; $p = 0,7$) ni en eventos cardiovasculares graves (MACE) (0 % vs. 7,5 %; $p = 0,39$). Cuarenta y tres pacientes (8,7 %) fueron diagnosticados con enfermedad hepática metabólico-alcohólica (MetALD). Presentaron mayor IMC (30 ± 4 vs. $27,6 \pm 4,5$ kg/m²), hipertensión (53,6 % vs. 30,9 %; $p = 0,032$) y diabetes tipo 2 (35,1 % vs. 20,3 %; $p = 0,06$) frente a pacientes con hepatopatía alcohólica. No se observaron diferencias en MELD, mortalidad ni MACE postrasplante. Sin embargo, los pacientes con ≥ 2 factores de riesgo cardiovascular mostraron mayor incidencia de MACE (72,2 % vs. 27,8 %; $p = 0,022$). **Conclusiones:** La prevalencia de MASLD entre pacientes trasplantados es baja (4,5 %) y comparable a la de NAFLD. La acumulación de dos o más factores de riesgo cardiovascular se asocia a un mayor riesgo de eventos cardiovasculares graves tras el trasplante.

P.09

LA TESTOSTERONA LIBRE SE ASOCIA CON UNA PEOR SUPERVIVENCIA EN PACIENTES CON CIRROSIS EN ESPERA DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Miguel Sogbe¹, Brittany Bromfield², Roberto Téllez³, Pamela M. Bloomer³, Nelson Bennett⁴, Christopher B. Hughes³, Michael A. Dunn³, Astrid Ruiz-Margáin⁵, Andrés Duarte-Rojo⁶

1) Unidad de Hepatología, C. U. de Navarra, Pamplona, España. 2) Departamento de Gastroenterología y Hepatología, Brigham and Women's Hospital, Boston, MA, EE. UU. 3) Instituto de Trasplantes Starzl, Universidad de Pittsburgh, Pittsburgh, PA, EE. UU. 4) Departamento de Urología, Facultad de Medicina Feinberg de la Universidad Northwestern, Chicago, IL, EE. UU. 5) División de Hepatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán, Ciudad de México, México. 6) División de Gastroenterología y Hepatología, Facultad de Medicina Feinberg de la Universidad Northwestern, Chicago, IL, EE. UU.

Objetivo: El hipogonadismo es frecuente en la cirrosis. Este estudio tuvo como objetivo evaluar la asociación entre los niveles de testosterona libre (TL) y la mortalidad por todas las causas en pacientes varones con cirrosis en espera de un trasplante hepático (TH), y comparar el valor pronóstico de la TL con el de la testosterona total (TT). **Material y métodos:** En este estudio de cohorte prospectivo, 191 pacientes varones con cirrosis en valoración de TH fueron evaluados para determinar los niveles de TL y TT. El desenlace primario fue la mortalidad por todas las causas, evaluada mediante un modelo de riesgos competitivos con el TH como evento competidor. **Resultados:** De los 191 pacientes, el 21,5 % tenía niveles bajos de testosterona libre, los cuales se asociaron con mayor gravedad de la enfermedad hepática (MELD y Child-Pugh) y mayor frecuencia de encefalopatía hepática en comparación con quienes tenían niveles normales ($p < 0,05$). Los pacientes con niveles bajos de TL también presentaron mayor fragilidad (LFI: $4,2 \pm 0,8$ vs. $3,6 \pm 0,9$, $p < 0,001$). Los niveles bajos de TL se asociaron de forma independiente con un aumento de la mortalidad por todas las causas (razón de riesgo subdistributiva ajustada (aSHR): 2,01; IC 95 %: 1,08-3,72). Además, los pacientes con TL bajas tuvieron una menor probabilidad acumulada de someterse a un TH en comparación con aquellos con niveles normales de TL (43,4 % vs. 74,3 %). En contraste, la TT baja mostró una asociación más débil con la mortalidad (aSHR: 1,66; IC 95 %: 0,90-3,07). **Conclusiones:** Los niveles bajos de TL se asocian de forma independiente con una mayor mortalidad y una menor probabilidad de TH, y superan a la TT como marcador pronóstico. Estos hallazgos respaldan el uso de la TL como un biomarcador para identificar pacientes de alto riesgo y guiar futuras estrategias de intervención.

P.10

ESTUDIO RETROSPECTIVO DE LAS COMPLICACIONES BILIARES EN EL PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL: INCIDENCIA Y FACTORES DE RIESGO

Juan González-Herrero Díaz, Carmen Bernal Bellido, Carlos García Sánchez, Francisco J. Padillo Ruiz, Miguel Á. Gómez Bravo
H. U. Virgen del Rocío, Sevilla

Introducción: Las complicaciones biliares constituyen un reto en la cirugía de trasplante hepático, pues asocian elevada morbilidad. La incidencia descrita en la literatura podría estar infraestimada. **Objetivo:** Determinar la incidencia de complicaciones biliares en el trasplante hepático, así como su ocurrencia temporal y factores de riesgo asociados. **Material y métodos:** Estudio de una cohorte retrospectiva de pacientes trasplantados entre el 01/01/2015 y el 18/03/2019, seguidos hasta el 30/11/2024. Se determinó su incidencia, la mediana de tiempo al diagnóstico y se representaron gráficamente las funciones de riesgo. **Resultados:** El 34,95 % de los pacientes (IC95 % 29,5 % - 40,7 %) presentaron complicaciones biliares, con una mediana de seguimiento de 75 meses, siendo la más frecuente la estenosis biliar (25,2 %), seguida de las fugas biliares (15,1 %). Las fugas biliares fueron precoces en el 97,6 % de los pacientes, mientras que la estenosis biliar fue la complicación tardía más frecuente. La única variable con asociación significativa al desarrollo de fugas biliares fue el tiempo de isquemia fría (HR 1,01; IC 95 %: 1,00-1,01), mientras que la transfusión de hematíes intraoperatoria (HR 1,75; IC 1,02-2,98) y la existencia de una fuga biliar previa (HR 1,99; IC 1,00-3,95) se identificaron como factores de riesgo significativos para el desarrollo de estenosis biliares. **Conclusiones:** Las complicaciones biliares tras el trasplante hepático son frecuentes, con una incidencia del 34,95 % en nuestra serie. Su determinación precisa requiere largos períodos de seguimiento, especialmente para las estenosis. La fuga biliar es precoz en el postrasplante inmediato, mientras que la estenosis biliar tiende a aparecer más tardíamente, probablemente en relación con su etiopatogenia. Aunque el tiempo de isquemia fría se identificó como factor de riesgo independiente de fugas biliares, y la transfusión intraoperatoria y las fugas previas para la estenosis biliar, se necesitan estudios de mayor tamaño muestral para una mejor caracterización de estos factores.

P.11

TRASPLANTE HEPÁTICO EN COLANGITIS ESCLEROSANTE PRIMARIA: RESULTADOS EN NUESTRO CENTRO

Ana Montosa García, [Juan Ignacio Rodríguez Mogollo](#), Carlos García Sánchez, Carmen Bernal Bellido, Carmen Cepeda Franco, José M. Álamo González, Gonzalo Suárez Artacho, Luis M. Marín Gómez, Miguel Á. Gómez Bravo

H. U. Virgen del Rocío

La colangitis esclerosante primaria (CEP) es una patología colestásica crónica caracterizada por la inflamación, y posterior fibrosis, de la vía biliar intra y extrahepática. El curso clínico de la enfermedad es variable desembocando en ocasiones en estadios de cirrosis avanzada precisando trasplante hepático como tratamiento curativo de la enfermedad. Además, cabe destacar el mayor riesgo de desarrollo de neoplasias malignas hepatobiliares siendo el colangiocarcinoma (CCA) la más frecuente. Los objetivos de nuestro estudio observacional descriptivo realizado sobre los pacientes trasplantados hepáticos en nuestro centro por CEP desde el año 1998 al 2024, ambos inclusive, han sido evaluar la supervivencia de los pacientes trasplantados con CEP, determinar la causa más frecuente de mortalidad de estos pacientes, la incidencia de colangiocarcinoma incidental en el órgano explantado y la incidencia de recidiva de la enfermedad de base. De un total de 1507 pacientes trasplantados, el 1,53 % (n=23) fue por CEP siendo el 52,2 % hombres frente al 47,8 % de mujeres. La supervivencia de los pacientes trasplantados por CEP se encuentra en 87 % a los 5 años y del 73 % a los 10 años, falleciendo un total de 8 pacientes (34,8 %) siendo los tumores de novo la causa más frecuente (50 %, n=4). En cuanto a la incidencia de CCA incidental en el órgano explantado no hubo ningún caso sin embargo, la recidiva de CEP en el órgano trasplantado asciende al 17,4 % (n=4). Como conclusiones de nuestra revisión destacamos las siguientes: • A pesar de la relación en la literatura, no hay presencia de CCA en el órgano explantado de los pacientes con CEP. • La tasa de recidiva de CEP en los pacientes trasplantados por esta causa es similar a casos encontrados en la literatura. • La supervivencia de los pacientes trasplantados por CEP es significativa, superando el 70 % pasados 10 años del trasplante.

P.12

ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DEL PACIENTE TRASPLANTADO HEPÁTICO MAYOR DE 65 AÑOS EN UN CENTRO DE TERCER NIVEL

J. Ignacio Rodríguez-Mogollo, Carmen Bernal-Bellido, Carmen Cepeda-Franco, Carlos García-Sánchez, Francisco J. Padillo-Ruiz, Miguel Á. Gómez-Bravo

H. U. Virgen del Rocío

Objetivo: Analizar la supervivencia de los pacientes mayores de 65 años sometidos a trasplante hepático en el un hospital de tercer nivel. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo de 114 pacientes mayores de 65 años sometidos a TH. La variable principal fue la mediana de supervivencia (en meses). Como variables secundarias, se analizaron la enfermedad de base, el grupo sanguíneo, la estancia hospitalaria y la causa de exitus. Para las comparaciones, se utilizó como referencia la "Memoria General de Resultados" del Registro Español de Trasplante Hepático (RETH) del año 2023. **Resultados:** La mediana de supervivencia fue de $112,0 \pm 22,6$ meses, con una mediana de seguimiento de 42,5 meses. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia según la enfermedad de base o el grupo sanguíneo. Al comparar estos resultados con los datos recogidos en el RETH, se evidenció una tendencia similar en términos de supervivencia para mayores de 65 años sin encontrarse diferencias estadísticamente significativas. No obstante, al confrontarlos con la supervivencia global de pacientes trasplantados hepáticos a nivel nacional sí que se constataron diferencias en cuanto a supervivencia a los tres años (70,0 % vs 81,0 %; $p < 0,05$), 5 años (64,9 % vs 76,1 %; $p < 0,05$) y 10 años (48,2 vs 64,7 %; $p < 0,05$). **Conclusiones:** Nuestros resultados se encuentran en línea con los datos descritos a nivel nacional, según el Registro Español de Trasplante Hepático para el grupo de edad de mayores de 65 años. Además, en términos de supervivencia, el trasplante hepático en pacientes mayores de 65 años parece ser una alternativa de tratamiento adecuada, que permite prolongar la esperanza de vida en aquellos con enfermedad hepática avanzada.

P.13

COMPLICACIONES ARTERIALES EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO SON INJERTOS *SPLIT*

Silvia Fernandez Noel, Oscar Caso Maestro, [Julia Gutierrez](#), Alberto Marcacuzco Quinto, Anisa Nutu, Jorge Calvo, Alejandro Manrique, Alvaro García Sesma, Iago Justo Alonso, Clara Fernandez Fernandez, Carmelo Loinaz Seguro

H. U. 12 de Octubre

Introducción: Uno de los principales problemas en el TH Split es el mayor riesgo de complicaciones arteriales asociados debido a la necesidad de realizar reconstrucciones arteriales en la mayoría de los casos. **Material y métodos:** Estudio longitudinal y prospectivo de una cohorte histórica compuesta por todos los pacientes adultos trasplantados con injertos Split en nuestro centro entre enero 2001 y diciembre 2023. Se analizaron múltiples variables relativas a la reconstrucción arterial y las complicaciones de esta. **Resultados:** Se realizaron un total de 61 TH con injertos Split en adultos. En el 37,7 % de los casos se realizó una reconstrucción arterial convencional como se hace con injertos completos. En el 47,5 % de los casos el injerto solo tenía la AH derecha/izquierda, siendo necesario la interposición de un injerto del donante en el 27,9 % de los procedimientos. En un 14,8 % de los casos no conseguimos recuperar esta información. Los injertos arteriales utilizados fueron: tronco celiaco (52,9 %), arteria iliaca (23,5 %), carótida (17,6 %) y arteria mesentérica superior (5,9 %). Un total de 9 pacientes (14,8 %) tuvieron trombosis arterial (TAH). El tratamiento realizado fue: retrasplante (8,2 %), anticoagulación y observación (5 %) y revascularización quirúrgica (1,6 %). No se hallaron diferencias significativas entre el tipo de injerto hepático utilizado ($p=0,832$) ni en el tipo de reconstrucción arterial realizado ($p=0,328$). La supervivencia media del paciente a 1, 3 y 5 años en los casos de TAH fue 77,9 %, 77,9 % y 77,9 %; y en los casos que no hubo TAH 82,7 %, 78,2 % y 78,2 %, respectivamente ($p=0,368$). **Conclusiones:** El TH con injertos Split se asoció a una mayor tasa de TAH que la descrita para injertos completos, no encontrando diferencias con el tipo de injerto utilizado y el tipo de reconstrucción arterial realizada.

P.14

PRONÓSTICO A LARGO PLAZO DEL COLANGIOCARCINOMA HEPATOCELULAR COMBINADO (CHCC-CCA) SEGÚN LA APLICACIÓN DE TRATAMIENTOS QUIRÚRGICOS Y NO QUIRÚRGICOS

Andrea González De Godos, Martín Bailón Cuadrado, José L. Maestro De Castro, Andrea Carlota Lizarralde Capelastegui, Guillermo Estébanez Peláez, Gema M. Nieto Romero De Ávila, Javier López Herreros, Carla García Álvarez, Ignacio Martín Barahona, Pilar Pinto Fuentes, David Pacheco Sánchez

H. U. Río Hortega

Introducción y objetivos: El colangiocarcinoma hepatocelular combinado (cHCC-CCA) es un cáncer hepático primario poco frecuente, con una incidencia del 0,4 al 14,2 % entre los cánceres hepáticos primarios, caracterizado por presentar aspectos clinicopatológicos mixtos entre el carcinoma hepatocelular (CHC) y el colangiocarcinoma (CC). Este estudio evalúa la incidencia, los retos diagnósticos, las modalidades de tratamiento y los resultados a largo plazo del cHCC-CCA en un único centro terciario. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional retrospectivo en el H. U. Río Hortega (Valladolid, España) entre enero de 2000 y mayo de 2023. Se incluyeron pacientes diagnosticados con cHCC-CCA según los criterios de la OMS de 2019. Los datos sobre supervivencia global (SG), supervivencia libre de enfermedad (SLE), recurrencia y tratamiento se analizaron mediante las pruebas de Kaplan-Meier y log-rank. **Resultados:** De 21 pacientes, 13 cumplieron los criterios de inclusión. Siete (53,8 %) fueron diagnosticados incidentalmente tras un trasplante hepático, 2 se sometieron a resección, 2 recibieron quimioterapia sistémica y 2 recibieron cuidados paliativos. La mediana de supervivencia global (SG) fue de 56,31 meses (IC del 95 %: 19,12 - 93,49), con diferencias estadísticamente significativas entre los grupos ($p < 0,00$): 58 meses (resección), 72,57 meses (trasplante), 15,50 meses (quimioterapia) y 0 meses (cuidados paliativos). Se presentó recurrencia local en 2 pacientes (15,4 %). La media de supervivencia libre de enfermedad (SLE) fue de 52,15 meses (IC del 95 %: 13,66 - 90,63). **Conclusiones:** Este estudio de 23 años destaca los desafíos diagnósticos y terapéuticos del cHCC-CCA, con una mediana de SG de 18 meses y un frecuente diagnóstico incidental tras el trasplante. Se necesitan estudios multicéntricos para estandarizar el tratamiento y mejorar los resultados.

P.15

EXPERIENCIA PRELIMINAR DE TRATAMIENTO CON TACROLIMUS DE LIBERACIÓN PROLONGADA CON TECNOLOGÍA MELTDOSE (LCP-TAC) EN PACIENTES CON TRASPLANTE HEPÁTICO

Alba Gomez Barrena, Oscar Caso Maestro, Iago Justo Alonso, Alberto Marcacuzco Quinto, Jorge Calvo Pulido, Alejandro Manrique Municio, Carmelo Loinaz Seguro
H. U. 12 de Octubre

Introducción: El tacrolimus es un fármaco inmunosupresor esencial en la prevención del rechazo en pacientes sometidos a trasplante de órganos. Actualmente existen diversas formulaciones: tacrolimus de liberación inmediata (IR-TAC), de liberación prolongada convencional (PR-TAC) y una formulación de liberación prolongada mejorada que incrementa su biodisponibilidad, conocida como LCP-TAC. **Objetivos:** Este estudio tiene como objetivo principal evaluar la seguridad y tolerancia del cambio de IR-TAC a LCP-TAC en pacientes con trasplante hepático. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, que incluyó a todos los pacientes con trasplante hepático que recibieron tratamiento con LCP-Tac entre febrero de 2023 y abril de 2024. Se analizaron múltiples variables relativas a las características basales de los receptores y a la evolución después del inicio del tratamiento, prestando especial atención a los cambios en la dosis necesaria para mantener niveles estables y a la evolución de la función renal y de factores de riesgo cardiovasculares. La insuficiencia renal (IR) se definió como un incremento en la concentración sérica de creatinina $>0,5$ mg/dL o ≥ 50 % respecto al valor basal, o una reducción de la función renal que requiriera diálisis. **Resultados:** Se identificaron 42 pacientes en los que se realizó conversión de IR-TAC a LCP-TAC. Se consiguieron niveles objetivo con una mediana de 21 días, momento en el que se calculó una reducción de la dosis necesaria de tacrolimus del 37,5 %. Se evidenció una reducción de la tasa de insuficiencia renal del 28 % al 19 % desde el inicio del tratamiento con LCP-Tac hasta el final del seguimiento. Un 7,1 % de los pacientes tuvieron algún grado de rechazo celular agudo durante el seguimiento. **Conclusiones:** El tratamiento con tacrolimus de liberación prolongada con tecnología MeltDose (LCP-TAC) se asocia a una menor dosis necesaria para alcanzar los niveles objetivo, lo que podría asociarse a una menor toxicidad renal.

P.16

LESIONES DE LA MUCOSA ORAL EN NIÑOS CON TRASPLANTE HEPÁTICO Y LA ASOCIACIÓN CON ALERGIA ALIMENTARIA E INMUNOSUPRESIÓN

María Alós Díez¹, M. José Quiles Blanco¹, Lorena Fernández Tomé¹, Marta García Vega¹, Ana Martínez Pereira¹, M. Dolores Lledín Barbancho¹, Gema Muñoz Bartolo¹, José Encinas Hernández², Francisco Hernández Oliveros², Esteban Frauca Remacha¹

1) Servicio Hepatología y Trasplante hepático Infantil H. U. La Paz. 2) Servicio Cirugía Pediátrica H. U. La Paz

El uso de tacrolimus en el trasplante hepático pediátrico (TH) puede provocar desarrollo de alergia alimentaria y lesiones labiales y linguales de patogenia aún desconocida. **Objetivos:** Evaluar incidencia y evolución de lesiones labiales y linguales en niños trasplantados. **Métodos:** Se estudió cohorte de 136 pacientes seguidos en consulta externa en 2024. 90 (66 %) eran menores de 2 años al TH. La mediana de edad en el momento del estudio fue 9 años; 39 % adolescentes. Inmunosupresión (IS): gránulos de tacrolimus (MODIGRAF™) más esteroides en 45 (33 %), tacrolimus-XL (ADVAGRAF™) más esteroides en 50 (37 %), tacrolimus-XL en monoterapia en 17 (12 %), 15 tacrolimus con MMF, 4 ciclosporina, 1 sirolimus y 2 esteroides. El 36 % presentaban alergias múltiples. **Resultados:** Cuarenta y cuatro (32 %) presentaron lesiones labiales (fisuras, queilitis angular) y 27 (20 %) linguales (fisuras, papilas prominentes). El 38 % de los niños con queilitis presentaban una lengua anormal. La queilitis se relacionó con la existencia de alergia alimentaria, en 59 % de los niños con queilitis y 70 % de pacientes con lengua anormal. ($p < 0,0001$). La prevalencia de queilitis fue significativamente menor en adolescentes (19 %) respecto a niños (41 %). No hubo diferencias en la queilitis según uso de tacrolimus-XL o gránulos. Sin embargo, el 36 % mejoraron tras cambio a tacrolimus-XL. Las anomalías linguales fueron menos frecuentes con tacrolimus-XL ($p = 0,05$). La edad al TH influyó en la prevalencia de alergia y lesiones: 45 % en niños < 2 años y 17 % en mayores ($p < 0,001$). **Conclusiones:** El estudio demuestra una vez más la asociación entre alergia alimentaria y edad temprana al TH, y la alta prevalencia de lesiones labiales en niños alérgicos. Se reportan lesiones independientemente de la presencia de alergia alimentaria, y en niños trasplantados a edades más avanzadas aunque la prevalencia disminuye. La conversión a tac-XL obtuvo mejoría en 36 % de casos.

P.17

EVALUACIÓN DE LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR EN ADOLESCENTES Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIÓN DEL INJERTO

María Alós Díez¹, Paloma Martínez Campos¹, M. Jesús Pascau González-Garzón¹, M. José Quiles Blanco¹, Ana Martínez Pereira¹, Gema Muñoz Bartolo¹, Ane Andrés Moreno², Marta García Vega¹, Lorena Fernández Tomé¹, M. Dolores Lledín Barbancho¹, Esteban Frauca Remacha¹

1) Servicio Hepatología y Trasplante Hepático Infantil H. U. La Paz. 2) Servicio Cirugía Pediátrica H. U. La Paz

Introducción: La no adherencia representa la causa más frecuente de pérdida de injerto hepático en adolescentes y adultos jóvenes. No existe un método único para medir la adherencia a la inmunosupresión (IS). La variabilidad significativa en los niveles sanguíneos de tacrolimus se asocia con mayor probabilidad de pérdida del injerto. **Objetivos:** Evaluar la adherencia a la IS mediante tres herramientas: variabilidad de niveles de medicación (MLVI), cuestionario SMAQ y la disfunción hepática. **Material y métodos:** Se incluyó una cohorte de 96 trasplantados con edad entre 12 y 18 años en el programa de transición con tratamiento con tacrolimus. Se monitorizaron los niveles de tacrolimus durante 2024 y se administró el cuestionario SMAQ. Se calculó el MLVI como la desviación estándar de los niveles de tacrolimus, considerando >2 como indicativo de no adherencia. La disfunción hepática se definió como valores máximos de AST o ALT >45 U/L, o GGT >50 U/L. **Resultados:** La tabla de contingencia mostró un 8 % de falsos positivos y un 22 % de falsos negativos del SMAQ respecto al MLVI. El índice Kappa de Cohen fue de 0,558 ($p < 0,001$), indicando acuerdo moderado. Se observó coincidencia completa entre disfunción hepática, alta variabilidad y no adherencia reportada en un subgrupo ($n = 6$), lo que sugiere una relación directa entre mala adherencia y deterioro clínico. También se identificaron discrepancias entre los métodos. **Conclusiones:** Aunque la variabilidad significativa de los niveles de tacrolimus se considera un indicador fiable de adherencia, las discrepancias con el SMAQ y la disfunción hepática reflejan que ningún método aislado es suficiente. Las intervenciones durante la transición, como la educación y el seguimiento, pueden mejorar la adherencia y los resultados clínicos del trasplante hepático.

P.18

CONCORDANCIA ENTRE EL DIAGNÓSTICO Y ESTADIAJE TUMORAL RADIOLÓGICO Y PATOLÓGICO DE PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA SOMETIDOS A TRASPLANTE HEPÁTICO. ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS E IMPACTO EN LOS RESULTADOS CLÍNICOS POSTRASPLANTE.

Adnan Alsourani Alsharif¹, M. Magdalena Salcedo Plaza², José Á. López Baena³, Mario Romero Cristóbal⁴

1) Unidad de Cirugía de Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, H. G. U. Gregorio Marañón. Madrid. 2) Unidad de Trasplante Hepático. Servicio de Aparato Digestivo, Sección de Hepatología. H. G. U. Gregorio Marañón. Madrid. 3) Unidad de Cirugía de Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, H. G. U. Gregorio Marañón. Madrid. 4) Unidad de Trasplante Hepático. Servicio de Aparato Digestivo, Sección de Hepatología. H. G. U. Gregorio Marañón. Madrid.

Objetivos: 1. Analizar el grado de concordancia entre la exploración radiológica y el estudio histológico con respecto al diagnóstico y estadiaje del CHC previo a un TH. 2. Identificar los factores asociados a la falta de concordancia radiológica - histológica. 3. Explorar el impacto del error de estadificación. **Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo, de todos los pacientes sometidos a TH con CHC en H. G. U. Gregorio Marañón entre 1 de enero del 2011 y el 31 de diciembre del 2020. **Resultados:** El diagnóstico de CHC en los pacientes se realizó mediante TC en el 69,80 % de los casos y RM en el 30,20 % de los pacientes. En el momento pretrasplante, el 95,97 % de los pacientes cumplía con los criterios de Milán y el 100 % de los pacientes cumplía con los criterios "UT7". En el análisis anatomopatológico post-trasplante, el 94,63 % de los casos seguía cumpliendo con los criterios de Milán, y el 98 % cumplía con los criterios UT7. Durante el seguimiento, se observó una recurrencia tumoral en el 8,05 % de los casos y una mortalidad del 26,85 %, con una mediana de seguimiento post-trasplante de 63,24 meses. En cuanto a si los pacientes cumplían en el estadiaje los criterios de Milan o de UT7, la concordancia es muy alta en ambos criterios (más del 90 %). Con respecto a la puntuación de UT7, la concordancia desciende a un 43 %, mientras que el sobrediagnóstico aumenta a un 25,5 % y el infradiagnóstico a un 31,5 %. En el análisis multivariante, el periodo más reciente del estudio (2016-2020) se asociaba de forma significativa con una menor probabilidad de infradiagnóstico (OR: 0,36; $p = 0,015$ en univariante; OR: 0,38; $p = 0,022$ en multivariante). **Conclusiones:** La tasa concordancia entre la valoración radiológica y los hallazgos histológicos del CHC en pacientes sometidos a trasplante hepático es alta cuando se aplican criterios de Milán y UT7, aunque el grado de concordancia disminuye al utilizar la puntuación UT7. Durante el periodo 2016-2020 se observa una reducción significativa del infradiagnóstico.

P.19

OPTIMIZACIÓN DEL TRASPLANTE HEPÁTICO: RESULTADOS PRELIMINARES SOBRE EL IMPACTO DE LA PERFUSIÓN HIPOTÉRMICA OXIGENADA Y EL HALLAZGO DE BIOMARCADORES PREDICTIVOS

Júlio André Delgado Constantino^{1,2,3}, Filipa Viegas Pereira^{4,5}, Eurico José Gonçalves Pereira^{3,4,6}, Pedro Filipe Craveiro Coutinho Oliveira^{1,2,3}, Emanuel San Bento Furta-
do^{1,2}, Ana Salomé Santos Pires Lourenço^{3,4,6}, Ana Catarina Dias Martins⁵, Marco Aurélio Gouveia Alves^{7,8}, M. Filomena Rabaça Roque Botelho^{3,4,6}, Carlos Pedro Fontes
Oliveira⁵, Rita Maria Pinho Ferreira⁵, José Guilherme Lopes Rodrigues Tralhão^{2,3,4}, Ana Margarida Coelho Abrantes^{3,4,6}, Dulce Helena Saramago Diogo^{1,2}

1) Unidad de Trasplante Hepático de Adultos de la ULS de Coimbra, Portugal. 2) Servicio de Cirugía General de la ULS de Coimbra, Portugal. 3) Clinical Academic Center of Coimbra (CACC), Portugal. 4) Institute of Biophysics, Coimbra Institute for Clinical and Biomedical Research (iCBR) area of Environment Genetics and Oncobiology (CIMAGO), Faculty of Medicine, Univ Coimbra, Portugal. 5) LAQV-REQUIMTE, Department of Chemistry, U. of Aveiro, Portugal. 6) Univ Coimbra, Center for Innovative Biomedicine and Biotechnology (CIBB), Portugal. 7) Department of Medical Sciences, U. of Aveiro, Portugal. 8) iBiMED-Institute of Biomedicine, Department of Medical Sciences, U. of Aveiro, Portugal

Objetivos: El objetivo principal de este proyecto fue investigar el impacto metabólico de la perfusión hepática hipotérmica oxigenada (HOPE), una técnica que busca reducir la lesión por isquemia-reperfusión. Adicionalmente, se buscó identificar biomarcadores en el perfusato que pudieran predecir la función del injerto hepático en el período postoperatorio. **Material y métodos:** Se analizaron 11 hígados preservados con la técnica HOPE. Se recogieron muestras del perfusato a los 0, 60 y 120 minutos de perfusión. Para caracterizar el perfil metabólico, las muestras fueron analizadas mediante espectroscopía de resonancia magnética nuclear protónica (1H-NMR). También se evaluaron marcadores de estrés oxidativo (especies reactivas de oxígeno (ROS)) y de daño celular (lactato deshidrogenasa (LDH)). **Resultados:** Los resultados preliminares muestran que la perfusión HOPE activó vías metabólicas de respiración aerobia ($p=0,0207$) y rescate de purinas ($p=0,0282$), indicando una adaptación metabólica oxidativa. En la primera hora, se observó un aumento significativo de ROS ($p<0,0001$) y LDH ($p=0,0286$), seguido de estabilización. Se encontró una correlación significativa entre los niveles de ribosa, histidina, ROS y LDH en el perfusato con parámetros sanguíneos postoperatorios reconocidos como indicadores de disfunción del injerto, como índice internacional normalizado (INR, $p=0,0329$), bilirrubina ($p=0,0390$), alanina aminotransferasa (ALT; $p=0,0290$), aspartato aminotransferasa (AST; $p=0,0451$), respectivamente. **Conclusiones:** Los resultados preliminares demuestran que la perfusión HOPE induce una adaptación metabólica en el hígado y que existen biomarcadores con valor predictivo para el resultado del trasplante. Estos hallazgos son prometedores y abren camino para futuros estudios más profundos, con una muestra mayor de pacientes, con el fin de validar estos biomarcadores y apoyar la decisión clínica sobre la utilización de un injerto hepático específico.

P.20

CARACTERIZACIÓN DE ESTILO Y CALIDAD DE VIDA DE CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO

Jesús Rivera-Esteban, Victor Valverde-Salazar, Laura Benítez, Ana Duca, Ana Arias, Maria Trapero, Natalia Fernandez-Puga, Enrique Fraga, José L. Calleja
Unidad de Trasplante Hepático. H. U. Puerta de Hierro Majadahonda, Madrid.

Introducción: El estado nutricional tiene un impacto en el pronóstico, la calidad de vida y los resultados del TH, por lo que su valoración y abordaje precoz es fundamental. **Material y métodos:** Candidatos en lista de espera (LE) del HUPHM incluidos desde Agosto/23 hasta Julio/25 que recibieron una evaluación nutricional, de actividad física y calidad de vida. Se empleó el Test recordatorio 24h y se analizó la ingesta energética y la distribución de macro y micronutrientes mediante el software Nutrium®. La actividad física y la calidad de vida se evaluaron mediante el cuestionario IPAQ y el short form-liver disease quality of life (SF-LDQOL), respectivamente. **Resultados:** La mediana de edad al TH fue de 61 años, el 26,3 % fueron mujeres y la mediana de IMC fue de 27,9 kg/m². El 10,5 % y el 39,5 % tenían bajo peso y obesidad, respectivamente. La mediana de ingesta calórica fue de 1575 kcal/día. Un 60,5 % consumía <1,2 g proteína/kg peso/día y en el 47,4 % el consumo de grasas saturadas fue >10 % de la ingesta energética total. Además, un 31,6 % consumía > 2 g/día de sal, de los cuales el 15,8 % presentaban descompensación hídrica. El 57,9 % eran sedentarios o presentaban una baja actividad física, mientras que el 62,5 % presentaban síntomas que limitaban su calidad de vida y la ingesta, siendo los más frecuentes el dolor, hiporexia, náuseas o vómitos. **Conclusiones:** Los candidatos a TH presentan un estilo de vida poco saludable, caracterizado por una ingesta proteica deficiente, un consumo elevado de grasas y bajos niveles de actividad física, que condicionan una peor calidad de vida. La implementación de intervenciones precoces sobre el estilo de vida son clave para optimizar el estado clínico y funcional de los pacientes de cara al TH.

P.21

TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA ENFERMEDAD / SÍNDROME DE CAROLI

Carmen Bernal Bellido, Carmen Cepeda Franco, José M. Alamo Martínez, Gonzalo Suárez Artacho, Luis M. Marín Gómez, Carlos García Gonzalez, Javier Padillo Ruiz, Miguel Á. Gómez Bravo

H. U. Virgen del Rocío

Introducción: La enfermedad de Caroli (EC) es un trastorno hepático congénito raro, caracterizado por dilataciones quísticas de los conductos biliares intrahepáticos. El síndrome de Caroli (SC) incluye fibrosis hepática congénita y suele asociarse a enfermedad renal poliquística recesiva. Ambas pueden desarrollar colangiocarcinoma. Los pacientes con colangitis recurrentes, complicaciones por hipertensión portal o colangiocarcinoma pueden ser candidatos a trasplante hepático (TH), si además presentan poliquistosis renal con insuficiencia renal pueden precisar doble trasplante hepatorenal (THR). **Objetivos:** Evaluar los resultados del trasplante hepático en estos pacientes. **Material y métodos:** Análisis retrospectivo pacientes con EC/SC sometidos a TH-THR entre 1990 y 2024 en nuestro centro. Se identificaron 6 pacientes, se confirmó el diagnóstico mediante histopatología del hígado explantado y se recopilaron los datos clínicos de las Historias en una base de datos. **Resultados:** 6 pacientes fueron trasplantados: 1 con EC y 5 con SC. El paciente con EC falleció en el postoperatorio inmediato por Shock séptico-hemorrágico, (antecedente de riesgo: hepatectomía mayor y colangitis de repetición del remanente). Los 5 pacientes con SC (4 hombres / 1 mujer) y edad media de 41,5 años continúan vivos (mediana de seguimiento postrasplante: 11,2 años). 3 pacientes presentaban poliquistosis renal y en los tres se realizó THR simultáneo. Ningún paciente precisó retrasplante hepático y ningún explante presentó colangiocarcinoma. La supervivencia de injerto y paciente al mes fue del 83 % y la supervivencia global a largo plazo de injerto y paciente a 1, 5 y 10 años fue así mismo del 83 %. El pronóstico en los pacientes que sobrevivieron al primer mes tras el trasplante fue mejor, con supervivencia a los 5 y 10 años fue del 100 %. **Conclusiones:** El TH y el THR es un tratamiento que salva vidas en pacientes con Síndrome de Caroli, con buenos resultados de supervivencia del injerto y del paciente

P.22

TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA ENFERMEDAD DE WILSON

Carmen Bernal Bellido, Carmen Cepeda Franco, José M. Alamo Martínez, Gonzalo Suárez Artacho, Luis M. Marín Gómez, Carlos García Gonzalez, Javier Padillo Ruiz, Miguel Á. Gómez Bravo

H. U. Virgen del Rocío

Introducción: La enfermedad de Wilson es un trastorno genético global con presentación clínica variable, que incluye hepatopatía-cirrosis, trastornos neuropsiquiátricos, anillos de Kayser-Fleischer y hemólisis aguda asociada a insuficiencia hepática. Sin tratamiento, la enfermedad es mortal por daño hepático. El trasplante hepático ortotópico (THO) es necesario en casos de insuficiencia hepática aguda o cirrosis descompensada, ya que corrige el defecto bioquímico localizado en el hígado. La supervivencia tras el trasplante es satisfactoria, siendo mejor en pacientes con enfermedad hepática crónica avanzada que en aquellos con insuficiencia hepática aguda. **Objetivo:** Analizar los resultados de los pacientes con enfermedad de Wilson trasplantados en nuestra Unidad. **Material y métodos:** Realizamos un análisis retrospectivo pacientes con Enfermedad de Wilson sometidos a Trasplante hepático entre 1990 y 2024 en nuestro centro. Se identificaron los pacientes, se confirmó el diagnóstico mediante histopatología del hígado explantado y se recopilaron los datos clínicos de las Historias en una base de datos. **Resultados:** Desde 1990 a 2024 se realizaron un total de 1803 trasplantes hepáticos en 1670 pacientes. Se realizó en 7 pacientes con enfermedad de Wilson (4 varones y 3 mujeres) lo que representa el 0,41 % de los pacientes de nuestra serie. La edad media de los receptores fue de 46,5 años (42,5 en varones y 51,6 en mujeres). Con un seguimiento medio de 10,8 años (29,8-2,3 años) no ha fallecido ningún paciente trasplantado por enfermedad de Wilson y no se realizó ningún retrasplante, por lo que la supervivencia a corto y largo plazo es de 100 % en nuestra serie para el injerto y pacientes. **Conclusiones:** El TH es un tratamiento en pacientes con Enfermedad de Wilson y hepatopatía de mal pronóstico, con buenos resultados de supervivencia tanto del injerto como del paciente

P.23

EL PAPEL DE LA RESECCIÓN FRENTE AL TRASPLANTE EN EL HEPATOCARCINOMA ESTADIO BCLC B: UN METAANÁLISIS MULTINSTITUCIONAL A NIVEL DE PACIENTE

Víctor López López¹, Fabian Kalt², Jian-Hong Zhong³, Fabrizio Di Benedetto⁴, Hauke Lang⁵, Samir Tariq⁶, Patricia Sanchez-Velazquez⁷, Roberto Ivan Troisi⁸, Concepción Gómez-Gavara⁹, Camilo Llamaza¹⁰, Christoph Tschuor¹¹, Georg Lurge¹², Peri Husen¹³, Pablo Ramírez¹, Ricardo Robles¹, Dilmurodjon Eshmunov²

1) Department of General, Visceral and Transplantation Surgery, Clinic and University H. Virgen de la Arrixaca, IMIB-ARRIXACA, El Palmar, Murcia, Spain. 2) Department of Surgery and Transplantation, U. H. Zurich and U. of Zurich, Raemistrasse 100, Zurich, CH-8091, Switzerland. 3) Department of Hepatobiliary Surgery, Guangxi Medical University Cancer Hospital, Nanning, 530021, China. 4) Hepato-Pancreato-Biliary Surgery and Liver Transplantation Unit, U. of Modena and Reggio Emilia, Modena, Italy. 5) Department of General, Visceral and Transplant Surgery, U. Medical Center, Johannes Gutenberg-University Mainz, 55131, Mainz, Germany. 6) Department of Surgery and Cancer, Imperial College London, London, UK. 7) Division of Hepatobiliary and pancreatic Surgery, H. del Mar, U. Pompeu Fabra, IMIM, Barcelona, Spain. 8) Department of Clinical Medicine and Surgery, Federico II University, Naples, Italy. 9) Department HPB and Transplantation Surgery, H. U. Vall d'Hebron, U. A. de Barcelona, Barcelona, Spain. 10) Department of Hepatology, Clinic and University H. Virgen de la Arrixaca, IMIB-ARRIXACA, El Palmar, Murcia, Spain. 11) Department of Surgery and Transplantation, Rigshospitalet Copenhagen U. H., Blegdamsvej 9 Copenhagen Ø, Copenhagen, 2100, Denmark. 12) Department of Surgery, Charité - Universitätsmedizin Berlin, corporate member of Freie Universität Berlin, Humboldt-Universität zu Berlin, Berlin Institute of Health, Berlin, Germany. 13) Department of General, Visceral and Transplantation Surgery, Heidelberg U. H., Heidelberg, Germany.

Objetivos: Los pacientes con HCC en estadio BCLC B pueden ser considerados candidatos a trasplante hepático, mientras que la hepatectomía no está incluida como opción estándar. **Material y métodos:** Se llevó a cabo una revisión sistemática con metaanálisis multinstitucional utilizando datos a nivel de paciente. Se analizaron supervivencia, mortalidad postoperatoria, morbilidad y criterios de selección en pacientes con HCC estadio BCLC B tratados mediante resección hepática o trasplante. Se incluyeron todos los estudios clínicos que informaban sobre estos pacientes. **Resultados:** Un total de 31 estudios con 3163 pacientes fueron incluidos, de los cuales se dispuso de datos individuales en 580 casos procedentes de 9 estudios (423 tras resección y 157 tras trasplante). En los pacientes sometidos a resección, la morbilidad global fue del 46 % y las complicaciones mayores del 11 %, con una mortalidad a 90 días del 3 %. Predominaron las resecciones menores y la tasa de resección R0 alcanzó el 92 %. La supervivencia global mediana fue de 50 meses, con una supervivencia a 5 años del 46 % y una recurrencia libre de enfermedad de 15 meses. La mayoría de los pacientes presentaban función hepática preservada (Child-Pugh A, 93 %), tumores múltiples (media 2,9) y se encontraban fuera de los criterios de Milán. En el grupo de trasplante, la tasa de complicaciones fue mayor (57 %), con complicaciones significativas en el 13 % y mortalidad a 90 días del 6 %. No se alcanzó la mediana de supervivencia global ni de recurrencia, con tasas a 5 años del 57 % y 52 %, respectivamente. Todos los pacientes estaban fuera de los criterios de Milán, con tumores múltiples (media 3,2). **Conclusiones:** La resección hepática es factible y segura en pacientes seleccionados con HCC estadio BCLC B, especialmente en aquellos con función hepática preservada. Sin embargo, los resultados oncológicos a largo plazo son superiores en los pacientes sometidos a trasplante.

P.24

ADN LIBRE CIRCULANTE DERIVADO DEL DONANTE COMO POSIBLE BIOMARCADOR DE TOLERANCIA OPERACIONAL EN TRASPLANTE HEPÁTICO: DESARROLLO DE UNA NUEVA METODOLOGÍA BASADA EN NGS

M. Magdalena de la Torre Álamo¹, Belén García Bueno¹, Gloria López-Díaz², Mercedes Iñarrairaegui³, M. Luisa González-Diéguez⁴, Valle Cadahía⁴, Alejandra Otero-Ferreiro⁵, M. Ángeles Vázquez-Millán⁵, Mario Romero-Cristóbal⁶, Magdalena Salcedo⁶, Sara Lorente-Pérez⁷, Gloria Sánchez-Antolín⁸, Pablo Ramírez⁹, José I. Herrero³, Alberto Baroja-Mazo¹, José A. Pons²

1) Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria Pascual Parrilla (IMIB-Pascual Parrilla). Murcia, España. 2) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, H. C. U. Virgen de la Arrixaca (HUVA), Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB-Pascual Parrilla). Murcia, España. 3) Unidad del Hígado, C. U. de Navarra (CUN), Instituto de Investigación Sanitaria de Navarra (IdiSNA). Pamplona, España. 4) Unidad del Hígado, H. U. Central de Asturias (HUCA). Oviedo, España. 5) Unidad de Trasplante Hepático, Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUA). A Coruña, España. 6) Unidad del Hígado, H. G. U. Gregorio Marañón (H.G.U. Gregorio Marañón). Madrid, España. CIBEREHD. 7) Unidad de Trasplante Hepático, H. C. U. Lozano Blesa (HCULB), U. de Zaragoza, Instituto de Investigación Sanitaria de Aragón (IISA). Zaragoza, España. 8) Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, H. U. Río Hortega (HURH). Valladolid, España. 9) Unidad de Cirugía General, H. U. Virgen de la Arrixaca (HUVA), Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria (IMIB-Pascual Parrilla). Murcia, España.

Objetivos: La inmunosupresión (IS) ha permitido el éxito del trasplante hepático (TH), pero con efectos secundarios graves. La retirada controlada de IS, alcanzando la tolerancia operacional (TO), es factible en el 30-40 % de pacientes seleccionados. Identificar biomarcadores que predigan la TO es un reto prioritario. Aquí presentamos el desarrollo de una metodología para cuantificar ADN libre circulante derivado del donante (ddcfDNA), como herramienta no invasiva para monitorizar la interacción donante-receptor y predecir la TO en TH. **Métodos:** Disponemos de una cohorte de 45 receptores de TH previamente sometidos a un ensayo de retirada de IS (18 tolerantes, 27 no-tolerantes), con muestras longitudinales en distintos puntos del proceso (basal, 2 y 6 meses, rechazo, tolerancia y seguimientos a 6 y 12 meses). El cfDNA plasmático se aisló y analizó mediante un panel de 40 SNPs de alta frecuencia. La secuenciación por NGS permitió discriminar alelos informativos entre donante y receptor (mínimo 5 SNPs homocigotos diferenciales). Se desarrolló un algoritmo bioinformático propio que integra genotipos, condición alélica y profundidad de lectura para calcular con sensibilidad la fracción de ddcfDNA en cada muestra. **Resultados:** El pipeline analítico incluyó control de calidad de lecturas, alineamiento al genoma de referencia y corrección de errores técnicos. El sistema demostró capacidad para detectar fracciones mínimas de ddcfDNA en mezclas plasmáticas simuladas, con alta sensibilidad y reproducibilidad. Actualmente se ha completado la validación técnica y el análisis está en curso en la cohorte longitudinal. **Conclusiones:** La cuantificación de ddcfDNA mediante NGS constituye una aproximación robusta y sensible para monitorizar la contribución del injerto en plasma. Este método abre la puerta a su aplicación como biomarcador no invasivo para predecir TO en TH. Estudios en curso evaluarán su utilidad clínica en la cohorte disponible y su potencial integración en modelos predictivos junto a otras variables inmunológicas.

P.25

METÁSTASIS EXTRAHEPÁTICAS EN PACIENTES TRASPLANTADOS POR CARCINOMA HEPATOCELULAR

Adrian Paredes Segura, Juan Jesus Rubio Garcia, Maria Rodriguez, Candido Alcazar, Mariano Franco, Celia Villodre, Paola Melgar, Sonia Pascual, J. Manuel Ramia Angel
H. G. U. de Alicante

Introducción: El trasplante hepático (TH) es una de las posibles opciones terapéuticas del carcinoma hepatocelular (CHC) si se cumplen unos criterios internacionalmente definidos. A pesar de la estricta selección, la recidiva tumoral puede suceder e implica una disminución de la supervivencia, especialmente las recidivas de localización extrahepática. **Objetivo:** El objetivo de este estudio es analizar la incidencia, los patrones y la evolución de la recidiva extrahepática en pacientes trasplantados por CHC en nuestro centro desde el inicio del programa de TH. **Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo a partir de una base de datos prospectiva que incluyó a todos los pacientes TH entre 2012 hasta junio de 2024. Se identificaron los pacientes que desarrollaron recidiva extrahepática, recogiendo variables clínicas, localización de la recurrencia, tiempo libre de enfermedad, tratamientos administrados y supervivencia. **Resultados:** De los 396 TH, 215 fueron por CHC. El 8,37 % (n=18) desarrollaron recidiva extrahepática. La mediana de tiempo hasta la recidiva fue 11 meses (RIQ: 5,5-17,75). Las localizaciones más frecuentes fueron pulmón 6 (33,3 %), hueso 3 (16,7 %), peritoneales 4 (22,2 %), ganglios linfáticos 3 (16,7 %) y glándula suprarrenal 2 (11,1 %). Algunos pacientes presentaron afectación múltiple. El tratamiento incluyó terapia sistémica en 6 pacientes (33,3 %), resección quirúrgica 6 (33,3 %) y cuidados paliativos en 6 (33,3 %). La supervivencia tras el diagnóstico de recidiva fue 16,5 meses (RIQ: 12,25-33,5). **Conclusiones:** La recidiva extrahepática tras TH por CHC presenta mal pronóstico, una identificación precoz de pacientes de alto riesgo y la optimización de las estrategias terapéuticas sistémicas pueden ser fundamentales para mejorar los resultados. Actualmente, se precisan estudios multicéntricos adicionales que permitan definir mejor los factores pronósticos y guiar los protocolos de seguimiento post-trasplante.

P.26

TACROLIMUS AL MÍNIMO: PREDICTORES CLÍNICOS Y ESTRATEGIAS INMUNOSUPRESORAS QUE CONDICIONAN SU MINIMIZACIÓN

Patricia Salvador Bengoechea¹, Maria Senosiain Labiano¹, Eunáte Muga Ibarreche¹, J. Ramon Fernández Ramos¹, Ander Garcia San Vicente¹, Alex Bausela Sainz¹, Mikel Gastaca Mateo², Patricia Ruiz Ordorica², Alberto Ventoso Castiñeira², Ibone Palomares Etxeberria², Mikel Prieto Calvo², Arkaitz Perfecto Valero², Sara Mambrillas Herrero², Regino Rodríguez Álvarez³, Francisco J. Bustamante Schneider¹

1) Unidad Trasplante Hepático. H. U. de Cruces. 2) Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático. H. U. de Cruces. 3) Unidad de Enfermedades Infecciosas. H. U. de Cruces

Introducción: En el trasplante hepático, la minimización temprana de tacrolimus (TAC) busca reducir nefrotoxicidad, riesgo cardiovascular y neoplasias. **Objetivo:** Identificar factores clínicos e inmunosupresores asociados al uso más frecuente de pautas de minimización de TAC. **Métodos:** Estudio retrospectivo unicéntrico en adultos trasplantados hepáticos entre 2015-2023 tratados con TAC + micofenolato mofetil (MMF) ± corticoides. Se excluyeron retrasplantes, trasplantes multior- gánicos, VIH, etiología autoinmune y fallecidos en el primer mes. Se definió minimización de TAC como niveles acumulados entre 1151-2219 al año. **Resultados:** Se incluyeron 435 pacientes (78,8 % hombres; mediana edad 59,4 años). Etiología principal: alcohol (44,9 %). **Indicaciones:** Descompensación (62 %) y hepatocarcinoma (33 %). Mediana de Child-Pugh: 8; MELD-Na: 8. El 80 % recibió corticoides; basiliximab el 55,7 %. La mediana de niveles de TAC fue 6,7 ng/ml al mes, 3,9 a 5 años, con minimización alcanzada en el 68,2 % al año. El 8,2 % presentó rechazo agudo. Supervivencia global 97,8 % al año y 89,7 % a 5 años; supervivencia del injerto, 98,4 % y 97,7 %. A 5 años se observaron neoplasias en 15,8 %, eventos cardiovasculares 21,4 % e insuficiencia renal de novo en 8,4 % (pérdida media de FG: -6 ml/min). La insuficiencia renal pretrasplante (FG <60) se asoció a menores dosis acumuladas (2122 vs 1843; p=0,001) y mayor frecuencia de minimiza- ción (64,8 % vs 89,1 %; p=0,002). Basiliximab también se asoció a niveles más bajos de TAC, aunque sin más minimiza- ción. El mantenimiento de TAC+MMF frente a TAC en monoterapia se relacionó con menores dosis acumuladas (2157 vs 1998; p=0,001) y mayor minimización (54,1 % vs 80 %; p=0,001). **Conclusiones:** La insuficiencia renal pretrasplante es el principal factor clínico asociado a minimización de TAC. La combinación con MMF favorece dosis más bajas, apoyando su uso en estrategias de reducción. Se requieren protocolos claros y herramientas para monitorizar la inmunosupresión real. **Referencia:** 1. Cumulative exposure to tacrolimus and incidence of cancer after liver transplantation. Am J Transplant. 2022;22:1671-1682

P.27

RELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA CON LA ANSIEDAD Y EL DETERIORO COGNITIVO EN PACIENTES EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Ainoha Navarro¹, Ana Isabel López-Navas³, Laura Martínez-Alarcón^{1,2}, Antonio Riquelme⁴, Concepción Vicente², J. Manuel Fernández², Pedro Cascales^{1,2}, Ricardo Robles^{1,2}, Víctor López-López^{1,2}, José A. Pons^{1,2}, Pablo Ramírez^{1,2}

1) IMIB Pascual Parrilla. 2) H. C. U. Virgen de la Arrixaca. 3) Facultad de Psicología UCAM. 4) Facultad de Psicología U. de Murcia

Objetivo: Examinar la calidad de vida física y psicológica de los pacientes en lista de espera para trasplante hepático, así como, la relación entre dichas dimensiones de la calidad de vida, la ansiedad, depresión y el deterioro cognitivo. **Material y métodos:** Se evaluó a un grupo piloto de 9 pacientes en lista de espera para trasplante hepático (mayo-julio 2025). Los instrumentos empleados fueron: SF-12 para la valoración de la calidad de vida física y mental; HADS para la evaluación de ansiedad y depresión; y Neuro-Score para la valoración del deterioro cognitivo. **Resultados:** Los pacientes en lista de es- pera mostraron una percepción de salud física significativamente inferior a la población general (Z = -2,66; p = 0,027), sin diferencias en su percepción de salud mental (p = 0,15). No se evidenció un nivel elevado de depresión (M = 6,78), siendo levemente superior el grado de ansiedad (M= 7,22). Esta última se asoció positivamente con el deterioro cognitivo (p = 0,691; p = 0,039) y negativamente con la salud mental percibida (r = -0,851; p = 0,004), sin observarse correlación con la salud física. **Conclusiones:** Los pacientes en lista de espera para trasplante hepático presentan una calidad de vida física significativamente deteriorada respecto a la población general, mientras que, en la percepción de la calidad de vida mental no hubo diferencias. Sin embargo, la ansiedad desempeña un papel importante, relacionándose positiva y significativamen- te con mayor deterioro cognitivo y peor percepción de la calidad de vida mental.

P.28

TIPS COMO TERAPIA PUENTE: COMPARACIÓN DE RESULTADOS EN PACIENTES CON Y SIN TRASPLANTE HEPÁTICO

Raúl Fernández García, Marta Lecuona Muñoz, Flor Noguerras López, M. José Rodríguez Sicilia, Pedro Pardo Moreno, Eduardo Redondo Cerezo, M. Ángeles López Garrido

H. U. Virgen de las Nieves

Objetivos: La derivación portosistémica intrahepática transyugular (TIPS) es una de las herramientas terapéuticas más relevantes en el manejo de la hipertensión portal. Considerándose actualmente como un tratamiento de primera línea en el manejo de algunas de las complicaciones de esta. Si bien, pese a que su eficacia es alta (mayor al 60 % al año), la tasa de eventos adversos no es desdeñable, siendo el más frecuente la encefalopatía hepática y con una mortalidad al año del 20-29 %. Por ello se considera habitualmente una terapia puente hacia el trasplante, aunque en muchas ocasiones se utiliza como terapia definitiva. El objetivo de este estudio es comparar los resultados del TIPS en pacientes que se someten a trasplante hepático (TOH) posteriormente, frente a aquellos que no. **Material y métodos:** Realizamos un estudio de cohortes retrospectivo en el que se incluyeron aquellos pacientes con cirrosis hepática sometidos a TIPS en el Hospital Virgen de las Nieves entre los años 2020 y 2024. El análisis estadístico se realizó con SPSS. **Resultados:** Se incluyeron un total de 43 pacientes, 30 en el grupo 1, aquellos que no se sometieron a TOH y 13 en el grupo 2, aquellos que sí. La edad media fue de 58 años, siendo la mayoría de ellos varones. Los grupos fueron comparables, encontrando únicamente diferencias significativas en la indicación de TIPS, con un porcentaje mayor de ascitis refractaria (84,6 % vs 33,3 %, $p=0,002$) para el grupo de TOH. La mortalidad a los 6 meses fue mayor para el grupo 1 (56,7 % vs 0, $p=0,001$). Se realizó un subanálisis para la indicación de ascitis refractaria manteniéndose las diferencias en cuanto a mortalidad, siendo mayor en el grupo 1 (60 % vs 0 %, $p=0,0011$). Llevamos a cabo un análisis multivariante para la mortalidad a los 6 meses, encontrando como factores de riesgo la edad y el MELD previo, y como factor protector el trasplante hepático. **Conclusiones:** El TIPS constituye una herramienta eficaz en el manejo de la hipertensión portal sin embargo la elevada mortalidad a medio plazo en ausencia de un tratamiento definitivo debe hacernos valorar de forma individualizada su uso fuera de la terapia puente. Constituyendo el trasplante hepático el tratamiento definitivo y con mejor pronóstico en la cirrosis hepática descompensada.

P.29

ASOCIACIÓN DE ANSIEDAD Y DEPRESIÓN CON LA SOBRECARGA DEL CUIDADOR DE PACIENTES EN LISTA DE ESPERA PARA TRASPLANTE HEPÁTICO

Ainoha Navarro¹, Ana Isabel López-Navas³, Laura Martínez-Alarcón^{1,2}, Antonio Riquelme⁴, Concepción Vicente², J. Manuel Fernández², Pedro Cascales^{1,2}, Ricardo Robles^{1,2}, Víctor López-López^{1,2}, José A. Pons^{1,2}, Pablo Ramírez^{1,2}

1) IMIB Pascual Parrilla. 2) H. C. U. Virgen de la Arrixaca. 3) Facultad de Psicología UCAM. 4) Facultad de Psicología U. de Murcia

Objetivo: Analizar la sobrecarga del cuidador, y la posible relación con sintomatología ansioso-depresiva en cuidadores informales de pacientes con enfermedad hepática en espera de trasplante hepático. **Material y métodos:** Se evaluó a 9 cuidadores principales no profesionales de pacientes adultos con enfermedad hepática crónica, candidatos a trasplante e incluidos en lista de espera. Los instrumentos utilizados fueron: el Cuestionario de Sobrecarga del Cuidador de Zarit (ZBI) para valorar la sobrecarga percibida; el Beck Depression Inventory (BDI) para la evaluación de sintomatología depresiva; y el Beck Anxiety Inventory (BAI) para la valoración de sintomatología ansiosa. **Resultados:** La percepción media de sobrecarga en los cuidadores fue de 49 (DE = 8,76). Las puntuaciones de ansiedad y depresión mostraron cierta variabilidad entre los cuidadores entrevistados, con puntuaciones medias de 14,44 y 11,44, respectivamente. La sobrecarga percibida se asoció de manera significativa con niveles de ansiedad ($p = 0,763$; $p = 0,017$) y depresión ($p = 0,752$; $p = 0,019$), presentando una correlación muy elevada entre ambas variables ($p = 0,950$; $p < 0,001$). **Conclusiones:** Se observaron niveles moderados de sobrecarga en los cuidadores, así como niveles leves de ansiedad y depresión, con una elevada comorbilidad entre estas últimas. Los cuidadores que reportaron mayores niveles de sobrecarga presentaron a su vez, mayor grado de ansiedad y depresión.

P.30

ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO CON INJERTOS DE DONANTES DE EDAD MAYOR O IGUAL A 80 AÑOS EN LA ERA POSTERIOR A LOS ANTIVIRALES CONTRA EL VIRUS DE HEPATITIS C: EXPERIENCIA DEL HOSPITAL DE CRUCES

Alex Bausela Sainz², Ander García San Miguel², Eunat Muga Ibarreche², Patricia Salvador Bengoechea², María Senosiain Labiano², J. Ramon Fernández Ramos², Arkaitz Perfecto Valero¹, Ibone Palomares Etxeberria¹, Mikel Prieto Calvo¹, Sara Mambrillas Herrero¹, Alberto Ventoso Castiñeira¹, Patricia Ruiz Ordorica¹, Javier Bustamante Schneider², Mikel Gastaca Mateo¹

1) Unidad de Cirugía hepatobiliar y Trasplante hepático, H. U. de Cruces, Barakaldo. 2) Unidad de Hepatología y Trasplante hepático, H. U. de Cruces, Barakaldo

Objetivo: • Primario: Analizar la supervivencia a 1, 3 y 5 años de pacientes e injertos provenientes de donantes ≥ 80 años. • Secundarios: - Comparar la supervivencia de esta cohorte con la global del trasplante hepático. - Evaluar su funcionamiento y complicaciones asociadas. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo unicéntrico incluyendo pacientes trasplantados hepáticos con donantes ≥ 80 años entre 2014 y 2022, sin criterios de exclusión. Seguimiento mínimo 3 años. **Resultados:** Se analizaron 44 pacientes. Mediana de edad de donantes: 83 años, 59 % mujeres. Ningún injerto presentó >30 % esteatosis (biopsia), 1 presentó 20-30 %. 83 % requirió drogas vasoactivas <48 h pretrasplante, estancia UCI mediana 1,5 días. Mediana de isquemias: 33 minutos (caliente) y 311 (fría). Sin donantes DCD ni HOPE. Mediana de edad de receptores: 59 años, 68 % varones. Etiología hepatopatía: alcohol (54 %), seguido de alcohol+VHC (9,1 %) y VHC (6,8 %). 47 % Child C, MELD mediano 16,5. 13 % presentaba trombosis portal previa, 43 % hepatocarcinoma. **Complicaciones:** - 9 % disfunción precoz del injerto (EAD, según criterios Olthoff). La mediana GPT postrasplante fue de 921. - Ningún fallo primario del injerto. - 9 % patología arterial: 2 estenosis (angioplastia+stent), 2 trombosis (una precoz y otra tardía que desarrolló colangiopatía posterior). - 14 % patología biliar: 2 fugas, 1 fístula y 3 estenosis. Tratamiento conservador (tubo de Kehr) salvo 2 estenosis que requirieron CPRE+prótesis. - 4,6 % patología venosa: 2 estenosis venas suprahepáticas (angioplastia). Supervivencia: 6 pacientes (14 %) requirieron retrasplante hepático (1 colangiopatía, 1 trombosis precoz, 1 rechazo y 3 disfunciones multifactoriales). La mediana de supervivencia del injerto resultó de 7,95 años (percentil25 4,2 años y percentil75 9,5 años). **Conclusiones:** Los injertos hepáticos de donantes ≥ 80 años en la era actual presentan buenos resultados de supervivencia a largo plazo, con tasas de complicaciones similares a las reportadas en el resto de los donantes, siempre y cuando se realice una estricta selección de donantes.

P.31

MODULACIÓN DEL FLUJO DE LA ARTERIA HEPÁTICA MEDIANTE OCLUSIÓN DE LA ARTERIA ESPLÉNICA. ¿INFLUYE EN LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO?

Marina Vila-Tura¹, Lluís Secanella¹, Esther Alba², Alba Cachero³, Oriana Barrios¹, Alberto Amador³, Kristel Mils¹, Marta Garcia-Guix³, Maria Sorribas¹, Queraldi Ordi², Emilio Ramos¹, Laura Lladó¹

1) H. U. de Bellvitge. Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Trasplante Hepático. 2) H. U. de Bellvitge. Servicio de Angioradiología. 3) H. U. de Bellvitge. Servicio de Hepatología

Objetivos: Analizar los resultados y la seguridad de la modulación del flujo de la arteria hepática, mediante ligadura intraoperatoria de la arteria esplénica (AE) o su embolización postoperatoria, en pacientes sometidos a trasplante hepático, así como su posible impacto en la prevención de colangitis isquémica (CI). **Material y métodos:** Estudio unicéntrico descriptivo retrospectivo de pacientes trasplantados hepáticos (2004-actualidad) en los que se realizó oclusión de la AE para modulación del flujo arterial hepático. Se recogieron datos sobre indicación, técnica empleada, evolución postoperatoria y desarrollo de CI durante el seguimiento. **Resultados:** Se identificaron 15 pacientes: • Ligadura intraoperatoria (5 casos): indicada por hiperaflujo portal con bajo flujo arterial. En 4 pacientes se consiguió incremento del flujo hepático (flujo medio 32,5 a 120ml/min) y ninguno desarrolló CI. Un paciente presentó CI, sin mejoría del flujo tras la ligadura (flujo final 30ml/min), en un contexto de donante con obesidad mórbida y tiempo de isquemia prolongado (497min). • Embolización postoperatoria (10 casos): realizada por hiperaflujo portal (6), síndrome de robo esplénico (2) y ascitis refractaria (2). En 7 pacientes no se observó CI en el seguimiento (incluido un injerto con criterios expandidos preservado con HOPE). Tres pacientes desarrollaron CI, en todos ellos con factores de riesgo asociados: oclusión tardía de la AE, donante expandido, tiempos de isquemia prolongados, complejidad quirúrgica y complicaciones postoperatorias. Solo se registró una complicación relacionada con la técnica (pseudoaneurisma de la arteria femoral común). **Conclusiones:** La oclusión precoz del flujo de la arteria esplénica en el trasplante hepático es una técnica segura que puede mejorar el flujo arterial hepático y contribuir a reducir el riesgo de CI. No obstante, el desarrollo de CI es un fenómeno multifactorial, condicionado por características del donante, del receptor y de la cirugía. Una valoración individualizada resulta esencial para determinar la indicación óptima en cada paciente.

P.32

INCIDENCIA DE COLANGIOPATÍA POSTRASPLANTE HEPÁTICO Y SU RELACIÓN CON LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA EXTRAHOSPITALARIA EN DONANTES

Paulino Ide¹, Ernesto Barzola¹, Emilio Tonina¹, Alejandra Reta¹, Guillermo Reyes¹, Daniel Ugarte¹, Angel Ruiz², Eva Ribas³, Graciela Martinez³, Pablo Ruiz⁴, Gonzalo Crespo⁴, Jordi Colmenero⁴, Ylliam Fundora¹

1) Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. H. Clínic. 2) Unidad de Coordinación de Trasplantes. H. Clínic. 3) Servicio de Anestesia. H. Clínic. 4) Servicio de Hepatología. H. Clínic.

El trasplante hepático es el tratamiento de elección para la enfermedad hepática terminal. La escasez de órganos ha impulsado la utilización de donantes con criterios expandidos, incluyendo aquellos con parada cardiorrespiratoria extrahospitalaria previa a la donación (PCRPD). Una complicación relevante del trasplante es la colangiopatía, de origen multifactorial y con impacto clínico. Se ha planteado que la PCRPD podría incrementar su riesgo. El objetivo fue evaluar la incidencia de colangiopatía postrasplante y su relación con la PCRPD. **Método:** Estudio retrospectivo, observacional y comparativo que incluyó todos los trasplantes hepáticos realizados entre enero de 2019 y diciembre de 2024, con seguimiento mínimo de un año. Se compararon receptores de donantes con y sin PCRPD. La colangiopatía se definió como estenosis biliares no anastomóticas, en ausencia de trombosis arterial, confirmada por colangio-RMN. **Resultados:** Se realizaron 364 trasplantes, 82 (22,5 %) con donantes PCRPD. La colangiopatía ocurrió en 8 pacientes (2,1 %): 2 PCRPD (2,4 %) y 6 no-PCRPD (2,1 %) ($p=0,723$). La mediana de aparición fue 115 días (RIQ 78-209). En el grupo PCRPD, los casos se asociaron a donantes DBD, con mediana de 228 días (RIQ 146-310). En los no-PCRPD, 4 casos surgieron a los 78 días y 2 en donantes DCD a los 311 días. En el subgrupo PCRPD, la RCP básica tuvo una mediana de 10 min y la avanzada de 14 min. Las transaminasas mostraron elevación transitoria: ALT pico 203 U/L (RIQ 79-282) y AST pico 349 U/L (RIQ 109-458); antes de la donación fueron ALT 75 U/L (RIQ 45-120) y AST 105 U/L (RIQ 52-157). La supervivencia actuarial fue del 96 % al año y 87 % a cinco años, sin diferencias entre grupos. **Conclusiones:** La incidencia de colangiopatía postrasplante fue baja y no se asoció con la PCRPD del donante.

P.33

PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICA 3D PERSONALIZADA DE ÚLTIMA GENERACIÓN EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO: UNA NUEVA ERA EN LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA Y EL MANEJO DE COMPLICACIONES VASCULARES Y BILIARES

Lucía Hernández Ramos^{1,2}, Víctor López López^{1,2}, Cecilia Maina^{1,4}, Pedro Cascales Campos¹, Alberto Baroja Mazo², Dilmurodjon Eshmuminov³, José A. Pons¹, Guillermo Carbonell¹, Sergio Hernández Kakauridze^{1,2}, Francisco Sánchez Bueno^{1,2}, Ricardo Robles Campos^{1,2}, Miguel A. Gómez Bravo⁵, Pablo Ramírez^{1,2}

1) H. C. U. Virgen de la Arrixaca. 2) Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria. 3) H. U. de Zurich. 4) H. San Raffaele de Milan. 5) H. U. Virgen del Rocío

Objetivos: Evaluar la utilidad de la reconstrucción tridimensional de última generación en la planificación quirúrgica personalizada y en el abordaje de las complicaciones del trasplante hepático. **Material y métodos:** Estudio piloto retrospectivo, multicéntrico, realizado en dos hospitales de referencia en trasplante hepático. Se incluyeron 39 pacientes con complicaciones (17 arteriales, 11 trombosis portal, 11 estenosis biliares) y disponibilidad de imagen radiológica de calidad. Se desarrollaron modelos 3D a partir de datos DICOM de TC o RM, evaluándose su concordancia con hallazgos intraoperatorios. Además, se valoró el beneficio percibido por los cirujanos mediante cuestionarios (escala Likert 1-5). **Resultados:** En complicaciones arteriales, la concordancia entre la extensión descrita por el modelo 3D y el hallazgo intraoperatorio fue del 88,2 % (15/17, $p=0,002$). Los modelos 3D también reprodujeron de forma fiable el grado y la extensión de la trombosis portal y permitieron planificar con precisión las nuevas anastomosis biliares. El 81,8 % de los pacientes con estenosis biliares requirió cirugía, confirmándose la localización prevista en las reconstrucciones. Los cirujanos con más de 20 años de experiencia calificaron el beneficio de las reconstrucciones con una media de 4,6/6 ($\alpha=0,936$). **Conclusiones:** Las reconstrucciones 3D resultan especialmente útiles en el manejo de las complicaciones del trasplante hepático, al proporcionar una representación fiable del calibre, trayectorias y relaciones espaciales de las estructuras, así como de las variantes anatómicas. En este escenario complejo, la claridad visual de los modelos facilita la planificación quirúrgica, armoniza la perspectiva de los distintos especialistas y promueve decisiones clínicas más informadas y compartidas.

P.34

IMPACTO DE LA NEUTROPENIA EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS: ANÁLISIS DE FACTORES ASOCIADOS E IMPACTO EN UNA COHORTE PROSPECTIVA UNICÉNTRICO

Ana Llancho Muñoz, Carlos M. Morales Garzón, Javier Palma Ayllón, Flor Nogueras López, M. Ángeles López Garrido

H. U. Virgen de las Nieves, Granada

Objetivos: Durante el primer año tras un trasplante hepático una complicación frecuente es la neutropenia, definida como un recuento de neutrófilos inferior o igual a 1000/mm³. No obstante, los factores asociados a su aparición y su impacto clínico no están bien definidos. El objetivo del estudio fue analizar su incidencia en nuestra cohorte, identificar predictores y valorar su repercusión en complicaciones postrasplante. **Material:** Análisis de 163 pacientes trasplantado hepático en el H. U. Virgen de las Nieves desde 2019 hasta 2023. **Método:** Análisis retrospectivo de un registro prospectivo de pacientes trasplantados en nuestro centro. El análisis estadístico se realizó con Jamovi v.2.6.44. Se aplicaron pruebas de Chi-cuadrado o Fisher para variables categóricas y la U de Mann-Whitney para cuantitativas tras comprobar no normalidad (Shapiro-Wilk $p < 0,01$). Se realizó un análisis multivariante para identificar factores de riesgo independientes calculando los Odds Ratios (OR) y sus intervalos de confianza. **Resultados:** La neutropenia se asoció a mayor edad (60,8 vs. 55,7 años; $p = 0,003$) y mayor proporción de mujeres (39 % vs. 25 %; $p = 0,04$). Otras variables relacionadas fueron leucopenia (4318 vs. 5356/mm³; $p = 0,014$), hipertensión portal (90,9 % vs. 75,6 %; $p = 0,05$) y reactivación de citomegalovirus (69,7 % vs. 42,1 %; $p = 0,005$). En el análisis multivariante solo la edad se mantuvo como predictor independiente (OR 1,07; IC95 % 1,01-1,14), aumentando un 7 % el riesgo por cada año adicional. No se encontraron diferencias significativas en mortalidad, rechazo ni infecciones, aunque resultaron más frecuentes en el grupo con neutropenia. **Conclusiones:** La neutropenia en el primer año postrasplante afectó al 20 % de los pacientes y se asoció de manera independiente con la edad. La reactivación de citomegalovirus y la hipertensión portal clínica mostraron tendencia a incrementar el riesgo, aunque esta asociación no se confirmó tras el ajuste multivariante, probablemente por el tamaño muestral. No se evidenció un impacto significativo en mortalidad ni en otras complicaciones mayores postrasplante.

P.35

BASILIXIMAB EN TRASPLANTE HEPÁTICO: IDENTIFICACIÓN TEMPRANA DE CANDIDATOS Y RESULTADOS SEGÚN MOMENTO DE INICIO

Ana Llancho Muñoz, Javier Palma Ayllón, Carlos M. Morales Garzón, Flor Nogueras López, M. Ángeles López Garrido

H. U. Virgen de las Nieves, Granada

Objetivos: Los inhibidores de la calcineurina son la base de la inmunosupresión postrasplante, aunque pueden asociar nefrotoxicidad. Basiliximab, antagonista del receptor de IL-2, permite retrasar el inicio de tacrolimus como estrategia nefro-protectora, si bien los criterios de selección no están bien definidos. Nuestro objetivo fue identificar factores predictores y analizar si la introducción temprana de basiliximab aporta beneficios. **Material:** Se analizaron 163 pacientes trasplantados en el H. U. Virgen de las Nieves (2019-2023). **Método:** Estudio retrospectivo de un registro prospectivo. Se aplicaron pruebas de Chi-cuadrado o Fisher para variables categóricas y la U de Mann-Whitney para cuantitativas (Shapiro-Wilk $p < 0,01$), realizándose un análisis multivariante. Se efectuó además un subanálisis según administración precoz (< 72 h) o diferida (≥ 72 h) de basiliximab. **Resultados:** El 29,4 % de la muestra requirió basiliximab. No hubo diferencias en parámetros demográficos. Destacó una indicación por hepatocarcinoma menor en este grupo y se asoció a enfermedad hepática avanzada según Child-Pugh y MELD ($20,6 \pm 7,3$ vs $15,2 \pm 5,9$ $p < 0,001$), así como mayor porcentaje de descompensaciones hepáticas. Análíticamente mostraron unos valores de creatinina basal superiores, sin diferencias en otros parámetros analíticos recogidos. Ninguno de estas variables resultó significativo en el análisis multivariante. Al analizar el inicio precoz destacó una estancia hospitalaria más corta (24,4 vs. 36,6 días; $p = 0,08$), sin objetivarse diferencias significativas en mortalidad ni otras complicaciones. Estos pacientes, transcurridos 6 meses presentaron peores valores de creatinina (1,74 vs 1,23 $p = 0,1$) en probable relación con valores basales más elevados (1,73 vs 0,79 $p = 0,006$). **Conclusiones:** La necesidad de basiliximab se asoció estrechamente con una mayor gravedad de la enfermedad hepática, aunque no fue posible identificar predictores independientes, probablemente por el tamaño muestral y la colinealidad de las variables. El inicio precoz solo redujo la estancia hospitalaria, requiriendo otros estudios con mayor tamaño muestral y ajuste por factores confusores para concretar su efecto.

P.36

REVISIÓN DE LA TÉCNICA TAR EN LA REPARACIÓN DE HERNIAS INCISIONALES EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS

Eloy Cobarro Yelo, Adrian Paredes Segura, Juan Jesus Rubio García, Candido Alcazar López, José A. Bravo Hernandez, Mariano Franco Campello, Celia Villodre Tudela, Paola Melgar Requena, J. Manuel Ramia Angel, Carmen Zaragoza Zaragoza

H. G. U. de Alicante Dr. Balmis

Introducción: Las hernias incisionales (HI) en pacientes trasplantados hepáticos (TH) son una complicación que supone un desafío quirúrgico por la inmunosupresión y factores anatómicos. El tipo de defecto herniario dificulta la reparación y la correcta colocación de materiales protésicos. No hay consenso internacional sobre la mejor técnica de reparación de estas HI, destacando recientemente la técnica TAR. **Metodología:** Estudio observacional retrospectivo sobre el tratamiento de las HI en pacientes TH. Octubre-2018 a febrero-2025. **Resultados:** Se incluyeron 12 pacientes. Dos pacientes presentaban recidiva HI. La mediana de edad fue 61 años. El 81,82 % eran hombres. El tiempo medio desde el TH hasta la cirugía fue 45 meses. El defecto medio transversal fue 7,25 cm ($DE \pm 4,77$) y el diámetro longitudinal 9,23 cm ($DE \pm 7,45$). El IMC fue 34. El 63,6 % de los pacientes presentaban comorbilidades relevantes: cardíacas (27,3 %), diabetes mellitus (36,3 %), y EPOC (18,2 %). Todos los pacientes estaban en tratamiento con Tacrolimus. Cuatro pacientes (36,4 %) fueron prehabilitados con neumoperitoneo y seis pacientes (54,5 %) con Botox. Todas las reparaciones fueron abiertas. La técnica quirúrgica más empleada fue el TAR (72,7 %). En el 90,9 % de los pacientes se utilizó malla sintética no reabsorbible de poro ancho. El 81,8 % de las intervenciones fueron programadas. Las complicaciones postoperatorias fueron: una complicación Clavien-Dindo IIIa. (seroma punccionado) (9,1 %). La estancia hospitalaria fue 4 días. Durante el seguimiento (mediana: 50 meses) no se observaron recidivas. La mortalidad postoperatoria, durante el seguimiento, fue 9,09 % por causas no relacionadas con la intervención herniaria. **Conclusiones:** Las eventraciones tras TH, precisan de una planificación individualizada multidisciplinar. El TAR favorece encontrar un buen plano para la colocación de amplias mallas en localizaciones anatómicas complejas, con mejores resultados y disminución de las recidivas. Pero se precisa de un mayor número de estudios con seguimiento prolongado para considerarlo la técnica de elección.

P.37

¿ES POSIBLE APLICAR LOS PROTOCOLOS ERAS TRAS DONACION EN ASISTOLIA?

Celia Villodre Tudela, Cándido Fernando Alcázar López, Mariano Franco Campello, María Rodríguez Soler, Iván Herrera Marante, Cayetano Miralles Maciá, Juan Jesús Rubio García, Pablo Bellot García, José A. Bravo Hernández, Patricio Más Serrano, Sonia Pacual Bartolomé, J. Manuel Ramia Angel

H. G. U. de Alicante Dr. Balmis

Introducción: La implementación de protocolos ERAS tiene como objetivo reducir complicaciones asociadas a la hospitalización prolongada. Su utilidad en el trasplante hepático (TH) aún genera debate. Nuestro objetivo es analizar los resultados del protocolo ERAS en pacientes con TH según tipo de injerto: muerte encefálica (ME) vs donación en asistolia (DA). **Métodos:** Estudio observacional retrospectivo sobre base prospectiva. Periodo: 2012-2024. Criterios de inclusión: pacientes >18 años y TH por cualquier etiología. Criterios de exclusión: retrasplante y muerte intrahospitalaria. Protocolo ERAS aplicado universalmente. Criterio priorización: MELD y variables antropométricas. Se considero ≤ 4 días alta precoz. Se evaluaron variables clínicas y analíticas, estancia, mortalidad intrahospitalaria y reingresos. **Resultados:** Se estudiaron 408 TH. 83,8 % recibieron un injerto donante ME y 16,2 % DA. Los grupos no eran totalmente homogéneos ya que los pacientes DA presentaban: MELD levemente superior (21vs20), más ascitis (710vs100 ml), más encefalopatía, peso del injerto mayor (1,6vs1,3 kg), más pérdidas hemáticas intraoperatorias (488vs300 ml.), más tiempo de isquemia fría (295vs256 min) y caliente (51vs41 min), menor extubación intraoperatoria (90,1 vs 98,5 %), más días de UCI del donante (8vs2 días) y más uso de basiliximab. El 59,1 % de TH ME recibieron alta precoz (≤ 4 días) vs 36,4 % DA. La estancia (mediana) en grupo ME fue 4 días y DA 6 días, pero directamente relacionada con mayor uso de basiliximab que nos retrasó alcanzar los niveles de inmunosupresor para realizar alta hospitalaria. La tasa de reingresos fue ligeramente mayor en el grupo ME (31,9 %vs30,3 %), pero sin diferencias significativas. La mortalidad en el postoperatorio inmediato (1,8 %vs1,5 %) también fue mayor en el grupo ME sin diferencias significativas. **Conclusiones:** El alta precoz (< 4 días) en TH es una opción segura tanto en pacientes con donantes ME y DA, aunque la estancia en pacientes DA es superior relacionado con un mayor uso de basiliximab en ese grupo.

P.38

TROMBOSIS PORTAL Y TRASPLANTE HEPÁTICO. MANEJO PREOPERATORIO E INTRAOPERATORIO.

Diego López Guerra, Isabel Jaén Torrejimenó, [Adela Rojas Holguín](#), Angélica Borraez Jiménez, Yeniffer Tatiana Moreno Salazar, M. Inmaculada Lavado Andújar, Cristina Rosel Jódar Salcedo, Gerardo Blanco Fernández

Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. H. U. de Badajoz

Objetivos: El objetivo del estudio es analizar las trombosis portales en pacientes trasplantados hepáticos, así como su tratamiento preoperatorio e intraoperatorio. **Material y métodos:** Se han incluido todos los pacientes trasplantados hepáticos entre 2012 a 2023. Se ha empleado la clasificación de Yerdel para clasificar el grado de trombosis, se han analizado variables demográficas, clínicas, complicaciones postquirúrgicas, tratamiento de la trombosis portal y supervivencia.

Resultados: Se realizaron 331 trasplantes observando trombosis portal preoperatoria o intraoperatoria en 40 pacientes (12,1 %). Se diagnosticó trombosis portal preoperatoria en 34 pacientes (85 %), en 30 de ellos se realizó anticoagulación preoperatoria mientras que en 4 casos no se anticoaguló por riesgo hemorrágico. Según la clasificación de Yerdel lo más frecuente fue el grado 3 (21 pacientes/52,5 %), grado 2 (11/27,5 %), grado 1 (7 (17,5 %) y grado 4 (1/2,5 %). Intraoperatoriamente en 14 pacientes (35 %) no se observó trombosis portal resolviéndose tras instaurar tratamiento con anticoagulación. En el resto de los pacientes la técnica más empleada fue la tromboendovenectomía (19/47,5 %), seguida del shunt mesentérico-portal (6/15 %) y en 1 caso (2,5 %) anastomosis renoportal. Las complicaciones quirúrgicas fueron ligeramente superiores en el grupo de trombosis portal (22,5 % vs 18,4 %, $p=0,535$). La transfusión intraoperatoria de hemáties fue superior en el grupo de trombosis portal (63,6 % vs 34,9 %, $p=0,001$), también transfusión de plasma (39,4 % vs 2,7 %, $p=0,001$) y transfusión de plaquetas (42,4 % vs 16,4 %, $p=0,0001$). La duración de la intervención fue superior en el grupo de trombosis portal (380 minutos vs 347 minutos, $p=0,008$). La supervivencia a 1, 3 y 5 años fue ligeramente superior en el grupo sin trombosis portal (Trombosis portal 90 %/75 %/75 % vs NO trombosis portal 89 %/84 %/79 %, log-rank $p=0,443$). **Conclusiones:** La anticoagulación consigue la resolución de la trombosis portal en hasta un 35 % de los pacientes. La técnica más empleada fue la tromboendovenectomía. La supervivencia en el grupo de trombosis portal presenta buenos resultados.

P.39

COMPLICACIONES BILIARES POSTRASPLANTE Y USO DEL TUBO EN T DE KEHR

Diego López Guerra, Isabel Jaén Torrejimenó, [Adela Rojas Holguín](#), Angélica María Borraez Jiménez, Yeniffer Tatiana Moreno Salazar, M. Inmaculada Lavado Andújar, Cristina Rosel Jódar Salcedo, Gerardo Blanco Fernández

Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático. H. U. de Badajoz

Objetivos: El objetivo es analizar las complicaciones biliares postrasplante y factores relacionados con su forma de presentación y la utilización del tubo en T de Kehr. **Material y métodos:** Se han incluido todos los pacientes trasplantados hepáticos entre 2012 a 2023. Se han analizado factores relacionados con el receptor, el donante, la técnica quirúrgica asociada, así como las complicaciones relacionadas con un análisis independiente por periodos en función de la utilización del tubo en T de Kehr. **Resultados:** Durante este periodo se han realizado 331 trasplantes. Encontramos 33 pacientes (10 %) que presentaron complicaciones biliares postrasplante, en un 57,6 % de los casos las complicaciones se presentaron de forma precoz siendo la forma de presentación más frecuente la estenosis en un 54,4 %. La colédoco-coledocostomía fue la técnica de reconstrucción biliar más empleada en un 97,3 %. El tratamiento de la complicación biliar fue conservador en 3 pacientes (9,1 %), percutáneo en 4 pacientes (12,1 %), endoscópico en 12 pacientes (36,4 %) y quirúrgico en 14 pacientes (42,4 %). Los pacientes donde apareció complicación biliar tenían un mayor porcentaje de donantes octogenarios 18,2 % vs 9,1 %, mayor tasa de complicaciones arteriales (6,1 % vs 2,3 %) y de reintervención postrasplante (43,8 % vs 12,9 %; $p < 0,001$). La utilización de tubo en T de Kehr de forma sistemática se asoció con menor tasa de complicaciones biliares (3,5 % vs 15 %; $p < 0,001$). La supervivencia a 1, 3 y 5 años en el grupo de complicaciones biliares fue 82 %, 79 % y 74 % frente a 90 %, 83 % y 79 % en el grupo sin complicaciones biliares (log-rank $p=0,518$). **Conclusiones:** La incidencia de complicaciones biliares es similar a la obtenida en la literatura. El uso sistemático de tubo en T de Kehr de caucho consiguió disminuir la incidencia de complicaciones biliares en nuestra serie. La aparición de complicaciones biliares podría disminuir la supervivencia del paciente al año del trasplante.

P.40

EVALUACIÓN PRETRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES CON POLIQUISTOSIS HEPÁTICA: PAPEL DE LA VOLUMETRÍA HEPÁTICA Y LOS CUESTIONARIOS ESTRUCTURADOS

Giulia Pagano, Julia Grau, Pablo Ruiz, Gonzalo Crespo, Irina Luzko, Yiliam Fundora, Joana Ferrer, Raquel García, Eva López, Jordi Colmenero

H. Clínic

La poliquistosis hepática (PLD) es una enfermedad autosómica dominante infrecuente caracterizada por la formación progresiva de quistes hepáticos (ADPLP), o renales y hepáticos (ADPKD). En los últimos ha aumentado el número de derivaciones de paciente con PLD lo que ha motivado una actualización de los protocolos de evaluación incluyendo volumetría hepática y cuestionarios estructurados (POLCA, PLD-Q) y cribaje de patologías asociadas. **Objetivos:** Analizar las características clínicas, volumétricas y de cuestionarios específicos en la evaluación para TH de pacientes con PLD y su papel en la decisión pretrasplante. **Material y métodos:** Estudio observacional retrospectivo, unicéntrico sobre pacientes remitidos por PLD (2009-24). Se evaluaron variables clínicas, gastroscopia, angioRMN cerebral, volumetría hepática y POLCA y PLD-Q. **Resultados:** Se incluyeron 100 pacientes con ADPKD y 27 con ADPLD. Los pacientes con ADPKD eran más jóvenes, hipertensos y con presentaban más complicaciones quísticas y ascitis comparado con ADPLD. El POLCA y el PLD-Q medio fue (23 vs 18 y 47 vs 41) sin diferencias entre ADPKD y ADPLD. La mediana de volumetría hepática fue 3779 ml siendo superior a 3200 cc/m (Kim III) en 41 % de los casos. En estos pacientes (n=28) el 25 % presentaron varices esofágicas. Se detectaron aneurismas intracraneales en 11 (9 %) pacientes y 48 (38 %) recibieron análogos de somatostatina. Se incluyeron en lista de espera de TH aislado a 26 pacientes y 28 para doble THR, que fueron trasplantados en una mediana de 121 días. Los pacientes trasplantados mostraban mayor volumen hepático ajustado a la talla (hTLV, 4057 ml/m vs 1876 ml/m, p=001) y una puntuación más alta en los cuestionarios clínicos (POLCA 19,5 vs 8,5 y PLD-Q, 65,28 vs 29,86 p 0,001) respecto a los pacientes no trasplantados (n=73). **Conclusiones:** La evaluación estructurada de pacientes mediante volumetría, POLCA, gastroscopia y angioRM cerebral permite evaluar y estratificar a los candidatos antes del trasplante.

P.41

IMPACTO DE LA PERFUSIÓN HIPOTÉRMICA OXIGENADA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO: COMPARACIÓN ENTRE DONANTES EN ASISTOLIA Y EN MUERTE ENCEFÁLICA

Carlos Javier García Sánchez, Luis M. Marín Gómez, Carmen Cepeda Franco, José M. Álamo Martínez, Gonzalo Suárez Artacho, Carmen Bernal Bellido, Francisco J. Padillo Ruiz, Miguel Á. Gómez Bravo

H. U. Virgen del Rocío

Introducción: La perfusión hipotérmica oxigenada (HOPE) ha demostrado beneficios en el trasplante hepático al reducir la disfunción del injerto en donantes con criterios extendidos. Sin embargo, persisten dudas sobre sus indicaciones y el impacto diferencial según el tipo de donante. **Objetivo:** Comparar los resultados de la aplicación de HOPE en injertos procedentes de donantes en muerte encefálica (DBD) frente a donantes en asistolia sometidos a perfusión regional normotérmica (DCD), evaluando complicaciones, disfunción primaria y supervivencia de injerto y paciente. **Material y métodos:** Estudio prospectivo de trasplantes hepáticos realizados entre febrero 2022 y febrero 2025, en los que los injertos fueron sometidos a HOPE. Se registraron complicaciones y evolución clínica durante el seguimiento. Las variables cuantitativas se describieron mediante mediana e intervalo intercuartílico; la comparación se realizó con test U de Mann-Whitney. Las variables cualitativas se analizaron con test exacto de Fisher. La supervivencia del injerto se evaluó mediante Kaplan-Meier y log-rank. **Resultados:** Se incluyeron 38 pacientes (19 por grupo), con una mediana global de seguimiento de 10 meses. No se observaron diferencias entre DBD y DCD en edad de receptores y donantes, sexo, MELD, tiempo de perfusión, isquemia fría ni transfusión. Los injertos DCD mostraron picos significativamente menores de AST y ALT frente a los DBD (p=0,019). La disfunción primaria fue más frecuente en DBD (26,3 % vs. 11,1 %), sin alcanzar significación estadística (p=0,405). No se hallaron diferencias en complicaciones biliares, síndrome de postreperfusión ni rechazo agudo (p=1,000 en todos los casos). No hubo fallos primarios ni necesidad de retrasplante. El análisis de supervivencia no mostró diferencias significativas entre grupos. **Conclusiones:** Los injertos procedentes de DCD parecen presentar menor pico de transaminasas y una tendencia a una menor disfunción primaria en HOPE con respecto a DBD. Se requieren estudios con mayor tamaño muestral y seguimiento prolongado para confirmar estos hallazgos.

P.42

HOPE Y EL TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES CON ACLF: ANÁLISIS DEL USO DE DONANTES CON CRITERIOS EXTENDIDOS, COMPLICACIONES Y SUPERVIVENCIAPedro Pinto¹, Júlio Constantino¹, Mariana Lobo², Pedro Oliveira¹, Dulce Diogo¹, José Tralhão¹

1) ULS Coimbra. 2) ULS Matosinhos

La insuficiencia hepática aguda sobre crónica (ACLF) es cada vez más prevalente y presenta una alta tasa de mortalidad. El trasplante hepático (TH) es un tratamiento de última línea, y la calidad del injerto y el tiempo de espera son factores determinantes. Estudios sugieren que el uso de la perfusión hipotérmica oxigenada (HOPE) puede mejorar la calidad de los injertos de donantes de criterios extendidos (DCE). Evaluar el impacto de HOPE en el uso de DCE, las complicaciones y la supervivencia de pacientes con ACLF sometidos a TH. Estudio retrospectivo que incluyó paciente sometidos a TH por ACLF entre enero de 2020 y diciembre de 2024. Se dividieron en dos grupos: grupo HOPE y grupo sin HOPE. Se evaluó el uso de DCE, el tiempo de espera hasta el TH, las complicaciones y la supervivencia. Un total de 29 TH, donantes 100 % en muerte cerebral. Grupo HOPE: N=18, tiempo HOPE 125,5' (IQR: 121-160), tiempo de isquemia fría (TIF): 220' (IQR 154-293). Sin HOPE: N=11, TIF 267' IQR (239-310). CLIF ACLF y BAR fueron similares entre grupos. En el grupo HOPE, tiempo de espera entre la inclusión en lista y el TH fue menor (4 vs 7 días, $p=0,007$), el uso de DCE fue mayor (61,1 % vs 36,4 %, $p=0,196$), y la mortalidad disminuyó (5,6 % vs 36,4 %, $p=0,033$). El análisis de las curvas de Kaplan-Meier sugiere una mayor supervivencia, aunque sin significancia estadística (1651 vs 1280 días, $p=0,061$). El subanálisis del TH con injertos de DCE no mostró un aumento de las complicaciones ni de la mortalidad entre los grupos. En esta serie, el uso de HOPE en el TH por ACLF se asocia a una reducción del tiempo de espera hasta el TH, debido a un mayor uso de DCE, y a una mayor supervivencia de los pacientes, sin aumento de la morbilidad.

P.43

EVOLUCIÓN DEL PERFIL DE RECEPTORES E IMPACTO EN SUPERVIVENCIA A MEDIO PLAZO: ANÁLISIS DE 2 COHORTES (2014-16 VS 2018-21)Maria Senosiáin Labiano^{1,2}, Patricia Salvador Bengoechea^{1,2}, Eunáte Muga Ibarreche^{1,2}, Alex Bausela Sainz^{1,2}, Ander Garcia De Miguel^{1,2}, J. Ramon Fernández Ramos^{1,2}, Sara Mambrilla Herrero^{1,2}, Arkaitz Perfecto Valero^{1,2}, Mikel Prieto Calvo^{1,2}, Ibone Palomares Etxeberria^{1,2}, Alberto Ventoso Castiñeira^{1,2}, Patricia Ruiz Ordorica^{1,2}, Mikel Gastaca Mateo^{1,2}, Francisco J. Bustamante Schneider^{1,2}

1) H. U. de Cruces. 2) Biobizkaia

Objetivos: En los últimos años, los cambios en donación e indicaciones de trasplante han modificado el perfil de los receptores, que probablemente son cada vez de mayor edad y con más comorbilidades, lo que podría impactar en la supervivencia. El objetivo de este estudio es analizar la evolución de las comorbilidades pretrasplante en 2 cohortes temporales (trasplantados 2014-2016 y 2018-2021) y las comparar sus supervivencias. **Material y métodos:** Estudio descriptivo y de supervivencia de 2 cohortes de trasplante recogidas de manera ambispectiva. **Resultados:** Se realizaron 223 trasplantes en 2014-2016 y 293 en 2018-2021. Los receptores >65 años aumentaron del 17,9 % al 22,5 %. La etiología mostró una disminución de VHC (30,5 % a 23,9 %) y un incremento de MASH/MetALD (6,72 % a 11,3 %) e inmunológicas (4,93 % a 9,9 %). Entre las comorbilidades, se observó mayor obesidad (25,4 a 31,9 %), dislipemia (12,6 a 20,1 %) y patología cardiovascular (14,4 a 27,7 %) incluyendo entre otra cardiopatía isquémica (2,2 % a 6,8 %) y arritmia (4 % a 8,6 %). También aumento la neoplasia previa (5,8 % a 11,3 %). Por el contrario, disminuyó el tabaquismo activo (43,5 % a 33,6 %) y hepatocarcinoma (49,3 a 38,6 %). En el análisis de supervivencia no se detectaron diferencias significativas, presentando supervivencias similares a medio plazo. **Conclusiones:** Entre 2014-2016 y 2018-2021 se objetivo un aumento de la edad de los receptores y de la prevalencia de MASH/MetALD y comorbilidad cardiovascular pretrasplante, sin impacto en la supervivencia global a medio plazo.

P.44

CÓMO INFLUYE EL INTERVALO TEMPORAL DESDE EL TRASPLANTE PRIMARIO EN LOS RESULTADOS DE SUPERVIVENCIA TRAS EL RETRASPLANTE HEPÁTICO

Arkaitz Perfecto Valero, Patricia Ruiz Ordorica, Alberto Ventoso Castiñeira, Ibone Palomares Etxeberria, Mikel Prieto Calvo, Sara Mambrilla Herrero, Patricia Salvador Bengoetxea, [Mikel Gastaca Mateo](#)

H. U. de Cruces

Objetivos: No existe un consenso internacional sobre la consideración del intervalo temporal entre el trasplante hepático primario (TH1º) y el retrasplante hepático (ReTH). Cuando el ReTH se realiza antes de la primera semana se considera "urgente" (ReTH-U), antes de transcurrido el mes se suele considerar "precoz" (ReTH-P), y más allá del mes "electivo" (ReTH-E). El objetivo del estudio fue valorar la distribución trimodal de cada supervivencia. **Material:** Cohorte unicéntrica retrospectiva de 1431 pacientes trasplantados entre 1996 y 2019, con seguimiento hasta el 31/12/2023. Estudiamos los 80 procedimientos de primer TH y ReTH realizados en nuestro Centro. Excluimos los ReTH iterativos (n=7, 6 pacientes) y aquellos con TH1º realizado en otro Centro (n=5). **Método:** Comparamos la supervivencia de pacientes e injertos tras el ReTH, considerando: - ReTH-Urgente: realizado entre los días 0-7º respecto al TH1º. - ReTH-Precoz: entre el 8º-30º día respecto al TH1º. - ReTH-Electivo: >30 días tras el TH1º. **Resultados:** La tasa de primer ReTH fue 4,98 %. 50 de los 80 ReTH fueron electivos (66,7 %; tasa 3,32 %), 17 urgentes (22,7 %; tasa 1,13 %), y 8 precoces (10,7 %, tasa 0,53 %). Con una mediana de seguimiento de 10,5 años, la supervivencia de los injertos a 1, 3 y 5 años fue: 64,7 %, 58,8 % y 52,9 % para los ReTH-U; 62,5 %, 25 % y 25 % para los ReTH-P; y 92 %, 84 % y 74 % para los ReTH-E (p=0,003). La supervivencia de los pacientes a 1, 3 y 5 años fue: 64,7 %, 58,8 % y 52,9 % para los ReTH-U, 62,5 %, 37,5 % y 37,5 % para los ReTH-P, y 96 %, 88 % y 84 % para los ReTH-E (p=0,014). **Conclusiones:** Esta consideración temporal influyó con significación estadística en la supervivencia de los pacientes y los injertos. Las supervivencias son claramente superiores en el ReTH-E, siendo los ReTH-P los que peores resultados presentan y encontrándose los ReTH-U en un escenario intermedio.

P.45

COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES PRECOCES TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO: PREDICTORES E IMPACTO SOBRE LA SUPERVIVENCIA

Alba Cachero Ros, Alberto Amador Navarrete, M. Teresa Broquetas González, Marta García Guix, Oriana Barrios Cormenzana, Emma González Vilatarsana, Marina Vila Tura, José Castellote Alonso, Laura Lladó Garriga

H. U. de Bellvitge

Introducción: Las complicaciones cardiovasculares (CCV) tras el trasplante hepático son frecuentes, con incidencias entre el 10 y el 30 % y constituyen una de las principales causas de morbimortalidad. **Objetivos:** Objetivo principal: evaluar la incidencia de CCV precoces (primer mes postrasplante). Objetivos secundarios: analizar la incidencia de complicaciones CV durante el seguimiento completo, su evolución temporal, la relación con factores pretrasplante y el impacto sobre la supervivencia. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo observacional unicéntrico que incluyó receptores de TH entre enero de 2014 y de 2025. **Resultados:** Se incluyeron 561 pacientes, en su mayoría varones (78,3 %) con una edad al TH de 59,8 años (54-65). Las principales etiologías fueron carcinoma hepatocelular (43,3 %), cirrosis alcohólica (63,3 %), VHC (24,8 %) y MASLD (7,8 %). El seguimiento mediano fue de 47 meses (14-82). El 6,1 % de la cohorte presentó un evento CV precoz, mayoritariamente arritmias (26/35). En el análisis multivariante, la diabetes mellitus pretrasplante (OR 2,5; IC95 % 1,01-6,45; p=0,04) y el Sd. Hepatorenal (OR 2,88; IC95 % 1,1-7,58; p=0,03) se asociaron al desarrollo de eventos precoces. El 14 % de la cohorte presentó un evento CV durante el seguimiento, en una mediana de 6 meses postTH (0-40), mayoritariamente cardíacos (11,6 %). La incidencia de eventos CV precoces aumentó en los últimos 5 años respecto al período previo (8,4 vs 4,2 %, p 0,04). La supervivencia fue inferior en los pacientes con complicaciones CV (precoces o tardías), si bien ningún paciente con complicación precoz falleció por causa cardiológica. **Conclusiones:** Las complicaciones CV son frecuentes tras el trasplante hepático y se asociaron a una menor supervivencia. Las complicaciones CV precoces aumentaron en los últimos 5 años y se asociaron a la DM y SHR pretrasplante. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estrategias de cribado y un manejo individualizado en el postoperatorio en este grupo de pacientes.

P.46

FARMACOCINÉTICA DE LAS DIFERENTES FORMULACIONES DE TACROLIMUS EN EL PERÍODO TEMPRANO POSTERIOR AL TRASPLANTE HEPÁTICO: UNA REVISIÓN DE ALCANCE

Marta Falcón Cubillo, Paloma Barriga Rodríguez, Marta Mejías Trueba, M. Victoria Gil Navarro, Carmen Bernal Bellido, Luis M. Marín Gómez, Miguel Á. Gómez Bravo, Laura Herrera Hidalgo

H. U. Virgen del Rocío

Objetivos: Comparar la farmacocinética (FC) de las diferentes formulaciones de tacrolimus (TAC) en el período temprano post-trasplante hepático (TH) y describir las principales características FC y los niveles plasmáticos obtenidos con cada formulación de TAC utilizada. **Material y métodos:** Se realizó una búsqueda en MEDLINE (PubMed) y EMBASE de acuerdo con las directrices PRISMA-ScR. Los principales criterios de inclusión fueron ensayos clínicos y estudios observacionales que analizaran parámetros FC de TAC en receptores de TH durante el primer mes posterior al trasplante. **Resultados:** Se identificaron un total de 2169 artículos, de los cuales 23 cumplieron los criterios de inclusión. Se analizaron diversos parámetros FC en el post-TH, para la formulación intravenosa (iv) y las distintas presentaciones orales (liberación inmediata (IRT), liberación prolongada (PRT) y liberación extendida (LCPT)). La variabilidad FC fue mayor en los días iniciales post-TH, con diferentes exposiciones de TAC entre las formulaciones. TAC iv obtuvo rápidamente niveles terapéuticos. En cuanto a las formulaciones orales, IRT alcanzaba niveles objetivo más rápido que PRT y LCPT. En el día 1, la Cmin es más alta para IRT (8,98 y 9,6 ng/ml) y más baja para LCPT (3,22 ng/mL). Desde la semana 1 hasta el mes 1, la Cmin se mantiene similar entre las tres formulaciones orales estudiadas, en torno a 7-10 ng/mL. Sin embargo, la exposición con PRT y LCPT presentó menor variabilidad durante el primer mes post-TH en comparación con IRT. **Conclusiones:** Actualmente, las formulaciones de TAC oral se consideran de elección, encontrándose el TAC iv en desuso. IRT, PRT y LCPT presentaron diferencias relevantes en su perfil FC en el post-TH inmediato, las cuales pueden influir en el régimen de dosificación y en el tiempo necesario para alcanzar los objetivos FC para una adecuada inmunosupresión. Dada esta variabilidad, la monitorización terapéutica de fármacos podría tener un papel esencial para optimizar el tratamiento.

P.47

APLICACIÓN DE LA PERFUSIÓN HIPOTÉRMICA OXIGENADA (HOPE) EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO CON INJERTOS DE ALTO RIESGO. RESULTADOS PRELIMINARES.

Oscar Caso, Iago Justo, Alba Gómez, Anisa Nutu, Silvia Fernández Noel, Jorge Calvo, Julia Gutierrez, Félix Cambra, Alejandro Manrique, Alvaro García Sesma, Beatriz Aranda Romero, Sofía Lorenzo, Carmelo Loinaz

Unidad Cirugía HBP y Trasplantes. H. U. 12 de Octubre

Introducción: La perfusión hipotérmica oxigenada (HOPE) es una estrategia de preservación hepática que reduce el daño por isquemia-reperfusión y las complicaciones derivadas del mismo en el trasplante hepático (TH). **Material y métodos:** Estudio observacional y retrospectivo de todos los TH realizados con perfusión hipotérmica oxigenada (HOPE). Se utilizaron los dispositivos LiverAssistR para HOPE dual y VitasmartR para HOPE portal en función de la disponibilidad de una u otra durante un tiempo mínimo de 90 minutos. Durante la perfusión se hicieron múltiples determinaciones bioquímicas. **Resultados:** Desde septiembre 2023 hasta junio 2025 se realizaron 22 TH con HOPE. Las indicaciones fueron DME >80 l (4,5 %), cDCD >65 h (36,4 %), alteración enzimas hepáticas 4 (18,2 %), macroesteatosis >20 % 1 (4,5 %) y tiempos de isquemia prolongados/logística 8 (36,4 %). En el 46 % se hizo HOPE dual. La mediana de tiempo de perfusión fue 125 minutos. La principal causa de hepatopatía fue el alcohol (27 %), con un MELD medio de 14 y un BAR de 5. Un 40,9 % de los pacientes tenían CHC. No hubo ningún caso de fallo primario del injerto ni de disfunción precoz (Olthoff). El pico de AST y de ALT fue de 197 UI/l y 220 UI/l, respectivamente. Un paciente (4,5 %) tuvo una estenosis arterial manejada conservadoramente, 2 pacientes (9 %) fistula biliar (1 reintervención y 1 manejo conservador) y 1 paciente (4,5 %) estenosis biliar anastomótica tratada con CPRE. Un 45,5 % de los pacientes tuvieron complicaciones Dindo-Clavien >III. Solo un paciente falleció a causa de múltiples complicaciones en el postoperatorio. La supervivencia media a 1 año tanto del paciente como del injerto fue del 95,5 %. **Conclusiones:** A pesar de las limitaciones del presente estudio, la utilización de HOPE en el TH con injertos de alto riesgo es una buena alternativa para mejorar los resultados del trasplante y disminuir el riesgo de complicaciones.

P.48

TRASPLANTE HEPATO-RENAL COMBINADO EN PEDIATRÍA: EXPERIENCIA Y RETOS CLÍNICOS

Lorena Fernández Tomé, M. José Quiles Blanco, María Alós Díez, Marta García Vega, Ana Martínez Pereira, [Gema Muñoz Bartolo](#), M. Dolores Lledín Barbancho, Carlota Fernández Cambor, Ane Miren Andrés, Francisco Hernández Oliveros, Esteban Frauca Remacha

Hospital Infantil La Paz

Objetivos: El trasplante hepato-renal combinado (THRc) consiste en implantar hígado y riñón del mismo donante. Es una opción terapéutica para pacientes con hepatopatía avanzada y disfunción renal irreversible. Las principales indicaciones pediátricas incluyen enfermedades con afectación hepática y renal independiente (ciliopatías) y metabolopatías (hiperoxaluria primaria). Este estudio analiza retrospectivamente la experiencia con THRc en un hospital terciario entre 1997 y 2025. **Material y métodos:** Se incluyeron pacientes pediátricos sometidos a THRc durante el período, recopilando variables clínicas, quirúrgicas y de seguimiento. **Resultados:** Se analizaron 25 pacientes (60 % varones), con mediana de edad al trasplante 10,8 años (8,9-14,4). Se usó injerto hepático entero en 14 (56 %) y reducido en 11 (44 %). Las indicaciones principales fueron poliquistosis renal autosómica recesiva con fibrosis hepática congénita (n=10; 40 %) e hiperoxaluria primaria (n=8; 32 %). **Otras indicaciones:** Síndrome de Alagille (n=2), mutación en HNF1B (n=2), nefronoptosis (n=1), síndrome hemolítico urémico atípico (n=1) y acidemia metilmalónica (n=1). La mediana en lista de espera fue 292 días. El 66,6 % estaban en hemodiálisis al trasplante. El protocolo inmunosupresor incluyó esteroides, tacrolimus, basiliximab y micofenolato. La mediana de ingreso postrasplante fue 44 días (28-76) y seguimiento mediano 1835 días (446-3205). Las complicaciones hepáticas incluyeron: rechazo (20 %), estenosis biliar (12,5 %), trombosis arterial (12,5 %) y estenosis portal (8,3 %). La supervivencia del injerto hepático fue 84 %, con función normal al final de seguimiento. Hubo cuatro retrasplantes (dos precoces por trombosis arterial, dos tardíos por rechazo crónico). La función renal fue adecuada al finalizar el estudio, con un solo retrasplante y sin episodios de rechazo agudo (ha sido descrito un "efecto protector" del hígado). La supervivencia global fue 96 %. **Conclusiones:** El THRc pediátrico muestra resultados favorables en supervivencia y función de injertos. El tiempo prolongado en lista de espera y la dependencia de hemodiálisis asocian mayor morbilidad. Se requieren estrategias para optimizar el acceso precoz al trasplante

P.49

IMPACTO DE LAS COMORBILIDADES EN EL DESARROLLO DE COMPLICACIONES VASCULARES Y BILIARES TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

María Galochino Ballano, Edurne Pacual González, Marta Latre Santos, Enrique Ceamanos Ibarra, Ana Navarro Gonzalo, José A. Gracia Solanas, Miguel Gasós García, Pilar Palacios Gasos, Luís Cortés García, [Sara Lorente Pérez](#), Alberto Lué

H. C. U. Lozano Blesa

Objetivo: Las complicaciones vasculares y biliares constituyen una de las principales causas de morbimortalidad tras el trasplante hepático (TH). El objetivo es identificar factores de riesgo preoperatorios e intraoperatorios implicados en su desarrollo, así como analizar su impacto sobre los resultados post-TH. **Material y métodos:** Estudio de cohortes retrospectivo que incluyó 371 pacientes sometidos a TH en nuestro centro entre 2010 y 2024. Se recopilaban variables clínicas, analíticas, relacionadas con la cirugía y resultados post-TH. Las complicaciones post-TH se clasificaron en arteriales (trombosis o estenosis arterial), venosas (trombosis o estenosis portal) y biliares (estenosis anastomótica y no anastomótica, fuga biliar y colangiopatía isquémica). Se realizó análisis multivariante para identificar factores de riesgo independientes. **Resultados:** La incidencia de trombosis arterial y de trombosis portal post-TH fue del 8,4 % y 3,8 %, respectivamente. Las complicaciones vasculares fueron responsables del mayor número de procedimientos invasivos y retrasplantes (32,7 % en el caso de las arteriales y 15 % en las venosas). En el análisis multivariante, la trombosis portal pretrasplante se asoció con un incremento del riesgo de complicaciones arteriales (OR: 2,431; p=0,046) y constituyó el principal factor de riesgo para complicaciones venosas (OR: 3549,757; p< 0,001). La tasa de complicaciones biliares fue del 33,4 %. El 89,3 % de ellas requirió intervención endoscópica mediante CPRE. La edad (OR: 0,971 por cada año más; p=0,035) y el índice de masa corporal (IMC) (OR: 1,064 por cada punto más; p=0,021) se asociaron de manera significativa con un mayor riesgo de complicaciones biliares. **Conclusiones:** Las complicaciones biliares fueron las más frecuentes, mientras que las vasculares condicionaron la mayor morbimortalidad y necesidad de retrasplante. La presencia de trombosis portal pre-TH se asoció de forma independiente a las complicaciones vasculares. La edad y el IMC se relacionaron con el desarrollo de complicaciones biliares.

P.50

EFFECTO DE LA MONOTERAPIA EN MMF SOBRE LA FUNCIÓN RENAL

Iago Justo Alonso, Oscar Caso Maestro, Alberto Marcacuzco Quinto, Oana Anisa Nutu, Alejandro Manrique Municio, Alvaro García-Sesma Pérez-Fuentes, Jorge Calvo Pulido, Félix Cambra Molero, Carmelo Loinaz Seguro, Carlos Jiménez Romero

H. U. 12 de Octubre

Objetivo: La sustitución de los inhibidores de la calcineurina (ICN) por monoterapia con micofenolato mofetilo (MMF-MT) ha sido indicada en receptores de trasplante hepático (TH) que presentan efectos adversos relacionados con los ICN. Sin embargo, ningún estudio ha analizado la influencia de la MMF-MT en los distintos grados de función renal en pacientes trasplantados hepáticos. **Material y métodos:** Se incluyó una serie de pacientes sometidos a TH entre diciembre de 1996 y mayo de 2022, que posteriormente fueron convertidos de ICN a MMF-MT. Los pacientes se dividieron en cinco grupos según la tasa de filtración glomerular estimada (TFGe): • G1: TFGe >90 mL/min/1,73 m² • G2: TFGe 60-89,9 mL/min/1,73 m² • G3a: TFGe 45-59,9 mL/min/1,73 m² • G3b: TFGe 30-44,9 mL/min/1,73 m² • G4: TFGe 15-29,9 mL/min/1,73 m² Se realizaron comparaciones entre los grupos. **Resultados:** Durante el periodo de tratamiento con MMF-MT, los efectos adversos relacionados con MMF fueron significativamente más frecuentes en pacientes con función renal deteriorada. Se demostró una correlación entre peor función renal y niveles más elevados de ácido micofenólico. Se observaron mejoras significativas en la TFGe en los grupos G4 (n=15; p=0,008), G3b (n=83; p=0,001), G3a (n=112; p<0,001) y G2 (n=124; p<0,001). En cambio, se evidenció un descenso significativo de la TFGe en el grupo G1 (n=35; p=0,018). La supervivencia del paciente a 1, 3 y 5 años fue similar entre los grupos, pero se observó una disminución significativa a los 10 años en el grupo G4 (p<0,001). **Conclusiones:** La monoterapia con MMF fue bien tolerada y mejoró significativamente la función renal en todos los grupos, excepto en G1. Estos hallazgos sugieren que MMF-MT puede ser una alternativa eficaz en pacientes con disfunción renal post-TH, aunque se requiere precaución en aquellos con función renal preservada.

P.51

MANEJO PERIOPERATORIO Y RESULTADOS CLÍNICOS EN TRASPLANTE COMBINADO DE HÍGADO Y PULMÓN

Carlos Miñones Ginarte, M. Ángeles Vazquez Millan, Alejandra Otero Ferreiro, Dora Gomez Pasantes, J. Ignacio Rivas Polo, Isabel Otero Gonzalez, Francisco Suarez López

C. H. U. A Coruña

Objetivo: Analizar el manejo perioperatorio y los resultados a largo plazo del trasplante combinado hepatopulmonar. **Material:** Se realizó una revisión retrospectiva de 3 casos de trasplante combinado hepatopulmonar en adultos, llevados a cabo en el CHUAC. **Método:** Se recopilaron datos demográficos, etiología de enfermedad hepática y terminal, situación funcional pre y post-trasplante, tiempos en lista de espera, información del donante, detalles de la intervención quirúrgica, inmunosupresión y complicaciones precoces y tardías tras el trasplante. **Resultados:** Los tres pacientes eran varones con edades entre 18 y 58 años, con enfermedad terminal por fibrosis quística o déficit de alfa-1-antitripsina. El tiempo medio en lista de espera fue de 186 días. El trasplante se realizó de forma secuencial, iniciando el procedimiento con el trasplante bipulmonar y posteriormente el trasplante hepático según técnica habitual. Se realizó canulación venoarterial femoral prequirúrgica para eventual ECMO, que fue finalmente necesario en dos de los tres pacientes (fallo ventricular derecho intraoperatorio/parada cardíaca intraoperatoria). En cuanto a las complicaciones post-quirúrgicas, un paciente precisó reintervención en tres ocasiones (hemotórax y hemoperitoneo) y dos de los pacientes requirieron soporte ventilatorio prolongado, con realización de traquetostomía temporal. En cuanto a las complicaciones tardías, destaca obstrucción intestinal al 3er mes por linfoma asociado a VEB, que precisó resección intestinal y quimioterapia posterior. El tiempo medio de estancia en reanimación fue de 22 días (11-32 días) y el tiempo medio de estancia hospitalaria fue de 122 días (28-245 días). Los tres pacientes mantienen ambos injertos normofuncionantes con un seguimiento promedio de 33 meses (17-48 meses). **Conclusiones:** El trasplante combinado hepato-pulmonar es un procedimiento quirúrgico de alto riesgo y gran complejidad reservado para pacientes con fallo simultáneo de ambos órganos. A pesar de los avances en la técnica quirúrgica y en la inmunosupresión, es una opción terapéutica poco común debido a su naturaleza extremadamente demandante.

P.52

RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO. ¿DE QUÉ SE MUEREN NUESTROS RECEPTORES?

Iago Justo Alonso, [Oscar Caso Maestro](#), Alberto Marcauczco Quinto, Oana Anisa Nutu, Félix Cambra Molero, Alvaro García-Sesma Pérez-Fuentes, Jorge Calvo Pulido, Alejandro Manrique Municio, Carmelo Loinaz Seguro, Carlos Jiménez Romero

H. U. 12 de Octubre

Objetivo: Diversos avances en el campo del trasplante hepático (TH) han permitido aumentar la tasa de supervivencia del paciente al año, actualmente situada entre el 84,5 % y el 91,4 %. En este estudio se analizan los resultados a corto y largo plazo en receptores de TH. **Material y métodos:** Estudio de cohorte retrospectivo y observacional que incluyó pacientes sometidos a TH entre 1990 y 2009, con un seguimiento mínimo de 15 años. Se analizaron las causas y factores de riesgo de mortalidad, así como la supervivencia del paciente y del injerto desde el momento del trasplante hasta la última visita ambulatoria. **Resultados:** Se incluyeron un total de 594 pacientes trasplantados hepáticos (edad mediana: 53 años; 69,7 % hombres). Las indicaciones más frecuentes para el TH fueron cirrosis por VHC (267 pacientes), cirrosis alcohólica (250) y carcinoma hepatocelular (CHC) (144). Las complicaciones post-TH más comunes fueron: rechazo agudo (44,1 %), eventos cardiovasculares (40,6 %), enfermedad renal crónica (40,1 %), hipertensión (22,6 %) y tumores de novo (25,6 %). Se realizó retratamiento en 40 pacientes (6,7 %). Durante un seguimiento superior a 20 años, fallecieron 388 pacientes (65,3 %): 106 (17,8 %) en el primer año post-TH; 76 (12,8 %) entre los 2-5 años; 75 (12,6 %) entre los 6-10 años; 73 (12,3 %) entre los 11-15 años; 30 (5 %) entre los 16-20 años; y 28 (4,7 %) después de los 20 años. Las causas generales de muerte fueron: infección (11,6 %), complicaciones cardiovasculares (9,8 %), complicaciones pulmonares (1,3 %), fallo del injerto hepático (21,2 %), recurrencia de CHC (2,6 %), tumores de novo (12,1 %) y otras causas (6,7 %). Los principales factores de riesgo asociados a la mortalidad fueron edad avanzada del receptor, transfusión sanguínea e infección. **Conclusiones:** La mayor tasa de mortalidad se registró durante el primer año tras el TH. Las causas más frecuentes de fallecimiento fueron el fallo hepático, tumores de novo, infecciones, enfermedad cardiovascular y recurrencia de CHC.

P.53

IMPACTO DE LAS TERAPIAS INTRAARTERIALES SOBRE LAS COMPLICACIONES POSTRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES CON HEPATOCARCINOMA

María Galochino Ballano, Edurne Pacual González, Marta Latre Santos, Enrique Ceamanos Ibarra, José Martínez Guillén, Daniel Otero Romero, Vicente Borrego Estella, Luis Cortés García, [Sara Lorente Pérez](#), Alberto Lué

H. C. U. Lozano Blesa

Objetivo: El tratamiento con quimioembolización transarterial (TACE) y la radioembolización transarterial (TARE) constituye una estrategia habitual en pacientes con hepatocarcinoma (HCC) candidatos a trasplante hepático (TH). El impacto sobre las complicaciones post-TH no está bien establecido. El objetivo fue evaluar si el tratamiento con TACE/TARE se relaciona con un incremento en la incidencia de complicaciones arteriales, venosas y biliares post-TH. **Material y métodos:** Estudio de cohorte observacional retrospectivo que incluyó pacientes con HCC sometidos a TH en nuestro centro entre enero 2010 y diciembre 2024. Se recopilaron variables clínicas, quirúrgicas y analíticas de la historia clínica electrónica. Las complicaciones postrasplante se clasificaron en arteriales (trombosis o estenosis arterial), venosas (trombosis o estenosis portal) y biliares (estenosis anastomótica y no anastomótica, fuga biliar y colangiopatía isquémica). Se comparó la incidencia entre pacientes con y sin tratamiento intraarterial previo. **Resultados:** Se incluyeron 110 pacientes con HCC sometidos a TH. Previamente al TH, 56 (50,91 %) recibió tratamiento intraarterial previo al trasplante. La tasa global de complicaciones post-TH fue del 10,91 % (12) para las arteriales, del 3,63 % (4) para las venosas y del 32,72 % (36) para las biliares. El tratamiento con técnica intraarterial previo al TH no se asoció a mayor riesgo de complicación arterial ($p=0,608$), venosa ($p=0,890$) ni biliar ($p=0,949$) post-TH. **Conclusiones:** Las técnicas intraarteriales previas al TH en pacientes con HCC no están asociadas a una mayor incidencia de complicaciones vasculares o biliares post-TH.

P.54

UTILIDAD DEL COCIENTE AUC/CO VS CO EN LA MONITORIZACIÓN DE TACRÓLIMUS (ADVAGRAFÂ) EN TRASPLANTE HEPÁTICO: EXPERIENCIA CLÍNICA

M. de los Reyes García Osuna, M. Ángeles Allende Bandres, Mercedes Arenere Mendoza, Irene Navarro Pardo, Transito Salvador Gomez, Sara Lorente Perez, Luis Cortes Garcia, Alberto Lue, Maria Escuin Sanmartin, Pilar Palacios Gasos, Vicente Borrego Estella, Nuria Sanchez Donoso, Herminia Lozano Gomez, Beatriz Virgos Señor H. C. U. Lozano Blesa

Objetivos: Comparar variabilidad intraindividual de CO y del cociente AUC/CO en pacientes sometidos a trasplante hepático y evaluar utilidad clínica para estimar un CO objetivo individualizado frente a los valores recomendados por guías clínicas.

Material: Se incluyeron 8 pacientes trasplantados hepáticos en nuestro centro en 2025, en tratamiento con tacrólimus (ADVAGRAFÂ) durante 30 días postrasplante. Se recogieron muestras tiempo 0 (pre-dosis), 1 y 4 horas post-administración.

El AUC se estimó mediante método bayesianos: web ISBA (Immunosuppressant Bayesian dose Adjustment) **Métodos:** En cada determinación se calculó el cociente AUC/CO. La variabilidad intraindividual de CO y de AUC/CO se expresó como el cambio relativo porcentual entre medidas consecutivas (mediana [P25-P75]). Se calculó CO objetivo individualizado por paciente a partir de AUC objetivo poblacional de 300 ng*h/ml, comparándolo con el valor de referencia poblacional de 7 ng/ml (rango 6-8 ng/ml).

Resultados: Se analizaron 16 determinaciones para 8 pacientes incluidos: edad media de 55,8 años (39-66), 6 (75 %) hombres, dosis media de tacrólimus administrada de 0,11 mg/kg/día (0,04-0,23). La variabilidad intraindividual con el cambio relativo porcentual entre medidas consecutivas mostró una mediana de +15,90 % [-6,0 %; +32,0 %] para CO frente a -1,9 % [-8,0 %; +2,0 %] para AUC/CO. La media de CO objetivo individualizada por paciente calculada en base al AUC fue de 8 ng/ml, mostrando una diferencia mediana respecto a las guías de +1,03 ng/ml [+0,97; +1,04].

Conclusiones: El cociente AUC/CO de tacrólimus presentó menor variabilidad intraindividual que CO, confirmándose su mayor estabilidad como marcador de exposición, similar a lo descrito en trasplante renal. El CO objetivo individualizado calculado en nuestra población se encuentra en la parte superior del objetivo terapéutico, permitiría inicios de tratamiento a dosis más elevadas para lograr AUC de 300 ng*h/ml. Estos estudios preliminares permiten obtener un CO objetivo personalizado en función de exposición global a tacrólimus en trasplante hepático mediante AUC.

P.55

IMPACTO DEL SÍNDROME METABÓLICO PRETRASPLANTE EN LA SUPERVIVENCIA Y CAUSAS DE MORTALIDAD TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO: ANÁLISIS DE UNA COHORTE DE 20 AÑOS

Carmen Alonso-Martin¹, Irene Peñas Herrero², Natalia Marcos Carrasco², Samuel Juan Fernandez Prada², Elena Velasco Martinez², Carolina Almohalla Alvarez², Felix Garcia Pajares², Gloria Sanchez-Antolin²

1) C. A. U. de Salamanca. 2) H. U. Rio Hortega de Valladolid

Introducción: El síndrome metabólico (SM) es un factor de riesgo creciente en candidatos a trasplante hepático (TH). Su influencia en la supervivencia y en las causas de mortalidad post-TH no está claramente definida en nuestra población. **Objetivo:** Evaluar la influencia del SM previo al trasplante en la supervivencia, las causas de mortalidad y la comorbilidad vascular y tumoral en una cohorte de receptores de TH. **Métodos:** Se analizaron 682 pacientes sometidos a TH entre 2002 y 2022. El SM se definió como la presencia de ≥ 2 : diabetes mellitus, hipertensión arterial, dislipemia u obesidad (IMC ≥ 30 kg/m²). La supervivencia se estimó mediante curvas de Kaplan-Meier y se comparó con el test log-rank. Se compararon causas de muerte y eventos vasculares y tumorales. **Resultados:** La prevalencia de SM fue del 23 %. La mediana de supervivencia fue inferior en pacientes con SM (92 vs 158 meses), sin alcanzar significación estadística en el test log-rank (p=0,29). La mortalidad precoz (<6 meses) no mostró diferencias, aunque las complicaciones vasculares no mortales fueron más frecuentes en el grupo con SM durante el primer año (6,9 % vs 4,0 %). A partir del quinto año, la mortalidad cardiovascular fue mayor en los pacientes con SM (13,6 % vs 1,9 %). La incidencia global de tumores post-TH fue del 9,4 % en SM y del 15,2 % en no SM. La mortalidad tumoral fue comparable, con ligera tendencia a ser mayor en SM (11,3 % vs 9,9 %). **Conclusiones:** El SM previo al TH no condicionó la mortalidad precoz ni la incidencia tumoral, pero se asoció a más eventos vasculares tempranos y a un incremento de la mortalidad cardiovascular tardía, reforzando la necesidad de un control estricto de los factores metabólicos antes del trasplante,

P.56

BENCHMARKING EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO: LO OPORTUNO DE LA MEJORA

Luis Hurtado Pardo¹, Andrea Bosca Robledo¹, Eva Montalvá Orón¹, Patricia Ruiz Ordorica², Deysi Laura Navarrete Espinosa³, Marina Vila Tura⁴, Pedro Cascales Campos⁵, Julio Santoyo Villalba⁶, Rafael López Andújar¹, Besth Grupo Colaborativo^{1,2,3}

1) H. U. P. La Fe. 2) H. U. de Cruces. 3) H. U. Clínica Provincial. 4) H. U. de Bellvitge. 5) H. U. de la Arrixaca. 6) H. R. U. de Málaga. 7) H. U. 12 de Octubre. 8) H. U. Reina Sofía. 9) C. U. de Navarra. 10) H. C. U. Lozano Blesa. 11) H. U. Central de Asturias. 12) H. U. de Badajoz. 13) H. U. Nuestra Señora de la Candelaria. 14) H. U. Puerta de Hierro Majadahonda. 15) H. U. Río Hortega. 16) H. U. Vall d'Hebron

Objetivo: El benchmarking es un método de análisis de resultados que permite identificar el potencial teórico de mejora para cada centro, así como evaluar el impacto del cumplimiento de los estándares de calidad establecidos. El objetivo de este estudio es analizar los intervalos de mejora al comparar los resultados alcanzados en cada centro participante frente los puntos de corte establecidos a nivel nacional. **Material y métodos:** A partir del RETH se identificaron todos los trasplantes hepáticos realizados en los centros participantes entre 2017 y 2022. Se incluyeron los casos de bajo riesgo y se calculó la mediana o porcentaje de cada variable. Se consideró que había posibilidad de mejora cuando el resultado de cada centro superaba el valor de referencia y valores críticos de mejora en aquellos casos en los que su límite inferior excluía el valor de referencia. Para calcular el potencial de mejora, se realizó un análisis contrafactual calculando el número esperado de eventos si cada centro hubiera alcanzado los estándares. **Resultados:** De los 16 centros participantes del estudio, con un total de 4392 casos, se incluyeron en el análisis los pacientes de bajo riesgo (2955 casos). Todos los centros presentaban al menos un área con posibilidad de mejora. Las variables que concentraron mayor número de valores críticos fueron la transfusión, la estancia hospitalaria y las complicaciones Clavien-Dindo ≥ III. El resultado del análisis del impacto global en caso de que se hubieran cumplido los estándares de calidad fue una reducción por paciente de: estancia UCI en 0,43 días (1265 días evitados); estancia hospitalaria en 2,5 días (7370 días); reingresos hospitalarios en un 3,4 % (101 reingresos); complicaciones C-D ≥ III en un 4,8 % (141 complicaciones); retrasplantes a los 90 días en un 1 % (30 retrasplantes); pérdidas del injerto a los 90 días en un 1,7 % (51 pérdidas); y mortalidad a los 90 días hasta en un 1 % (30 muertes). **Conclusiones:** El análisis benchmarking permite identificar de forma clara las oportunidades de mejora de cada centro, estimulando la motivación profesional para optimizar los resultados. Además, fomenta un entorno de confianza y transparencia en los equipos de trabajo, facilitando la colaboración y el compromiso en los procesos de mejora continua.

P.57

RESULTADOS DE TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTES DE MUY BAJO PESO

Luis Seas, M. José Quiles, Alejandro Madurga, Ricardo Mejía, Sthefanny Vega, César Amaro, María Alos, María Velayos, Javier Serradilla, Alba Sánchez, Ane Andrés, José Encinas, M. Carmen Bravo, Pascual Sanabria, J. José Menéndez, Esteban Frauca, Francisco Hernández
H. U. La Paz

Objetivos: En algunos centros el peso inferior a 5kg sigue siendo una contraindicación de trasplante hepático. Nuestro objetivo es describir la experiencia de un centro de referencia en trasplante hepático pediátrico en pacientes de muy bajo peso (< 5 kg), analizando indicaciones, técnicas quirúrgicas, complicaciones y resultados obtenidos en más de dos décadas. **Material:** Se incluyeron pacientes < 5 kg sometidos a trasplante hepático (2003-2025) en un centro pediátrico de referencia. Se analizaron variables demográficas, diagnóstico de base, tipo de donante, técnica quirúrgica, parámetros intraoperatorios y evolución clínica. **Método:** Se analizaron de forma retrospectiva el tipo de injertos y de donante, las complicaciones intra y postoperatorias, la supervivencia y la supervivencia injerto. **Resultados:** Se incluyeron 10 pacientes (7H, 3M) con mediana de peso de 3,4 kg (1,8 y 4,5). La principal indicación fue fallo hepático fulminante (7). La mitad de los pacientes requirió exanguinotransfusión o hemofiltración preoperatoria. Las técnicas utilizadas fueron segmentos II-III (5), injertos hiperreducidos (3), e hígado entero (2). La supervivencia global fue de 70 %, 2 pacientes fallecieron por fallo multiorgánico y 1 por fallo primario del injerto. Asociaron complicaciones relevantes como complicaciones vasculares (3) y complicaciones biliares (2). **Conclusiones:** El trasplante hepático en pacientes de muy bajo peso representa un reto quirúrgico mayor, incluyendo la fase pretrasplante. El peso < 5kg no debería ser una contraindicación para trasplante en pacientes que no tienen otra alternativa. No obstante, estos pacientes deben derivarse a centros de referencia con el equipo multidisciplinar y la experiencia necesaria.

P.58

INCIDENCIA DE CÁNCER EN PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UNA COHORTE DESDE 2001 HASTA 2024

Natalia Marcos Carrasco^{1,2}, Elena Velasco Martínez^{1,2}, Laura Jiménez^{1,2}, Alicia Sanjosé Crespo^{1,2}, Samuel Juan Fernández Prada^{1,2}, María Jordán^{1,2}, Graciela Salinas^{1,2}, Carmen Alonso Martín³, Daniela Ortiz Chimbo^{1,2}, Isabel Ruiz Nuñez^{1,2}, Carlos Maroto^{1,2}, Pedro Enrile Sánchez^{1,2}, Cristina Martínez Cuevas^{1,2}, Jorge Lillo Díez^{1,2}, Carolina Almohalla Álvarez^{1,2}, Irene Peñas Herrero^{1,2}, Félix García Pajares^{1,2}, Gloria Sánchez Antolín^{1,2}

1) H. U. Río Hortega. 2) IBioVALL. 3) C. A. U. de Salamanca

Objetivos: Gracias a los avances en el manejo a corto y largo plazo del paciente trasplantado, la supervivencia ha aumentado, arrojando nuevos retos en el seguimiento como la aparición de neoplasias. El objetivo de nuestro estudio es analizar la incidencia global de cáncer en una cohorte de pacientes adultos trasplantados hepáticos (TH) y detectar factores de riesgo. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional. Se recogieron todos los pacientes TH en nuestro centro desde 2001 hasta diciembre de 2024. Se analizaron datos demográficos y de seguimiento relacionados con la aparición de neoplasias. Se excluyó el hepatocarcinoma. **Resultados:** Se incluyeron 762 pacientes (78 % hombres), con una edad media de 56 años al TH. El 69,5 % habían sido consumidores de alcohol y el 63 % de tabaco. El IMC medio fue 27,42, siendo el 27,7 %, el 10,7 % y el 21,6 % diabéticos, dislipémicos e hipertensos respectivamente. El MELDNa medio fue 15 y la etiología más frecuente de la hepatopatía fue el alcohol (49,5 %) seguido del VHC (25 %). El 35,7 % tenían hepatocarcinoma al trasplante. Se detectaron 146 neoplasias, las más frecuentes ORL (30), cutáneas (27) y de pulmón (22). Se diagnosticaron tras 6,8 años de mediana tras el TH. La estimación de supervivencia fue de 11,6 años, no observándose diferencias estadísticamente significativas con los pacientes sin neoplasias. 60 pacientes fallecieron como consecuencia del cáncer. De los posibles factores de riesgo estudiados el alcohol, tabaco y 2 o más factores de riesgo cardiovascular (FRCV: HTA, DM o DL) se asociaron de forma estadísticamente significativa a la aparición de neoplasia. **Conclusiones:** La prevención de neoplasias en el seguimiento de los pacientes trasplantados debe ser un objetivo prioritario, dada la repercusión en la mortalidad y calidad de vida. El tabaco, el alcohol y los FRCV, fueron los factores de riesgo más relevantes en nuestra serie.

P.59

EVOLUCIÓN CLÍNICA POSTRASPLANTE DE LOS PACIENTES TRASPLANTADOS HEPÁTICOS POR HEPATOCARCINOMA ENTRE 2001 Y 2024

Natalia Marcos Carrasco^{1,2}, Elena Velasco Martínez^{1,2}, Alicia Sanjosé Crespo^{1,2}, Laura Jiménez^{1,2}, Samuel Juan Fernández Prada^{1,2}, María Jordán^{1,2}, Carmen Alonso Martín³, Graciela Salinas^{1,2}, Isabel Ruiz Nuñez^{1,2}, Daniela Ortiz Chimbo^{1,2}, Carlos Maroto^{1,2}, Jorge Lillo Díez^{1,2}, Pedro Enrile Sánchez^{1,2}, Cristina Martínez Cuevas^{1,2}, Carolina Almohalla Álvarez^{1,2}, Irene Peñas Herrero^{1,2}, Félix García Pajares^{1,2}, Gloria Sánchez Antolín^{1,2}

1) H. U. Río Hortega. 2) IBioVALL. 3) C. A. U. de Salamanca

Objetivos: La recidiva del hepatocarcinoma (HCC) tras trasplante hepático (TH) ocurre en el 10-20 %. Existen distintas estrategias de que pueden influir en el riesgo de recidiva. Nuestro objetivo es evaluar la evolución a largo plazo de los pacientes TH por HCC, teniendo en cuenta la recidiva, supervivencia y factores predictores. **Material y métodos:** Estudio retrospectivo, observacional. Se recogieron todos los pacientes TH en nuestro centro desde 2001 hasta diciembre de 2024 por HCC. Se analizaron datos demográficos y de seguimiento relacionados con la recidiva y supervivencia. **Resultados:** Se incluyeron 269 pacientes (81 % hombres), edad media de 58,8 años al TH. El 71,9 % y 76 % habían consumido tabaco y alcohol. El MELDNa medio fue 11,3 y la etiología más frecuente de la hepatopatía fue el alcohol (50,7 %) seguido del VHC (37 %). El 56,6 % tenían una lesión única, de tamaño medio 26mm (DE11.58), AFP mediana de 5,70 (3,45-33,25). El 50,2 % recibió tratamiento puente (TACE 70,3 %). El 89 % cumplían Criterios de Milán. Se diagnosticaron 44 HCC tras TH, el 59,6 % extrahepáticos, siendo el tratamiento mayoritario sistémico. 140 pacientes fallecieron, 33 por HCC. La supervivencia mediana estimada global fue de 9,8 años, y para los pacientes con recidiva de HCC de 5,13 años ($p < 0,001$). De los factores de riesgo estudiados el tamaño del HCC (lesión y global) y el haber recibido un tratamiento puente, se relacionaron con la recidiva de HCC de forma estadísticamente significativa. La AFP fue superior (94,6 vs 62,4 media) en los pacientes con recidiva, de forma no estadísticamente significativa. **Conclusiones:** La recidiva del HCC postrasplante condiciona de forma relevante la supervivencia de los pacientes TH, de ahí la importancia de seleccionar de forma adecuada los pacientes y en los que presenten mayor riesgo, realizar un seguimiento focalizado en la detección precoz de la recidiva.

P.60

TROMBOPENIA INDUCIDA POR BASILIXIMAB EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO: ¿MITO O REALIDAD?

Antonio Dueñas-Ruiz¹, David Pérez Torres¹, Marta Cacho Dueñas¹, Thalia Ticona Espinoza¹, Miguel Villalba Artola¹, Isabel Canas Pérez¹, Elena López Barral¹, Cristina Colmenero Calleja¹, Samuel Barbero Garrote¹, José Á. Berezo García¹, Carolina Almohalla Álvarez², Natalia Marcos Carrasco², Gloria Sánchez Antolín²

1) Servicio de Medicina Intensiva, H. U. Río Hortega, Valladolid. 2) Servicio de Aparato Digestivo, Unidad de Hepatología, H. U. Río Hortega, Valladolid.

Objetivo: Analizar la evolución de la plaquetopenia postrasplante hepático (TOH) en pacientes tratados sin o con basiliximab. **Material y métodos:** Cohorte observacional retrospectiva de TOH adultos, excluyendo cirugía urgente o retrasplante, de 2021-2024. Registro de plaquetas ($\times 10^3/\mu\text{L}$) prequirúrgico, días (D) 0-7, alta y primera consulta. Comparaciones grupo sin vs con basiliximab (χ^2 , U Mann-Whitney y modelo de efectos mixtos). **Resultados:** Se incluyeron 101 pacientes: 56 % recibió basiliximab. Características basales: • Edad (60 [59-65] vs 60 [52-64] años) y sexo (81,8 % vs 79,0 % varones) similares. • TOH por cirrosis alcohólica más frecuente en tratados con basiliximab (50,9 % vs 27,3 %, $p=0,01$). • MELD-Na superior en tratados con basiliximab: 18 [12-21] vs 11 [8-14], $p<0,01$. Evolución plaquetas (sin vs con basiliximab): • Prequirúrgico sin diferencias: 104 [86-121] vs 89 [73-104], $p=0,21$. • Postoperatorio inmediato sin diferencias: - D0: 115 [98-133] vs 104 [88-119], $p=0,75$. - D1: 84 [66-101] vs 71 [55-86], $p=0,82$. - D2: 67 [49-84] vs 50 [35-66], $p=0,89$. - D3: 70 [52-88] vs 48 [32-63], $p=0,50$. - D4: 81 [63-98] vs 53 [37-68], $p=0,24$. - D5: 90 [71-108] vs 58 [42-74], $p=0,14$. - D6: 107 [89-127] vs 71 [55-87], $p=0,06$. - D7: 118 [99-138] vs 83 [66-100], $p=0,09$. - Alta: 184 [166-201] vs 181 [166-197], $p=0,25$. • Primera revisión en consulta con diferencias: 229 [211-246] vs 187 [171-203], $p=0,02$. **Conclusiones:** En nuestra serie, los pacientes tratados con basiliximab tenían MELD-Na más alto y mayor frecuencia de cirrosis alcohólica. No observamos diferencias en las plaquetas basales. La evolución postrasplante fue similar en ambos grupos, con tendencia a una caída más marcada y recuperación más lenta en quienes recibieron basiliximab. Encontramos diferencias en la primera revisión en consulta.

P.61

MEDICIÓN DE FLUJOS EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO: ESTUDIO PILOTO

Ane Miren Andres, María Velays, Javier Serradilla, Alejandro Madurga, Luis Seas, Alba Sánchez, José L. Encinas, Esteban Frauca, Gema Muñoz, María Alos, Cesar Oterino, Francisco Hernandez

H. U. La Paz

Objetivos: La medición de flujos (MF) se utiliza en el trasplante hepático (TH) para prevenir complicaciones trombóticas (valores normales >100 ml/min para la arteria y 65-155 ml/min/100 gr injerto para la porta; 100-250 en donante vivo). Presentamos nuestra experiencia piloto en el ámbito pediátrico, la cual tiene como objetivo optimizar los resultados (THP). **Material:** Datos recogidos de MF y la ecografía intraoperatoria (US) de los THP realizados (2023-2025) y lo descrito en la literatura. **Métodos:** Analizamos estos datos, comparándolos con los descritos. Buscamos asociación con la ecografía intraoperatoria (US), datos del receptor, trasplante y eventos vasculares. Medimos la velocidad máxima portal (Vmax), velocidad pico sistólica (VPS) e índice de resistencia arterial (IR), flujo portal pre/post anastomosis, y arterial postanastomosis. **Resultados:** Recogimos datos de MF y US en 55 THP. Mediana de edad 6,6 meses (1,4-171); peso al trasplante 20 kg (4,4-62); peso medio del injerto 480g (GWGR medio 3,4 %). Un 44 % eran AVB, 4 retrasplantes. Fueron 15 injertos enteros, 13 reducidos, 19 split, 8 de donante vivo. El flujo medio portal pre/postanastomosis y el arterial fueron inferiores al estándar adulto (54,3/88,5 ml/min/100g vs 100-250 ml/min/100g) y (50 vs 100ml/min) respectivamente. Los valores de US; Vmax, VPS e IR medio, fueron de 52,2 y 63,5cm/seg y 0,6 respectivamente (no asociación con la MF). No encontramos diferencias según el tipo ni tamaño de injerto. En los casos con hiperaflujo portal o disminución del arterial ($n=12$) y esplenomegalia, ligamos la arteria esplénica tras comprobar una presión portal elevada (>20 mmHg). La ausencia de flujo arterial detectada en ambas pruebas hizo rehacer la anastomosis en 5 pacientes. Durante el postoperatorio, 6 pacientes requirieron radiología intervencionista o cirugía por hipoaflujo arterial (4) o portal (2), todas resueltas. **Conclusiones:** La MF en el THP es una herramienta útil y sencilla complementaria a los datos US capaz de identificar complicaciones trombóticas. Los valores aceptables son inferiores a los descritos para adultos, siendo necesarios estudios multicéntricos para validarlos.

P.62

UTILIDAD DE LA SEMIVIDA PLASMÁTICA Y DEL NOMOGRAMA DE RUMACK-MATTHEW EN LA PREDICCIÓN DE TOXICIDAD HEPÁTICA

Jaime López-Botella¹, Ana Rodríguez Negrín¹, Iván Beltrá Picó^{1,5}, Patricio Más^{1,5}, M. Teresa Pomares^{2,5}, María Rodríguez^{2,5}, Pablo Bellot^{2,5}, Iván Herrera^{2,5}, Cayetano Miralles^{2,5}, Paola Melgar^{3,5}, Candido Alcázar^{3,5}, Celia Villodre^{3,5}, Mariano Franco^{3,5}, Enrique Pérez^{4,5}, María Luz Gonzalez^{4,5}, J. Manuel Ramia^{3,5}, Sonia Pascual^{2,5}

1) Unidad de Farmacocinética. Servicio de Farmacia. H. G. U. de Alicante Dr. Balmis. 2) Unidad Hepática. Servicio de Digestivo. H. G. U. de Alicante Dr. Balmis. 3) Unidad de cirugía hepatobiliar. Servicio de cirugía general. H. G. U. de Alicante Dr. Balmis. 4) Servicio de Psiquiatría. H. G. U. de Alicante Dr. Balmis. 5) Instituto de Investigación Sanitaria y Biomédica de Alicante (ISABIAL), Alicante, España.

Objetivo: Evaluar la utilidad de la semivida plasmática ($t_{1/2}$) del paracetamol y del nomograma de Rumack-Matthew (nomograma_RM) como predictores de toxicidad hepática, incluyendo su relación con la aparición de fallo hepático y la necesidad de trasplante hepático (THO) en pacientes adultos con ingesta aguda de paracetamol. **Materiales y métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. Criterios de inclusión: ≥ 18 años, pacientes ingresados por ingesta aguda de paracetamol entre 2015 y 2025, ≥ 1 determinación plasmática de paracetamol y hora post-ingesta documentada. Se recogieron variables demográficas, intencionalidad autolítica, dosis ingerida, tiempo desde la ingesta hasta la determinación de paracetamol (tiempo post-ingesta), concentraciones plasmáticas, $t_{1/2}$ (≥ 2 determinaciones), interpretación según el nomograma_RM, toxicidad hepática (sin afectación, aguda, aguda grave, fallo hepático) y evolución clínica. **Resultados:** Se incluyeron 139 pacientes (71,9 % mujeres), mediana (IQR) de edad 30 años [18-36,5], peso 62,5kg [56,7-75,0] y talla 165cm [160-170]. La dosis mediana ingerida fue 12,0g [8,0-20,0], el tiempo post-ingesta 10h [4,0-17,0] y la concentración plasmática 22,4mg/L [7,6-69,3]. La $t_{1/2}$ se obtuvo en 145 determinaciones (3,49h [2,74-4,00]). El 66,8 % de las intoxicaciones (94,2 % autolíticas) se situaron por debajo del umbral de tratamiento. El nomograma_RM clasificó un 9,1 % como posible y un 24,1 % como probable hepatotoxicidad. El 81,7 % no presentó toxicidad hepática, el 7,1 % hepatitis aguda y el 11,2 % grave. La evolución fue favorable en el 98,4 %, documentándose 2 exitus (0,8 %) y 3 THO (0,8 %). La $t_{1/2}$ y el nomograma se asociaron de forma significativa con la toxicidad hepática ($p < 0,001$). El nomograma mostró un valor predictivo positivo (VPP) para toxicidad hepática de 36,3 % y valor predictivo negativo (VPN) de 90,8 %. **Conclusiones:** Semividas prolongadas se relacionaron con mayor severidad hepática. El nomograma mantiene alta capacidad para descartar toxicidad relevante, pero su bajo VPP limita su uso como único criterio. Se recomienda estimar $t_{1/2}$ mediante determinaciones seriadas como complemento diagnóstico.

P.63

PRESERVACIÓN DINÁMICA HIPOTÉRMICA. EXPERIENCIA INICIAL.

Angelica Borraez Jimenez, Diego López Guerra, Isabel Jaén Torrejimenó, Cristina Rosel Jódar Salcedo, M. Inmaculada Lavado Andújar, Adela Rojas Holguín, Yeniffer Tatiana Moreno Salazar, Gerardo Blanco Fernández

H. U. de Badajoz

Introducción: El uso de perfusión hipotérmica oxigenada (HOPE) se perfila como una estrategia innovadora y con gran potencial para optimizar los resultados postrasplantes. **Objetivos:** Evaluar la aplicación de HOPE y sus resultados clínicos perioperatorios de los pacientes sometidos a trasplante hepático durante los primeros meses de implantación del procedimiento. **Material y métodos:** Análisis descriptivo de los trasplantes hepáticos (TH) realizados entre noviembre de 2023 y marzo de 2025, utilizando el sistema HOPE para la preservación. **Resultados:** Durante el periodo de estudio se realizaron 44 trasplantes hepáticos, de los cuales 19 (43 %) fueron preservados en el sistema HOPE. La edad de los donantes fue de 65 años (rango 34-84). De ellos, 6 (31,5 %) correspondieron a donantes en asistolia. El tiempo de HOPE alcanzó una mediana de 100 minutos (81-165). No hubo ningún caso de fallo del procedimiento que obligara a interrumpir el HOPE. Se recibió soporte externo en 3 casos durante los 3 primeros meses. En cuanto a los receptores, la mediana de edad fue de 60 años (47-69). Se registró síndrome postreperfusión en 7 pacientes (36,8 %); además, 8 (42,1 %) necesitaron fármacos vasoactivos desde la fase anhepática, aumentando hasta 16 (84 %) tras la reperfusión. El pico de transaminasas presentó medianas de 408U/L (94-2196) para GPT y 57 U/L (130-4811) para GOT. La estancia mediana en UCI y hospitalización fue de 4 días (1-29) y 15 días (5-53) respectivamente. 15 pacientes (78,9 %) presentaron eventos quirúrgicos mayores. Se notificaron 2 fístulas biliares (10,5 %) en los primeros 90 días, así como una estenosis a los 4 meses. Una de las fugas requirió cirugía con colocación de tubo de Kehr, mientras que la segunda, en el contexto de una hepaticoyeyunostomía, se resolvió de forma espontánea por su bajo débito. La estenosis se corrigió quirúrgicamente con una nueva hepaticoyeyunostomía. Durante el seguimiento, con una mediana de 14,3 meses (5,2- 21,2), no se han presentado casos de colangiopatía isquémica no anastomótica. **Conclusiones:** En nuestro centro la implantación del sistema de preservación dinámica se ha llevado a cabo con éxito, sin pérdidas de injerto atribuibles a la curva de aprendizaje y por tanto lo podemos considerar seguro.

P.64

INFLUENCIA DE LA DISCORDANCIA DE GÉNERO EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO POR CARCINOMA HEPATOCELULAR

Marta García Corona, Carlos Javier García Sánchez, Carmen Cepeda Franco, Carmen Bernal Bellido, Gonzalo Suárez Artacho, José M. Álamo Martínez, Luis M. Marín Gómez, Miguel Á. Gómez Bravo

H. U. Virgen del Rocío

Introducción: El hígado es un órgano con dimorfismo sexual, y estudios previos sugieren que esta característica podría influir en los resultados clínicos. En el contexto del trasplante hepático por carcinoma hepatocelular (HCC), se ha observado una mayor tasa de recurrencia en receptores masculinos. **Objetivo:** Analizar si la discordancia de sexo entre el donante y el receptor afecta la recurrencia del HCC, la supervivencia del injerto y la supervivencia global del paciente tras el trasplante. **Material y métodos:** Se realizó un estudio unicéntrico retrospectivo, incluyendo a 125 pacientes que recibieron un trasplante hepático por HCC entre 2015 y 2020. Se compararon las características basales, intra y postoperatorias de dos grupos: con y sin discordancia de sexo. Para el análisis de supervivencia, se emplearon las curvas de Kaplan-Meier y la regresión de Cox. **Resultados:** La cohorte incluyó a 125 pacientes, 50 (40 %) con discordancia de género. El grupo sin discordancia presentó más trombosis portal preoperatoria ($p=0,037$), donaciones en asistolia tipo III ($p=0,022$) y un mayor tamaño tumoral promedio ($p=0,020$). No hubo diferencias en las variables intra ni postoperatorias. Se registraron 7 recurrencias, sin diferencias significativas en la supervivencia libre de enfermedad entre los grupos ($p=0,396$). Aunque la supervivencia del injerto y la supervivencia global fueron menores en el grupo con discordancia, los resultados no fueron estadísticamente significativos ($p=0,069$ y $p=0,088$, respectivamente). Sin embargo, tras ajustar por la variable de donación en asistolia, la discordancia de sexo se comportó como un factor de riesgo significativo para la supervivencia del injerto (HR 2,4, $p=0,015$) y la supervivencia global (HR 2,3, $p=0,020$). **Conclusiones:** A pesar de que se necesitan estudios con mayor tamaño muestral, nuestros hallazgos sugieren que la discordancia de género podría estar asociada a una reducción en la supervivencia del injerto y en la supervivencia global en pacientes trasplantados por HCC.

P.65

¿EL AJUSTE DE EDADES ENTRE DONANTE Y RECEPTOR AFECTA LA SUPERVIVENCIA DEL INJERTO TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO?

Antonio Carrasco Moreno, Carlos Javier García Sánchez, J. Ignacio Rodríguez Mogollo, Carmen Cepeda Franco, Carmen Bernal Bellido, José M. Álamo Martínez, L. Miguel Marín, Gonzalo Suárez Artacho, Miguel Á. Gómez Bravo

H. U. Virgen del Rocío

Introducción: Los avances en el trasplante hepático en las últimas décadas han permitido ampliar de forma progresiva tanto el número de donantes potenciales como las indicaciones de trasplante en los receptores. Este fenómeno ha conducido a un incremento de trasplantes en población de edad avanzada, tanto en donantes como en receptores. Surge así la cuestión de si la edad, de forma aislada o combinada en el emparejamiento donante-receptor, puede influir en la aparición de complicaciones postoperatorias o en la supervivencia a medio y largo plazo. **Objetivo:** Analizar el efecto de la edad de donante y receptor sobre la supervivencia del injerto y del paciente, así como el posible riesgo derivado de las distintas combinaciones de edad entre ambos. **Material y métodos:** Se llevó a cabo un estudio retrospectivo unicéntrico en una cohorte de 263 pacientes sometidos a trasplante hepático entre 2015 y 2020, con seguimiento hasta marzo de 2025. Donantes (D) y receptores (R) fueron clasificados en dos grupos (< 60 y ≥ 60 años). Se generaron cuatro combinaciones: $R< /D<$, $R< /D>$, $R>/D<$ y $R>/D>$. Para variables cualitativas se empleó el test chi-cuadrado. Las cuantitativas se analizaron con ANOVA en distribuciones normales y Kruskal-Wallis en no normales. La supervivencia del paciente y del injerto se estimó mediante Kaplan-Meier y se comparó con log-rank. El análisis se efectuó con SPSS v26.0. **Resultados:** La edad media del receptor fue de 56 años (DE 9) y la del donante de 58 años (DE 15), con una mediana de seguimiento de 74 meses. Los receptores ≥ 60 años presentaron más hepatocarcinomas ($p=0,019$) y menor MELD ($p=0,006$). Entre donantes jóvenes predominó la donación en asistolia tipo III, sobre todo cuando el receptor fue mayor ($p< 0,001$). No existieron diferencias significativas en reintervenciones ($p=0,061$), complicaciones graves ($p=0,313$), rechazo ($p=0,261$) ni complicaciones biliares ($p=0,978$). La supervivencia del injerto ($p=0,582$) y global ($p=0,255$) no mostró diferencias entre grupos. **Conclusiones:** En receptores seleccionados, la edad de donante y receptor no constituye un factor determinante en complicaciones ni supervivencia. No parece necesario un emparejamiento estricto basado únicamente en la edad.

P.66

CALIDAD QUIRÚRGICA Y TEXTBOOK OUTCOME EN RECEPTORES DE TRASPLANTE HEPÁTICO CON ANASTOMOSIS BILIAR DE PEQUEÑO CALIBRE

Patricia J. Madroñal Escribano, Rafael Rejon López, Alejandro Perez Alonso, Natalia Zambudio Carroll

H. U. Virgen de las Nieves (Granada)

Introducción y objetivo: El "textbook outcome" (TO) o resultado de libro hace referencia al postoperatorio ideal, en el que un paciente no experimenta complicaciones relevantes en términos de reingreso, estancia hospitalaria, mortalidad o morbilidad, permitiéndonos comparar técnicas quirúrgicas y evaluar su rendimiento. Nuestro objetivo es evaluar el grado de cumplimiento del TO en pacientes sometidos a trasplante hepático con anastomosis biliar de pequeño calibre a los que se les implantó una prótesis biliar reabsorbible, e identificar aquellos factores que impiden su cumplimiento. **Material y métodos:** Estudio unicéntrico, retrospectivo y observacional que incluye pacientes trasplantados hepáticos con implante de prótesis biliar reabsorbible entre julio 2024 y julio 2025. El no-cumplimiento-TO se definió en base a los siguientes criterios: mortalidad en el primer mes, complicaciones postoperatorias en los primeros 30 días, reintervención, reingreso en los primeros 2 meses, estancia hospitalaria ≥ 41 días (percentil 75) y morbilidad biliar (estenosis de la anastomosis, dilatación de vía biliar intra o extrahepática o fuga biliar). Realizamos un análisis univariante utilizando los test x2 Fisher's para variables categóricas y el test de Mann-U-Whitney para variables continuas. Se consideró estadísticamente significativa una $p < 0,05$. **Resultados:** Siete casos fueron analizados, de los cuales el 100 % no cumplió alguno de los criterios para alcanzar el TO. Los parámetros que más contribuyeron al no-cumplimiento-TO fueron: complicaciones postoperatorias Clavien Dindo>II (71,4 %), reintervención (57,1 %) y reingreso, estancia prolongada y mortalidad (28,6 %). Solo 1 paciente presentó fuga biliar con debut a las 6 semanas postintervención y ninguno presentó estenosis de la anastomosis o dilatación de la vía biliar. **Conclusiones:** El TO es una herramienta valiosa para evaluar la calidad quirúrgica de los procedimientos, ofreciendo una visión global y comparativa para estandarizar los resultados de nuestra práctica clínica. La utilización de prótesis biliares degradables minimizó la incidencia de complicaciones biliares en pacientes trasplantados hepáticos sin afectar globalmente al postoperatorio del paciente.

P.67

USO DEL SHUNT PORTOSISTÉMICO TRANSYUGULAR EN PACIENTES PEDIÁTRICOS A LA ESPERA DE TRASPLANTE HEPÁTICO

Vicente Ibáñez Pradas¹, Iranzu Viguria Marco¹, María Martrín Díaz¹, Raquel Flores Rodríguez¹, Fernando Gómez Muñoz², Maximiliano Lloret Larrea², Raúl García Marcos², Beatriz Pemartín Comella¹

1) Servicio de Cirugía Pediátrica. H. U. P. La Fe. 2) Servicio de Radiología. H. U. P. La Fe

Objetivos: Evaluar el uso del shunt portosistémico transyugular (TIPS) en pacientes pediátricos a la espera de trasplante hepático. **Material:** Estudio retrospectivo de pacientes en lista para trasplante tratados mediante TIPS por complicaciones derivadas de su hipertensión portal. Periodo 2015-2025. **Método:** Se registraron variables demográficas y técnicas. El resultado principal fue la permeabilidad del shunt diagnosticada por ecografía doppler. **Resultados:** Dieciséis pacientes con edad mediana de 7 meses (rango 4-79) y un peso mediano de 6,7 kg (rango 4-18). Doce pacientes (75 %) tenían atresia de vías biliares, 2 colestasis familiar intrahepática, 1 cirrosis autoinmune y 1 enfermedad de Alagille. La indicación más frecuente para el TIPS fue la ascitis de difícil manejo (8 casos; 50 %) seguida de la hipoplasia portal (6 casos; 37,5 %). Los calibres del shunt oscilaron entre 3,5 y 8 mm, siendo el de 5 mm el más utilizado (56 %). Se realizaron 30 intervencionismos. Siete (44 %) pacientes se resolvieron con 1 solo procedimiento, 5 pacientes (31 %) con 2, 3 (18 %) con 3, y 1 (6 %) con 4. En 6 casos el procedimiento resultó fallido y en 10 se revisó por ausencia de flujo. La mediana de procedimientos fue de 2 por paciente. La mediana de seguimiento fue de 119 días (33-820 días) y la de supervivencia del TIPS fue de 179 días; para el subgrupo de pacientes con peso < 10 kg (80 % de la muestra) esta cifra se redujo a 72 días. Catorce de los 16 pacientes fueron trasplantados, en 13 de ellos (93 %) el shunt era permeable. **Conclusiones:** La alta tasa de permeabilidad del TIPS en estos pacientes implica la necesidad de procedimientos repetidos en un porcentaje no desdeñable de los casos.

P.68

HOPE EN TRASPLANTE HEPÁTICO: UNA OPORTUNIDAD PARA INJERTOS MARGINALES CON RESULTADOS ALENTADORES

Mireia Caralt, [Sara Villasanté](#), Concepción Gómez-Gavara, Cristina Dopazo, Mar Dalmau, Marta Cáceres, Gonzalo Sapisochin

H. U. Vall d'Hebron

Objetivos: La perfusión hipóxica oxigenada en frío (HOPE) es una técnica de preservación dinámica que optimiza la viabilidad de injertos hepáticos marginales, disminuyendo el riesgo de disfunción y complicaciones postrasplante. El objetivo de este estudio es analizar los resultados obtenidos en nuestra cohorte de pacientes trasplantados en los que se aplicó HOPE. **Material:** Se incluyeron todos los trasplantes hepáticos realizados en nuestro centro entre abril de 2022 y noviembre de 2024 en los que se utilizó HOPE. Se registraron prospectivamente las características de donante (edad, tipo de donante, tiempo de preservación, esteatosis) y receptor (edad, IMC, MELD, complicaciones postrasplante) para su análisis retrospectivo. **Método:** Se perfundieron 28 hígados, de los cuales uno fue descartado por hallazgo oncológico extrahepático. Los 27 restantes se trasplantaron (3 pediátricos y 24 adultos). En los donantes tras asistolia controlada (DAC, 70 %) HOPE se combinó con perfusión regional normotérmica; en los donantes en muerte encefálica (DBD, 30 %) se empleó ante riesgo de isquemia fría prolongada o hepatectomías complejas. **Resultados:** La mediana de edad de los donantes fue 67 años y la de los receptores 62, con MELD mediano de 11. El tiempo de preservación fue de 331 minutos y la duración de HOPE de 156 minutos. Tres pacientes (12,5 %) presentaron disfunción temprana del injerto (EAD), sin casos de no función primaria (PNF) ni lesiones biliares isquémicas (ITBL). Un paciente falleció tras retrasplante por rechazo crónico, con injerto funcional en el momento del exitus. La mediana de seguimiento fue de 55 días. **Conclusiones:** HOPE permitió aceptar injertos marginales que en otras circunstancias habrían sido descartados. Nuestra experiencia preliminar muestra baja tasa de complicaciones graves y resultados alentadores, lo que respalda esta estrategia como una herramienta valiosa en trasplante hepático complejo.

P.69

DONACIÓN DE ÓRGANOS TRAS PRESTACIÓN DE AYUDA PARA MORIR EN TRASPLANTE HEPÁTICO

Vianey Alejandra Reta Martínez¹, Deysi L. Navarrete Espinosa¹, Luis M. Carrillo¹, Luis G. Reyes¹, Eugenia Butori¹, Victor Holguin¹, Gabriela Chullo¹, Filippo Landi¹, Claudia Lorenzo¹, Angel Ruiz², Rebeca Roque², Camino Rodríguez², Eva Rivas³, Maite Mata⁴, Pablo Ruiz⁵, Gonzalo Crespo⁵, Jordi Colmenero⁵, Ramon Bataller⁶, Miguel Pera¹, Yiliam Fundora¹

1) Departamento de Cirugía. Cirugía de Trasplante Hepático. H. Clínic. 2) Unidad de Coordinación de Donación y Trasplante. H. Clínic. 3) Departamento de Anestesiología. H. Clínic. 4) Departamento de Cirugía Cardiovascular. H. Clínic. 5) Departamento de Gastroenterología y Hepatología. H. Clínic. 6) Servicio de Hepatología. Unidad de Trasplante Hepático. H. Clínic.

Objetivos: Describir la experiencia preliminar en donación de órganos tras la prestación de ayuda para morir (PRAM) en el trasplante hepático, evaluando características de donantes y receptores, así como la viabilidad y los resultados postoperatorios. **Material y métodos:** Estudio descriptivo de tres trasplantes hepáticos realizados en nuestro centro entre 2022 y 2023, en el marco legal de la Ley de eutanasia y el Protocolo Nacional de Donación de Órganos en España, con aprobación del Comité de Ética institucional. Tras la confirmación del paro circulatorio por el médico responsable, el procedimiento se llevó a cabo de forma análoga a la donación en asistolia controlada (DAC). Se registraron variables de donantes y receptores, y la viabilidad hepática se evaluó de acuerdo con los criterios establecidos en el protocolo nacional de DAC durante la perfusión regional normotérmica (NRP). **Resultados:** Las causas de PRAM fueron ataxia hereditaria, lesión medular y esclerosis lateral amiotrófica. El 100 % de los donantes fueron hombres, jóvenes menores de 50 años, grupo sanguíneo O+, tiempo de isquemia caliente funcional de 12, 15 y 18 minutos y de isquemia fría de 245, 280 y 290 minutos. Los receptores fueron varones, menores de 55 años, con MELD entre 10 y 22; uno presentaba diabetes mellitus. Las etiologías fueron cirrosis alcohólica, colangitis esclerosante primaria y hepatitis B. La estancia media en UCI fue de 5 días (4-6) y la hospitalaria total de 21 días (14-30). Un paciente precisó trasplante combinado hepatorenal y reintervención por hemoperitoneo y fuga biliar, con posterior evolución favorable. Todos vivos con injertos funcionantes. **Conclusiones:** La PRAM asociada a donación tras parada circulatoria (PRAM/DAC) constituye una estrategia emergente para ampliar el número de órganos disponibles para trasplante hepático. Su implementación requiere adherencia estricta al protocolo y respeto absoluto a la voluntad de los donantes, quienes hacen posible la donación y salvan vidas.

P.70

RELEVANCIA CLÍNICA DEL TIEMPO DE HEPATECTOMÍA DEL DONANTE EN LA EVOLUCIÓN PRECOZ Y A LARGO PLAZO DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

Luis Carrillo, Ernesto Barzola, Daniela Navarrete, Eduardo Tonina, Paulino Tonina, Eugenia Butori, Victor Holguin, Pablo Dominguez, Claudia Lorenzo, Carolina González, Olga Morató, Rocio García, Johana Ferrer, Eduardo Ribas, Jordi Colmenero, Yiliam Fundora

H. Clínic

Introducción: El tiempo de hepatectomía del donante (DHT) ha sido señalado como un factor que puede comprometer la viabilidad del injerto y los resultados postrasplante. El DHT se define como el intervalo desde el inicio de la perfusión fría hasta la finalización de la extracción hepática, cuando el injerto es colocado en hielo o en mesa de banco. El objetivo del estudio fue determinar si un DHT prolongado (>60 minutos) se asocia con mayor incidencia de disfunción precoz del injerto (EAD, criterios de Olthoff), mayor tasa de complicaciones (Comprehensive Complication Index, CCI), complicaciones biliares y menor supervivencia. **Métodos:** Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de trasplantes hepáticos de donante fallecido realizados entre enero de 2019 y diciembre de 2023. Los criterios de aceptación del donante y asignación del órgano siguieron el protocolo de la Organización Catalana de Trasplantes. De 358 trasplantes, se dispuso de datos de DHT en 144 casos: 95 (66 %) procedentes de donación tras muerte encefálica (DME) y 49 (34 %) tras muerte circulatoria (DMC). Un total de 93 (64 %) pacientes presentaron DHT ≤ 60 min y 51 (35 %) DHT >60 min, sin diferencias significativas en la distribución por tipo de donante. **Resultados:** No se observaron diferencias significativas entre DHT ≤ 60 y >60 min en la incidencia de EAD (25,8 % vs 25,5 %; $p=0,40$), distribución del CCI ($p=0,75$) ni complicaciones biliares (18,3 % vs 25,5 %; $p=0,41$). La supervivencia a 1, 3 y 5 años fue de 94 %, 93 % y 89 % para DHT ≤ 60 min y 92 %, 88 % y 88 % para DHT >60 min (log-rank=0,6). En el análisis multivariable, cada 10 minutos adicionales de DHT se asociaron con una OR=1,028 para EAD, comparable al efecto de cada hora adicional de isquemia fría (OR=1,238), sin alcanzar significación. Estratificando por tipo de donante, las OR por 10 min para EAD fueron 1,079 (IC95 % 0,909-1,281) en DME y 0,899 (0,665-1,215) en DCD ($p=0,272$). Para complicaciones biliares, las OR fueron 1,076 y 0,993, respectivamente ($p=0,601$). En el CCI, la β fue -1,160 en DME/DBD y +1,554 en DCD ($p=0,109$). **Conclusiones:** Un DHT prolongado (>60 min) y cada 10 minutos adicionales no mostraron impacto significativo sobre la EAD, las complicaciones graves ni la supervivencia del injerto o del receptor en nuestra cohorte.

ÍNDICE DE AUTORES

A

Achalandabaso Boira, M. del Mar C04.06
Aguilera Martínez-Arenas, Laura C04.04
Aguilera Sancho-Tello, M. Victoria C01.01*, C04.04
Álamo Martínez, José M. C01.03, C01.08, C04.01, P.07, P.11, P.21, P.22, P.41, P.64, P.65
Alañón Martínez, Paloma Elma C02.01, C04.05**
Alba, Esther P.31
Alcazar López, Candido C03.08, P.25, P.36, P.37, P.62
Alconchel Gago, Felipe C03.06
Alegre, M. Luisa P.01*
Allende Bandres, M. Ángeles P.54
Almohalla Álvarez, Carolina C01.02, C04.02, P.55, P.58, P.59, P.60
Almond, Cassie C04.02
Alonso Martín, Carmen C01.01*, P.55, P.58, P.59
Alós Díez, María C01.05, C02.06, P.16, P.17, P.48, P.57, P.61
Alsourani Alsharif, Adnan C01.08, P.18
Alva Bocanegra, Norma C02.08
Alvarez Navascues, Carmen C03.03
Amador Navarrete, Alberto C01.07, P.31, P.45
Amaral, Maria João C02.07, P.04*
Amaro, César P.57
Andrade Guerrero, David C01.05
Andrés Moreno, Ane Miren C02.06, P.17, P.48, P.57, P.61
Anisa Nutu, Oana P.02*
Anson, Maria P.03*
Antunes, Tiago C02.07
Aranda Romero, Beatriz P.02*, P.47
Arenere Mendoza, Mercedes P.54
Argemi, Josep M. P.03*
Arias Milla, Ana C01.01*, C01.02, C01.06, P.05*, P.20
Asensio Diaz, Enrique C02.04
Aspas, Jessica C02.08
Ausania, Fabio C01.08
Aznar, Rocío C01.02

B

Bailón Cuadrado, Martín C02.04, P.14
Bañares, Rafael P.05*
Barbero Garrote, Samuel P.60
Baroja Mazo, Alberto C03.04*, C03.06, C03.07, C04.03**, P.01*, P.24, P.33
Baron, Todd H C04.02
Barreales, Mónica C01.01*

Barrera Baena, Pilar C02.01, C04.05**
Barrera Romero, Miryam C04.05**
Barriga Rodríguez, Paloma P.46
Barrios Cormenzana, Oriana C01.07, P.31, P.45
Barzola, Ernesto C04.01, P.32, P.70
Bastarrika, Gorka C01.04*, C04.08*
Bataller, Ramon P.69
Bausela Sainz, Alex C03.05, P.26, P.30, P.43
Belchi Segura, Emilio C03.07
Bellot García, Pablo C03.08, P.08, P.37, P.62
Beltrá Picó, Iván C03.08, P.62
Beltrán, Gabriela C01.02
Benítez, Laura C01.06, P.05*, P.20
Bennett, Nelson P.09
Berenguer Haym, Marina C04.04
Berezo García, José Á. P.60
Bernal Bandrés, Guillén P.06*
Bernal Bellido, Carmen C01.03, C04.01, P.07, P.10, P.11, P.12, P.21, P.22, P.41, P.46, P.64, P.65
Bernardo, Carmen C01.03
Bilbao, Itxarone C01.02
Blanco Fernández, Gerardo C01.01*, C02.03, P.05*, P.38, P.39, P.63
Blasi, Anabel C01.08
Bloomer, Pamela M. P.09
Bohils, Marc C02.08
Borraez Jimenez, Angelica C01.08, C02.03, P.38, P.39, P.63
Borrego Estella, Vicente P.53, P.54
Boscà Robledo, Andrea C01.08, C02.05*, C03.01*, C04.06, P.56
Bravo Hernández, José A. P.36, P.37
Bravo, M. Carmen P.57
Briceño, Javier C02.01, C02.05*
Bromfield, Brittany P.09
Broquetas González, M. Teresa P.45
Brusadin, Roberto C03.07
Bustamante Schneider, Francisco J. C01.02, C03.05, P.26, P.30, P.43
Butori, Eugenia P.69, P.70

C

Caballero, Aranzazu P.05*
Caballeros, Fanny Meylin C01.04*, C04.08*
Cáceres, Marta P.68
Cachero Ros, Alba C01.01*, C01.07, P.31, P.45

Cacho Dueñas, Marta P.60
 Cadahía Rodrigo, Valle C01.02, C03.03, C03.04*, P.24
 Calleja, José L. C01.06, P.20
 Calleja, Rafael C02.05*
 Calvo Pulido, Jorge C02.02, C04.07, P.13, P.15, P.47, P.50, P.52
 Cambra Molero, Félix C04.07, P.02*, P.47, P.50, P.52
 Canakis, Andrew C04.02
 Canas Pérez, Isabel P.60
 Cantú, Homero Charles C02.05*
 Caralt, Mireia C02.05*, P.68
 Carbonell Ruiz, Daniel C03.07
 Carbonell, Guillermo P.33
 Carbonell, Teresa C02.08
 Carrasco Moreno, Antonio P.65
 Carrillo, Luis P.69, P.70
 Carvalho-Gomez, Angela C04.04
 Cascales Campos, Pedro C03.01*, C03.06, C04.03**, P.27, P.29, P.33, P.56
 Caso Maestro, Oscar C02.02, C04.06, C04.07, P.02*, P.13, P.15, P.47, P.50, P.52
 Castellón Sánchez, M. Isabel C03.07
 Castellote Alonso, José P.45
 Castillo Tuñón, Juan M. C01.03
 Ceamanos Ibarra, Enrique P.49, P.53
 Cepeda Franco, Carmen C01.01*, C01.03, C04.01, P.07, P.11, P.12, P.21, P.22, P.41, P.64, P.65
 Chullo Llerena, Gabriela C01.08, C02.08, P.69
 Ciria, Rubén C02.01
 Cobarro Yelo, Eloy P.36
 Coelho Abrantes, Ana Margarida P.19
 Colmenero Calleja, Cristina P.60
 Colmenero, Jordi C01.01*, C01.08, C02.08, P.32, P.40, P.69, P.70
 Conde Amiel, Isabel C04.04
 Constantino, Júlio C02.07, P.04*, P.42
 Cortes Garcia, Luis C01.02, P.49, P.53, P.54
 Costán Roderó, Guadalupe C04.05**
 Craveiro Coutinho Oliveira, Pedro Filipe P.19
 Crespo, Gonzalo C01.08, C02.08, P.32, P.40, P.69
 Cuadrado Lavín, Antonio C01.01*
 Cuende Diez, Miguel C01.03

D

Dalmau, Mar P.68
 De Armas Conde, Noelia C02.03
 De Benito Sanz, Marina C04.02
 De Goeij, Femke C02.05*
 De Jonge, Jeroen C02.05*

De La Mata, Manuel C02.01, C04.05**
 De La Peña, Jesús C03.04*
 De La Rosa Rodriguez, Gloria C01.01*, C01.03, C02.05*
 De La Serna-Higuera, Carlos C04.02
 De La Torre Álamo, M. Magdalena C03.04*, C03.06, P.01*, P.24
 De La Torre-Aláez, Manuel P.03*
 De Meijer, Vicent E. C02.05*
 De Torres, Juan Pablo C01.04*, C04.08*
 Del Pozo, José L. P.03*
 Delgado Constantino, Júlio André P.19
 Di Benedetto, Fabrizio P.23
 Dias Martins, Ana Catarina P.19
 Díaz Fontenla, Fernando P.05*
 Diekmann, Fritz C01.08
 Diogo, Dulce C02.07, P.04*, P.42
 Domínguez Bastante, Mireia C01.03
 Domínguez Gil, Beatriz C02.05*
 Dominguez, Pablo P.70
 Dopazo, Cristina C01.01*, P.68
 Duarte Rojo, Andrés P.09
 Duca, Ana C01.06, P.20
 Dueñas Ruiz, Antonio P.60
 Dunn, Michael A. P.09
 Duque, Mariana C02.07
 Durán Martínez, Manuel C01.08, C02.05*

E

Encinas Hernández, José C02.06, P.16, P.57, P.61
 Enrile Sánchez, Pedro P.58, P.59
 Escuin Sanmartin, Maria P.06*, P.54
 Eshmuminov, Dilmurodjon P.23, P.33
 Espinosa, M. Dolores C01.01*
 Esteban, Luis M. C01.02
 Estébanez Peláez, Guillermo P.14
 Ezponda, Ana C01.04*, C04.08*

F

Falcón Cubillo, Marta P.46
 Fernández Alonso, Mirian P.03*
 Fernández Arquillue, Marta P.06*
 Fernández Camblor, Carlota P.48
 Fernández Fernandez, Clara C04.07, P.13
 Fernández García, Raúl P.28
 Fernández Noel, Silvia C02.02, C04.07, P.13, P.47
 Fernández Prada, Samuel Juan P.55, P.58, P.59
 Fernández Puga, Natalia C01.06, P.20
 Fernández Ramos, J. Ramon C03.05, P.26, P.30, P.43

Fernández Tomé, Lorena P.16, P.17, P.48
Fernández Yunquera, Ainhoa P.05*
Fernández, Clara CO2.02
Fernández, J. Manuel P.27, P.29
Ferre, Estefania CO2.05*
Ferrer, Joana P.40, P.70
Flores Rodríguez, Raquel P.67
Fontes Oliveira, Carlos Pedro P.19
Fraga, Enrique CO1.06, P.20
Franco Campello, Mariano CO3.08, P.25, P.36, P.37, P.62
Frauca Remacha, Esteban CO1.05, CO2.06, P.16, P.17, P.48, P.57, P.61
Fuentes Valenzuela, Esteban CO4.02
Fundora, Yiliam CO1.08, CO2.05*, CO2.08, P.32, P.40, P.69, P.70
Furtado, Emanuel CO2.07, P.04*

G

Galochino Ballano, María P.06*, P.49, P.53
García Álvarez, Carla P.14
García Bernardo, Carmen CO3.03, CO4.06
García Bueno, Belén CO3.04*, P.24
García Corona, Marta P.64
García de Miguel, Ander P.43
García Gonzalez, Carlos P.07, P.21, P.22
García Guix, Marta CO1.07, P.31, P.45
García Marcos, Raúl P.67
García Mateo, Sergio P.06*
García Osuna, M. de los Reyes P.06*, P.54
García Pajares, Félix CO4.02, P.55, P.58, P.59
García San Vicente, Ander CO3.05, P.26, P.30
García Sánchez, Carlos CO1.03, P.10, P.11, P.12, P.41, P.64, P.65
García Sesma Pérez-Fuentes, Alvaro P.50, P.52
García Sesma, Álvaro CO2.02, CO4.07, P.13, P.47
García Vega, Marta CO1.05, P.16, P.17, P.48
García, Pilar CO2.06
García, Raquel P.40
García, Rocio CO2.08, P.70
Gasós García, Miguel P.49
Gastaca Mateo, Mikel CO1.01*, CO2.05*, CO3.05, CO4.06, P.26, P.30, P.43, P.44
Gil Navarro, M. Victoria P.46
Gomez Barrena, Alba CO4.07, P.02*, P.15
Gómez Bravo, Miguel Á. CO1.03, CO2.05*, P.07, P.10, P.11, P.21, P.22, P.33, P.41, P.46, P.64, P.65
Gómez Dueñas, Gonzalo CO2.05*
Gómez Gavara, Concepción P.23, P.68
Gómez Muñoz, Fernando CO1.02, P.12, P.67

Gómez Orellana, Antonio Manuel CO1.01*
Gomez Pasantes, Dora CO1.03, P.51
Gómez, Alba P.47
Gómez, Manuela P.05*
Gómez, Miguel Á. CO4.01
Gonçalves Pereira, Eurico José P.19
González de Godos, Andrea CO2.04, P.14
González Diéguez, M. Luisa CO1.01*, CO3.03, CO3.04*, P.24
González Grande, Rocío CO1.01*
González Herrero Díaz, Juan P.10
González Pinto, Ignacio CO3.03
González Vilatarsana, Emma P.45
González, Carolina P.70
González, María Luz CO3.08, P.62
Gouveia Alves, Marco Aurélio P.19
Gracia Solanas, José A. P.49
Grau, Julia P.40
Guerrero Misas, Marta CO1.02, CO4.05**
Guijo Rubio, David CO1.01*
Gutiérrez de Prado, Julia CO2.02, CO4.07, P.13, P.47

H

Hernández Kakauridze, Sergio P.33
Hernández Oliveros, Francisco P.16, P.48
Hernández Ramos, Lucía CO4.03**, P.33
Hernández, Francisco CO2.06, P.57, P.61
Herrera Hidalgo, Laura P.46
Herrera Marante, Iván CO3.08, P.08, P.37, P.62
Herrero Santos, Ignacio CO3.02**
Herrero, J. Ignacio CO1.02, CO1.04*, CO3.04*, CO4.08*, P.03*, P.24
Hervás Martínez, César CO1.01*
Hiciano, Alberto CO4.03**
Holguin, Victor P.69, P.70
Hughes, Christopher B. P.09
Hurtado Pardo, Luis CO3.01*, P.56
Hurtado Soriano, Ana P.08
Husen, Peri P.23

I

Ibáñez Pradas, Vicente P.67
Ide, Paulino P.32
Iniesta Cortés, María CO4.03**
Iñarrairaegui Bastarrica, Mercedes CO1.04*, CO3.02**, CO3.04*, CO4.08*, P.03*, P.24

J

Jaén Torrejimenó, Isabel CO2.03, CO4.06, P.38, P.39, P.63
Jiménez Romero, Carlos P.50, P.52

Jiménez, Laura P.58, P.59
Jódar Salcedo, Cristina Rosel P.38, P.39, P.63
Jordán, María P.58, P.59
Jover Aguilar, Marta C03.06
Justo Alonso, Iago C02.02, C04.07, P.02*, P.13, P.15, P.47, P.50, P.52

K

Kalafateli, María C01.01*
Kalt, Fabian P.23

L

Labarga Rodríguez, Fernando C02.04
Lancho Muñoz, Ana P.34, P.35
Landi, Filippo C02.08, P.69
Lang, Hauke P.23
Larrañaga, Itziar P.03*
Latre Santos, Marta P.49, P.53
Lavado Andújar, M. Inmaculada P.38, P.39, P.63
Lecuona Muñoz, Marta P.28
Lemos, Mariana P.04*
Lillo Díez, Jorge P.58, P.59
Lizarralde Capelastegui, Andrea Carlota P.14
Lladó Garriga, Laura C01.07, C04.06, P.31, P.45
Llamoza Torres, Camilo Julio C03.07, P.23
Lledin Barbancho, M. Dolores C01.05, C02.06, P.16, P.17, P.48
Llorente, Mónica C01.02
Lloret Larrea, Maximiliano P.67
Lobo, Mariana P.42
Loinaz Seguro, Carmelo C02.02, C04.07, P.02*, P.13, P.15, P.47, P.50, P.52
Lopes Rodrigues Tralhão, José Guilherme P.19
López Andújar, Rafael C02.05*, C03.01*, P.56
López Baena, José Á. C01.03, P.18
López Barral, Elena P.60
Lopez Boado, Miguel Á. C01.08
López Botella, Jaime C03.08, P.62
López Conesa, Asunción C03.07
López Díaz, Gloria C03.04*, P.01*, P.24
López Garrido, M. Ángeles P.28, P.34, P.35
López Guerra, Diego C01.03, C02.03, P.38, P.39, P.63
López Herreros, Javier P.14
López López, Víctor C01.08, C02.05*, C03.06, C03.07, C04.03**, C04.06, P.23, P.27, P.29, P.33
López Navas, Ana Isabel P.27, P.29
López, Eva P.40
Lorente Pérez, Sara C01.01*, C01.08, C03.04*, P.06*, P.24, P.49, P.53, P.54

Lorenzo Mañas, Sofía C04.07, P.02*
Lorenzo, Claudia C01.08, C02.08, P.69, P.70
Lorenzo, Sofia P.47
Lozano Gomez, Herminia P.54
Lucas Ruiz, Fernando C03.06, P.01*
Lué, Alberto P.49, P.53, P.54
Luque López, Ana C02.01
Lurge, Georgj P.23
Luzko, Irina P.40

M

Madroñal Escribano, Patricia Josefina P.66
Madurga, Alejandro P.57, P.61
Maestro de Castro, José L. P.14
Maina, Cecilia P.33
Majumdar, Avik C01.01*
Mambrilla Herrero, Sara C03.05, P.26, P.30, P.43, P.44
Manrique Municio, Alejandro C04.07, P.02*, P.13, P.15, P.47, P.50, P.52
Mansilla, Sofia P.07
Marcacuzco Quinto, Alberto C02.02, C04.07, P.02*, P.13, P.15, P.50, P.52
Marcos Carrasco, Natalia C04.02, P.55, P.58, P.59, P.60
Marín Gómez, L. Miguel C01.03, C02.05*, C04.01, P.07, P.11, P.21, P.22, P.41, P.46, P.64, P.65
Marin Vera, Miguel C03.07
Marinque, Alejandro C02.02
Maroto, Carlos P.58, P.59
Martín Barahona, Ignacio P.14
Martín Mateos, Rosa C01.01*, C01.02, P.05*
Martínez Alarcón, Laura C03.06, P.27, P.29
Martínez Campos, Paloma P.17
Martínez Chicote, Cristina C04.06
Martínez Cuevas, Cristina P.58, P.59
Martínez Guillén, José P.53
Martinez Pereira, Ana C01.05, P.16, P.17, P.48
Martinez, Graciela P.32
Martrínez Díaz, María P.67
Más Serrano, Patricio C03.08, P.37, P.62
Mata, Maite P.69
Mateos García, Daniel C01.03
McCaughan, Geoffrey W. C01.01*
Mejía, Ricardo P.57
Mejías Trueba, Marta P.46
Melgar Requena, Paola C03.08, P.25, P.36, P.62
Menéndez, J. José P.57
Merino Roncal, Juana M. C03.02**
Mesa, M. José C03.07

Mils, Kristel C01.07, P.31
 Miñones Ginarte, Carlos P.51
 Miralles Maciá, Cayetano Fabián P.08, P.37, P.62
 Miyar, Alberto C03.03
 Mogollón, Mónica C02.05*
 Molina Pérez, Esther C01.01*, C01.02
 Montalvá Orón, Eva C03.01*, C04.06, P.56
 Montero Álvarez, José L. C02.01, C04.05**
 Montosa García, Ana C01.05, P.11
 Morales Garzón, Carlos M. P.34, P.35
 Morató, Olga P.70
 Moreno Salazar, Yeniffer Tatiana P.38, P.39, P.63
 Moyano, Marta C01.07
 Muga Ibarreche, Eunete C03.05, P.26, P.30, P.43
 Muñoz Bartolo, Gema P.16, P.17, P.48, P.61
 Musquera, Mireia C01.08

N

Navarrete Espinosa, Deysi Laura C03.01*, P.56, P.69
 Navarrete, Daniela P.70
 Navarro Barrios, Álvaro C03.07
 Navarro Gonzalo, Ana P.49
 Navarro Pardo, Irene P.54
 Navarro Pueyo, Adela P.06*
 Navarro, Ainhoa P.27, P.29
 Nieto Romero de Ávila, Gema M. P.14
 Nogueras López, Flor P.28, P.34, P.35
 Nuño Vázquez-Garza, Javier C04.06
 Nutu, Oana Anisa C02.02, C04.07, P.13, P.47, P.50, P.52

O

Oliveira, Pedro C02.07, P.04*, P.42
 Ordi, Queral P.31
 Orti Cuerva, Marina C02.01, C04.05**
 Ortiz Chimbo, Daniela P.58, P.59
 Ortiz, M. Luisa C01.01*, C03.07
 Oterino, Cesar P.61
 Otero Ferreiro, Alejandra C01.01*, C01.02, C01.08, C03.04*, P.05*, P.24, P.51
 Otero Gonzalez, Isabel P.51
 Otero Romero, Daniel P.53
 Otón, Elena C01.01*, C01.02

P

Pacheco Sánchez, David C02.04, P.14
 Pacual Bartolomé, Sonia P.37
 Pacual González, Eurne P.49, P.53
 Padillo Ruiz, Francisco J. C01.03, C04.01, P.07, P.10, P.12, P.21, P.22, P.41

Pagano, Giulia P.40
 Palacios Gasos, Pilar P.49, P.54
 Palma Ayllón, Javier P.34, P.35
 Palomares Etxeberria, Ibone C03.05, P.26, P.30, P.43, P.44
 Panisello-Rosello, Arnau C02.08
 Pardo Moreno, Pedro P.28
 Paredes Segura, Adrian P.25, P.36
 Parrado, Antonio C03.04*
 Parrón-Pajares, Manuel C01.05
 Pascau González-Garzón, M. Jesús P.17
 Pascual Bartolomé, Sonia C01.02, C03.08, P.08, P.25, P.62
 Pascual Coloma, María C03.02**
 Pascual Vicente, Teresa C01.08
 Pastor Pérez, Patricia C03.07
 Pemartín Comella, Beatriz P.67
 Peñas Herrero, Irene C04.02, P.55, P.58, P.59
 Pera, Miguel P.69
 Pérez Alonso, Alejandro P.66
 Pérez Miranda, Manuel C04.02
 Pérez Reyes, María C01.03, C04.06
 Pérez Torres, David P.60
 Pérez, Alejandro C02.05*
 Pérez, Enrique C03.08, P.62
 Perfecto Valero, Arkaitz C03.05, P.26, P.30, P.43, P.44
 Pichardo, Karem C01.08
 Pinho Ferreira, Rita Maria P.19
 Pinho, António C02.07
 Pinto Fuentes, Pilar C02.04, P.14
 Pinto, Pedro P.42
 Pomares, M. Teresa C03.08, P.62
 Pons Miñano, José A. C03.02**, C03.04*, C03.06, C03.07, C04.03**, P.01*, P.05*, P.24, P.27, P.29, P.33
 Pontes Balanza, Beatriz C01.03
 Porte, Robert J. C02.05*
 Poyato González, Antonio C02.01, C04.05**
 Prieto Calvo, Mikel C01.03, C03.05, P.26, P.30, P.43, P.44
 Prieto de la Torre, María C04.05**
 Pueyo Rabanal, Alberto C01.08
 Pujols, Paula C01.04*, C04.08*

Q

Quiles Blanco, M. José P.16, P.17, P.48, P.57

R

Rabaça Roque Botelho, M. Filomena P.19
 Ramia Ángel, J. Manuel C03.08, C04.06, P.25, P.36, P.37, P.62
 Ramirez Romero, Pablo C02.05*, C03.04*, C03.06, C03.07, C04.03**, P.23, P.24, P.27, P.29, P.33
 Ramón Rodríguez, Julen C02.03

Ramos, Emilio C01.07, P.31
Redondo Cerezo, Eduardo P.28
Rejon Lopez, Rafael P.66
Reta Martínez, Vianey Alejandra P.32, P.69
Reyes, Luis Guillermo P.32, P.69
Ribas, Eduardo P.70
Riquelme Santos, Jose C. C01.03
Riquelme, Antonio P.27, P.29
Rivas Polo, J. Ignacio P.51
Rivas, Eva C01.08, P.32, P.69
Rivas, Nuria C01.08
Rivera Esteban, Jesús C01.06, P.20
Robles Bardales, Christian C01.08, C02.08
Robles Campos, Ricardo C03.07, C04.03**, P.23, P.27, P.29, P.33
Rodríguez Álvarez, Regino C03.05, P.26
Rodríguez Mogollo, J. Ignacio P.07, P.11, P.12, P.65
Rodríguez Negrín, Ana P.62
Rodríguez Perálvarez, Manuel Luis C01.01*, C02.01, C04.05**
Rodríguez Sicilia, M. José P.28
Rodríguez Soler, María C01.01*, C03.08, P.08, P.25, P.37, P.62
Rodríguez Vielba, Paloma Lourdes C02.04
Rodríguez, Camino P.69
Rodriguez, Manuel C03.03
Rojas Holguín, Adela C02.03, P.38, P.39, P.63
Romero Cristóbal, Mario C01.01*, C03.04*, P.05*, P.18, P.24
Romero Moreno, Sarai C04.04
Roque, Rebeca P.69
Rosel Jódar, Cristina C02.03
Rosello Catafau, Joan C02.08
Rotellar Sastre, Fernando C01.04*, C01.08, C03.02**, C04.06, C04.08*, P.03*
Rubín, Ángel C01.02
Rubio García, Juan Jesús P.25, P.36, P.37
Ruiz Margáin, Astrid P.09
Ruiz Nuñez, Isabel P.58, P.59
Ruiz Ordorica, Patricia C03.01*, C03.05, P.26, P.30, P.43, P.44, P.56
Ruiz, Angel C01.08, P.32, P.69
Ruiz, Pablo C01.02, C02.08, P.32, P.40, P.69
Ruiz, Patricia C02.05*

S

Saavedra, Sandra C02.08
Sabroso, Sergio C01.02
Salcedo Plaza, M. Magdalena C01.02, C01.08, C03.04*, P.05*, P.18, P.24
Salinas, Graciela P.58, P.59

Salvador Bengoetxea, Patricia C03.05, P.26, P.30, P.43, P.44
Salvador Gomez, Transito P.54
San Bento Furtado, Emanuel P.19
Sanabria, Pascual P.57
Sánchez Antolín, Gloria C03.04*, C04.02, P.24, P.55, P.58, P.59, P.60
Sánchez Bueno, Francisco C04.03**, P.33
Sánchez Donoso, Nuria P.54
Sánchez Frías, Marina C02.01
Sánchez Lorenzo, M. Isabel C03.04*
Sanchez Ocana, Ramon C04.02
Sanchez Velazquez, Patricia P.23
Sánchez, Alba C02.06, P.57, P.61
Sangro, Paloma P.03*
Sanjosé Crespo, Alicia P.58, P.59
Santamaria Garcia, Claudia P.02*
Santos Pires Lourenço, Ana Salomé P.19
Santoyo Villalba, Julio C02.05*, C03.01*, P.56
Sanz, Cristina C02.08
Sapisochin, Gonzalo P.68
Saramago Diogo, Dulce Helena P.19
Sarmentero Prieto, José Carlos C02.04
Seas, Luis C02.06, P.57, P.61
Secanella, Lluís C01.07, P.31
Senosiáin Labiano, Maria C03.05, P.26, P.30, P.43
Serôdio, Marco C02.07
Serradilla, Javier C02.06, P.57, P.61
Serrano Aullo, M. Trinidad C01.02, P.06*
Serrano, Teresa C01.07
Sogbe Díaz, Miguel C01.01*, C01.04*, C03.02**, C04.08*, P.03*, P.09
Sorribas, Maria C01.07, P.31
Suárez Artacho, Gonzalo C01.03, C04.01, P.07, P.11, P.21, P.22, P.41, P.64, P.65
Suarez Lopez, Francisco P.51
Suárez Zambrano, Elisaul C01.08
Sunsundegui, Patricia P.03*

T

Tariq, Samir P.23
Taylor, Rhiannon C01.01*
Tejero Pintor, Francisco J. C02.04
Téllez, Roberto P.09
Ticona Espinoza, Thalia P.60
Tirado Escuder, Ana P.08
Toapanta, David C02.08
Tomé Martínez, Santiago C04.06
Tonina, Eduardo P.70
Tonina, Emilio P.32

Tonina, Paulino P.70
Toral Escudero, Antonio C03.02**
Tralhão, José Guilherme C02.07, P.04*, P.42
Trapero, Maria C01.06, P.20
Troisi, Roberto Ivan P.23
Tschuor, Christoph P.23
Tsochatzis, Emmanuel C01.01*

U

Ugarte, Daniel P.32
Urban-Garbayo, Paula C04.04

V

Vallejo Senra, Nicolau C01.08
Valverde Mateo, Sandra C03.06, P.01*
Valverde Salazar, Victor C01.06, P.20
Van Der Heijden, Fenna C02.05*
Varela, María C03.03
Vazquez Millan, M. Ángeles C03.04*, P.24, P.51
Vega, Sthefanny P.57
Velasco Martínez, Elena P.55, P.58, P.59
Velasco, Iñigo C02.06

Velayos, María C02.06, P.57, P.61
Ventoso Castiñeira, Alberto C03.05, P.26, P.30, P.43, P.44
Vicente, Concepción P.27, P.29
Vico Arias, Ana Belen C01.08
Vidal Correoso, Daniel C03.06, P.01*
Viegas Pereira, Filipa P.19
Viguria Marco, Iranzu P.67
Vila Tura, Marina C01.07, C03.01*, P.31, P.45, P.56
Villalba Artola, Miguel P.60
Villasante, Sara P.68
Villodre Tudela, Celia C03.08, P.25, P.36, P.37, P.62
Vinaixa, Carmen P.05*
Virgos Señor, Beatriz P.54

W

Woltjes, Linda C. C02.05*

Z

Zambudio Carroll, Natalia P.66
Zaragoza Zaragoza, Carmen P.36
Zhong, Jian-Hong P.23
Zulueta, Javier C01.04*, C04.08*

SECRETARÍA SETH

SETH-AOPC
Tel. 600 520 419
congress@aopc.es
www.sethepatico.org
X @SETHepatico