



## P-020 - RETRASPLANTE HEPÁTICO PROGRAMADO. NUESTRA EXPERIENCIA

S. Barber Millet<sup>1</sup>, A. Bosca Robledo<sup>2</sup>, P. Granero Castro<sup>1</sup>, Á. Moya Herraiz<sup>1</sup>, Á. Sala Hernández<sup>1</sup>, Á. Rubín Suárez<sup>1</sup>, E. Montalvá Orón<sup>1</sup> y R. López Andújar<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital La Fe, Valencia. <sup>2</sup>Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.

### Resumen

**Introducción:** El trasplante hepático (RH) programado está actualmente aceptado en pacientes con fallo hepático irreversible causado por rechazo crónico o trombosis de la arteria hepática tardía (TAHT); y sigue siendo controvertido en casos de recurrencia de cirrosis por virus hepatitis C (VHC). La supervivencia del paciente y del injerto son menores que en caso de primer trasplante.

**Objetivos:** Presentar los resultados del trasplante programado en nuestro centro en términos de morbimortalidad y supervivencia global.

**Métodos:** Estudio retrospectivo que incluye 86 pacientes sometidos a RH programado en nuestro centro, desde noviembre de 1993 a diciembre de 2013. Se estudiaron variables demográficas del receptor-donante y variables relacionadas con la técnica quirúrgica., con el objetivo de analizar la morbimortalidad relacionada con el RH y la evolución a largo plazo de injerto y paciente.

**Resultados:** La mediana de edad de los pacientes fue 51 años (rango 18-69). El 62,8% (n = 54) eran varones, y el 37,2% (n = 32) mujeres. Presentaban un índice MELD mediano de 21,43 (6,6-40). En cuanto a las indicaciones, 23 fueron trasplantados por cirrosis secundaria a VHC, 23 por TAHT, 15 por rechazo crónico, 4 por hepatitis fibrosante colestásica, y 14 debido a otras causas. La tasa de disfunción primaria del injerto tras el trasplante fue del 42,35%, según la definición de Olthoff. Existió rechazo celular en 17 pacientes (19,28%), 11 agudos y 6 crónicos, que se resolvieron con medicación excepto uno que requirió un tercer trasplante programado. En cuanto a las complicaciones postoperatorias, según la escala de Clavien-Dindo, se dividieron de la siguiente forma: 29,06% grado 2 (n = 25), 11,6% grado 3 (n = 10), 11,6% grado 4 (n = 10) y 20,9% grado 5 (n = 18). Un total de 17 pacientes (19,8%) precisaron reintervención urgente, 15 de ellas por hemoperitoneo, 1 por evisceración, y otra por perforación intestinal. Fue necesario un tercer trasplante en 6 pacientes (3 por fallo primario, 1 por TAHT, 1 por rechazo crónico, y 1 por estenosis biliar no anastomótica). La supervivencia global al primer, tercer y quinto año del trasplante es de 64%, 52% y 45% respectivamente. El 44,2% de los pacientes están vivos actualmente. Del 55,8% de defunciones (n = 48), 12 fueron en el postoperatorio inmediato por complicaciones, y 21 por fallo hepático, en los primeros 90 días tras el trasplante.

**Conclusiones:** El RH programado puede ser un procedimiento válido en pacientes con rechazo inmunológico tardío, cirrosis por recidiva VHC, o TAHT, aunque conlleva una importante morbimortalidad.