

LIBRO DE RESÚMENES



18^o CONGRESO

SCT SOCIETAT
CATALANA DE
TRASPLANTAMENT

BARCELONA

UNIVERSITAT POMPEU FABRA

26-28 MARZO 2025



Índice

Patrocinadores **3**

Comité organizador **4**

Revisores **4**

Cuadro de sesiones **5**

Programa científico

Comunicaciones orales **6**

Pósters **31**

Índice de autores **51**



Patrocinadores

La SCT desea reconocer el compromiso de las siguientes empresas con el trasplante, así como su apoyo para la celebración de este Congreso.



Comité organizador

Presidenta

Laura Lladó

Vicepresidente

Oriol Bestard

Secretario

Eduard Palou

Vocales

Alba Cachero

Jordi Colmenero

Marta Crespo

Joana Ferrer

Ferran Gran

Lluís Guirado

Edoardo Meilli

Víctor Monforte

Alberto Sandiumenge

Elena Sandoval

Revisores

Donación

Alberto Sandiumenge

Ana Zapatero

Infecciones

Marta Bodro

Ibai Los Arcos

Inmunología

José Luis Caro

Dolores Redondo

Trasplante cardíaco

Marta Farrero

Sonia Mirabet

Trasplante de páncreas e islotes

Daniel Casanova

Fran Espín

Trasplante hepático

Isabel Campos

Gonzalo Crespo

Emilio Ramos

Trasplante pulmonar

Rosa Laporta

Trasplante renal

Maria Meneghini

M. José Pérez

Ignacio Revuelta

Núria Serra



Cuadro de sesiones

MIÉRCOLES, 26	JUEVES, 27	VIERNES, 28
	PLENARY 02 08.30 - 09.30	PLENARY 05 08.30 - 09.30
	PAUSA CAFÉ 09.30 - 10.00	PAUSA CAFÉ 09.30 - 10.00
CURSO PRE-CONGRESO	COMUNICACIONES ORALES 01 - 02 10.00 - 11.30 (01: Auditorio - 02: Sala de Graus 40.035)	COMUNICACIONES ORALES 05 - 06 10.00 - 11.30 (05: Auditorio - 06: Sala 40.006)
BLOQUE 1 10.30 - 12.00		
PAUSA CAFÉ 12.00 - 12.30	PLENARY 03 11.30 - 13.00	PLENARY 06 11.30 - 13.00
BLOQUE 2 12.30 - 14.00	ALMUERZO TIPO CÓCTEL 13.00 - 14.30	GOLD MEDAL STATE-OF-THE-ART II 13.00 - 13.40
	SIMPOSIO SATÉLITE HANSABIOPHARMA 13.15 - 14.15	PREMIOS Y CLAUSURA 13.40 - 14.00
	COMUNICACIONES ORALES 03 - 04 14.30 - 16.00 (03: Auditorio - 04: Sala 40.S02)	
INUGURACIÓN 16.00 - 16.30	PAUSA CAFÉ 16.00 - 16.30	
STATE-OF-THE-ART I 16.30 - 17.15	PLENARY 04 16.30 - 18.00	
PLENARY 01 17.15 - 18.45	SESIÓN DE PÓSTERS Y WINE & CHEESE 18.00 - 18.30	
SIMPOSIO SATÉLITE CHIESI 18.45 - 19.45	SIMPOSIO SATÉLITE SANOFI 18.45 - 19.45	
RECEPCIÓN BIENVENIDA 19.45 - 20.15		



Comunicaciones orales

Trasplante renal

S01.01 a S01.08 Auditorio

S05.01 a S05.08 Auditorio

Trasplante hepático

S02.01 a S02.08 Sala de Graus 40.035

Inmunología

S03.01 a S03.08 Auditorio

Donación, cirugía y otros

S04.01 a S04.08 SO-04 Sala 40.S02

Biomarcadores

S06.01 a S06.08 SO-06 Sala 40.006



S01.1

DARATUMUMAB AND BELATACEPT DUAL TARGETING IMPACTS ON B-CELL IMMUNITY IN HIGHLY SENSITIZED PATIENTS

Anna Martínez Lacalle¹, Paolo Malvezzi², Delphine Kervella^{1,3}, Elena Crespo¹, Laura Donadeu¹, Claudia Carrera^{1,3}, Farida Imerzoukene², Celine Dard⁴, Francesc Moreso^{1,3}, Lionel Rostaing², Oriol Bestard^{1,3}

1: Translational Nephrology and kidney transplant research laboratory, Vall d'Hebron Research Institute, Barcelona, Spain 2: Service de Néphrologie, Dialyse, Aphèreses et Transplantation CHU Grenoble Alpes, Grenoble, France 3: Nephrology and Kidney transplant department, Vall d'Hebron University Hospital, Barcelona, Spain 4: Laboratoire d'Immunohistocompatibilité, Etablissement Français du Sang, Grenoble, France

Background: Current desensitization therapies show limited success in reducing anti-HLA antibodies (Ab) in highly sensitized (HS) Kidney transplant (KT) candidates. Both central Bone Marrow (BM)-residing long-lived plasma cells (LLPCs) and peripheral memory B-cells (mBC) along with T Follicular Helper Cell (TFH) contribute to Ab formation. We designed a prospective, phase-I/II, exploratory trial (COMBAT; NCT05145296) using a dual-target approach with co-stimulation blockade (belatacept) and anti-CD38 mAb (daratumumab).

Methods: 5 HS patients (cPRA≥99.9%) on the deceased donor KT waiting list for >3 years were included. The protocol involved 5 doses of Belatacept 10mg/kg (T0-T1), followed by 4 apheresis sessions (T1-T2), and then daratumumab (4 doses (8 mg/kg) biweekly for patients 1-2 or 4 doses (16 mg/kg) weekly and 4 biweekly for patients 3-4), combined with 4 additional monthly belatacept doses (5mg/kg) (T2-T4). Changes in serum anti-HLA Ab, cPRA and different peripheral and BM B-cell subsets with spectral flow cytometry prior, during and after therapy were assessed.

Results: Four patients completed the study; one was withdrawn due to infectious colitis. No other severe adverse events occurred. 3/4 patients displayed significant reduction of class I and II anti-HLA Ab MFI values, already after 5 belatacept doses (T0-T1), which increased after daratumumab, achieving complete negativization in >20% class I Ab. However, the impact on cPRA was minimal. Spectral cytometry revealed depletion of CD38-expressing cells, including plasma cells, plasmablasts, and CD38+ switched-mBCs (p< 0.05), while no changes were observed in total switched-mBC or CD4+CXCR5+PD1+ TFH. Circulating plasma cells and plasmablasts already decreased before daratumumab. Similar effects were observed within BM immune cells. Notably, the lowest daratumumab dose similarly impacted on B-cell subsets.

Conclusions: Dual targeting of central and peripheral B-cell alloimmune compartments with daratumumab and belatacept seems to safely reduce key cellular subsets contributing to sensitization burden of HS patients, eventually facilitating access to HLA compatible KT.

S01.2

ESTUDIO DEL EFECTO DE CILASTATINA EN LA PROTECCIÓN DEL DAÑO POR ISQUEMIA-REPERFUSIÓN EN UN MODELO DE TRASPLANTE RENAL EN RATA

Alicia Molina Andújar^{1,2}, Jordi Rovira², Marta Lazo², Elisenda Bañón Maneus², M. Ángeles González Nicolás³, M. José Ramírez Bajo², Alberto Lázaro³, Fritz Diekmann^{1,2}

1: H. Clínic Barcelona 2: IDIBAPS 3: Instituto de investigación sanitaria Gregorio Marañón

Objetivos: Cilastatina protege frente al daño nefrotóxico mediante la estabilización de las balsas de colesterol y la reducción de las vías apoptóticas. Nos propusimos evaluar su capacidad nefroprotectora frente al daño por isquemia fría y reperusión en un modelo de trasplante renal en rata.

Métodos: Se realizó un trasplante renal isogénico de Lewis-Lewis con isquemia fría prolongada (29h). Se establecieron dos grupos de estudio: control (n=9) y tratamiento con cilastatina (n=14). En el grupo de tratamiento, se administró cilastatina (150 mg/kg-dosis) a la rata donante 24h y 30 minutos antes de la obtención del riñón y a la rata receptora en el momento del trasplante y 24h después del implante. Se obtuvieron muestras de sangre durante el postrasplante para evaluar la función renal. A las 47 horas del trasplante, se sacrificó a las ratas y se procesaron los injertos para su análisis histológico: análisis morfológico mediante tinción de hematoxilina-eosina (H/E) e inmunohistoquímica (IHC) para KIM-1 (marcador de daño renal), caspasa 3 (marcador de apoptosis) y CD68 (marcador de macrófagos). Se realizaron análisis de expresión génica con PCR en tiempo real para Bcl2 y caspasa 3, KIM1, NGAL, PAI1, MCP1 y CD68.

Resultados: Todas las ratas sobrevivieron hasta el final del estudio. El tratamiento con Cilastatina redujo significativamente la creatinina (6,61±0,48 vs 5,21±0,40, P=0,0436). El análisis semicuantitativo del daño renal en H/E mostró una reducción significativa en el grupo tratado con Cilastatina. La IHC mostró una reducción significativa de KIM1, caspasa 3 y CD68 en las ratas tratadas con Cilastatina. El análisis de la expresión génica demostró una tendencia a la reducción de las moléculas Bcl2, caspasa 3, KIM1, NGAL y PAI1.

Conclusiones: Cilastatina redujo el daño inducido por la isquemia fría prolongada y la reperusión en nuestro modelo de trasplante renal en rata, aunque son necesarios más estudios para confirmar este hallazgo.



S01.3

COMPLEMENT SYSTEM EVALUATION IN BLOOD GROUP INCOMPATIBLE LIVING DONOR KIDNEY TRANSPLANTATION

Anna Manonelles¹, Marina Moncada², Júlia Martínez², Patricia Molina², Elena Guillén², Diana Rodríguez², Carlos Couceiro¹, Edoardo Melilli¹, Marta Palomo², Ignacio Revuelta², Maribel Díaz Ricart², Josep M. Cruzado¹, Miquel Blasco²

1: H. U. Bellvitge, Nephrology and Kidney Transplant Department, Barcelona 2: H. Clínic Barcelona, Nephrology and Kidney Transplant Department, Barcelona

Background: Blood group incompatible living donor kidney transplantation (ABOi-LKT) expands the living donor pool up to 10-30%, although a high-risk rejection exists due to anti-blood group antibodies (isoagglutinins) presence. Complement dysregulation and endothelial damage are key factors in regulating the immune-mediated injury. The aims are studying complement system and endothelium involvement as potential preeminent injury elements and to explore in vitro the effect of a complement inhibitory drug (eculizumab) and an endothelial protective agent (defibrotide) as potential therapeutic strategies in ABOi-LKT.

Method: Terminal complement dysregulation was studied through the analysis of C5b-9 deposition on endothelial cells culture in ABOi-LKT patients (n=10) classified by isoagglutinin levels (high ($\geq 1/256$), intermediate (1/64 -1/128) and low ($\leq 1/32$)). Plasma samples were collected at pre-transplantation (T1) and 48h post-transplantation (T2). T2 condition was also incubated in vitro with eculizumab or defibrotide. Area percentage of C5b-9 deposition was expressed in fold increase with respect to T1 of each group of patients.

Results: The group with high isoagglutinin levels showed a significant increase of C5b-9 deposition at T2 and it was significantly reduced in presence of eculizumab and defibrotide (fold increase: 1.6, 0.2 and 0.7, $p < 0.05$, respectively). In the group of intermediate isoagglutinin levels, a slight increment in T2 was observed (fold increase: 1.1), and T2 incubated with both drugs showed a significant reduction (fold increase: 0.4 and 0.4, $p < 0.05$, respectively). The group of low isoagglutinin levels exhibited less C5b-9 deposition in T2 and in presence of eculizumab and defibrotide (fold increase: 0.6, 0.2 $p < 0.05$, and 0.6, respectively).

Results: Complement blockade and endothelium protection might become potential therapeutic tools in ABOi-LKT.

S01.4

EL ÍNDICE DE CRONICIDAD, PERO NO EL ÍNDICE DE ACTIVIDAD, EN BIOPSIAS DE PROTOCOLO SE ASOCIA CON EL PRONÓSTICO DEL INJERTO

Joaquín Mejía, Tiffany Álvarez, Irina B. Torres, Joana Sellares, Manel Perelló, Maria Meneghini, Delphine Kervella, Ivan Zamora, Zaira Castañeda, Oriol Bestard, Francesc Moreso

H. U. Vall d'Hebron

Introducción: El índice de cronicidad, pero no el índice de actividad, se ha asociado con la falla del injerto en pacientes con rechazo mediado por anticuerpos activo. Nuestro objetivo fue evaluar la relevancia de estos índices en la cohorte de biopsias de protocolo realizadas en nuestro centro.

Pacientes y métodos: Se analizaron biopsias realizadas a los 3 y 12 meses postrasplante entre 2012 y 2022. Se incluyeron injertos renales con función estable, creatinina sérica < 2 mg/dL y proteína/creatinina urinaria < 1 g/g. La evaluación histológica se realizó según los criterios de Banff. El índice de actividad se calculó como la suma de los scores g, ptc, i, t y (C4d $\times 2$), mientras que el índice de cronicidad se definió como (cg $\times 2$) + ci + ct + cv. La detección de anticuerpos anti-HLA en el momento de la biopsia se realizó con tecnología Immucor.

Resultados: Se analizaron 379 biopsias a los 3 meses y 279 biopsias a los 12 meses. Las asociaciones entre hallazgos histológicos y la pérdida del injerto censurada por muerte se ajustaron por creatinina sérica, proteinuria y la presencia de anticuerpos específicos del donante (DSA). En las biopsias a los 3 meses el índice de cronicidad se asoció con la pérdida del injerto (HR: 1.27, IC 95%: 1.05-1.55, $p = 0.016$), mientras que el índice de actividad no mostró asociación (HR: 0.99, IC 95%: 0.82-1.20, $p = 0.939$). En las biopsias a los 12 meses el índice de cronicidad siguió siendo un predictor significativo (HR: 1.21, IC 95%: 1.01-1.47, $p = 0.049$), mientras que el de actividad no mostró asociación (HR: 0.96, IC 95%: 0.77-1.29, $p = 0.696$).

Conclusiones: En biopsias protocolo postrasplante, el índice de cronicidad —pero no el índice de actividad— se asoció significativamente con la pérdida del injerto censurada por muerte.



S01.5

DE LA DOSIFICACIÓN FIJA A LA MONITORIZACIÓN GUIADA POR AUC: OPTIMIZACIÓN DEL TRATAMIENTO CON MICOFENOLATO MOFETILO

Laura Tonelli¹, Anna Vidal Alabró¹, Helena Colom², Nuria Montero¹, Ana Coloma¹, Anna Manonelles¹, Alex Favà¹, Carlos Couceiro¹, Laia Oliveras¹, Sergi Codina¹, Gema Cerezo¹, Josep M. Cruzado¹, Edoardo Melilli¹, Nuria Lloberas¹

1: H. U. Bellvitge-IDIBELL 2: Dptment Farmàcia, Tecnologia farmacèutica i físico-química. Facultat de Farmàcia i Nutrició. Universitat de Barcelona

Antecedentes: La correlación entre concentración pre-dosis y área bajo la curva (AUC) para el micofenolato mofetilo (MMF) es limitada. En nuestro centro, los pacientes trasplantados renales reciben 1000mg/12h de MMF tras el trasplante, reduciéndose a 500mg/12h al alta (7-10 días). En la práctica clínica, se reduce a 250 mg/12h en caso de efectos adversos (mayoritariamente por infecciones, empeoramiento del filtrado glomerular o toxicidad). El objetivo de este estudio consiste en analizar si el esquema con dosis fija de MMF proporciona una exposición adecuada en términos de AUC (30-60 µg·h/ml).

Métodos: Se realizaron extracciones de sangre a diferentes tiempos para analizar el AUC de MMF en receptores adultos de trasplante renal (N=86) tratados con diferentes dosis de fármaco (N=42 con 1000 mg/12h; N=27 con 500 y N=17 con 250). Se recogieron y analizaron datos farmacocinéticos, bioquímicos, clínicos y farmacogenéticos.

Resultados: Las medias de AUC (µg·h/ml) en función de la dosis fueron: 48,57 (41,93-56,27), 27,17 (22,96-32,14) y 15,51 (11,89-20,24) respectivamente para 1000, 500 y 250 mg/12h MMF. El peso y el BSA se correlacionaron con el AUC ($r=-0,3138/p=0,0035$; $r=-0,2830/p=0,0095$). La sobreexposición se asoció con dosis altas de MMF (1000mg/12h, $p=0,003$), la subexposición con albúmina ($p=0,033$). Se evaluaron datos clínicos (diarrea, leucopenia, infecciones víricas, rechazo) de los 41 pacientes tratados con 1000mg/12h de MMF: significativamente, la mayoría de los pacientes sobreexponidos cursaron con infecciones tempranas por CMV ($p=0,0027$).

Conclusiones: La dosis de 1000 mg/12h de MMF se asoció con una mayor frecuencia de sobreexposición, mientras que la reducción a 500 mg/12h resultó en un número significativo de pacientes con subexposición. Estos hallazgos respaldan la necesidad de monitorización terapéutica mediante AUC para optimizar la exposición al MMF en el período postrasplante inmediato. En los pacientes con dosis de 250 mg/12h se debería reconsiderarse un cambio de estrategia terapéutica.

S01.6

IMMUNOLOGICAL AND HISTOLOGICAL REVERSAL OF REFRACTORY ABMR WITH DARATUMUMAB IN KIDNEY TRANSPLANT PATIENTS

Yuri Ruiz Duran¹, Delphine Kervella², Maria Meneghini², Anna Martínez Lacalle², Elena Crespo², Laura Donadeu², Irina B. Torres², Joana Sellares², Manel Perelló², Víctor Pérez², Gema Ariceta², Mercedes López², Francesc Moreso², Oriol Bestard²

1: H. Arna de Vilanova, Lleida 2: H. U. Vall d'Hebron

Background: Effective treatments for antibody-mediated rejection (ABMR) in kidney transplantation are still lacking. Anti-CD38 therapies, targeting plasmacells, some mature B-cell subsets, and NK cells, may have a beneficial therapeutic effect in ABMR, as recently shown with Felzartamab.

Methods: We designed a non-randomized pilot study assessing the safety and efficacy of daratumumab as rescue therapy for ABMR refractory to conventional therapy. Patients received 8 doses of 1800mg subcutaneously over 3 months. Changes on histological lesions, allograft function and DSA were assessed between baseline and end of treatment. Also, spectral flow-cytometry analysis of distinct circulating B, T and NK cell subsets as well as donor(HLA)-specific memory B-cell function will be assessed over the course of this therapy. Dd-cfDNA was used to non-invasively measure changes of graft injury.

Results: ABMR occurred at a mean time of 44±58 months after transplantation, being acute ABMR in 10/13(77%), chronic active ABMR in 3/13(23%). We report the outcomes of 8/13(62%) patients that have achieved the last follow-up. Histological assessment after daratumumab therapy revealed a significant improvement of microvascular inflammation(MVI), with a relevant reduction of mean glomerulitis (ag 2.00±0.75 to 0.85±0.69; $p=0.080$), peritubular capillaritis (ptc 2.12±0.35 to 1.16±0.81; $p=0.046$) and global MVI score (4.12±1.1 to 2.01±1.5; $p=0.030$). Immunodominant DSA MFI was significantly reduced after treatment (8700±7278 to 5796±6856; $p=0.008$). Complete clearance of DSA was observed in 2/8(25%) patients. No patient progressed to transplant glomerulopathy at last follow-up. Kidney function and proteinuria remained stable. 2 patients presented pneumonia and one recurrent pyelonephritis with a septic shock, no infusion-related adverse event was observed.

Conclusions: Our preliminary data strongly suggest that daratumumab treatment for refractory ABMR is associated with a significant recovery of active microvascular inflammatory lesions of ABMR and down-regulates circulating DSA. Mechanistic studies will bring deeper insight on the mechanisms of action of the drug.



S01.7

IMMUNOTHERAPY IN KIDNEY TRANSPLANT PATIENTS WITH CANCER: THE LATEST CHALLENGE

Núria Serra¹, Cristian Córdoba¹, Mònica Pérez¹, Leonor Fayos¹, Xoana Barros², Kevin Pasache¹, Lluís Guirado¹, Carme Facundo¹
 1: Unitat de Trasplantament Renal, Fundació Puigvert, Barcelona 2: Unitat de Nefrologia Clínica, Fundació Puigvert, Barcelona

Background: Cancer is one of the main causes of morbidity and mortality in kidney transplant patients (KT). The use of immune checkpoint inhibitors (ICPIs) in these patients has been controversial because of the lack of robust evidence regarding their efficacy and safety. However, recent studies indicate that with an adequate management of the immunosuppression and a multidisciplinary approach in the follow-up, its use is feasible. Our study aims to describe our results of using ICPIs in KT.

Methods: Prospective study of KT with cancer who have received treatment with ICPIs. Before starting ICPIs, mycophenolate acid was discontinued, tacrolimus levels were reduced (to 4-6ng/ml) and treatment with 5mg of prednisone was maintained. Epidemiological, clinical and analytical data were collected, as well as immunological complications.

Results: Were included 6 patients, 66% male, mean age 63 years. Cancer's origin: 16% cutaneous, 50% bowel, 34% lung. All patients were in an advanced stage of cancer and had not responded to other treatments. Median creatinine at the start of treatment: 125 umol/L. Mean of baseline tacrolimus levels: 7.5 ng/ml. ICPIs used: 84% Pembrolizumab, 16% Atezolizumab. Mean follow-up time 9 months. Episodes of acute rejection: 0%. Any patient developed dnDSA. 33% developed acute tubulointerstitial nephritis, which were treated with high doses of prednisone, resulting in a good response. Mean tacrolimus levels during treatment: 5.2 ng/ml. Median serum creatinine (at 1m, 3m, 6m after KT): 138 umol/L, 130 umol/L, 146 umol/L. 100% patients had a very good oncological response. Mortality rate: 0%. One patient started dialysis 6 months after completing treatment, but he had poor renal function prior to the treatment.

Conclusions: Our results indicate that ICPIs can be appropriate treatments for KT with cancer, with acceptable complications on renal allograft and very good oncological outcomes. Large studies are needed to confirm these results and optimize the management of immunosuppression.

S01.8

TRATAMIENTO INMUNOSUPRESOR CON DOS FÁRMACOS (TACROLIMUS Y PREDNISONA) EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL DE EDAD AVANZADA

Ariadna González García, M. José Pérez Sáez, Anna Buxeda Porras, Betty Chamoun Huacon, Carla C. Burballa Tàrrega, Aida Martínez Sáez, Yolanda Castillo Pino, Michelle Linarez Brea, Marta Crespo, M. Dolores Redondo
 H. del Mar Barcelona

Introducción: La pauta de inmunosupresión en trasplante renal (TR) que ha demostrado mayor eficacia consiste en triple terapia con tacrolimus+micofenolato+prednisona o tacrolimus+everolimus+prednisona, sin haberse producido grandes cambios adaptándose al nuevo perfil de receptor de TR (RTR). En muchas ocasiones es necesaria la suspensión del 3er fármaco inmunosupresor, bien por intolerancia o eventos infecciosos/neoplásicos. Nuestro objetivo fue analizar los RTR en biterapia y comparar sus características basales y resultados posTR con los de triple terapia.

Métodos: Estudio retrospectivo que analiza 552 RTR (enero/2017-marzo/2022). Se recogieron variables del donante, receptor y resultados posTR. La mediana de seguimiento fue de 49,5 [32-66] meses.

Resultados: La edad media fue de 59 años, 41,9% mujeres. Un 41,9% estaban en biterapia tacrolimus+prednisona a los 11 (RIQ 3-35) meses posTR (56,3% iniciaron con tacrolimus+micofenolato; 43,7% con tacrolimus+everolimus). La causa de suspensión fue infecciosa en el 64,3%. Analizando por edades, el 19,3% de los RTR < 65 años suspendió el 3er fármaco a los 14 meses posTR frente al 54,7% de ≥65 años que lo hizo a los 7,5 meses. Solo en el 21,6% se reintrodujo el 3er fármaco. Los pacientes que precisaron suspensión del 3er fármaco eran mayores, con injertos de donantes mayores y con peores resultados de función renal. Además, los pacientes en biterapia tenían más eventos infecciosos y neoplásicos, sin objetivarse más rechazo agudo o desarrollo de DSA. El análisis multivariante mostró que la edad ≥65 años (OR 2.01 [1.2- 3.2]) y haber reingresado ≥3 veces por infección posTR (OR 3.2 [1.8-5.6]) eran factores asociados a suspender un fármaco inmunosupresor posTR.

Conclusiones: La suspensión del 3er fármaco inmunosupresor es un fenómeno frecuente, sobre todo en RTR de edad avanzada, y se produce normalmente tras la aparición de eventos infecciosos/ neoplásicos. Adelantarnos a estos eventos y diseñar una inmunosupresión más individualizada debe centrar nuestros esfuerzos los próximos años.



S02.1

PROGRESSIÓ DE L'ATEROSCLEROSI CORONÀRIA EN PACIENTS AMB CIRROSI: EFECTE DEL TRASPLANTAMENT HEPÀTIC I ASSOCIACIÓ AMB LA DISFUNCIÓ RENAL PRECOÇ POST-TH

Giulia Pagano, Judit Mestre, Cautar El Maimouni, Clara Viñals, Susanna Prat, Pablo Ruiz, Jordi Colmenero, Emilio Ortega, Gonzalo Crespo
H. Clínic Barcelona

Antecedents i objectius: Les malalties cardiovasculars (CV) són una causa principal de mortalitat post trasplantament hepàtic (TH). La puntuació de calci de l'artèria coronària (CACS) en la tomografia computada (TC) avalua la càrrega ateroscleròtica i prediu esdeveniments CV i mortalitat. Les dades sobre aquesta progressió en pacients amb TH o cirrosi són escasses.

Mètode: Estudi de cohort de receptors de TH i pacients cirròtics avaluats per a TH però descartats (no-TH). Tots els subjectes tenien una CACS basal i una de seguiment (CACSFu) 5 anys després. La progressió de la CACS es va definir utilitzant la diferència anualitzada entre CACS i es va comparar entre els grups. Es van estudiar els factors de risc CV, la funció renal i la immunosupressió, incloent-hi l'exposició acumulativa a tacrolimus (CET) i esteroides, tots avaluats 12 mesos postTH, com a predictors de la progressió de la CACS mitjançant regressió lineal.

Resultats: Es van incloure 75 receptors de TH i 20 pacients no-TH. La CACSFu es va realitzar 5,2 anys després de la CACS basal. No hi havia diferències significatives entre els grups. La progressió anualitzada de la CACS va ser de 23/any en els receptors i de 30/any en els no-TH. L'edat, la CACS basal, la diabetis i l'eGFR dotze mesos post TH estaven associats amb la progressió anualitzada de la CACS en l'anàlisi univariada, mentre que només la CACS basal i l'eGFR de dotze mesos van persistir com a factors predictius independents en l'anàlisi multivariada.

Conclusió: La progressió de la CACS no va ser més ràpida en receptors de TH amb control dels factors de risc CV. CACS pre-TH i la disfunció renal als 12 mesos postTH prediuen la progressió de CACS en receptors de TH. Les intervencions per preservar la funció renal després del TH poden alentir la progressió de l'aterosclerosi en aquesta població

S02.2

IMPORTANCE OF THE DONOR CYP3A5 GENOTYPE IN TACROLIMUS EXPOSURE IN LIVER TRANSPLANT PATIENTS. A POPULATION PHARMACOKINETIC MODEL FOR IMMEDIATE-RELEASE TACROLIMUS FORMULATION FROM A PROSPECTIVE COHORT STUDY

C Webb^{1,2}, C Dopazo³, A Vidal Alabró¹, G Cerezo¹, B Fernández Alarcón¹, C Gómez-Gavara³, N Bilbao³, I Campos⁴, I Bilbao³, H Colom², N Lloberas¹
1: Department of Nephrology, H. U. Bellvitge-IDIBELL, Barcelona, Spain. 2: Biopharmaceutics and Pharmacokinetics Unit, Department of Pharmacy and Pharmaceutical Technology and Physical Chemistry, School of Pharmacy, University of Barcelona, Barcelona, Spain 3: Department of HPB Surgery and Transplants, H. U. Vall d'Hebron, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Vall d'Hebron Barcelona H. Campus, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain. 4: Department of Internal Medicine, Hepatology Unit. H. U. Vall d'Hebron, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Vall d'Hebron Barcelona H. Campus, Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Spain.

Background: Improved guidance of initial immediate-release tacrolimus (Tac-IR) doses to achieve therapeutic target concentrations in liver transplant patients is critical to prevent graft rejection and adverse effects. The present study aimed to develop a Population Pharmacokinetic (PopPK) model identifying the genetic factors and clinical variables that explain the pharmacokinetic variability and allow to estimate the optimal tailored initial dose of tacrolimus.

Methods: A total of 504 blood tacrolimus concentrations from 63 liver transplant patients were intensively sampled for 24 h on the first two weeks after transplantation from September 2022 to October 2023. Tacrolimus daily doses and genetic and demographic characteristics were retrieved prospectively from medical files. A cohort of 55 de novo liver transplant patients on Tac-IR treatment was included in the final model and concentration data was collected at the following times: Pre-dose, 0.5, 1, 2, 4, 8, 12 and 24 h following Tac-IR administration. Initial doses were given as 0.05 mg/kg twice daily with mycophenolate mofetil (MMF) and steroids as concomitant therapy. A PopPK analysis was carried out using the non-linear mixed-effects approach using NONMEM 7.5 software.

Results: A two-compartment model with delayed absorption best described the tacrolimus pharmacokinetics. Tacrolimus concentrations standardized to a haematocrit value of 45% significantly improved the model ($p < 0.001$). The effect of the CYP3A5 donor genotype was statistically ($p < 0.001$) and clinically significant on CL/F. Transplant recipients with CYP3A5*1-carrying donors (high metabolizers) showed 1.28-fold higher clearance than CYP3A5*1 non-carriers

Conclusions: Our study describes the first PopPK model with the Tac-IR formulation in de novo adult liver transplant patients. The donor, more than the recipient, CYP3A5 genotype should be considered for the starting dose of Tac-IR in liver transplantation to achieve therapeutic target levels.



S02.3

EFECTO DE LOS GENOTIPOS DE CYP3A5 DE DONANTE Y RECEPTOR EN LA FARMACOCINÉTICA DE TACROLIMUS TRAS TRASPLANTE DE HÍGADO

Ana Pascual Dapena¹, Olga Millán², Pablo Ruiz¹, Gonzalo Crespo¹, Jessica Aspás³, Yilliam Fundora³, Olga Morató³, Nerea Sainz², Mercè Brunet², Jordi Colmenero¹
 1: Servicio de Hepatología. H. Clínic Barcelona, IDIBAPS, CIBERehd, Universitat de Barcelona. 2: Sección de Farmacología y Toxicología, Centro de Diagnóstico Biomédico. H. Clínic Barcelona. 3: Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. H. Clínic Barcelona.

Introducción: Tacrolimus, principal inmunosupresor en trasplante hepático (TH), se metaboliza en intestino e hígado por CYP3A5. La presencia del alelo *1 se asocia a mayor expresión y actividad de CYP3A5, lo que implica una metabolización eficiente (ME) y mayores dosis necesarias para alcanzar niveles terapéuticos comparado con las variantes alélicas sin *1 (metabolización no eficiente, MNE). El objetivo es evaluar la influencia del genotipo CYP3A5*1 en donantes y receptores sobre las dosis y la ratio concentración/dosis (C/D) de tacrolimus en una cohorte de TH.

Métodos: Se genotiparon donantes y receptores de TH (1/2023-9/24). Se recogieron variables clínicas y analíticas postTH, dosis, niveles valle y C/D de tacrolimus en distintos puntos temporales.

Resultados: Se analizaron 48 parejas donante-receptor. El 75% de los receptores eran hombres, con mediana de 58 años. Catorce (29%) receptores y siete (15%) donantes tenían genotipo ME. En total, 30 (63%) fueron MNE y 18 (37%) ME. Las dosis iniciales de tacrolimus fueron similares entre genotipos (0,06 mg/kg). A los 7 días, mes 3 y 6, las dosis fueron mayores en ME (0,11 mg/kg/d vs 0,08 mg/kg/d, p=0,07). La C/D inicial y a los 7 días fue inferior en ME (p=0,02 y p=0,11). A los 3 y 6 meses, los TH con donantes ME presentaron menor C/D (p=0,31 y p=0,039). La C/D se mantuvo >1 en parejas MNE y <1 en parejas ME (p=0,018) en todos los puntos.

Conclusiones: La presencia de CYP3A5*1 en donantes y/o receptores impacta la farmacocinética de tacrolimus. El genotipo CYP3A5*1 del receptor se asocia a la necesidad de mayores dosis y menor C/D en el primer mes del TH, mientras que en el donante se asocia a la necesidad de mayores dosis e inferior C/D a partir del tercer mes del trasplante. La farmacogenómica podría optimizar la inmunosupresión en TH, aunque se requieren más estudios.

S02.4

ESTUDIO COMPARATIVO DEL USO DE INJERTOS MANTENIDOS EN OXIGENACIÓN HIPOTÉRMICA FRENTE A FRÍO ESTÁTICO EN TRASPLANTE HEPÁTICO: EXPERIENCIA INICIAL EN ESPAÑA

Luis Secanella¹, Luis Miguel Marín², Irene Aguirrezabalaga³, Alberto Pueyo⁴, Mireia Caralt⁵, Diego López⁶, Laura Lladó¹
 1: H. U. Bellvitge 2: H. U. Virgen del Rocío 3: Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña 4: H. U. Puerta de Hierro 5: H. U. Vall d'Hebron 6: H. U. de Badajoz

Objetivos: Analizar los resultados en términos de síndrome de reperfusión, disfunción primaria y colangiopatía isquémica en trasplantes hepáticos con injertos preservados con oxigenación en hipotermia (TH-HOPE). Comparar los resultados con una muestra de trasplantes con injertos preservados en frío estático (TH-SCS).

Material 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 colangiografía 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 80 TH-HOPE entre noviembre de 2021 y diciembre de 2023 en España (19% mujeres, mediana de edad 58.5 años, mediana de MELD 18 puntos). Seleccionamos 150 TH-SCS válidos para el apareamiento. Los donantes de los TH-HOPE fueron mayores (45% donantes > 70 años vs 30% en THs-SCS, p=0.023) y con injertos más esteatóticos (52.5% vs 38.0%, p=0.024). A pesar de estas diferencias, la incidencia de SP y de EAD entre TH-HOPE y TH-SCS fue similar (41.3% vs 45.3%, y 17.5% vs 16.0% respectivamente). Un TH-HOPE presentó PNF (vs 4 TH-SCS), retrasplantando un total de 4 pacientes (5.0%, vs 6 THs-SCS, 4.0%). A los 6 meses de seguimiento, ningún TH-HOPE presentaba colangiopatía isquémica.

Conclusiones: El uso de injertos mantenidos en perfusión dinámica con oxigenación en hipotermia permite utilizar donantes de riesgo obteniendo resultados similares en términos de SP, EAD y colangiopatía isquémica.



S02.5

IMPACTO DE LA PRIORIZACIÓN DEL PACIENTE PEDIÁTRICO A NIVEL NACIONAL: REDUCCIÓN DEL TIEMPO Y MORBILIDAD EN LISTA DE ESPERA DE TRASPLANTE HEPÁTICO

José Andrés Molino^{1,2}, Isabel González Barba¹, Jesús Quintero³, Ernest Hidalgo², María M. Mercadal Hally³, Cristina Dopazo², Cristina Padrós³, Simone Mameli³, Mireia Caralt², Concepción Gómez Gavara², Laura Vidal², Marta Martos¹, Itxarone Bilbao²

1: Servicio de Cirugía Pediátrica. H.U. Vall d'Hebron. Barcelona 2: Servicio de HBP y Trasplante hepático. H.U. Vall d'Hebron. Barcelona 3: Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático Pediátrico. H.U. Vall d'Hebron. Barcelona

Introducción: Desde el 2018 el paciente pediátrico ha sido priorizado frente al adulto a nivel nacional, primero mediante la asignación preferente de injertos procedentes de donantes menores de 35 años y un año después con el plan nacional de bipartición hepática. Nuestro objetivo es analizar el impacto de dichas reformas en el tiempo y morbilidad en lista de espera.

Materiales y métodos: Analizar retrospectivamente el tiempo y morbilidad en lista de espera de los 196 trasplantes hepáticos (TH) realizados entre el 2012-2023. Se excluyeron 32 THs urgentes y combinados. Se definieron como eventos en lista de espera a toda descompensación, enfermedad dependiente, que motivó un ingreso y requirió tratamiento, incluyendo: ascitis, hemorragia digestiva, colangitis, diselectrolitemias, hiperamonemia o la necesidad de ciclos adicionales de quimioterapia.

Resultados: Antes del 2018, 63 pacientes (30 niñas/33 niños) esperaron 112 días (RIQ 70-120) para recibir un injerto: 26 procedentes de donantes vivos (DV) y 37 de donantes cadavéricos (DC), de los cuales 2 fueron split (3.2%). Del 2018-2023, 95 pacientes (49 niñas/46 niños) esperaron 32 días (RIQ 12-79) para recibir 101 injertos (8 DV y 93 DC, 40.6% eran splits). Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los tiempos de espera en lista ($p < 0.05$), la morbilidad global (41.3% versus 19.8%) y la morbilidad en receptores con enfermedades colestásicas (44.1% versus 18%) y tumores hepáticos (80% versus 12.5%). No fallecieron pacientes en lista de espera.

Conclusiones: Los planes para fomentar los programas de trasplante hepático pediátrico han contribuido a reducir el tiempo y morbilidad en lista de espera.

S02.6

EVALUACIÓN DE LOS FACTORES DE RIESGO DE RECHAZO TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO EN ADULTOS. RESULTADOS PRELIMINARES EN 1475 PACIENTES.

Sílvia Barrionuevo², Gonzalo Crespo¹, Pablo Ruiz¹, Yiliam Fundora³, Olga Morató³, Giulia Pagano¹, Sergio Rodríguez-Tajes¹, Jordi Colmenero¹

1: S. Hepatología, H. Clínic Barcelona, IDIBAPS, CIBERehd, Univ de Barcelona 2: Universitat de Barcelona 3: S. Cirugía, H. Clínic Barcelona, IDIBAPS, CIBERehd, Univ de Barcelona

El rechazo del injerto confirmado con biopsia (BPAR) tras el trasplante hepático (TH) aumenta el riesgo de pérdida del injerto y mortalidad. Aunque algunos factores incrementan el riesgo de BPAR, los protocolos de inmunosupresión (IMS) raramente individualizan el tratamiento en base a ellos. El objetivo del estudio fue investigar la incidencia del primer episodio de BPAR postTH y los factores de riesgo de rechazo.

Métodos: Estudio observacional retrospectivo unicéntrico (2000-2022). Inclusión: TH aislado, edad ≥ 17 años, no trasplante combinado, supervivencia al TH > 7 días. Se obtuvieron datos clínicos y analíticos preTH, biopsias y esquema de inmunosupresión inicial y al final del seguimiento. Análisis mediante IBM SPSS Statistics.

Resultados: Se evaluaron 1475 TH, la mayoría en varones (69%), edad media de 57 años (72% mayores de 50) con mediana de seguimiento de 4.3 años (1-9). Las causas principales del TH fueron cirrosis (82%), sobretodo viral o alcohólica, o insuficiencia hepática aguda (7.1%). El 42.9% tenían carcinoma hepatocelular (CHC). El 45.9% realizaron inmunosupresión con tacrolimus y prednisona (IMS2), el 39.8% basiliximab/tacrolimus/MMF/prednisona (IMS4) y el resto tacrolimus/MMF/prednisona (IMS3). El 25.7% ($n=394$) presentaron al menos un episodio de BPAR mediana de 23 (12-216) días tras el TH. De ellos, el 47% con RAI leve, el 40% moderado y el 13% grave. El 73% fue precoz (< 6 meses postTH). El análisis multivariante [OR (95% CI)] mostró que la edad superior a 50 años [0.562 (0.438-0.721); $p < 0.001$], la presencia de CHC [0.728 (0.562-0.944); $p=0.004$] y la pauta IMS4 [0.576 (0.438-0.758); $p < 0.001$] se asociaron a menor riesgo de primer BPAR tras el TH.

Conclusión: La edad avanzada, la presencia de CHC y la inmunosupresión triple más inducción se asocian a un menor riesgo de primer BPAR. Es necesario completar los datos sobre exposición a tacrolimus para confirmar estos datos.



S02.7

IMPACTO E INCIDENCIA DE COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES DESPUÉS DEL TRASPLANTE HEPÁTICO

Alba Cachero, Alberto Amador, Marta García Guix, Oriana Barrios Cormenzana, Emma González Vilatarsana, José Castellote Alonso, Laura Lladó H. U. Bellvitge

Introducción: las complicaciones cardiovasculares (CV) son frecuentes después del trasplante hepático (TH) con incidencias que varían entre el 1 y el 41% en los 6 meses y tienen un impacto significativo en la mortalidad.

Material y métodos: Estudio retrospectivo observacional unicéntrico. Se incluyeron receptores de TH de enero'2014 a enero'2025. El objetivo fue evaluar la incidencia de complicaciones CV en el primer mes posTH y posteriores, el impacto sobre la supervivencia y la asociación con factores preTH.

Resultados: se incluyeron 561 pacientes, mayoritariamente hombres (78.3%) y con edad al TH de 59.9 años (18.5-71) afectos de: carcinoma hepatocelular 43.3%, cirrosis enólica 48.6%, cirrosis VHC 22.5% y MASLD 7.7%. La incidencia de factores de riesgo CV pretrasplante fue: tabaquismo 51.9%, DM: 34.4%, HTA 34.9%, cardiopatía 3.7% y la creatinina media de 80+/-86 umol/L. Se produjeron 69 eventos CV (12.3%) en 65 pacientes en una mediana de 6.1 meses (0-105) después TH: 59.4% arritmias, 21.7% isquémicas, 6% ICC. Un 43.5% de los eventos apareció en el primer mes posTH. La supervivencia de los pacientes que presentaron eventos CV precoces y los que no fue similar (85.9 vs 101.25 meses, LR 1.66 p 0.197). Respecto a los factores pretrasplante se detectó asociación entre la edad en el TH y los eventos CV (61.7 +/- 7.4 vs 58.2 +/- 8.4, p 0.002). No detectamos asociación entre peso, enolismo, tabaquismo, DM, HTA, indicación del TH ni creatinina. Tampoco detectamos aumento de eventos CV en los trasplantados en los últimos 5 años respecto al primer período.

Conclusiones: Las complicaciones cardiovasculares son frecuentes después del TH, predominantemente en el primer mes, de tipo arrítmico y se asocian con la edad. No hemos detectado impacto de las complicaciones CV precoces en la supervivencia ni aumento de la incidencia en los últimos 5 años.

S02.8

TRASPLANTE HEPÁTICO EN LA ENCEFALOMIOPATÍA NEUROGASTROINTESTINAL MITOCONDRIAL (MNGIE): ENFOQUE QUIRÚRGICO Y RESULTADOS A CORTO PLAZO

Martín Huerta¹, Laura Vidal¹, Cristina Dopazo¹, Mireia Caralt¹, Mar Dalmau¹, Jose Andrés Molino², Concepción Gómez-Gavara¹, Itxarone Bilbao¹

1: Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante hepático, H. U. Vall d'Hebron, Barcelona 2: Departamento de Cirugía Pediátrica, H. U. Vall d'Hebron, Barcelona

Introducción: La encefalomiopatía neurogastrointestinal mitocondrial (MNGIE) es un trastorno metabólico degenerativo raro que provoca una acumulación tóxica de timidina. Esta condición genera dismotilidad intestinal, neuropatía, miopatía y leucoencefalopatía, reduciendo significativamente la calidad de vida y supervivencia. El trasplante hepático (TH) ha surgido como un potencial tratamiento, aunque los casos reportados son escasos.

Métodos: Se ha realizado un análisis retrospectivo unicéntrico de los pacientes con MNGIE sometidos a TH entre mayo de 2019 y diciembre de 2024. Se han analizado los donantes hepáticos, los enfoques quirúrgicos y los resultados postoperatorios.

Resultados: Se han analizado 7 pacientes (6 hombres y 1 mujer) con una edad mediana de 31 años (rango: 19-52) y un IMC de 14,5 kg/m² (rango: 12,1-20,4). Seis pacientes presentaban polineuropatía y afectación gastrointestinal, y 3 habían sido sometidos previamente a cirugía abdominal por pseudoobstrucción intestinal. Todos los injertos provinieron de donantes en muerte encefálica, incluyendo 3 hígados completos, 2 reducidos y 2 hígados split, con un peso mediano de 780 gramos (rango: 600-1513). Las complicaciones postoperatorias ocurrieron en 2 pacientes (grados II y V de Clavien-Dindo). La mediana de estancia hospitalaria e ingreso en UCI fue de 10 y 3 días, respectivamente. No hubo mortalidad a los 30 días; sin embargo, un paciente falleció 43 días después de la cirugía por insuficiencia respiratoria secundaria a shock séptico. El seguimiento a largo plazo mostró estabilización de la enfermedad, mejoría del estado nutricional y mejoría en la calidad de vida.

Conclusiones: El trasplante hepático es una opción terapéutica viable para la enfermedad de MNGIE, proporcionando estabilización de la enfermedad y mejoría en la calidad de vida. Tanto los injertos completos como los reducidos y split ofrecen resultados similares. Se requieren más estudios para confirmar el papel definitivo del TH en el manejo de pacientes MNGIE.



S03.1

INFLAMACIÓN MICROVASCULAR EN EL TRASPLANTE RENAL: IMPACTO DE LA INCOMPATIBILIDAD KIR-HLA-I EN CÉLULAS NK CIRCULANTES

Judith Federico Vega¹, Elisenda Alari Pahissa¹, Víctor Bello Rico³, Anna Buxeda^{1,2}, Javier Gimeno², M. José Pérez Sáez^{1,2}, M. Dolores Redondo-Pachón^{1,2}, Carlos Vilches³, Miguel López Botet^{2,4}, Marta Crespo^{1,2}

1: H. del Mar Barcelona Research Institute, Barcelona 2: H. del Mar Barcelona 3: Instituto de Investigación Sanitaria Puerta de Hierro, Majadahonda 4: U Pompeu Fabra Barcelona

Introducción: Los Killer-cell Immunoglobulin-like Receptors inhibidores (iKIR) reconocen motivos polimórficos HLA-I y tienen una expresión variada en las células Natural Killer (NK). Su interacción con moléculas de HLA-I propio previene la autorreactividad de las células NK mientras las educa a reaccionar contra las células sin HLA-I propio (missing self), que en el caso de ser células de aloinjerto, serían iKIR-HLA-I mismatch (iKIR-MM). Algunos trabajos asocian, tanto en presencia o ausencia de anticuerpos específicos del donante (DSA), el iKIR-MM genético con inflamación microvascular (MVI) ≥ 2 , el principal rasgo histológico del rechazo mediado por anticuerpos (ABMR). No hay información sobre la relación entre el iKIR-MM fenotípico y la MVI.

Métodos: Por citometría espectral y genotipado HLA-I y KIR cuantificamos las células NK circulantes potencialmente alorreactivas en receptores de trasplantes de riñón, comparando pacientes con MVI ≥ 2 (n=19) o MVI ≤ 1 (n=36) en biopsias post-TR. Fenotípicamente, las células NK sin expresión del receptor inhibidor de HLA-E NKG2A, sin iKIR específicos del donante y con iKIR autoespecíficos se definieron como iKIR-MM.

Resultados: Las proporciones de iKIR-MM genético fueron superiores en pacientes MVI ≥ 2 (76.19% vs 56.10% en pacientes MVI ≤ 1). A nivel fenotípico, se detectaron células NK iKIR-MM en pacientes MVI ≤ 1 y MVI ≥ 2 . En los pacientes MVI ≥ 2 el número de células NK iKIR-MM fue superior (media=0, IQR=0-4.79 vs media=11.02, IQR=0-55.26, p=0.022), y se correlacionó con el grado de MVI (r=0.306, p=0.023).

Conclusiones: Nuestras observaciones respaldan una contribución de las células NK iKIR-MM, junto con otros mecanismos, al desarrollo de ABMR/MVI.

S03.2

GENERACIÓN DE CÉLULAS NK CON RECEPTORES QUIMÉRICOS DE ANTICUERPOS HLA (CHAR-NK) PARA LA ELIMINACIÓN ESPECÍFICA DE CÉLULAS B PRODUCTORAS DE ANTICUERPOS HLA DE CLASE II EN EL TRASPLANTE DE ÓRGANOS SÓLIDOS

Ainhoa García Busquets¹, Carolit Arana^{1,2}, Ilse Gille^{3,4}, Sergi Betriu⁵, Renate S. Hagedoorn⁴, Jordi Rovira¹, Ellen M.W. Van Der Meer Prins³, Sebastiaan Heidt⁶, Mirjam H.M. Heemskerck⁴, Eduard Palou⁵, Fritz Diekmann^{1,2}

1: Laboratori Experimental de Nefrologia i Trasplantament (LENIT), FRCB-IDIBAPS, Barcelona, Spain. 2: Department of Nephrology and Kidney Transplantation. Institut Clínic de Nefrologia i Urologia (ICNU), H. Clínic Barcelona, Spain. 3: Department of Immunology, Leiden University Medical Center, Leiden, the Netherlands. 4: Department of Hematology, Leiden University Medical Center, Leiden, the Netherlands. 5: Department of Immunology, H. Clínic Barcelona, Spain. 6: Department of Internal Medicine, Erasmus Medical Center, Rotterdam, the Netherlands

El rechazo mediado por anticuerpos (ABMR) es una complicación importante tras el trasplante que se asocia a un mal pronóstico del injerto. La presencia de anticuerpos anti-HLA específicos del donante (DSA) aumenta el riesgo de rechazo. Las terapias actuales están dirigidas a controlar la respuesta inmunitaria, pero no existe una terapia específica para reducir selectivamente la generación de DSA. Las células T con receptores quiméricos de anticuerpos HLA (CHAR) son una terapia prometedora para atacar las células B específicas de HLA en pacientes sensibilizados, que han desarrollado anticuerpos y células B contra HLA. Investigaciones anteriores demostraron que las células CHAR-T pueden eliminar las células B específicas de HLA de clase I con una especificidad excepcional. Sin embargo, los tratamientos inmunosupresores podrían reducir la eficacia de las CHAR-Tc. El objetivo era generar células NK DQ7-CHAR para eliminar específicamente las células B específicas de HLA-DQ7.

Se diseñaron vectores lentivirales que codificaban CHARs HLA-DQ compuestos por HLA-DQA1*05:01 y HLA-DQB1*03:01 (DQ7) y el péptido CLIP combinado con dominios intracelulares costimuladores y de señalización. Se transdujeron células NK92 y células NK primarias para expresar las moléculas CHAR y se enriquecieron cuando fue necesario. Además, se generaron líneas de células B que expresan receptores recombinantes de células B humanas específicos de HLA-DQ7.

Se generaron con éxito células CHAR-NK, que expresaban moléculas CHAR HLA-DQ7. En particular, estas células fueron capaces de eliminar específicamente las células B específicas de HLA-DQ7 sin afectar a otras células B productoras de anticuerpos.

Las aplicaciones potenciales de esta terapia incluyen la desensibilización de pacientes con trasplante renal sensibilizados y el tratamiento de ABMR en el trasplante de órganos sólidos.



S03.3

HLA-SPECIFIC MEMORY B CELLS IN FEMALE TRANSPLANT CANDIDATES SENSITIZED BY PREGNANCY

Elisenda Alari Pahissa¹, Sara Sanz Ureña¹, Laura Llinàs¹, Gonca Karahan², Judith Federico-Vega¹, Jorge Eguía⁴, José Luis Caro⁵, Sebastian Heidt³, M. Dolores Redondo^{1,2}, Marta Crespo^{1,2}

1: H. del Mar Barcelona Medical Research Institute, Barcelona, Spain 2: Servei de Nefrologia, H. del Mar Barcelona, Spain 3: Department of Immunohematology and Blood Transfusion, Leiden University Medical Center (LUMC), the Netherlands 4: Laboratori de Referència de Catalunya, Barcelona, Spain 5: Laboratori d'Histocompatibilitat, H. Clínic Barcelona, Spain

Introduction: In the absence of detectable serum anti-HLA antibodies (HLA-Abs), HLA-specific memory B cells (HLA-mBc) may remain in sensitized individuals and differentiate into Ab-secreting Cells (ASC) upon alloantigen reencounter. HLA-mBc detection by HLA-Ab analysis in supernatants (SN) of polyclonally-stimulated cultures could provide information about B cell alloreactivity beyond seric HLA-Ab.

Methods: HLA-mBc were analyzed before Kidney Transplant (KT) in 8 pregnancy-sensitized transplant candidates without detectable serum HLA-Abs who received a KT from the father of their children and in a positive control group of 8 parous patients with pre-KT and post-KT serum HLA-Abs. We compared number, MFI, paternal mismatch load (MML), paternal indirectly recognizable CD4+ T cell epitopes (PIRCHE) and number of paternal and global reactive eplets of positivies detected in SN with those detected in serum, and the load of B and T allogenic determinants.

Results: HLA reactivity detection in SN (a total of 103 positive specificities pre-TR and 76 post-TR) was 25-40% less sensitive, restricted to half of the patients having the corresponding serum HLA-Abs, but had similar pre-post-KT reproducibility ($k=0.860$) than serum detection ($k=0.816$). Nine paternal-specific positivies (PSP) were detected in SN of 4 patients; they had a non-significantly higher MML (Median 5, IQR 4-5.5) than PSP detected only in serum (Median 3, IQR 1-6.5) but no differences in PIRCHE. No PSP arose post-KT. Positive specificities detected in SN had a higher serum MFI ($p<0,001$) and more reactive eplets ($p<0,001$) than those detected only in serum.

Conclusion: B cell alloreactivity detection in SN is more restricted than in serum but may detect highly frequent HLA-mBc, especially of highly polyclonal B cell responses. A high MML in sensitizing HLA molecules may increase the probability for the generation of B cell responses, promoting polyclonal B cell responses and increasing detectability by the SN technique.

S03.4

LONGITUDINAL ASSESSMENT OF ALLOREACTIVE MEMORY T AND B CELLS IN THE EUTRAIN KIDNEY TRANSPLANT COHORT

Elena Crespo¹, Delphine Kervella^{1,2}, Anna Martínez¹, Laura Donadeu¹, Franc Casanova¹, Francesc Moreso^{1,3}, Carmen Lefaucheur^{4,5}, Sophie Brouard^{6,7}, Jean Villard⁸, Mohamad Zaidan⁹, Klemens Budde¹⁰, Alexandre Loupy^{5,11}, Oriol Bestard^{1,2}

1: VHIR - Vall d'Hebron Institut de Recerca, Nephrology and Transplantation, Barcelona 2: Vall d'Hebron University Hospital, Nephrology, Barcelona, Spain 3: Vall d'Hebron University Hospital, Kidney Transplantation, Barcelona, Spain 4: Saint-Louis Hospital, Kidney Transplantation, Paris, France 5: Institute National De La Santé Et De La Recherche Médicale, Paris Institute for Transplantation and Organ Regeneration PITOR, Paris, France 6: Centre hospitalier universitaire (CHU) Nantes, Nantes, France 7: Institute National De La Santé Et De La Recherche Médicale, Center for Research in Transplantation and Translational Immunology, Nantes, France 8: University Hospitals Geneva, Department of Immunology and Allergy, Department of Laboratory Medicine, Geneva, United States 9: Bicetre Hospital, Nephrology and Transplantation, Le Kremlin-Bicêtre, France 10: Charité - Universitätsmedizin Berlin, Nephrology and Internal Intensive Care Medicine, Berlin, Germany 11: Necker Hospital, Kidney Transplantation, Paris, France

Background: Alloimmune memory affects kidney transplant (KT) outcomes. While in vitro assessment of donor-specific memory T (DST) and B cells (mBC) is feasible, their combined assessment and clinical relevance remain unexplored.

Methods: We explored the impact of circulating DST and mBC in 728 samples from KT patients in the EUTRAIN project, assessing DST and mBC pre-KT and during for-cause or surveillance biopsies (3/12 months) to predict biopsy-proven acute rejection (BPAR), using IFN- γ ELISPOT and HLA B-cell FluoroSpot assays. DST and mBC were evaluated in 200 and 105 patients pre-KT and 267 and 151 at biopsy, respectively.

Results: Pre-KT, 46/200 (19.8%) and 23/105 (9.9%) of patients were DST+ and mBC+, respectively. 7/73 (9.6%) were DST+/mBC+ and 49/73 (67.1%) DST-/mBC-. While pre-KT DST and mBC+ didn't associate with major clinical factors, mBC+ associated with DSA and DSA MFI ($p=0.015$, $p=0.013$). High pre-KT DST frequencies associated with BPAR ($p=0.007$), especially TCMR ($p=0.003$), but not ABMR. Induction therapy with T-cell depletion abrogated pre-KT DST-associated risk. High pre-KT mBC frequencies associated with TCMR and ABMR ($p=0.037$, $p=0.029$). Patients with both pre-KT DST+/mBC+ had a significantly higher BPAR risk than DST-/mBC- patients. Multivariate analyses identified pre-KT DST+/mBC+ as independent predictors of BPAR. Post-KT, 46/267 (17.2%) of patients were DST+ and 82/151 (54.3%) mBC+. Pre-KT data showed 179/244 (73.4%) persistently DST-, 31/244 (12.7%) persistently DST+, 35/81 (43.2%) persistently mBC-, and 19/81 (23.5%) persistently mBC+. Post-KT DST+ associated with ongoing BPAR ($p=0.011$), primarily TCMR ($p=0.024$), particularly in those patients with also pre-KT DST+ ($p<0.001$), and with higher serum creatinine at 12 months ($p=0.05$). No direct mBC association with BPAR, TCMR, or ABMR was observed at biopsy, although patients lacking detectable DST and mBC had the most pristine allografts ($p<0.05$).

Conclusions: We describe the kinetics of circulating T and B-cell alloreactivity influencing the development of BPAR in low-immunological risk KT patients.



S03.5

DECODING EARLY TRANSPLANT GRAFT BIOPSIES - A TRANSCRIPTOMIC ANALYSIS OF PANCREAS EARLY ACUTE REJECTION

Charlotte Franken¹, Tim Swaab², Jordi Rovira^{1,3}, Adriana Rodríguez-Gonzalo¹, Ivan Archilla⁴, M. Ángeles García Criado⁵, Joana Ferrer Fàbrega⁶, Fritz Diekmann^{1,3,7}, M. José Ramírez-Bajo^{1,3}, Pedro Ventura-Aguilar^{1,3,7}

1: Fundació de Recerca Clínic Barcelona-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (FRCB-IDIBAPS), Laboratori Experimental de Nefrologia i Trasplantament (LENIT), Barcelona, Spain 2: University Medical Center Groningen, The Netherlands 3: Redes de Investigación Cooperativa Orientadas a Resultados en Salud (RICORS), Madrid, Spain 4: H. Clínic Barcelona, Department of Pathology, Center for Biomedical Diagnosis, Barcelona, Spain 5: H. Clínic Barcelona, Department of Radiology, Center for Biomedical Imaging, Barcelona, Spain 6: H. Clínic Barcelona, Department of Hepato-bilio-pancreatic Surgery, Barcelona, Spain 7: H. Clínic Barcelona, Department of Nephrology and Kidney Transplantation, Barcelona, Spain

Background: Pancreas transplantation presents one of the highest acute rejection incidences among abdominal solid organ transplants and it is most frequent during the first year posttransplant. The underlying mechanisms driving this phenomenon remain poorly understood in pancreas transplantation. Herein we aimed to investigate the molecular characteristics of early pancreas graft rejection

Methods: We conducted a transcriptomic analysis of pancreatic biopsies collected within 60 days post-transplant (n=20). Samples were categorized into two groups based on histological assessment: acute rejection (n=13) - T-cell-mediated rejection (TCMR) n=9; antibody-mediated rejection (ABMR) n=2, and undetermined for rejection type (ND) n=2; and a no-rejection group (n=7). Transcriptomic profiling was performed using the NanoString Banff-Human Organ Transplant (B-HOT) panel. Data were analyzed using nSolver Analysis Software.

Results: In an unsupervised analysis, most acute rejection samples were clustered separately to no rejection. A total of 117 genes were found to be significantly differentially expressed between the two study groups: 86 genes, including CCL18, IL7R, CD163, KLRK1, and CD3D, were overexpressed in the rejection group. In contrast, 31 genes, such as RORC, ALDH3A2, and RASIP1, were underexpressed in this group. Pathway analysis revealed heightened activity of adaptive and innate immune system pathways in the rejection group compared to the no-rejection group. The tissue common rejection model (tCRM) gene score was higher in the acute rejection group. Additionally, increased activity was observed in cytotoxicity and T-cell receptor signalling pathways. Rejection samples demonstrated a higher presence of B cells and T-cells, particularly CD8+ T-cells, along with other cytotoxic cells and macrophages.

Conclusions: These findings highlight distinct molecular and cellular features associated with early pancreas graft rejection, characterized by increased immune pathway activity and the presence of cytotoxic and immune effector cells. Gene expression analysis in early graft biopsies may aid in the refinement of diagnostic criteria between ischemia-reperfusion injury and acute rejection.

S03.6

CELLULAR BASIS OF ANTI-HLA ANTIBODY REBOUND AND REJECTION IN KIDNEY TRANSPLANT PATIENTS DESENSITIZED WITH IMLIFIDASE

Delphine Kervella^{1,2}, Claudia Carrera^{1,2}, Franc Casanova², Nassim Kamar³, Marta Crespo⁴, Fritz Diekmann⁵, Lionel Couzi⁶, Alba Torija², Laura Donadeux, Anna Martínez², Elena Crespo², Maria Meneghini^{1,2}, Irina B. Torres^{1,2}, José Luis Caro⁷, Eduard Palou⁷, Francesc Moreso^{1,2}, Oriol Bestard^{1,2}

1: H. U. Vall d'Hebron, Unidad de Trasplantament Renal, Vall d'Hebron Barcelona H. Campus, Barcelona 2: Vall d'Hebron Institut de Reserca, Vall d'Hebron Barcelona H. Campus 3: Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse, Toulouse, Francia 4: H. del Mar Barcelona, Unidad de Trasplantament Renal, Barcelona 5: H. Clínic Barcelona, Unidad de Trasplantament Renal, Barcelona 6: Centre Hospitalier Universitaire de Bordeaux, Bordeaux, Francia 7: H. Clínic Barcelona, Laboratorio de Inmunología, Barcelona

Background: The recently approved desensitization therapy for highly sensitized (HS) kidney transplant (KT) candidates Imlifidase has a unique mechanism of action cleaving all human IgG subclasses, which immediately, albeit temporarily depletes IgG antibodies. However, its impact on B-cell biology, alloantibody rebound, and allograft rejection remains elusive.

Methods: In 22 HS KT candidates receiving Imlifidase as desensitization therapy and a step-wise induction therapy based on thymoglobulin, rituximab and IVIG starting at day 4 after KT, we analyzed the cellular basis driving anti-HLA antibody rebound and ABMR using multidimensional spectral flow cytometry and functional cell-based assays.

Results: During the first 6 months, 13 patients (59%) developed BPAR, 1/13 (8%) TCMR at day 5 and 12/13 (92%) ABMR at 35.3±48.9 days post-KT. 4/22 patients (18%) developed subclinical MVI/DSA neg and 1/22 (5%) borderline lesions. We confirmed immediate depletion of anti-HLA antibodies and cleavage of BCR on circulating memory B cells (mBc) within 4 hours post-therapy, and fast recovery by day 5. There was no association between pre-KT DSA characteristics and ABMR occurrence, while rapid and high immunodominant DSA rebound within the first 3 weeks strongly associated with subsequent ABMR. Pre-KT antibodies with the highest MFI showed the highest rebound, particularly those matched with antigens from prior grafts. Interestingly, PLS-DA analysis revealed increased plasmacells and switched-mBcs in patients with rapid DSA rebound and ABMR, correlating with active HLA-specific IgG-producing mBc against previously recognized antigens. Notably, despite no significant changes in circulating cellular subsets after KT, including HLA-specific IgG-switched mBc, Imlifidase functionally inhibits these cells' ability to produce anti-HLA antibodies.

Conclusions: In HS KT recipients receiving Imlifidase for HLA-incompatible KT, DSA rebound facilitating ABMR is driven by high pre-transplant frequencies of alloreactive mBc, especially those against previously recognized HLA antigens.



S03.7

MARCADORES CELULARES RELACIONADOS CON EL TRATAMIENTO ANTI-CD38 Y RECHAZO MEDIADO POR ANTICUERPOS CON INFLAMACIÓN MICROVASCULAR DEL ALOINJERTO RENAL

Eduardo Gozávez¹, Carol Arana², Nuria Expósito¹, Ana Belén Larque³, Jose Luis Caro¹, Fritz Diekmann², Eduard Palou¹, Juan Manuel Torres¹

1: Sección de Inmunología del Trasplante, H. Clínic Barcelona 2: Servicio de Nefrología, H. Clínic Barcelona 3: Servicio de Anatomía Patológica, H. Clínic Barcelona

Introducción: El rechazo mediado por anticuerpos (ABMR), evidenciado por la presencia de microinflamación microvascular (MVI), daño endotelial y depósito de C4d, es una de las principales causas de fracaso del alotrasplante del injerto renal, y representa un reto terapéutico en los casos refractarios al tratamiento convencional. Recientemente se ha propuesto el tratamiento anti-CD38 con diana terapéutica a células plasmáticas; sin embargo, es poco conocido el efecto que puede tener en otras poblaciones que expresan CD38. El objetivo del presente trabajo es explorar la distribución de subpoblaciones linfocitarias antes y después del tratamiento anti-CD38 en pacientes con ABMR refractario.

Materiales y métodos: Se han incluido pacientes trasplantados renales diagnosticados de ABMR con MVI persistente y candidatos 2 dosis de anti-CD38 (Daratumumab). Se evaluaron poblaciones linfocitarias por citometría de flujo pre-tratamiento, post-primera dosis y al mes post-segunda dosis, y comparados con controles sanos. Asimismo, al mes del tratamiento se realizaron biopsias del injerto y evaluación de anticuerpos anti-HLA.

Resultados: De los 3 pacientes incluidos, en las muestras pre-tratamiento se evidenció una disminución de los linfocitos CD19+ (media pacientes=10cel/μL vs controles=255cel./uL) y CD4+ Naive (media pacientes=203cel/μL vs controles=525cel./uL), y un incremento de la expresión de CD38+ en NKs (pacientes=108.703,00 vs 75.192), CD8+ naive (MFI pacientes=8.740 vs 5.874), CD8+ TEMRA (pacientes=18.721 vs 6.513). La expresión de CD38 en estas poblaciones disminuyó al mes post-tratamiento (MFI CD38 en NKs=1653, CD8+Naive=5874 y CD8+TEMRA=6513). A nivel histológico, se evidenció la desaparición de la MVI al mes post-tratamiento, así como de la desaparición de la glomerulitis e inflamación de los capilares peritubulares.

Conclusiones: Los hallazgos en la distribución de subpoblaciones linfocitarias y de expresión de CD38 podrían permitir identificar posibles marcadores pronósticos del tratamiento de pacientes con ABMR recidivante tratados con anti-CD38. La monitorización de estos posibles biomarcadores podría ser útil para guiar el tratamiento con anti-CD38.

S03.8

T-CELL EXHAUSTION IMPACTS SPECIFIC ADAPTIVE RESPONSES AFTER VACCINATION IN SOLID ORGAN TRANSPLANT

Laura Donadeu¹, Susana Gómez-Olles¹, Manuel López-Meseguer¹, Isabel Campos¹, Laura Lladó², José González Costello², Edoardo Melilli², Gema Ariceta¹, Jesús Quintero¹, Francesc Moreso¹, Oriol Bestard¹

1: Vall d'Hebron Research Institute 2: H. U. Bellvitge

Background: T-cell exhaustion is a dysfunctional state characterized by a progressive loss of effector function that has been classically associated to repeated exposure to foreign antigens such as viral infections or organ transplantation. While such immune hyporesponsiveness could minimize allograft rejection, it can negatively impact on protective immunity after viral infection and vaccination.

Methods: Here, we investigated the impact of baseline T-cell exhaustion/senescence in 80 SOT recipients and their capacity to achieve protective adaptive immunity after SARS-CoV-2 vaccination. Multiple exhaustion and senescent markers in CD4 and CD8 T cells were assessed at baseline and at different time points after vaccination using flow cytometry. Different functional assays detecting antigen-specific neutralizing antibodies (Nab), memory B cells (mBc) (Fluorospot) and Th1/Th2 cytokine-producing cells (Elispot) to depict immune protection were monitored. Also, activation-induced cell markers (AIM) with flow cytometry was done to functionally confirm hyporeactivity.

Results: We first confirmed a wide range of functional immune responses at all memory compartments, serological and cellular among SOT. High percentages of CD57+, CD57+PD1+, PD1+ and CD57+TIM3+ exhausted/senescent CD4 T-cells at baseline, independently predicted incomplete adaptive immune response despite three vaccine doses (p<0.05), regardless the type of SOT, immunosuppressive regimen, recipient age and time after transplantation. Most importantly, such high percentages of baseline CD57+, CD57+PD1+ and CD57+TIM3+ CD4+ T cells predicted subsequent severe COVID-19 breakthrough infections. Notably, non-responder patients showing high proportion of exhausted/senescent T cells displayed significantly lower T-cell activation after SARS-CoV-2 peptide stimulation in vitro.

Conclusions: Our study adds new insight in the implications of T-cell exhaustion/senescence driving unsuccessful protective immunity after booster vaccination in SOT and may have relevant implications in different anti-viral immunization.



S04.1

INVESTIGACIÓN DE FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DISFUNCIÓN BASAL DEL ALOINJERTO EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE DE PULMÓN BILATERAL

Paula Barquero Dueñas¹, Eva Revilla López², Berta Sáez Giménez², Cristina Berastegui^{2,3}, Judith Sacanell⁴, Joel Rosado⁵, Carlos Bravo Masgoret^{2,3}, Víctor Monforte^{2,3}, Manuel López Meseguer², Susana Gómez-Ollés³, Marta Andreu¹, Sara Salvador¹

1: Servicio de Neumología, H. U. Vall d'Hebron, Barcelona, España 2: Unidad de Trasplante Pulmonar, Servicio de Neumología, H. U. Vall d'Hebron, Barcelona, España 3: Centro de Investigación Biomédica en Red de Enfermedades Respiratorias (CIBERES) 4: Servicio de Cuidados Intensivos, H. U. Vall d'Hebron, Barcelona, España. 5: Servicio de Cirugía Torácica, H. U. Vall d'Hebron, Barcelona, España

Introducción: La disfunción basal del aloinjerto pulmonar (BLAD) ocurre cuando no se logra una función pulmonar normal (FEV1 y FVC > 80%) después del trasplante de pulmón (TP). Este estudio evalúa la asociación de factores pre y post-TP con BLAD y su impacto pronóstico.

Materiales y métodos: Este estudio retrospectivo, unicéntrico, incluye pacientes sometidos a trasplante pulmonar bilateral entre 2014 y 2019 en el Hospital Universitario Vall d'Hebron, se recogen datos demográficos, clínicos y de seguimiento. Las variables significativas del análisis univariado se incluyeron en un modelo de regresión retrospectivo por pasos para identificar factores de riesgo para desarrollar BLAD.

Resultados: El estudio incluyó a 325 pacientes con trasplante de pulmón bilateral, de los cuales 111 (34,15%) lograron una función pulmonar normal y 214 (65,84%) desarrollaron BLAD. La edad promedio fue de 51 años, siendo el EPOC (38%) y las EPI (37%) los diagnósticos más frecuentes. Los predictores asociados con mayores probabilidades de BLAD incluyeron el índice de masa corporal (odds ratio [OR] 1,079; 95% intervalo de confianza [IC] 1,020-1,142), intubación prolongada (OR 1,042; IC 1,025-1,058), estenosis bronquial (OR 2,136; IC 1,070-4,264) y disfunción primaria del injerto (OR 1,797; IC 0,986-3,273). Los pacientes con BLAD tienen tasas de supervivencia más bajas en comparación con aquellos con función pulmonar normal (HR 1,543, IC 95% 1,059-2,249, p=0,024). En contraste, los pacientes con BLAD no desarrollaron más casos de CLAD (HR 0,879, IC 95% 0,597-1,293, p=0,512), ver Gráfico 1.

Conclusión: Los pacientes con BLAD tuvieron tasas de supervivencia significativamente más bajas en comparación con aquellos con función pulmonar normal, lo que destaca la necesidad de intervenciones específicas en esta población.

S04.2

SUPERIOR SURVIVAL OUTCOMES IN ABO-INCOMPATIBLE KIDNEY TRANSPLANT VS. KIDNEY-PAIRED DONATION: A SINGLE-CENTER COMPARATIVE COHORT STUDY.

Elena Mascaró¹, Miquel Lozano², Jose Luis Caro³, David Cucchiari¹, David Paredes⁴, Alexandra Pedraza⁵, Lluís Perí⁶, Paola Charry², Mireia Musquera⁶, Eduard Palou³, Antonio Alcaraz⁶, Fritz Diekmann¹, Ignacio Revuelta¹

1: Department of Nephrology and Kidney Transplant. H. Clínic Barcelona 2: Apheresis and Cell Therapy Unit. H. Clínic Barcelona 3: Department of Immunology. H. Clínic Barcelona 4: Organ Coordination Unit. H. Clínic Barcelona 5: Blood Bank Department. H. Clínic Barcelona 6: Department of Urology. H. Clínic Barcelona

Background: ABO blood group-incompatible (ABOi) kidney transplantation is considered a safe procedure, with noninferior long-term outcomes to ABO-compatible living donor kidney transplant (LDKT) in large cohort studies. However, outcomes of ABOi transplantation compared with kidney-paired donation (KPD) transplantation have not been ascertained. Our objective of this study is to compare the main outcomes of ABOi-LDKT in contrast to KPD-LDKT.

Methods: LDKT performed between 2012-2020. We compared clinical characteristics and main outcomes between the ABOi-LDKT and KPD-LDKT cohorts using univariate analysis, and the influence of multiple variables on mortality through multivariate analysis. DES included daily apheresis, rituximab, and intravenous immunoglobulin (IGIV) administration. Ethics Committee approved the study

Results: Both groups (62 ABOi and 50 KPD) were comparable in age and sex of the donors and recipients, comorbidities, and type of renal replacement therapy, in a non-different follow-up time (71.86 ± 31.96; 66.60 ± 32,14Mo). The immune risk (defined by factors such as prior transplants, transfusions, pregnancies, DSA, or a positive crossmatch) was higher in KPD cohort (46% vs 20.97%, p=0.004). The ABOi-LDKT group showed a significantly lower mortality rate compared to the KPD-LDKT group (3.23% vs 16%, p=0.021). Higher mortality was found to be associated with older age (OR=1.01; 95% CI: 1.02-1.20; p=0.014) and KPD recipients who entered the program due to ABO-incompatibility with their living donor (OR=11.07; 95% CI: 1.61-75.91; p=0.014). In addition, death-censored graft loss was similar between both groups (p=0.098), as well as any kind of rejection (p=0.564).

Conclusion: In our center, ABOi-LDKT demonstrated superior patient survival than KPD-LDKT. KPD recipients by virtue of ABO-incompatibility had higher odds of mortality than ABOi recipients. Additionally, age emerged as an important factor associated with mortality in LDKT.



S04.3

¿ES SEGURA LA DONACIÓN RENAL EN VIVO CON CRITERIOS EXPANDIDOS PARA EL DONANTE? SEGUIMIENTO A LARGO PLAZO DEL REGISTRO CATALÁN

Roger Alabau¹, Lluís Guirado¹, Jordi Comas², Mònica Pérez Mir¹, Jaume Tort Bardolet², Ignacio Revuelta Vicente³, Anna Manonelles⁴, Marta Crespo⁵, Francesc Moreso⁵, Laura Cañas Solé⁷, Carme Facundo¹, Emma Arcos Fuster²

1: Servei de Nefrologia. Fundació Puigvert. Barcelona. 2: Organització Catalana de Trasplantaments 3: Servei de Nefrologia. H. Clínic Barcelona 4: Servei de Nefrologia. H. U. Bellvitge. l'Hospitalet de Llobregat. 5: Servei de Nefrologia. H. U. Vall d'Hebron. Barcelona. 6: Servei de Nefrologia. H. del Mar Barcelona. 7: Servei de Nefrologia. H. U. Germans Trias i Pujol. Badalona

Introducción y objetivos: Para reducir la lista de espera de trasplante renal, España ha incrementado su número de donantes vivos con criterios expandidos.

Métodos: Utilizando el Registro Catalán de Donantes Vivos de Riñón, estudiamos 2.510 trasplantes renales de donante vivo realizados entre 2000-2023, analizando supervivencia a largo plazo de donantes y evolución de función renal.

Resultados: Existe diferencia en tasa de filtrado glomerular estimado (TFGe) antes de la donación cuando el donante es mayor de 70 años respecto menores de 70 años (79,5 ml/min vs. 93,4 ml/min, p<0,00). Ello se mantiene durante el seguimiento, sin pérdida de TFGe. La TFGe también permanece muy estable en los donantes con un valor pre-donación de CKD-EPI<70 ml/min respecto a CKD-EPI>70 ml/min. Fallecieron 48 donantes (1,92%). Las principales causas de muerte fueron las neoplasias (29,2%), infecciones (8,3%) y causas cardiovasculares (6,2%). Solo 2 donantes requirieron diálisis.

Conclusiones: Encontramos diferencias estadísticamente significativas en la función renal posterior a la donación entre los donantes vivos según su edad y la TFGe en el momento de la donación. La TFGe tres meses tras la donación se mantiene estable durante 10 años de seguimiento lo que garantiza que la donación en este tipo de donantes es segura a largo plazo.

S04.4

DESIGUALDAD DE GÉNERO EN LA DONACIÓN Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS: UNA REVISIÓN DE ALCANCE Y ANÁLISIS EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Irene Salvador Rosés, Sandra Torres Sierra, Aroa Gómez Brey, Diana Colon Segade, Elisabeth Navas Moya, Susana Gómez Gómez, Estíbaliz Orbañanos, Lorena Requena, Pau Farres Frias, Alejandro Aragón, Sandra Mesa López, Olga Gabaldà, Alberto Sandiumenge Camps
H. U. Vall d'Hebron

Introducción y objetivos: En el ámbito de la donación y trasplante de órganos, la desigualdad de género es un fenómeno globalmente documentado. Pretendemos comparar los resultados de la donación renal de vivo y los trasplantes de vivo y fallecido de un hospital de tercer nivel respecto a los reportados en la literatura.

Material y método: Se realizó una búsqueda bibliográfica sistemática en PubMed, Scopus y Web of Science, incluyendo artículos publicados entre 2010 y 2024. Se consultaron además informes de organismos nacionales e internacionales de trasplante. Paralelamente, se analizaron datos de trasplantes realizados en un hospital de tercer nivel entre 2020 y 2025, segregados por tipo de órgano y sexo del receptor, para identificar posibles desigualdades de género en la distribución de trasplantes y compararlos con la evidencia publicada.

Resultados: Según la evidencia internacional, las mujeres representan aproximadamente el 65-70% de los donantes vivos, sin embargo, reciben menos trasplantes que los hombres en la mayoría de los órganos sólidos (renal 35-40%, hepático 30%, cardíaco 29%, pulmonar 35%). El análisis de nuestra serie coincide con lo descrito en la literatura, en la donación de vivo renal, las mujeres representaron el 68%. Sin embargo, solo el 38% de los trasplantes renales, el 33% de los hepáticos y 39% de los pulmonares fueron mujeres. Los trasplantados cardíacos pediátricos representaron la única excepción a la tendencia (51% mujeres).

Conclusiones: A día de hoy los hombres siguen recibiendo la mayoría de los órganos trasplantados, perpetuando una brecha de género en el sistema. Es fundamental investigar en este área, de igual manera la variable sexo debería de ser considerada en los registros y estudios para garantizar mayor equidad.



S04.5

COMPLICACIONES INTESTINALES DE LA DUODENODUODENOSTOMÍA COMO DRENAJE EXOCRINO EN EL TRASPLANTE DE PÁNCREAS: EXPERIENCIA UNICÉNTRICA

Alba Torroella¹, Rongrong Hu Zhu¹, Ramón Rull¹, Rocío García¹, Clara Bassaganyes², Carlos Pérez², Martí Manyalich¹, David Saavedra¹, Emma Folch Puy³, Víctor Holguín¹, Pedro Ventura-Aguilar⁴, Antonio J. Amor⁵, Fritz Diekmann⁴, M. Ángeles García Criado², Josep Fuster^{1,6}, Joana Ferrer Fàbrega^{1,6}

1: Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático y Pancreático, Institut Clínic de Malalties Digestives i Metabòliques ICMDiM). H. Clínic Barcelona, Universitat de Barcelona, Barcelona, España. 2: Departamento de Radiología. H. Clínic Barcelona, Universitat de Barcelona, Barcelona, España. 3: Departamento de Patología Experimental, Institut d'Investigacions Biomèdiques de Barcelona (IIBB). Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), Barcelona, España. 4: Unidad de Trasplante Renal y Nefrología. H. Clínic Barcelona, Universitat de Barcelona, Barcelona, España. 5: Unidad de Diabetes, Departamento de Endocrinología y Nutrición. H. Clínic Barcelona, Universitat de Barcelona, Barcelona, España. 6: Centro de Investigación Biomédica en RED, Enfermedades Hepáticas y Digestivas (CIBERehd). Barcelona, España

Objetivos: La duodenoduodenostomía (DD) como técnica de drenaje exocrino en el trasplante de páncreas reproduce de manera más precisa la fisiología del páncreas nativo y permite un manejo más conservador de las complicaciones. Presentamos nuestra experiencia con la DD, analizando complicaciones intestinales y su impacto en la supervivencia del paciente e injerto.

Material y métodos: Se incluyeron todos los trasplantes realizados entre mayo de 2016 y noviembre de 2024. La DD se realizó mediante una anastomosis duodenoduodenal latero-lateral.

Resultados: Se incluyeron 170 trasplantes con DD. La mediana de edad del receptor fue 43 años [IQR 36-39], siendo el 56,7% varones. La mediana del tiempo de isquemia fría fue 8 horas [IQR 6,1-10,1]. Según la clasificación de Clavien-Dindo, las complicaciones fueron: 7,6% Grado I, 17,1% Grado II, 2,4% Grado IIIa y 21,8% Grado IIIB. La mediana de estancia hospitalaria fue 12 días [IQR 10-19,2]. La prevalencia de complicaciones intestinales fue del 10%, incluyendo: oclusión intestinal (n=4); íleo paralítico (n=5); dehiscencia duodenal post-trasplantectomía (n=1); dehiscencia DD (n=5); sangrado anastomótico (n=2). Once casos requirieron tratamiento quirúrgico por complicaciones intestinales: adhesiolisis (n=3); Hartmann en colitis estercorácea oclusiva (n=1), cierre primario de la dehiscencia (n=3); trasplantectomía tras cierres primarios fallidos (n=2); reconfección de DD (n=2). Tras una mediana de seguimiento de 39,79 meses [IQR 18,1- 69], la supervivencia del injerto fue del 86,7% al año, a los 3 años y a los 5 años, y la supervivencia del paciente fue del 100%, 99,2% y 99,2% al año, a los 3 años y a los 5 años, respectivamente.

Conclusiones: La DD para el drenaje exocrino en el trasplante de páncreas es una técnica viable y segura, que ofrece resultados competitivos en términos de supervivencia del injerto y del paciente.

S04.6

OPTIMIZACIÓN DEL TRASPLANTE RENAL EN DONANTES EN ASISTOLIA: IMPACTO DE LA PERFUSIÓN REGIONAL NORMOTÉRMICA EN LA DISFUNCIÓN DEL INJERTO

Néstor Toapanta¹, Jordi Comas², Fritz Diekmann³, Edoardo Melilli⁴, M. José Pérez Sáez⁵, Anna Vila⁶, Carme Facundo⁷, Jaume Tort², Francesc Moreso¹, Oriol Bestard¹

1: H. U. Vall d'Hebron 2: Organización Catalana de Trasplantes 3: H. Clínic Barcelona 4: H. U. Bellvitge 5: H. del Mar Barcelona 6: H. U. Germans Trias i Pujol 7: Fundació Puigvert

Introducción: La preservación del injerto en donantes en asistolia controlada (cDCD) sigue siendo un reto en trasplante renal. La perfusión regional normotérmica (PRN) ha surgido como una alternativa a la extracción superrápida (RR) para mejorar la viabilidad del injerto y reducir la disfunción del injerto (DGF). Aunque la PRN mejora la oxigenación tisular y reduce el daño por isquemia-reperfusión, su impacto a largo plazo sigue en debate.

Material y métodos: Estudio observacional retrospectivo basado en datos del Registro de Malalts Renals de Catalunya (RMRC) y el Registro de Donació i Trasplantament (DTX). Se incluyeron pacientes con primer trasplante renal de cDCD en Cataluña (2015-2023), excluyendo trasplantes multiorgánicos y donantes extrarregionales. Se compararon PRN vs. RR mediante un análisis de propensión (1:1) emparejado por edad del donante y receptor, año del trasplante, comorbilidades cardiovasculares y antecedentes oncológicos. Se evaluaron DGF/NTA, evolución del FGe en cuatro momentos postrasplante, fracaso del injerto y mortalidad.

Resultados: Se analizaron 1.414 trasplantes renales, de los cuales el 43.56% fueron con PRN y el 25.74% con RR. Se emparejaron 296 pares. La PRN fue más frecuente en años recientes (56.9% en 2021-2023 vs. 31.3% en RR; p<0.001). La PRN redujo significativamente la DGF/NTA (23.9% vs. 48.0%, p<0.001), pero no hubo diferencias en la evolución de la función renal (p>0.05), fracaso del injerto o mortalidad.

Conclusiones: La PRN reduce significativamente el riesgo de disfunción del injerto en cDCD, favoreciendo la recuperación temprana. Sin embargo, no se observaron diferencias en la función renal a largo plazo ni en la supervivencia del injerto o del paciente. Estos hallazgos respaldan la PRN como estrategia para optimizar la recuperación inicial del injerto, aunque su impacto a largo plazo requiere mayor investigación.



S04.7

RESCUE LIVER GRAFT TO TRANSPLANTATION FROM DONATION AFTER CARDIAC DEATH WITH IN-SITU AND EX-SITU NORMOTHERMIC DYNAMIC PRESERVATION

Gabriela Chullo¹, Christian Robles¹, Claudia Lorenzo¹, Francisco Navarro⁶, Marc Bohils², Sandra Saavedra², Ángel Ruiz², Maite Mata³, Anna Lecha¹, Mónica López¹, Eva Ribas⁴, Pablo Ruiz⁵, Gonzalo Crespo⁵, David Toapanta⁵, Jordi Colmenero⁵, Yiliam Fundora¹

1: Department of Digestive and General Surgery 2: Department of Transplant Coordination 3: Department of Cardiovascular Surgery 4: Department of Anaesthesiology 5: Department of Hepatology 6: Universitat de Barcelona

Objective: To present our experience with liver transplantation using grafts from donation after cardiac death (DCD), following viability assessment through Normothermic Regional Perfusion (NRP) and Normothermic Machine Perfusion (NMP).

Methods: DCD liver graft viability was evaluated based on transaminase levels, lactate clearance, hemodynamic stability, and macroscopic appearance. If criteria were not met during NRP, the grafts were placed in NMP (OrganOx Metra®). The primary viability criterion for NMP was lactate clearance within two hours, along with pH (7.30-7.40), stable arterial and portal flow, alkaline bile production, glucose metabolism, and homogeneous perfusion.

Results: Between November 2021 and December 2022, 147 donors were assessed, 37% being DCD. A total of 85 liver transplants were performed, 36% using DCD grafts. Sixteen grafts underwent NMP, including 8 from controlled and 2 from uncontrolled DCD. The main reason for ex situ preservation was inadequate perfusion based on macroscopic appearance. Among 10 DCD cases, donors were predominantly male (70%), middle-aged (61±3 years), overweight (BMI 28±1 kg/m²), and had comorbidities (90%). Mean NRP and NMP durations were 72±7 and 476±79 minutes, respectively. Viability criteria were met in 8 of 10 cases (80%). Seven recipients underwent transplantation, with a mean waiting time of 13±4 weeks and a MELD score of 17±3. Six had alcohol-related liver disease with hepatocellular carcinoma. One patient had severe post-reperfusion syndrome, but no primary non-function or vascular complications occurred. Two developed biliary strictures, treated with ERCP. One patient required retransplantation due to sinusoidal obstruction syndrome after acute rejection, and one died 15 months later from pancreatic cancer

Conclusions: In situ and ex situ normothermic preservation is a safe and effective strategy for evaluating and preconditioning DCD liver grafts for transplantation.

S04.8

TRASPLANTE HEPÁTICO PEDIÁTRICO SPLIT HIPERREDUCIDO Y MONOSEGMENTARIO PARA EVITAR LAS DISCREPANCIAS DE TAMAÑO Y FLUJO EN PACIENTES DE BAJO PESO

José Andrés Molino^{1,2}, Ernest Hidalgo², Isabel González Barba¹, Jesús Quintero³, María M. Mercadal Hally³, Cristina Dopazo², Concepción Gómez Gavara², Cristina Padrós³, Mireia Caralt², Laura Vidal², Marta Martos¹, Itxarone Bilbao²

1: Servicio de Cirugía Pediátrica. H.U. Vall d'Hebron. Barcelona 2: Servicio de HBP y Trasplante hepático. H.U. Vall d'Hebron. Barcelona 3: Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático Pediátrico. H.U. Vall d'Hebron. Barcelona

Introducción: La discrepancia de tamaño entre el injerto y cavidad abdominal es un factor limitante para que los pacientes de bajo peso puedan acceder a un trasplante hepático. Nuestro objetivo es analizar los injertos split monosegmentarios (MSG) e hiperreducidos (HR) del segmento lateral izquierdo.

Material y métodos: Análisis retrospectivo (2019-2023) de pacientes trasplantados con injertos parciales tipo split, centrándonos en aquellos MSG e HR.

Resultados: Se realizaron 107 trasplantes hepáticos. De 41 trasplantes split, 20 pacientes recibieron 22 injertos split convencionales (edad y peso medio de 36,5 ± 34,4 meses y 14,2 ± 6,6 kg) y 19 pacientes recibieron 5 injertos MSG y 14 injertos HR (edad y peso medio 8,2±4,6 meses y 6,3±1,7 kg). La enfermedad de base fue la colestásica en el 73,7% de trasplantes MSG/HR frente al 45,5% de split convencional. La relación entre peso del injerto y receptor en el grupo MSG/HR fue 3,7 ± 0,9%. La revascularización se realizó con anastomosis a la arteria hepática en 33 pacientes (80,5%). Tres receptores MSG/HR requirieron injerto aortohepático. En 12 pacientes (7 pacientes con MSG/HR) se realizó el cierre secuencial diferido de la pared abdominal. Hubo 2 estenosis de la arteria hepática en el grupo MSG/HR. Con un seguimiento de 25,3 ± 17,8 meses, la supervivencia tanto del injerto como del paciente fue del 100%.

Conclusiones: Los injertos MSG e HR, aunque técnicamente suponen una dificultad añadida, son una opción segura y con excelentes resultados en pacientes de bajo peso que pueden tener dificultades para acceder al trasplante hepático.



S05.1

UTILIDAD DE LA ALBUMINURIA EN EL DIAGNÓSTICO Y ESTRATIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD RENAL EN TRASPLANTE CARDÍACO: ANÁLISIS BASADO EN LOS CRITERIOS KDIGO

Pedro Caravaca Pérez¹, Anthony Salazar Rodríguez¹, Ángela Rodríguez Eguren¹, Eduard Solé González¹, M. Ángeles Castel Lavilla¹, Juan José Rodríguez¹, José Jesús Broseta², Elena Cuadrado², Diana Rodríguez², Elena Sandoval³, Ana García Álvarez^{1,4,5}, Marta Ferrero¹

1: Cardiology Department. H. Clínic Barcelona, Spain. CIBERCV. 2: Nephrology Department. H. Clínic Barcelona, Spain. 3: Cardiovascular Surgery Department. H. Clínic Barcelona, Spain. 4: Universitat de Barcelona, Barcelona, Spain 5: Centro Nacional de Investigaciones Cardiovasculares (CNIC), Madrid, Spain

Introducción: La enfermedad renal crónica (ERC) es una complicación frecuente en pacientes con trasplante cardíaco (TC). Sin embargo, su prevalencia real es desconocida debido a la falta de evaluación de marcadores de daño renal, como la albuminuria.

Objetivo: Nuestro objetivo es estudiar la prevalencia de ERC según los criterios Kidney Disease Improving Global Outcomes (KDIGO), estratificar el riesgo de eventos y describir su manejo en una cohorte contemporánea.

Material y método: Estudio transversal, unicéntrico realizado en receptores de TC en seguimiento durante el año 2023. Se realizó una medición de albuminuria en una muestra aislada de orina junto a la determinación de creatinina plasmática. Se definió ERC como la presencia de un filtrado glomerular < 60 ml/min/1.73m² y/o albuminuria (CAC ≥30 mg/g). Los pacientes se clasificaron según las categorías de riesgo KDIGO y se evaluó el empleo de fármacos modificadores de la ERC.

Resultados: Se incluyeron 207 pacientes con medición de albuminuria. La mediana de edad fue 65 (55-73) años, 29% mujeres y una mediana de tiempo desde el trasplante de 8 (4-15) años. La mediana de FGe fue de 51 (34-72) ml/min/1.73 m² y de albuminuria de 45 (8-173) mg/g. La prevalencia de ERC fue de 79.2%, con un 57% de albuminuria. Un 23.7%, 19.8%, 21.7% y 34.8% se clasificaron como riesgo KDIGO bajo, moderado, alto y muy alto, respectivamente. En los pacientes con criterios de ERC, el 37.2% estaban en tratamiento con un IECA/ARA-II y el 26.2% con iSGLT2.

Conclusión: La prevalencia de ERC en pacientes con TC es muy elevada, con un incremento en el diagnóstico mediante la medición de albuminuria. El 56.5% presenta un riesgo alto o muy alto según la clasificación KDIGO. Existe una baja prescripción de fármacos modificadores de la enfermedad renal en nuestra población.

S05.2

FUNCIÓN RENAL Y TRASPLANTE CARDÍACO EN POBLACIÓN PEDIÁTRICA

Mercedes López González, Paola Dolader, Víctor Pérez Beltrán, Jaume Izquierdo Blasco, Saskia Agámez Luengas, Carla Daina Noves, Ferrán Gran Ipiña, Gema Ariceta Iraola

H. U. Vall d'Hebron

Objetivos: Los pacientes con trasplante cardíaco presentan un alto riesgo de disfunción renal debido a su situación hemodinámica, la enfermedad subyacente y la necesidad de asistencia circulatoria mecánica.

Métodos: Estudio retrospectivo basado en la revisión de datos clínicos de pacientes menores de 18 sometidos a trasplante cardíaco entre 2012 y 2022 en un centro terciario.

Resultados: Durante el periodo de estudio se realizaron 55 trasplantes cardíacos en pacientes pediátricos, incluyendo 1 retrasplante y 1 trasplante cardiohepático. La mediana de edad al momento del trasplante fue de 6.6 años (RIQ: 1.7-13.5), con 34 varones (61.8%). Las patologías primarias más frecuentes fueron miocardiopatías dilatadas (n=36) y cardiopatías congénitas (n=17). En el periodo pretrasplante, 19 pacientes requirieron asistencia ventricular (AV) con una mediana de duración de 2.3 meses (RIQ: 0.84-4.9). 10 pacientes (18.2%) precisaron terapia renal sustitutiva (TRS), de los cuales 9 estaban en AV y 1 en hemodiálisis crónica (HD). El 47.4% de los pacientes con AV necesitó depuración extrarrenal. En el periodo posttrasplante inmediato, 15 pacientes requirieron AV y 19 precisaron hemodiafiltración venovenosa continua, con una mediana de duración de 8 días (RIQ: 7-31.5) y 13.5 días (RIQ: 6.3-31.8), respectivamente. Del total de pacientes con depuración extrarrenal, el 57.9% (11/19) se encontraba en AV. 5 pacientes necesitaron HD, con una mediana de 5.4 meses (RIQ: 4.8-31). Se registraron 6 fallecimientos durante una mediana de seguimiento de 5.9 años (RIQ: 2.1-8.1), todos, excepto uno, dependientes de depuración extrarrenal. Al final del seguimiento, los pacientes con riñones nativos presentaban una media de FGe de 102 ml/min/1.73m² (DS: 39). Una paciente permanecía en HD y 2 pacientes recibieron un trasplante renal.

Conclusiones: La disfunción renal es frecuente en pacientes pediátricos trasplantados cardíacos, especialmente en aquellos con asistencia ventricular previa. Sin embargo, la mayoría de los pacientes mantienen una adecuada función renal a largo plazo.



S05.3

EXPERIENCIA REPORTADA POR EL PACIENTE (PROMS) CANDIDATO A TRASPLANTE RENAL Y SU RELACIÓN CON LA FRAGILIDAD

Dolores Redondo Pachón¹, Anna Bach Pascual¹, Clara Amat², Guillermo Pedreira¹, Betty Chamoun¹, Olatz Garin², Yolanda Pardo², M. José Pérez Sáez¹
 1: Servicio de Nefrología. H. del Mar Barcelona 2: Grupo de Investigación en Servicios Sanitarios, H. del Mar Barcelona Research Institute, Barcelona

Introducción: Los resultados reportados por el paciente (PROMs) son una herramienta fundamental para avanzar hacia una práctica clínica centrada en el paciente y mejorar su estado de salud. Su implementación está cada vez más extendida, aunque casi no existen experiencias en los pacientes candidatos a trasplante renal (TR) que son cada vez más frágiles y de edad avanzada. El objetivo fue analizar PROMs en pacientes con ERC candidatos a TR y su relación con la fragilidad.

Pacientes y métodos: incluimos 143 pacientes valorados en consulta de acceso al TR. Se administraron los cuestionarios PROMIS-29 y PROMIS-Global-Health. Calculamos el T-score para cada dimensión. Recogimos características sociodemográficas, comorbilidades y fragilidad (escala FRIED). Definimos fragilidad si FRIED \geq 1.

Resultados: De los 143 pacientes, 99 (69.2%) contestaron los cuestionarios. El 31% eran mujeres con edad media de 61.4 años y casi 40% estaba en diálisis. El 59.5% de los pacientes eran frágiles. De forma global, los pacientes reportan una percepción de su estado mental como muy bueno y estado físico como regular. Las puntuaciones de ansiedad, fatiga, habilidades sociales, alteración del sueño, dolor y depresión eran normales. Solo la función física fue reportada como peor. Cuando comparamos los pacientes frágiles y no frágiles, solo el dominio físico de PROMIS-Global-Health y la función física de PROMIS-29 fueron peores en el grupo de frágiles. No encontramos diferencias en el resto de dominios de los cuestionarios ni en las comorbilidades.

Conclusiones: Los resultados reportados por el paciente (PROMs) son una herramienta útil en la consulta de acceso al TR para evaluar la percepción del estado de salud y su relación con otras comorbilidades. Esto parece especialmente relevante en los pacientes frágiles que presentan una peor percepción de su función física. La implementación de PROMs/PROMs nos permitirá realizar intervenciones para mejorar los resultados en salud de estos pacientes.

S05.4

SAFETY AND EFFICACY OF SODIUM-GLUCOSE CO-TRANSPORTER-2 INHIBITORS IN NON-DIABETIC KIDNEY TRANSPLANT RECIPIENTS

Cristina Amorós¹, Aina Quilis², Pilar Freile³, Verónica López⁴, Luis Alberto Vigará⁵, Pablo González-Calero⁶, M. José Torres Sánchez⁷, Cristina Canal⁸, Ainhoa Inza⁹, Hernando Trujillo¹⁰, Ana Sánchez Fructuoso¹¹, Anna Buxeda¹

1: H. del Mar Barcelona 2: H. Dr Peset, Valencia 3: H. U. de Salamanca, Salamanca 4: H. Regional Universitario de Málaga, Málaga 5: H. U. Puerta del Mar, Cádiz 6: H. U. i Politècnic La Fe, Valencia 7: H. U. Virgen de las Nieves, Granada 8: Fundació Puigvert, Barcelona 9: H. U. Cruces, Barakaldo 10: H. U. 12 de Octubre, Madrid 11: H. Clínico San Carlos, Madrid

Introduction: Sodium-glucose co-transporter-2 inhibitors (SGLT2i) are key therapeutic agents in cardiovascular and renal care. While widely used in kidney transplant recipients (KTRs) with diabetes, evidence on their safety and efficacy in non-diabetic KTRs remains limited. This study aims to evaluate the clinical outcomes of SGLT2i therapy in a cohort exclusively composed of non-diabetic KTRs.

Methods: We conducted a multicenter retrospective study of 176 non-diabetic KTRs who initiated SGLT2i therapy. Clinical and analytical data were collected at baseline and after 6 months of treatment.

Results: The mean recipient age was 47.6 \pm 13.5 years, with 32.4% being women. SGLT2i therapy was initiated at a median of 6.1 years [IQR 1.9-14.9] post-KT, predominantly with dapagliflozin (85.8%). The primary indication was non-nephrotic proteinuria (75%). Interestingly, 17% of patients were not receiving any concomitant antiproteinuric therapy. After 6 months of treatment, there was a significant reduction in protein/creatinine ratio (607.3 mg/g [IQR 217.8-1390] vs. 400 mg/g [IQR 129-1000], p< 0.001) and albumin/creatinine ratio (545 mg/g [IQR 221-1154] vs. 295.6 mg/g [IQR 106-753.2], p< 0.001). Adverse effects occurred in 22.7% of patients with 8 (4.5%) requiring hospitalization due to probable SGLT2i-related complications (7 urinary tract infections [UTIs] and 1 case of acute kidney injury [AKI]). Temporary discontinuation occurred in 13.2% of patients, with a median time of therapy reinitiation of 6 months [IQR 4-10]. Additionally, 23.8% of patients permanently stopped therapy due to UTIs (30%), AKI (25%) or unspecified causes (35%).

Conclusions: SGLT2i therapy in non-diabetic KTRs shows an acceptable safety profile with a low rate of severe adverse events. The significant reduction in proteinuria and albuminuria observed at 6 months supports its potential renoprotective effects in this population. However, risks such as UTIs and AKI warrant careful monitoring. Further studies are needed to confirm long-term safety and efficacy.



S05.5

RIESGO DE CÁNCER EN PERSONAS EN DIÁLISIS Y RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL: UN ESTUDIO DE COHORTE EN CATALUNYA, 2003-2021

Laja Oliveras¹, Laura Pareja², Josepa Ribes², Jordi Comas³, Carlos Couceiro¹, Àlex Favà¹, Sergi Codina¹, Ana Coloma¹, Anna Manonelles¹, Nuria Lloberas⁴, Edoardo Melilli¹, Josep M. Cruzado¹, Nuria Montero¹

1: Servei de Nefrologia, H. U. Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat 2: Registre de Tumors Hospitalaris, Institut Català d'Oncologia, Barcelona 3: Organització Catalana de Trasplantaments, Departament de Salut de Catalunya, Barcelona 4: Institut d'Investigació Biomèdica de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat

Introducció: Las personas con enfermedad renal crónica (ERC) tienen un mayor riesgo de cáncer en comparación con la población general. Sin embargo, los datos en la población del sur de Europa son limitados. Nuestro objetivo fue describir la incidencia de cáncer en personas en diálisis y receptores de trasplante renal en comparación con la población general en Catalunya.

Métodos: Se identificaron los casos de cáncer a través de data linkage entre el Registre de Malalts Renals de Catalunya (RMRC) y distintas bases de datos de cáncer de Catalunya. El proceso de data linkage fue llevado a cabo por RMRC, y la validación de los datos por el equipo del Registre de Tumors Hospitalaris, de acuerdo con las normativas internacionales para registros poblacionales de cáncer. Se calcularon las razones de incidencia estandarizadas (SIR) para las distintas localizaciones de cáncer.

Resultados: La cohorte incluye 21.595 personas en diálisis y 8.037 trasplantados renales en Catalunya (2003-2021). El riesgo de cáncer fue más de dos veces mayor en personas en diálisis (SIR 2,11; 95% CI 2,02-2,19) y casi cuatro veces mayor en trasplantados renales (SIR 3,82; 95% CI 3,65-3,99) en comparación con la población general. Los riesgos variaron según la localización del cáncer, con una incidencia especialmente elevada de cáncer de riñón y tiroides en la cohorte de diálisis, y de cáncer de piel en la cohorte de trasplante. El mayor exceso de riesgo se observó en los más jóvenes, aquellos con enfermedades glomerulares, y tras un mayor tiempo desde el trasplante.

Conclusiones: Las personas con ERC tienen un riesgo aumentado de cáncer, especialmente después del trasplante. Entender la epidemiología del cáncer en nuestra región es importante para orientar las políticas de salud.

S05.6

NOCARDIA I TRASPLANTAMENT RENAL A CATALUNYA: REVISIÓ MULTICÈNTRICA DE TOLERÀNCIA ANTIBIÒTICA

Mònica Pérez-Mir¹, Sergi Codina², Betty Chamoun³, Àngela González⁴, Zaira Castañeda⁵, Àngela Casas⁶, Cristina Canal¹, Carme Facundo¹, Lluís Guirado¹

1: Fundació Puigvert, Barcelona 2: H. U. Bellvitge 3: H. del Mar 4: H. Clínic Barcelona 5: H. U. Vall d'Hebron 6: H. U. Germans Trias i Pujol

Introducció: La nocardiosis és una infecció oportunista característica dels pacients trasplantats. El tractament de primera línia és el trimetoprim-sulfametoxazol (TMP/SMX) a dosis altes i de llarga duració. Però no està exempt d'efectes adversos, especialment renals. L'objectiu d'aquest estudi és descriure els casos de nocardiosi en trasplantats renales de Catalunya i evaluar la tolerància als tractaments antibiòtics actuals.

Metodologia: Revisió multicèntrica retrospectiva de les sis unitats de trasplantament renal de Catalunya. S'analitzen els receptors de trasplantament renal diagnosticats de nocardiosi en els darrers 15 anys.

Resultats: Dels pacients trasplantats a les sis unitats, es van diagnosticar 26 casos de nocardiosi. La durada del tractament va ser 8 mesos. El 68% van rebre biteràpia amb carbapenems/cefalosporines i l'antibiòtic específic (TMP/SMX, linezolid o tedizolid) amb una duració de 16 dies [8-26.5]. El TMP/SMX es va administrar a les dosis recomanades per guies a 20 pacients (76.9%). El tractament es va aturar en un 80% (16 pacients) per efectes adversos, predominantment nefrotoxicitat (fracàs renal, acidosi metabòlica, hipercalèmia). La dosi es va reduir en 9 d'aquests pacients, aconseguint tolerància en 6 d'ells. Només 3 pacients van completar el tractament sense necessitat d'ajustos de dosi ni canvi d'antibiòtic. Es va usar linezolid en 11 pacients (42.3%) però es va discontinuar en el 90% (10 pacients) per mielotoxicitat. L'altre pacient va ser èxit durant el tractament. En 10 pacients es va administrar tedizolid (38.5%), quatre d'ells com a primera línia. En dos pacients (20%) es va aturar per mielotoxicitat).

Conclusions: El tractament antibiòtic de llarga durada és essencial en la infecció per nocardia, pel que és especialment important la bona tolerància al mateix. Els antibiòtics habituals són mal tolerats: el 80% dels tractats amb TMP/SMX van presentar efectes adversos renals, el 90% dels tractats amb linezolid van presentar mielotoxicitat. El tedizolid és el fàrmac millor tolerat fins al moment, amb un 20% de mielotoxicitat.



S05.7

INFLUENCIA DEL ANTECEDENTE DE CÁNCER PREVIO AL TRASPLANTE RENAL

Javier Guillén Crusells, Francisco Guevara Madrid, David Beltrán Mallén, Verónica Villa Ayala, Luzía López Royo, Carmen Gracia Martín, Begoña Sureda De Lucio, Cristina Medrano Villaroya, Judit Cacho Alonso, Álex Gutiérrez Dalmau
H. U. Miguel Servet, Zaragoza

Introducción: La mayor esperanza de vida en la enfermedad renal favorece un aumento de individuos con cáncer previo al trasplante renal (TR). El cáncer es la principal causa de mortalidad entre los receptores de trasplante renal (RTR). Es razonable anticipar que los pacientes con cáncer previo experimenten peores resultados. Sin embargo, los datos disponibles sobre esta población son limitados

Objetivos: Determinar si los RTR con antecedentes de cáncer presentan tasas más altas de mortalidad, pérdida del injerto o desarrollo de tumores en comparación con RTR sin antecedentes oncológicos.

Material y método: Estudio observacional retrospectivo de 298 RTR entre enero 2014 y abril 2024. El grupo estudio incluyó 100 pacientes con cáncer previo(C-RTR) y el control 198 pacientes sin antecedentes oncológicos(noC-RTR); fueron emparejados según características basales similares. Se utilizó SPSS, con un IC del 95% y un umbral de significación $p < 0.05$.

Resultados: No se encontraron diferencias en las características basales, excepto la edad media (66 ± 9.9 en C-RTR vs. 64 ± 9.8 en noC-RTR). La mediana de seguimiento fue 43.8[16.7-71.3] meses. Se evidenciaron 82 tumores, 42 en noC-RTR y 36 en C-RTR; los C-RTR tuvieron mayor predisposición a desarrollar cáncer (HR 2 [IC95%: 1.3-3.2]; $p = 0.002$). Se registraron 97 casos de pérdida del injerto, 63 en noC-RTR y 34 en C-RTR, sin diferencias significativas. La causa más común fue el fallecimiento con injerto funcionante. Fallecieron 65 pacientes, 42 noC-RTR y 23 C-RTR, sin diferencias. La principal causa de muerte en ambos grupos fue la infección, seguida de la cardiovascular en noC-RTR y del cáncer en C-RTR.

Conclusiones: Este estudio sugiere que el antecedente de cáncer previo al TR no asocia mayor mortalidad ni pérdida del injerto. Sin embargo, indica mayor incidencia de tumores de novo y mayor mortalidad relacionada con el cáncer en C-RTR. Estos hallazgos resaltan la importancia de fortalecer la vigilancia oncológica y modificar el tratamiento inmunosupresor en esta población.

S05.8

EXPERIENCIA DEL TRASPLANTE COMBINADO HEPÁTICO Y RENAL DESDE QUE EL VIRUS HEPATITIS C HA DEJADO DE SER UN PROBLEMA. VISIÓN DEL NEFRÓLOGO.

Albert Baronet Nogué, Carolt Arana, Jose V. Torregrosa, Jordi Colmenero, Fritz Diekmann, Nuria Esforzado
H. Clínic Barcelona

Introducción: El objetivo del THR es mejorar la supervivencia de los pacientes con enfermedad renal y hepática terminales. Hasta la disponibilidad del tratamiento erradicador del VHC con los antivirales de acción directa (AADs) en el año 2014, la prevalencia en nuestro entorno de la infección por VHC con ERC se situaba alrededor del 5-10%, y un 20% de estos pacientes evolucionaban a cirrosis hepática (CH).

Objetivo: Analizar la evolución de los pacientes sometidos a THR en el Hospital Clínic desde 2003 a 2023 y cómo la disponibilidad de los AADs ha modificado el perfil y evolución de estos pacientes.

Pacientes y métodos: Se incluyeron 102 pacientes sometidos a THR entre enero 2003 y diciembre 2023, diferenciando dos períodos: antes y después de la disponibilidad de los AADs. El primer período hasta diciembre/2013 ($n = 46$) y el segundo desde enero/2014 a diciembre/2023 ($n = 56$). Se analizaron las características epidemiológicas, clínicas y las curvas de supervivencia.

Resultados: En el primer período, la CH por VHC (CH-VHC) fue la principal causa de enfermedad hepática para THR (34,7%), seguida de la PQHR (26%). En el segundo período, la CH-VC supone solo un 10,7%, siendo la PQHR la principal causa(35%), seguida de la CH-OH(23%). La supervivencia del injerto renal al año y cinco años fue del 80,4% y 67,3% en el primer periodo vs 98,2% y 86,6% en el segundo periodo($p < 0.05$). La supervivencia del paciente al año y 5 años en el primer periodo fue del 82,6% y 73,9% vs 100% y 90% en el segundo periodo($p < 0.05$).

Conclusiones: Con la disponibilidad de los AADs y la erradicación del VHC, el perfil de los candidatos a THR ha variado. Actualmente, la CH-VHC representa una causa minoritaria para THR, mientras que la PQHR es ahora la principal causa de enfermedad hepática para THR. Este cambio ha influido positivamente en las curvas de supervivencia.



S06.1

IDENTIFICACIÓN DE POBLACIONES LEUCOCITARIAS COMO BIOMARCADORES DE LA DISFUNCIÓN CRÓNICA DEL ALOINJERTO PULMONAR

Susana Gómez-Ollés¹, Meritxell Boada Pérez², Victoria Ruiz De Miguel², Oriol Grau-Bosch², Eva Revilla-López³, Carlos Bravo³, Berta Sáez Giménez³, Marta Zapata³, Manuel López Meseguer³, Roser Escobar³, Víctor Monforte³, Cristina Berastegui³

1: Neumología, Vall Hebron Institut de Recerca y CIBERES, Barcelona 2: Neumología, Vall Hebron Institut de Recerca, Barcelona 3: Unidad de Trasplante pulmonar, H. U. Vall d'Hebron, Barcelona

Propósito: La disfunción crónica del injerto pulmonar (DCIP) es la principal causa que limita la supervivencia a largo plazo tras el trasplante pulmonar (TP), y su detección temprana es clave para prevenir daños irreversibles. Identificar biomarcadores inmunológicos puede mejorar el diagnóstico y manejo de la DCIP.

Objetivos: Determinar qué poblaciones leucocitarias en sangre periférica están alteradas en pacientes con DCIP tras el TP.

Metodología: En este estudio de casos y controles se analizaron 68 pacientes con TP, divididos en tres grupos: control estable (N=29), seguimiento de DCIP (N=28) y DCIP de novo (N=11). Las subpoblaciones de leucocitos en sangre periférica se analizaron mediante citometría de flujo con paneles DuraClone específicos: IMPhenotyping Basic, IM TCRs, IM Treg, IM Granulocytes e IM Dendritic Cell.). La cuantificación absoluta se realizó con fluorosferas Flow-Count.

Resultados: Se identificaron diferencias significativas en cinco subpoblaciones leucocitarias. Las células dendríticas plasmacitoides (pDCs) (HLA-DR+Lin- CD123+ CD11c-) y las células dendríticas convencionales tipo 1 (cCD1) (HLA-DR+ Lin- CD123- CD11c+ CD16- Clec9A+) estaban significativamente reducidas en el grupo DCIP de novo. Las células NKreg (CD56high CD16-) también mostraron una reducción en comparación con el grupo estable. Además, se observaron diferencias en las poblaciones de TCRγδ+ Vδ2+ y Treg Helios+ CD39-.

Conclusiones: Los pacientes con DCIP de novo presentan niveles reducidos de pDCs, cCD1 y células NKreg, poblaciones clave en la regulación inmunitaria. Estos biomarcadores podrían contribuir a la detección temprana de la DCIP y mejorar su manejo clínico. Proyecto "PI22/01103", financiado por ISCIII y cofinanciado por la UE.

S06.2

UN MODELO DE CUATRO METABOLITOS SUPERA A LOS MODELOS CLÍNICOS EN LA PREDICCIÓN DE RECHAZO MEDIADO POR ANTICUERPOS EN EL TRASPLANTE RENAL

Eulàlia Solà Porta², Pau Nebot Forcada², Maarten Naesens³, M. José Pérez Sáez^{1,2}, Óscar Pozo Mendoza², Marta Crespo^{1,2}

1: H. del Mar 2: H. del Mar Research Institute 3: University Hospitals Leuven

Objetivos: El rechazo mediado por anticuerpos y la inflamación microvascular (AMR/MVI) contribuyen a la pérdida del injerto renal. Su presentación subclínica retrasa el diagnóstico. Identificar tempranamente el riesgo podría mejorar el pronóstico con ajustes en la inmunosupresión.

Método: Seleccionamos 57 receptores con biopsia normal, divididos en dos grupos según una segunda biopsia a los dos años: 28 casos con AMR/MVI y 29 controles sin daño. Se analizó suero tomado en la primera biopsia mediante metabolómica dirigida: 124 marcadores metabólicos de rutas clave en inflamación, función renal e inmunología. Tras un método de eliminación recursiva de variables clínicas y metabólicas se identificaron 5 variables tras 100 iteraciones. Se evaluaron mediante un modelo random forest y se usaron para construir un árbol de decisión mediante validación cruzada leave-one-out basada en AUC. Se está realizando una validación externa del modelo.

Resultados: En el grupo AMR/MVI, la primera biopsia fue más frecuente por indicación clínica (37,9% vs. 4,4%) y presentaban un filtrado glomerular menor (49,5 vs. 60,4 ml/min) con creatinina similar (1,59 vs. 1,34 mg/dl). La histología era similar, excepto por 5 casos con una glomerulitis=1. Se identificaron 12 metabolitos alterados en el grupo AMR/MVI dos años antes del diagnóstico; 6 mantuvieron significación estadística ($p < 0,1$) tras la corrección por tasa de descubrimiento falso. Un modelo basado en variables clínicas logró una moderada separación entre grupos (AUC ROC 0,615, IC 95%:0,5948-0,6414). Agregar marcadores metabólicos al modelo mejoró la discriminación (0,819, IC 95%:0,8054-0,8326) con una variable clínica y 4 metabolitos. Un árbol de decisión con 3 metabolitos alcanzó sensibilidad del 0,82 (IC 95%:0,68-0,96) y especificidad del 0,90 (IC 95%:0,79-1,00).

Conclusiones: Las alteraciones metabólicas pueden complementar las variables clínicas en la identificación temprana del riesgo de AMR/MVI. Si se confirman estos hallazgos, la metabolómica podría convertirse en un biomarcador predictivo potente para AMR/MVI.



S06.3

LA EXPRESIÓN GÉNICA DE LOS GENES REGULADOS POR EL FACTOR NUCLEAR DE LAS CÉLULAS T ACTIVADAS IDENTIFICA A LOS PACIENTES TRASPLANTADOS DE PULMÓN CON MAYOR RIESGO DE INFECCIÓN BACTERIANA GRAVE

Meritxell Boada Pérez^{1,2}, Victoria Ruiz De Miguel^{1,2}, Marta Erro³, Piedad Ussetti³, Silvia Rosado³, Raquel Castejón³, Myriam Aguilar³, Eva Revilla-López^{1,4}, Carlos Bravo^{4,5}, Berta Sáez^{1,4}, Marta Zapata^{1,4}, Manuel López^{4,5}, Cristina Berastegui^{4,5}, Yolanda Villena⁶, Jaume Vima⁶, Víctor Monforte^{4,5}, Susana Gómez-Ollés^{2,5}

1: Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona (UAB), Barcelona 2: Departament de Neumologia, Vall d'Hebron Institut de Recerca (VHIR), Barcelona 3: Unidad de Trasplante Pulmonar, H. U. Puerta de Hierro-Majadahonda, Majadahonda, Madrid 4: Departament de Neumologia, Programa de Trasplante Pulmonar, H. U. Vall d'Hebron, Barcelona 5: CIBER de Enfermedades Respiratorias (CIBERES), Instituto de Salud Carlos III, Madrid 6: Laboratoris Clínics Vall d'Hebron, Servei Bioquímica Clínica, H. U. Vall d'Hebron, Barcelona

Introducción: Tacrolimus es el inmunosupresor principal en trasplante pulmonar, y su monitorización es crucial para evitar el rechazo del injerto debido a infra-inmunosupresión o infecciones causadas por sobre-inmunosupresión. Actualmente, se monitorizan los niveles valle (C0), aunque estos no reflejan directamente la actividad biológica del fármaco ni el grado de inmunosupresión del paciente.

Objetivo: Identificar a los pacientes con mayor riesgo de infección mediante la medición de la expresión residual de genes regulados por NFAT (NFAT-RGE), para optimizar la monitorización de la inmunosupresión.

Metodología: Se analizaron 286 pares de muestras de 106 pacientes, tomadas antes y 1,5 horas después de la dosis de tacrolimus, a los 3, 6 y 12 meses post-trasplante. Se midieron los niveles de tacrolimus C0, pico (C1,5) y la expresión residual de IL-2, IFN-gamma y GM-CSF.

Resultados: Los niveles de C0 no se correlacionaron con la inmunosupresión medida por NFAT-RGE ni mostraron diferencias en los casos de infección o rechazo. En cambio, los niveles de C1.5 mostraron una fuerte correlación con NFAT-RGE. Los valores de NFAT-RGE < 30% se asociaron con un mayor riesgo de infecciones bacterianas graves, mientras que los valores de NFAT-RGE ≥30% redujeron este riesgo en un 59,7%. Los niveles de C1.5 fueron significativamente más elevados en los casos con este tipo de infección. En el rechazo agudo celular, los niveles de NFAT-RGE estuvieron elevados, aunque sin significancia estadística.

Conclusiones: La incorporación de NFAT-RGE y la determinación de C1.5 podrían ser herramientas útiles y no invasivas para evaluar el riesgo de infecciones bacterianas graves, así como para personalizar la monitorización de tacrolimus. Financiado por ISCIII (P118/00770) y Air Liquide Foundation.

S06.4

MICRORNAS Y QUIMIOCINAS COMO BIOMARCADORES DE RECHAZO EN TRASPLANTE HEPÁTICO: VALIDACIÓN DE UN SCORE

Olga Millán¹, Pablo Ruiz², Judit Julián¹, Gonzalo Crespo², Yiliam Fundora³, Jordi Colmenero², Mercè Brunet¹

1: Laboratorio de Farmacología y Toxicología, Centro de Diagnóstico Biomédico, H. Clínic Barcelona, IDIBAPS, CIBERehd, Universidad de Barcelona. 2: Unidad de Trasplante Hepático, H. Clínic Barcelona, IDIBAPS, CIBERehd, Universidad de Barcelona. 3: Servicio de Cirugía General y Digestiva, H. Clínic Barcelona, IDIBAPS, CIBERehd, Universidad de Barcelona

Objetivos: Los microRNAs (miRNAs) circulantes y las quimiocinas pueden predecir el rechazo mediado por células T (TCMR) en trasplante hepático (TH). El score de regresión logística basado en los niveles plasmáticos de miRNAs 155-5p, 181a-5p y CXCL-10 mostró una excelente capacidad predictiva y diagnóstica de TCMR. Los objetivos del presente estudio fueron correlacionar los niveles plasmáticos y en tejido hepático de los miRNAs y confirmar la validez del score previamente desarrollado.

Métodos: estudio de cohortes prospectivo con 151 receptores de LT seguidos un año tras la cirugía. Los pacientes con analítica hepática alterada se sometieron a biopsia hepática (BH) para descartar TCMR. Se recogió plasma en momentos predefinidos para analizar los miRNAs (155-5p, 122-5p, 181a-5p, 483-3p, 885-5p y 194-5p) y quimiocinas (CXCL-9, CXCL-10 y CXCL-11), y evaluar su capacidad para predecir y diagnosticar TCMR. Para correlacionar la expresión plasmática y tisular de miR-155-5p, 122-5p y 181a-5p, se recogieron 27 muestras de tejido hepático (9 pacientes con analítica normal y 18 con TCMR).

Resultados: Cuarenta pacientes (26,5%) fueron diagnosticados de TCMR. Los miRNAs circulantes 155-5p y 122-5p mostraron una mayor expresión y reflejaron los cambios a nivel tisular en TCMR. El resto de miRNAs y quimiocinas también mostraron una elevación significativa en TCMR. Los miRNAs 155-5p, 181a-5p y CXCL-10 demostraron los mejores resultados, conformando nuevamente el mejor score para TCMR: AUROC 0.95 (IC 95% 0.93-0.96) para la predicción y AUROC 0.99 (IC 95% 0.98-0.99) para el diagnóstico. Al evaluar los biomarcadores específicamente en el momento de la BH, los miRNAs 155-5p y 181a-5p identificaron a todos los pacientes con rechazo (AUROC=1).

Conclusiones: La correlación entre los niveles plasmáticos de miRNAs y la expresión en tejido hepático confirma su valor para la predicción y diagnóstico de TCMR. El modelo basado en los miRNAs 155-5p, 181a-5p y CXCL-10 proporcionó el mejor modelo predictivo y diagnóstico para TCMR.



S06.5

CITOQUINAS EN ORINA Y DNA LIBRE DERIVADO DEL DONANTE COMO BIOMARCADORES DE RECHAZO EN TRASPLANTE RENAL: UN ESTUDIO EN PRÁCTICA CLÍNICA

Irina B. Torres, Claudia Carrera, Sergi Cantenys, Monica Martínez Gallo, Delphine Kervella, Tiffany Álvarez, Joana Sellares, Maria Meneghini, Francesc Moreso, Oriol Bestard
H. U. Vall d'Hebron

Antecedentes: Las quimiocinas urinarias y el ADN libre de células derivado del donante (dd-cfDNA) son biomarcadores no invasivos del rechazo en el injerto renal. Sin embargo, la comparación directa entre ambos para evaluar su valor relativo o combinado sigue sin explorarse.

Métodos: Entre agosto de 2022 y julio de 2024, se recogieron muestras de orina y sangre en las biopsias renales indicadas por causa clínica y de vigilancia realizadas en nuestro centro. Las biopsias fueron evaluadas según los criterios de Banff 2022. Se cuantificaron los niveles urinarios de CXCL9, CXCL10, CCL2 y VEGF-A mediante la plataforma ProteinSimple™ normalizados por la creatinina urinaria. El dd-cfDNA se midió con el kit AlloSeq™ cfDNA.

Resultados: Se reclutaron 195 pacientes con muestras adecuadas. Las biopsias por indicación clínica (n=102) incluyeron rechazo mediado por anticuerpos activo (ABMR, n=19), cambios limítrofes (n=11), rechazo mediado por células T (TCMR, n=8), ABMR crónico (n=11), inflamación microvascular (n=3), recurrencia de enfermedad primaria (n=10) y nefropatía por poliomavirus (PVAN, n=3). Las biopsias de vigilancia (n=93) incluyeron ABMR (n=11), cambios limítrofes (n=3), TCMR (n=2), ABMR crónico (n=3), recurrencia (n=1) y PVAN (n=1). La combinación de creatinina sérica (SCr), anticuerpos donantes específicos (DSA) y dd-cfDNA mostró la mayor precisión diagnóstica para cualquier tipo de rechazo (AUC 0.87). Agregar CXCL9 o CXCL10 a SCr y DSA también tuvo un buen rendimiento (AUC 0.80). Estas diferencias se debieron principalmente a la mayor precisión del dd-cfDNA en el rechazo subclínico (AUC 0.89). En biopsias por indicación clínica, SCr, DSA y dd-cfDNA o CXCL10 mostraron un rendimiento similar en la predicción de rechazo activo.

Conclusiones: En biopsias por indicación tanto la quimiocina urinaria CXCL10 como el dd-cfDNA mejoran de manera similar la predicción del rechazo cuando se combinan con los parámetros clínicos. Sin embargo, en el rechazo subclínico el dd-cfDNA mostró un valor predictivo superior al de las quimiocinas.

S06.6

DECODING ACUTE REJECTION-INDUCED ISLET INJURY IN PANCREAS TRANSPLANTATION

Tim Swaab¹, M. José Ramírez-Bajo^{2,3}, Alejandro Álvaro-Meca⁴, Charlotte Franken², Jordi Rovira^{2,3}, Elisenda Bañón Maneus^{2,3}, Adriana Rodríguez-Gonzalo², Enrique Montagud-Marras^{2,3,5}, Ivan Archilla⁶, M. Ángeles García Criado⁷, Joana Ferrer Fàbrega⁸, Fritz Diekmann^{2,3,5}, Robert Pol¹, Pedro Ventura-Aguilar^{2,3,5}

1: University Medical Center Groningen, Department of Surgery, Division of Transplantation Surgery, Groningen, the Netherlands 2: Fundació de Recerca Clínica Barcelona- Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (FRCB- IDIBAPS), Laboratori Experimental de Nefrologia i Trasplantament (LENIT), Barcelona, Spain 3: Redes de Investigación Cooperativa Orientadas a Resultados en Salud (RICORS), Madrid, Spain 4: Rey Juan Carlos University, Department of Preventive Medicine and Public Health, Madrid, Spain 5: H. Clínic Barcelona, Department of Nephrology and Kidney Transplantation, Barcelona, Spain 6: H. Clínic Barcelona, Department of Pathology, Center for Biomedical Diagnosis, Barcelona, Spain 7: H. Clínic Barcelona, Department of Radiology, Center for Biomedical Imaging, Barcelona, Spain 8: H. Clínic Barcelona, Department of Hepatobiliary Surgery, Barcelona, Spain

Background: Acute rejection in pancreas transplantation is associated with a reduction in long-term graft survival. At the histological evaluation, endocrine pancreas (islets) inflammation is seldom observed, but islet cell damage, and occasional islet necrosis may occur in T cell mediated rejection (TCMR) and antibody mediated rejection (ABMR). In this study, we leveraged to explore the relationship between acute rejection and islet injury through molecular analysis.

Methods: Bulk RNA sequencing was performed on 33 pancreas graft biopsies (No rejection: n=11; T cell-mediated rejection: n=22), including both for-cause and surveillance biopsies. Whole tissue RNA was extracted from formalin-fixed paraffin-embedded (FFPE) tissue. Non-coding genes were excluded from the analysis. Differentially expressed islet-specific genes were cross-referenced with a predefined islet α , β , γ , and δ cell-specific geneset (n=260 genes, scPancMeta).

Results: Of the 16,743 coding genes sequenced, 247 aligned with the pancreas-specific geneset, and 80 were significantly differentially expressed across islet cell types. In α cells, overexpression of cell adhesion and communication genes (MUC13, KCTD12, HS3ST3B1), while underexpression of developmental and stress response genes (PAX6, APLP1) suggested disruptions in adhesion and differentiation. β cells displayed underexpression of insulin signaling genes (IGF1R, ITPR3), critical for insulin secretion, and overexpression of stress response genes (DHR52, RAP1GAP2), reflecting adaptation to stress. δ cells showed most prominently underexpression of stress response genes (DHR52, NDRG4) and overexpression of structural genes (MAP1B), highlighting structural vulnerability.

Conclusions: These findings unveil a prominent islet injury phenotype during pancreas T cell mediated rejection. Further studies are warranted to understand the pathways involved in islet-induced injury and its impact on graft survival.



S06.7

PERFIL DE MICRORNA COMO BIOMARCADOR DE LESIÓN HEPÁTICA EN DIFERENTES TIPOS DE DONANTE DE HÍGADO

Mar Dalmau, Ramón Charco, Cristina Dopazo, Mireia Caralt, Jose Andrés Molino, Itxarone Bilbao, Concepción Gómez-Gavara
H. U. Vall d'Hebron

Objetivo: Ciertos microRNA han surgido como biomarcadores precoces de lesión hepática en el contexto del trasplante. Encontrar marcadores de viabilidad del injerto proporcionará medidas objetivas para ampliar el uso de donantes con criterios extendidos. El objetivo de este estudio es analizar la expresión de miRNAs en diferentes tipos de donantes.

Material y métodos: Estudio prospectivo, observacional, unicéntrico que cuantifica la expresión de miRNAs relacionados con lesión hepática (miR-122, miR-148a, miR-155, miR-22, miR-222) mediante RT-qPCR en suero, tejido hepático y líquido de perfusión en diferentes donantes entre 2019 y 2021. La normalización de las muestras se realizó utilizando microRNA endógenos (miR-103a, miR-191, miR-16, miR-30, miR-let7a). Se comparan datos de 10 donantes en muerte encefálica (DME) y 10 donantes en asistolia controlada (DAC) con perfusión regional normotérmica (PRN).

Resultados: En el postrasplante, ambos grupos fueron comparables en términos de disfunción temprana del injerto (20% por grupo), índice CCI (10.6 en DME y 23.9 en DAC, p 0.11) y supervivencia a tres años (80% DME y 100% DAC, p 0.47). En tejido hepático, miR-122 se expresó 50 veces más que los miRNA de referencia, y no hubo diferencias en la expresión entre tipos de donante. En líquido de preservación, la expresión relativa de miR-148a, miR-222 y miR-22 fue mayor en DBD que en DAC. En el suero recogido previa laparotomía, no hubo diferencias en la expresión de miRNA entre donantes. Sin embargo, en comparación con el suero recogido del circuito de PRN tras una media de 27 minutos de isquemia caliente, hay una marcada tendencia al alza de miR-122 y la ratio miR-122/222.

Conclusiones: El líquido de preservación de lavado del injerto recogido en banco presenta una expresión diferencial de miR-148a, miR-222 y miR-22, que podrían representar biomarcadores tempranos de lesión hepática y asimismo proporcionar información sobre la calidad del injerto hepático antes del trasplante.

S06.8

GENE EXPRESSION PROFILE IN PANCREAS TRANSPLANTATION

M. José Ramírez-Bajo^{1,2}, Jordi Rovira^{1,2}, Ruben López Aladid³, Elisenda Bañón-Maneus^{1,2}, Natalia Hierro García^{1,2}, Miriam Cuatrecasas⁴, M. Ángeles García Criado⁵, Enrique Montagud-Marrahi^{1,2,6}, Alejandro Álvaro-Meca⁷, Antonio J. Amor⁸, Joana Ferrer Fàbrega⁹, Fritz Diekmann^{1,2,6}, Pedro Ventura-Aguilar^{1,2,6}

1: Fundació de Recerca Clínic Barcelona-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Laboratori Experimental de Nefrologia i Trasplantament (LENIT), Barcelona, Spain 2: Redes de Investigación Cooperativa Orientadas a Resultados en Salud (RICORS), Madrid, Spain 3: H. Clínic Barcelona, Department of Clinical Microbiology, Centre de Diagnòstic Biomèdic (CDB), Barcelona, Spain 4: H. Clínic Barcelona, Department of Pathology, Center for Biomedical Diagnosis, Barcelona, Spain 5: H. Clínic Barcelona, Department of Radiology, Center for Biomedical Imaging, Barcelona, Spain 6: H. Clínic Barcelona, Department of Nephrology and Kidney Transplantation, Barcelona, Spain 7: Rey Juan Carlos University, Department of Preventive Medicine and Public Health, Madrid, Spain 8: H. Clínic Barcelona, Department of Endocrinology, Barcelona, Spain 9: H. Clínic Barcelona, Department of Hepato-bilio-pancreatic Surgery, Barcelona, Spain

Background: Blood-based molecular biomarkers accurately predict short-term kidney transplant outcomes. We explored the ability of gene expression profiling (GEP) to correlate with short-term pancreas transplant outcomes and predict graft rejection.

Methods: In a cross-sectional study, we analyzed blood gene expression profile (GEP) in 75 pancreas biopsy-matched plasma samples from pancreas transplant recipients using Trugraf. In a subset of 38 paraffin-embedded samples, we correlated plasma GEP with graft transcript signatures using the Banff Human Organ Transplant (B-HOT) NanoString panel.

Results: Blood GEP overall sensitivity for the diagnosis of P-BPAR was 74.1%, with a specificity of 83.3%, and a negative predictive value (NPV) of 86.7%. GEP performance improved in biopsies performed for cause (NPV 91%) and for the diagnosis of pancreas subclinical rejection (specificity 86.1%). There were no differences in GEP result according to type of rejection (Indeterminate, TCMR, or ABMR) or the location of inflammation within the graft (ducts, septal, or acinar area). Graft transcripts analysis demonstrated an overexpression of IFN- γ superfamily, IL7R, SERPINE1, LN2, and TNFRSF17, in patients with a positive Trugraf (No-TX). Gene enrichment analyzes highlighted an increase of genes associated with TCR signaling, CD28 family activation, IFN- γ signaling, and phagosome pathway in patients with No-TX. Furthermore, a positive Trugraf was associated with an overexpression of immune cell-related genes, namely CD8+ T cells, macrophages, and plasma cells (p < 0.05). Tissue common response module (tCRM) score was higher in patients with a positive GEP result. Conversely, Trugraf predicted grafts' tCRM score, with an AUC of 0.71 (95% CI 0.55-0.88; p=0.02).

Conclusions: These results unveil the utility of blood GEP as a non-invasive alternative to tissue biopsy for diagnosis of pancreas graft rejection, and its ability to depict pancreas inflammatory activity. Blood GEP may be useful for the identification of subclinical and T-cell mediated rejections and to help individualize immunosuppression therapy.



Pósters

Los señalados con el símbolo * son finalistas para el premio a mejor póster

Trasplante renal
P01 a P18

Trasplante hepático
P19 a P27

Trasplante cardíaco
P28

Trasplante pulmonar
P29

Trasplante de páncreas e islotes
P30 a P32

Donación
P33 a P38



P01*

FACTORES ASOCIADOS A LA MORTALIDAD PRECOZ EN RECEPTORES DE TRASPLANTE RENAL ≥70 AÑOS

Onia Franquet, Betty Chamoun, Cristina Amorós, Dolores Redondo-Pachón, Carla C. Burballa Tàrrega, Almudena Juez, Marta Crespo, M. José Pérez Sáez, Anna Buxeda
H. del Mar Barcelona

Introducción: Los receptores de trasplante renal (RTR) de edad avanzada se enfrentan a un exceso de riesgo de mortalidad durante el primer año postrasplante, con una supervivencia a los 12 meses postrasplante <90%. Poco se conoce respecto a mortalidad precoz tras el retorno a diálisis. Nuestro objetivo fue identificar los factores asociados a esta mortalidad precoz dado que podría contribuir a mejorar los resultados.

Métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico que analiza 210 RTR ≥70 años que recibieron injerto de donante fallecido [2012-2020]. La mediana de seguimiento posTR hasta el exitus o abril/2024 fue de 29.24 [8.34-46.88] meses, independientemente de si el injerto era/no funcionante. Definimos mortalidad precoz como el fallecimiento del paciente <18m-posTR.

Resultados: La edad media fue de 74.3±4 años y el 32.8% fueron mujeres. Durante el seguimiento, 31 (14.8%) RTR fallecieron de manera precoz. El grupo de mortalidad precoz era mayor y tenía más enfermedad cerebrovascular. No observamos diferencias en cuanto a características de los donantes entre grupos. Los pacientes con mortalidad precoz presentaban más injertos no funcionantes (PNF, 25.81% vs 11.17%), mayor función retrasada del injerto (54.17% vs 33.33%) y primera estancia hospitalaria más larga (25 vs 14 días). Además, alcanzaron peor función renal: Cr nadir (2.09 vs 1.53mg/dl) y eGFR 3m-posTR (24ml/min vs 36.66ml/min). El análisis multivariante confirmó la enfermedad cerebrovascular preTR (HR 4.8 [1.8-13.1], p=0.002), la PNF (HR 15.4 [1.7-141.1], p=0.016) y eGFR 3m-posTR (HR 0.93 [0.87-0.99], p=0.029) como factores asociados independientes de mortalidad precoz. No observamos diferencias en las causas de mortalidad entre grupos.

Conclusiones: Un 14.8% de los receptores ≥70 años mueren precozmente posTR. La PNF y una peor función renal son factores de riesgo de mortalidad precoz en este grupo de edad. Elaborar estrategias para mejorar la función renal de estos pacientes podría, además, mejorar su supervivencia.

P02*

LOS INHIBIDORES DEL SGLT2 REDUCEN LA CAÍDA DEL FILTRADO GLOMERULAR ANUAL EN TRASPLANTADOS RENALES DIABÉTICOS Y NO DIABÉTICOS

Diana Rodríguez-Espinosa, Jonay García, Blerina Mataj, Ricardo Parra, Nuria Esforzado, Jose V. Torregrosa, Ángela González, Carol Arana, Enrique Montagud Marrahí, Alicia Molina-Andújar, David Cucchiari, Ignacio Revuelta, Pedro Ventura-Aguilar, José Jesús Broseta, Fritz Diekmann
H. Clínic Barcelona

Antecedentes: El deterioro de la función renal es inevitable en los receptores de trasplante renal (RTR). El daño inmunológico y no inmunológico provoca hiperfiltración, pérdida glomerular, fibrosis intersticial y atrofia tubular. Aunque los inhibidores del iSGLT2 (iSGLT2) han demostrado retrasar el inicio de la diálisis en pacientes diabéticos y no diabéticos con enfermedad renal crónica (ERC), no existen datos en RTR no diabéticos.

Métodos: En este estudio de cohorte única, se incluyeron todos los RTR del Hospital Clínic de Barcelona que recibieron tratamiento con iSGLT2. Se recopilaron pruebas de sangre y orina a los 12, 6 y 3 meses antes y después de iniciar el tratamiento. Se obtuvieron datos demográficos y clínicos de los registros médicos. Se registraron la tasa de filtración glomerular estimada (FGe), el cociente proteína/creatinina urinaria (CPC), infecciones del tracto urinario (ITU) y causas del abandono del tratamiento.

Resultados: Entre 2021 y 2023, 305 RTR recibieron SGLT2i, de los cuales 33 perdieron el seguimiento. 190 (62%) eran hombres, 153 (50,2%) tenían diabetes, y 79 (26%) tenían antecedentes de rechazo. 59 (22%) recibían un agonista de GLP1. La pendiente anual de la FGe disminuyó de 1,58 a 0,32 ml/min/1,73m² (p=0,049). La CPC mejoró significativamente, pasando de un aumento de 162 mg/g a una reducción de 64 mg/g (p=0,022). Estos resultados fueron independientes del estado diabético. 48 pacientes abandonaron la medicación debido a pérdida del injerto (16), ITU (4), y otros motivos. 63 pacientes fueron ingresados por ITU, 40 de ellos solo una vez.

Conclusiones: Los inhibidores del SGLT2 ralentizan el deterioro de la función renal en RTR diabéticos y no diabéticos, demostrando su potencial para preservar la función del injerto.



P03*

PRONÓSTICO DE TRASPLANTE RENAL HLA INCOMPATIBLE CON TRATAMIENTO DE DESENSIBILIZACIÓN ESTÁNDAR

Tiffany Álvarez, Irina B. Torres, Zaira Castañeda, Joana Sellares, Manel Perelló, Maria Meneghini, Delphine Kervella, Joaquin Mejía, Oriol Bestard, Francesc Moreso
H. U. Vall d'Hebron

Antecedentes: El trasplante renal HLA incompatible debe considerarse en receptores altamente sensibilizados, y las terapias de desensibilización basadas en aféresis, inmunoglobulina intravenosa (IVIg) y rituximab son el estándar de tratamiento. Revisamos la experiencia en nuestro centro y clasificamos los trasplantes según el resultado del crossmatch por citometría de flujo (FC-XM) entre donante y receptor.

Métodos: Se analizaron trasplantes renales HLA incompatible realizados entre 2011 y 2022 en pacientes con un FC-XM pretrasplante disponible y que recibieron desensibilización estándar. Todos tuvieron un crossmatch por citotoxicidad (CDC) negativo. La desensibilización incluyó aféresis, IVIg (2 g/kg de peso) y rituximab (375 mg/m²). Se administró inducción con timoglobulina y mantenimiento con tacrolimus, micofenolato mofetil (MMF) y esteroides. Se realizaron biopsias de protocolo a los 3 y 12 meses.

Resultados: Se incluyeron 41 pacientes (28 con FC-XM negativo y 13 con FC-XM positivo: 9 para células B, 2 para células T y 2 para T y B). El rechazo temprano (11% vs. 46%) y subclínico a los 3 y 12 meses fue significativamente más frecuente en el grupo FC-XM positivo. No hubo diferencias en la función renal al primer año ni en la supervivencia del injerto censurada por muerte o la supervivencia del paciente a 5 años. La pérdida del injerto se debió a rechazo mediado por anticuerpos crónico en 3 pacientes con FC-XM positivo y en 1 con FC-XM negativo. La principal causa de muerte fue neumonía por COVID-19 (n=3) en el grupo FC-XM negativo.

Conclusiones: La desensibilización estándar en trasplantes HLA incompatibles con CDC negativo y FC-XM positivo se asocia con una alta incidencia de rechazo mediado por anticuerpos, pero ofrece resultados clínicos aceptables a medio plazo en receptores de alto riesgo inmunológico.

P04*

DIFERENCIAS POR SEXO EN EL RIESGO DE ABMR Y FRACASO DEL INJERTO EN RECEPTORES RENALES HIPERSENSIBILIZADOS

Evelyn Hermida^{1,8}, Edoardo Melilli², Francesc Moreso³, Marta Crespo⁴, Carme Facundo⁵, Anna Vila-Santandreu⁶, M. José Pérez Sáez⁴, Alexandre Favà², Cinthia Baldallo³, Cristina Canal⁵, Javier Martínez⁶, Eduard Palou¹, Jaume Tort⁷, Jordi Comas⁷, Jordi Rovira⁸, Fritz Diekmann^{1,8}, Pedro Ventura-Aguilar^{1,8}

1: H. Clínic Barcelona 2: H. U. Bellvitge 3: H. U. Vall d'Hebron 4: H. del Mar Barcelona Research Institute 5: Fundació Puigvert 6: H. U. Germans Trias i Pujol 7: Organització Catalana de Trasplantes, Barcelona 8: Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer

Los receptores de trasplante renal (RTR) hipersensibilizados presentan un mayor riesgo de ABMR. El objetivo de este estudio era analizar las diferencias basadas en el sexo en cuanto a los factores de riesgo de ABMR durante el primer año tras el trasplante y el fracaso del injerto en una cohorte de RTR hipersensibilizados.

Métodos: Se realizó un estudio multicéntrico retrospectivo que incluyó a los RTR hipersensibilizados (cPRA \geq 90%) que recibieron trasplantados en cualquiera de los seis centros de trasplantadores de Cataluña, entre julio-2015 y diciembre-2021. Los pacientes con fallo primario del injerto (< 48h) fueron excluidos del análisis.

Resultados: Se incluyeron en el análisis 438 pacientes. El 26,5% (n=116) presentaban DSA preformados. La supervivencia estimada del injerto (censurada por muerte) al año y a los 5-años fue del 96,9 y el 81,6%, respectivamente. 65 pacientes (17,1%) presentaron un rechazo agudo durante el primer año postrasplante (68% ABMR). En un análisis multivariante, los varones (HR=9,9; p=0,03), la intensidad media de fluorescencia (MFI) del DSA preformado (HR=4,3; p=0,006) y las discordancias HLA-DQB verificadas (OR=5,2; p=0,003) se asociaron a un mayor riesgo de ABMR durante el primer año. Un análisis estratificado por sexos mostró un riesgo de ABMR seis veces mayor en los hombres con un DSA preformado, independientemente del número de trasplantes (el primero frente a cualquier retrasplante) o de la edad (< 50 vs \geq 50 años). Entre las mujeres, se observó que el riesgo de ABMR aumentaba en las < 50 años (vs \geq 50 años), sobre todo cuando se verificaba una incompatibilidad de eplet HLA-DQB1>2. Las causas inmunológicas como fracaso del injerto predominaron en ambos sexos, pero fueron más frecuentes en los hombres, mientras que las infecciones fueron más prevalentes en las mujeres.

Conclusiones: Estos hallazgos enfatizan la importancia de incorporar el factor sexo en la evaluación del riesgo y en la estrategia de manejo postrasplante para esta población de alto riesgo.



P05*

INCISIÓN ÚNICA EN J MODIFICADA PARA EL TRASPLANTE HEPATORRENAL PEDIÁTRICO: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS UROLÓGICOS

Romy Gander, José Andrés Molino, Isabel González-Barba, Gloria Fatou Royo, Mercedes López, Saskia Agámez, Jesús Quintero, Cristina Padrós, María M. Mercadal Hally, Gema Ariceta, Marino Asensio
H. U. Vall d'Hebron

Objetivos: El trasplante hepatorrenal (THR) se ha realizado tradicionalmente a través de dos incisiones separadas. Nuestro objetivo fue describir nuestra experiencia inicial utilizando una incisión única en J modificada (IJM) y evaluar los resultados, centrándonos en los resultados urológicos y las complicaciones.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de THR pediátricos realizados entre 2000 y 2024 utilizando la IJM. Este abordaje permite el acceso a los cuadrantes superior e inferior derechos, lo que facilita la implantación ortotópica del injerto hepático y la implantación heterotópica intraperitoneal del injerto renal en el lado derecho.

Resultados: De los 21 THR realizados, en 9 (3 mujeres/6 hombres) se utilizó la IJM. La edad y el peso medio fueron de 13.50 (DT:4.59) años y 37.25 (DT:17.32) kg, respectivamente. Las enfermedades primarias fueron poliquistosis hepatorrenal (6), mutación del gen NEK8 (1), hiperoxaluria primaria (1) y acidemia metilmalónica (1). Siete recibieron su primer injerto renal y 2 un sucesivo. Todos los injertos se implantaron intraperitonealmente y en el lado derecho. Los vasos ilíacos se emplearon en todas las anastomosis arteriales y venosas, excepto en una. El reimplante ureteral se realizó utilizando la técnica de Lich-Gregoir (LG) en 6 y anastomosis uretero-ureteral (UU) término-terminal en los 3 restantes. No hubo complicaciones intraoperatorias. Observamos complicaciones postoperatorias en 3 (33.3%): dos fugas urinarias (una tras reimplantación LG y otra tras reimplantación UU) y 1 sangrado. Con un seguimiento medio de 3 (DT: 4.24) años, todos los injertos son funcionantes.

Conclusiones: El THR a través de IJM proporciona un acceso seguro a los cuadrantes superior e inferior derechos sin comprometer la exposición quirúrgica. Permite reducir el tiempo operatorio y el tiempo de isquemia fría del injerto renal. Las anastomosis vasculares pueden realizarse en los vasos ilíacos con la misma eficacia que con el abordaje clásico.

P06

EXPERIENCIA CLÍNICA CON FOTOAFÉREIS EXTRACORPÓREA EN PACIENTES TRASPLANTADOS RENALES CON NEFROPATÍA POR VIRUS BK

Ángela González¹, Víctor Joaquín Escudero Saiz¹, Marc Xipell¹, Judit Cacho Alonso¹, María Iraola Legarra¹, Rodrigo Zolezzi Ramirez¹, Paola Charry², Gastón Piñero¹, Marta Bodro³, Joan Cid², Federico Oppenheimer¹, Carolt Arana¹, Alicia Molina Andújar¹, Diana Rodríguez Espinosa¹, Jordi Rovira^{4,5}, Miquel Lozano², Fritz Diekmann^{1,4,5}

1: Instituto Clínico de Nefrología y Urología, H. Clínic Barcelona 2: Instituto de Cáncer y Enfermedades de la Sangre, Sección de Hemoterapia y Aféresis. H. Clínic Barcelona 3: Servicio de Enfermedades Infecciosas, H. Clínic Barcelona 4: Laboratorio experimental de Nefrología y Trasplante (LENIT) 5: Instituto de Investigaciones Biomédicas August Pi i Sunyer (IDIBAPS)

Objetivo: La nefropatía por virus BK (NBK) aumenta la pérdida de injerto renal. La fotoaféresis extracorpórea utilizada en la enfermedad injerto contra huésped (EICH) o rechazo cardiaco/pulmonar también plantea potencial inmunogénico frente a infecciones. El objetivo fue describir los resultados de 13 pacientes trasplantados con NBK refractaria tratados con fotoaféresis.

Material y método: Presentamos un estudio retrospectivo realizado en Hospital Clínic de Barcelona entre 2018 y 2024. Se incluyeron receptores con NBK y refractariedad tras reducción de inmunosupresión y terapias adyuvantes. La edad media fue de 51 años, [42-59 IQR], con 54% de los casos con cPRA>50%. La mediana de tiempo desde trasplante hasta nefropatía fue de 38,4 semanas [34-58.8]. Las terapias previas incluían reducción de tacrolimus (100%), IGEV (77%), imTOR (77%) y leflunomida (15%). La fotoaféresis se inició 21,3 semanas tras la nefropatía [5.9-49.1] con una media de 11 sesiones (10-20).

Resultados: La viremia al inicio de fotoaféresis fue (3.66x10⁶ cp/mL [847x10³-7.71 x10⁶] con descenso hasta 55.3%, 95.9%, 99.7% y 99.9% a los 3, 6, 12 y 18 meses. A pesar de reducción de la viremia, hubo un deterioro de la función renal medido por eGFR desde 40 hasta 22.5 mL/min/1.73 m² a los 18 meses. Al inicio ya existía importante cronicidad en la biopsia, incluyendo IFTA=2, ci=2 y ct=2. En 3 casos la biopsia posterior mostro mejoría histológica. En el 80% se estabilizó la función renal, en 2 casos hubo pérdida de injerto (15%). Un caso presentó rechazo humoral crónico activo, y otro falleció por otra causa. No hubo ninguna complicación durante las sesiones de fotoaféresis ni aumento de infecciones.

Conclusión: La fotoaféresis muestra un buen perfil de seguridad y efectividad como terapia adyuvante en casos refractarios de BKN. Su inicio precoz podría mejorar los outcomes renales. Son necesarios estudios multicéntricos para validar y protocolizar estos hallazgos.



P07

Este póster finalmente no se presenta

P08

Este póster finalmente no se presenta



P09

IMPACTO DEL TÍTULO DE ISOHEMAGLUTININAS EN LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE RENAL DE DONANTE VIVO ABO INCOMPATIBLE

Michelle Andrea Linarez Brea¹, Carla C. Burballa Tàrrega¹, Eulàlia Sola Porta², Betty Chamoun¹, Anna Buxeda i Porras¹, Ariadna González García¹, M. Dolores Redondo¹, M. José Pérez Sáez¹, Marta Crespo¹

1: H. del Mar Barcelona 2: Consorci Sanitari Alt Penedès-Garraf

Objetivos: El trasplante renal de donante vivo ABO-incompatible (ABOi-TRDV) se realiza gracias a estrategias de desensibilización que permiten alcanzar títulos de hemaglutininas (HA) $\leq 1:8$. El objetivo fue analizar los resultados del ABOi-TRDV considerando los títulos de HA iniciales, post-desensibilización y postrasplante.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de la función renal (FR) receptores de ABOi-TRDV en el Hospital del Mar (junio/2014-diciembre/2024). La FR se evaluó a los 7 días, 3, 6, 12, 24 y 36 meses postrasplante según los títulos máximos iniciales de HA IgG (\leq vs.>64), post-desensibilización (\leq vs.>8) y el rebote postrasplante ($<$ vs. ≥ 16). La desensibilización incluyó rituximab y aféresis (recambios plasmáticos, inmunoadsorción específica o ambas). Evaluamos la tasa de infecciones, de rechazo y la supervivencia del injerto.

Resultados: Se analizaron 32 receptores de ABOi-TRDV (28 hombres) de 57.8 ± 13.4 años y seguimiento medio de 36 meses [14.8-56.3]. 75% de los receptores eran del grupo sanguíneo O; el 68.8% de los donantes eran A. 65% presentaban títulos iniciales HA IgG ≥ 64 (1:64-1:256). Del total de receptores, el 31.2% presentaron un rebote IgG ≥ 16 . No encontramos asociación entre los títulos de HA en los diferentes puntos evaluados y la tasa de rechazo (15.6%) o las infecciones postrasplantes (citomegalovirus 18.7%; virus BK 15.6%). Tampoco diferencias en la supervivencia del injerto muerte-censurada durante el seguimiento. Los pacientes con HA IgG >64 presentaron peor filtrado glomerular 1 (45.6 ± 10.1 vs. 59.4 ± 19.8 ; $p=0.03$) y 3 años postrasplante (44.2 ± 12.8 vs. 61.5 ± 20.8 ; $p=0.05$). Sin presentar títulos más altos de HA, la tasa de rechazo fue mayor en los receptores del grupo A (A: 75% vs. B: 33.3% vs. C: 4.3%).

Conclusiones: Los títulos iniciales HA IgG, post-desensibilización y el rebote post-ABOi-TRDV no impactan en la supervivencia del injerto ni en la tasa de rechazo o infecciones postrasplante. Valores iniciales de HA IgG ≥ 64 asocian peor FR uno y tres años postrasplante. Los receptores del grupo A presentaron mayor tasa de rechazo.

P10

RESULTADOS A LARGO PLAZO DEL TRASPLANTE RENAL DE DONANTES VIVOS CON CRITERIOS EXPANDIDOS

Roger Alabau¹, Emma Arcos Fuster², Jordi Comas², Leonor Fayos¹, Jaume Tort Bardolet², Ignacio Revuelta Vicente³, Anna Manonelles⁴, Marta Crespo⁶, Francesc Moreso⁵, Anna Vila Santandreu⁷, Carme Facundo¹, Lluís Guirado¹

1: Servei de Nefrologia. Fundació Puigvert. Barcelona. 2: Organització Catalana de Trasplantaments 3: Servei de Nefrologia. H. Clínic Barcelona 4: Servei de Nefrologia. H. U. Bellvitge. l'Hospitalet de Llobregat. 5: Servei de Nefrologia. H. U. Vall d'Hebron. Barcelona. 6: Servei de Nefrologia. H. del Mar. Barcelona. 7: Servei de Nefrologia. H. U. Germans Trias i Pujol. Badalona

Introducción y objetivos: En las últimas décadas, hemos sido testigos de un aumento constante en el uso de donantes con criterios expandidos, inicialmente de donantes fallecidos y, más recientemente, de donantes vivos. Todo ello con el objetivo de reducir el tiempo de espera para el trasplante en nuestros receptores. Sin embargo, existe una preocupación significativa sobre los resultados a largo plazo obtenidos con donantes vivos de criterios expandidos.

Métodos: Utilizando el Registro Catalán de Pacientes Renales, analizamos y comparamos los resultados a largo plazo obtenidos con diferentes tipos de donantes durante el período 2000-2023:

- Donantes vivos estándar (< 70 años y CKD-EPI >70 ml/min)
- Donantes fallecidos estándar (45-60 años, CKD-EPI >70 ml/min, sin diabetes)
- Donantes vivos con criterios expandidos (>70 años o CKD-EPI < 70 ml/min)
- Donantes fallecidos con criterios expandidos (>70 años o CKD-EPI < 70 ml/min)

Conclusiones: Nuestros datos confirman que los donantes vivos proporcionan mejores tasas de supervivencia del paciente y del injerto a largo plazo en la población trasplantada renal. Notablemente, los resultados son superiores cuando se utiliza un donante vivo con criterios expandidos en comparación con un donante fallecido estándar. Al comparar los resultados entre donantes vivos y fallecidos con criterios expandidos, las diferencias son significativamente favorables para los donantes vivos. Ello nos reafirma en el uso de donantes vivos con criterios expandidos, especialmente cuando favorecen el trasplante anticipado de nuestros pacientes.



P11

AUMENTO EN EL USO DE DONANTES VIVOS CON CRITERIOS EXPANDIDOS PARA FACILITAR EL TRASPLANTE RENAL ANTICIPADO DE NUESTROS PACIENTES

Roger Alabau¹, Emma Arcos Fuster², Jordi Comas², Núria Serra¹, Jaume Tort Bardolet², Ignacio Revuelta Vicente³, Anna Manonelles⁴, Marta Crespo⁵, Francesc Josep Moreso Mateos⁵, Anna Vila Santandreu⁷, Carme Facundo¹, Lluís Guirado¹

1: Servei de Nefrologia. Fundació Puigvert. Barcelona. 2: Organització Catalana de Trasplantaments 3: Servei de Nefrologia. H. Clínic Barcelona 4: Servei de Nefrologia. H. U. Bellvitge. l'Hospitalet de Llobregat. 5: Servei de Nefrologia. H. U. Vall d'Hebron. Barcelona. 6: Servei de Nefrologia. H. del Mar. Barcelona. 7: Servei de Nefrologia. H. U. Germans Trias i Pujol. Badalona

Introducción y objetivos: España tiene el porcentaje más alto de donantes fallecidos pmp del mundo (50 pmp en 2023). A pesar de ello, el tiempo medio en lista de espera hasta el trasplante fue de 20,6 meses en 2023. Los pacientes jóvenes y los receptores del grupo O presentan un tiempo aún mayor. El donante vivo es la mejor solución para ofrecerles un trasplante renal anticipado. Recientemente, el número de donantes vivos con criterios expandidos ha crecido significativamente en nuestra área para facilitar este objetivo.

Métodos: Utilizando el Registro Catalán de Pacientes Renales, describimos las características de 2.510 trasplantes renales de donante vivo realizados en Cataluña entre los años 2000 y 2023, con el objetivo de observar los cambios en los criterios de aceptación de estos donantes.

Conclusiones: La introducción progresiva de donantes vivos con criterios ampliados ha permitido el aumento constante del trasplante renal anticipado. Los excelentes resultados a largo plazo de estos injertos en los receptores (supervivencia paciente a 10 años del 86,4% e injerto del 72,2%), nos permiten considerarlos como una primera opción de tratamiento para nuestros pacientes.

P12

LA SOBRECARGA DE VOLUMEN EN EL POSTRASPLANTE RENAL: MÁS COMÚN DE LO QUE PARECE

Javier Paúl Martínez¹, Ines Perezpayá¹, Gregorio Romero González^{1,2}, Jordi Soler Majoral¹, Nestor Rodríguez Chitiva¹, Carles Cañameras Fugasot¹, Fernando Parra Londoño¹, María Molina Gómez¹, Omar Taco Sánchez¹, Mónica Bolufer Cardona¹, Rosana Gelpi Remiro¹, Ángela Casas Parra¹, Laura Cañas Solé¹, Jordi Bover Sanjuan¹, Jordi Ara Del Rey¹, Anna Vila Santandreu¹

1: H. U. Germans Trias i Pujol, Badalona, Spain 2: International Renal Research Institute of Vicenza, Vicenza, Italy

Introducción: La intolerancia a fluidos (IF) se define como el grado en el que un paciente puede tolerar la administración de fluidos sin causar disfunción orgánica. En el escenario del paciente crítico, la administración liberal de fluidos en pacientes con IF se asocia con lesión renal aguda. Sin embargo, existe poca evidencia sobre el efecto de la administración de fluidos en el perioperatorio del trasplante renal (TR), en parte porque las herramientas actuales son poco sensibles para valorar la IF, especialmente cuando existe aumento de las presiones de llenado ventriculares.

Objetivos: Evaluar la prevalencia de la IF mediante ecografía a pie de cama y biomarcadores de congestión en pacientes con TR y en aquellos que desarrollan función retardada del injerto (FRI).

Métodos: Estudio prospectivo de 18 meses en un hospital terciario. Se incluyeron pacientes ≥ 18 años, excluyendo aquellos con complicaciones postrasplante inmediato. La IF se definió por la presencia de ≥ 3 líneas B en dos campos pulmonares, derrame pleural, vena cava inferior > 2 cm o índice de pulsatilidad $> 30\%$ en la vena porta. Se midieron NT-proBNP y CA125 antes del trasplante (D0) y en D1, D7 y D30.

Resultados: Se analizaron 45 pacientes. El 26.7% eran IF antes del trasplante, aumentando al 41.9% en D1, 39.5% en D7 y reduciéndose al 15.2% en D30. En D1, el 31% tenía congestión tisular, el 26.2% venosa y el 14.3% mixta. Los niveles de NT-proBNP en D7 fueron de 2,760pg/ml, descendiendo a 800pg/ml en D30. CA125 pasó de 39U/mL en D7 a 21 U/mL en D30. La FRI afectó al 53.48% de los pacientes; de estos, el 47.61% fueron IF en D1, aumentando al 55% en D7.

Conclusiones: La IF es frecuente tras el trasplante, especialmente en pacientes con FRI. La evaluación multiparamétrica mejora la detección de congestión, permitiendo una fluidoterapia personalizada.



P13

LIGADURA DEL URÉTER NATIVO EN RECEPTORES PEDIÁTRICOS DE TRASPLANTE RENAL: ANÁLISIS DE RESULTADOS

Haide Ali Khan Riaz¹, Romy Gander¹, Gloria Fatou Royo¹, José Andrés Molino¹, Alex Cruz², Hector Ríos², Gema Ariceta², Marino Asensio¹

1: Servicio de Cirugía Pediátrica. Unidad de Urología Pediátrica y Trasplante Renal Pediátrico. H. U. Vall d'Hebron. Barcelona 2: Servicio de Nefrología Pediátrica y Trasplante Renal Pediátrico. H. U. Vall d'Hebron. Barcelona

Objetivos: La ligadura del uréter nativo sin nefrectomía ipsilateral es una alternativa a la nefrectomía en receptores pediátricos de trasplante renal (TR). Entre sus indicaciones están la poliuria, proteinuria, el uso del uréter nativo para realizar la anastomosis ureteral de forma primaria o tras complicaciones de la anastomosis ureterovesical inicial. El objetivo fue describir nuestros resultados.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes que recibieron un TR entre Enero 2000 y Diciembre 2024 en los que se realizó la ligadura el uréter nativo sin nefrectomía ipsilateral.

Resultados: De los 296 pacientes trasplantados, en 10 (3 mujeres y 7 varones) se realizó la ligadura del uréter nativo. La edad media fue de 12,01 años (DE 6,2) y el peso medio de 33,8 kg (DE 17). En 5 casos la indicación fue la poliuria. En un paciente con síndrome nefrótico congénito, la indicación fue proteinuria masiva; se realizó la ligadura de un uréter durante el TR y del otro una semana después, mediante laparoscopia. Dos pacientes presentaron complicaciones del reimplante inicial (una necrosis del uréter y una estenosis) y en la reintervención se realizó anastomosis al uréter nativo. En los dos restantes, la ligadura se hizo para realizar una anastomosis primaria directa al uréter nativo. Durante el seguimiento medio de 5,82 años (rango: 0,5-19,8), ningún paciente presentó complicaciones derivadas de la ligadura y ninguno ha requerido nefrectomía posterior.

Conclusiones: Nuestros resultados sugieren que la ligadura del uréter nativo puede realizarse de forma segura asociada al TR, en algunos casos eliminando las comorbilidades de una nefrectomía ipsilateral simultánea.

P14

A DECADE OF ABO-INCOMPATIBLE KIDNEY TRANSPLANTATION: RESULTS AND LESSONS LEARNED

Cristian Córdoba, Núria Serra, Carme Facundo, Monica Pérez, Leonor Fayos, Lluís Guirado, Roger Alabau, Kevin Pasache, M. Alba Herreros

Fundació Puigvert

Introduction: Living donor kidney transplantation (LDKT) is the best option for renal replacement therapy, as it offers better outcomes and quality of life for patients. Traditionally, transplants have been performed between donors and recipients with compatible blood type. However, in recent years, ABO-incompatible transplants have emerged as an effective alternative for patients on the waiting list without a compatible donor.

Materials and Methods: A single-center retrospective study was conducted, including ABO-incompatible LDKT patients in our hospital between 2013 and 2023, with a minimum follow-up of 1 year. Desensitization protocol with anti-CD20 monoclonal antibodies, specific immunoadsorption (IA), and polyclonal immunoglobulins was implemented. Induction immunosuppression consisted of thymoglobulin, prednisone, tacrolimus, and mycophenolic acid.

Results: Twenty-four patients were included. The average age of donors and recipients was 55 ± 8 and 54 ± 9 years, respectively, with a majority of female donors (80%) and male recipients (60%). Marriages represented the most common relationship (68%). The mean follow-up time was 42 months. 80% of patients required pre-transplant IA (average of 4 sessions), while 41% required post-transplant IA (average 3.5 sessions). All patients had pre-transplant isoagglutinin (ISO) titers <1/8, and post-transplant ISO titers remained low in most cases. 16% of patients experienced acute rejection (cellular and/or humoral). One patient developed graft thrombosis 15 days post-transplant due to humoral rejection mediated by ISO. Graft survival was 96% in the first year and remained stable throughout the follow-up, with mean serum creatinine levels of 129 ± 46 µmol/L and no proteinuria. Patient survival was 94%. No higher rates of infections or neoplasms were observed.

Conclusions: Despite the immunological challenges inherent in ABO-incompatible LDKT, current desensitization protocols allow for acceptable rates of acute rejection and provide satisfactory long-term graft and patient survival.



P15

PERFUSIÓN EN MÁQUINA HIPOTÉRMICA CON OXIGENACIÓN EN INJERTOS RENALES DE CRITERIOS EXPANDIDOS Y ASISTOLIA

Jose Carlos Ortiz Díaz¹, Estefanía Garduno¹, Joaquim Albio², Marc Bohils², Ángel Ruiz², David Paredes², Lluís Peri³, Mireia Musquerax, Fritz Diekmann¹, Diana Rodríguez-Espinosa¹

1: Servei de Nefrologia i Trasplantament. H. Clínic Barcelona 2: Coordinació de Trasplantament. H. Clínic Barcelona 3: Servei d'Urologia. H. Clínic Barcelona

Introducción: El uso de injertos renales requiere la optimización de las estrategias de preservación y evaluación previas al trasplante para mejorar los resultados clínicos y reducir la tasa de descarte de órganos. Se ha propuesto la oxigenación como una medida de reanimación durante la preservación en máquina hipotérmica. Sin embargo, actualmente existen dudas sobre el beneficio de la oxigenación en pacientes en muerte encefálica de criterios expandidos y en asistolia.

Métodos: Se recogieron datos de todos los riñones con perfusión hipotérmica con y sin oxigenación desde mayo del 2023 hasta mayo del 2024. Se excluyeron los casos en los que técnicamente no era posible la perfusión. Se registró la aparición de función retrasada del injerto (DGF), rechazo agudo, y creatinina a las 24 y 48 horas, a los 7 días y a los 3, 6 y 12 meses postrasplante.

Resultados: Se recogieron un total de 53 casos. 32 injertos provenían de donantes eran hombres, 5 eran diabéticos 19 eran hipertensos, 3 eran de donantes en asistolia no controlada, 25 de controlada y 18 de muerte encefálica. Veinte injertos recibieron perfusión hipotérmica con oxigenación. Al analizar por tipo de donante, encontramos que la creatinina fue significativamente mayor en las primeras 24 horas postrasplante en los injertos oxigenados en asistolia (6.45 vs. 4.85, p=0.045). A pesar de esto, no hubo repercusión en la creatinina a los 3, 6 y 12 meses, siendo incluso menor en el grupo oxigenado (1.65 vs. 1.98, 1.54. vs. 1.79, y 1.77 vs. 1.66) aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas.

Conclusión: La oxigenación durante la preservación renal en máquina no mostró beneficios claros en la reducción de la función retrasada del injerto renal donantes con criterios expandidos o en muerte encefálica, aunque podría haber una tendencia favorable en el seguimiento a largo plazo en donantes de asistolia.

P16

RESULTADOS QUIRÚRGICOS DEL TRASPLANTE RENAL EN PACIENTES CON HIPEROXALURIA PRIMARIA

Romy Gander¹, José Andres Molino¹, Víctor Pérez², Gloria Fatou Royo¹, Carmen Larramendi², Gema Ariceta², Marino Asensio¹

1: Servicio de cirugía pediátrica. Unidad de urología pediátrica y trasplante renal pediátrico. H. U. Vall d'Hebron 2: Servicio de nefrología pediátrica y trasplante renal pediátrico. H. U. Vall d'Hebron

Objetivos: La hiperoxaluria primaria tipo 1 (HP1) es un error innato del metabolismo que evoluciona a enfermedad renal terminal y oxalosis sistémica. Hasta la reciente aparición de nuevos fármacos, el tratamiento de elección en pacientes con enfermedad renal crónica avanzada ha sido el trasplante hepatorenal (THR).

Material y métodos: Análisis retrospectivo de pacientes con HP1 sometidos a trasplante renal (TR) entre enero 2000 y diciembre 2024. Se analizaron datos demográficos, características de la cirugía y complicaciones.

Resultados: De 296 TR, 11 se realizaron en 7 pacientes con HP1. Cinco recibieron un trasplante hepatorenal (THR) simultáneo y 2 secuencial (inicialmente hígado, luego riñón). La media de edad y peso en el momento del trasplante fue de 7 años (DT: 5.6) y 31 kg (DT: 13.8), respectivamente (5 presentaban un peso < 15 kg). Todos excepto 1 estaban en hemodiálisis en el momento del trasplante. Con respecto a la cirugía: 9 injertos fueron extraperitoneales y 2 intraperitoneales; 10/11 se anastomosaron a los vasos ilíacos y 10/11 se reimplantaron por la técnica de Lich-Gregoir. Tres (27.2%) presentaron complicaciones postoperatorias quirúrgicas del injerto renal: 2 sangrados y 1 trombosis venosa. Esta última se recuperó con reintervención inmediata y se dejó una malla, pero posteriormente presentó sangrado masivo que requirió de nueva reintervención y trasplantectomía. La supervivencia del injerto a 1, 3 y 7 años fue de 82% y la del paciente del 100%. La pérdida de 2 injertos en el primer año se debió a complicaciones vasculares en uno y oxalosis severa en el otro (en trasplante simultáneo). La media de seguimiento fue de 14.5 años (DT: 13.43).

Conclusiones: Aunque los pacientes con HP1 tienen un elevado riesgo quirúrgico por su enfermedad de base, en nuestra experiencia el TR, simultáneo con hígado o secuencial, presenta relativamente buenos resultados.



P17

DARATUMUMAB EN RECIDIVA DE GLOMERULOESCLEROSIS FOCAL Y SEGMENTARIA TRAS TRASPLANTE RENAL

Víctor Pérez Beltrán¹, Jose Javier Jaulin Pueyo², Mercedes López González¹, Saskia Agámez Luengas¹, Alex Cruz, Gema Ariceta Iraola¹
 1: Nefrología Pediátrica, H. U. Vall d'Hebron, Barcelona 2: Nefrología Pediátrica, H. Materno-Infantil Miguel Servet, Zaragoza

Objetivos, material y métodos: El síndrome nefrótico corticorresistente supone un reto terapéutico, especialmente en casos refractarios a tratamientos de segunda y tercera línea. Recientemente han aparecido nuevas terapias basadas en la inhibición de posibles componentes humorales de permeabilidad circulantes. Presentamos un caso clínico en el que evaluamos la efectividad de Daratumumab en esta patología.

Resultados: Paciente de 20 años en seguimiento por síndrome nefrótico corticorresistente idiopático, con debut a los 11 años y e histología compatible con glomeruloesclerosis difusa y segmentaria de predominio celular. Inicia sesiones de hemodiálisis a los 10 meses del debut y, 10 meses después, se lleva a cabo trasplante renal de donante cadáver. Presenta recurrencia a los 2 meses, precisando plasmaféresis e inmunoadsorción sin adecuada respuesta y dos dosis de ofatumumab con remisión de la enfermedad durante el segundo año postrasplante. Con 19 años, sufre nueva recaída en el injerto por infecciones recurrentes y mala adhesión terapéutica, objetivándose en biopsia renal 50% de glomérulos esclerosados sin datos de rechazo. Recibe tratamiento con inmunosupresores (corticoides, ciclosporina, everolimus), rituximab, sesiones de plasmaféresis e inmunoadsorción hasta septiembre de 2023, alcanzando la remisión completa, pero recayendo con inmediato tras suspender la aféresis terapéutica. Con el objetivo de mantener un estado de remisión, se inicia ciclo de tratamiento con daratumumab (4 dosis). La tolerancia es correcta y la respuesta favorable, entrando en remisión completa en los dos meses siguientes al tratamiento y manteniéndola hasta la actualidad, 15 meses después, sin precisar nuevas terapias de aféresis.

Conclusiones: Daratumumab es un anticuerpo monoclonal humano IgG1k contra el antígeno CD38 (presente en la membrana de células plasmáticas). Pese a estar indicado frente a mieloma múltiple, diferentes publicaciones ya avalan la efectividad de este fármaco en otras indicaciones. Su eficacia en casos como el descrito refuerzan la necesidad de ensayos clínicos con esta terapia.

P18

DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLO ERAS EN TRASPLANTE RENAL DONANTE VIVO. EXPERIENCIA DEL HOSPITAL UNIVERSITARI DE BELLVITGE

Cristina Quintana¹, Jose A. Jerez², Anna Cabrera³, Francesc Vigués², Inmaculada Jiménez⁴, Rosa M. Sánchez¹, Edoardo Melilli¹, Josep M. Cruzado¹, Anna Manonelles¹

1: Nephrology and Kidney Transplant Department, H. U. Bellvitge, Barcelona 2: Urology Department, H. U. Bellvitge, Barcelona 3: Anesthesiology Department, H. U. Bellvitge, Barcelona 4: Nutrition and Endocrinology Department, H. U. Bellvitge, Barcelona 5: ERAS process coordinator, H. U. Bellvitge, Barcelona

Introducción: El protocolo Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) es un enfoque multidisciplinar basado en la evidencia que optimiza la recuperación postquirúrgica mediante la reducción del estrés fisiológico y la mejora de la funcionalidad perioperatoria. Su aplicación en el trasplante renal de donante vivo (TRDV) busca mejorar los resultados clínicos a través de estrategias de manejo del dolor, la reintroducción precoz de la nutrición, retirada precoz de cateteres y la movilización temprana.

Metodología: Se desarrolló una estrategia integral para la adaptación del protocolo ERAS en TRDV en el Hospital de Bellvitge, incluyendo:

- Revisión sistemática de la literatura sobre ERAS en cirugía abdominal y trasplante renal.
- Análisis comparativo de protocolos ERAS internos y externos para identificar estrategias aplicables al TRDV.
- Identificación de oportunidades de mejora, evaluando circuitos perioperatorios en TRDV.
- Diseño de circuitos asistenciales multidisciplinarios, integrando nefrología, urología, anestesiología, enfermería, endocrinología-nutrición, fisioterapia y trabajo social sanitario.
- Definición de criterios de inclusión, estableciendo perfiles idóneos de donantes y receptores.

El diseño del protocolo ERAS para TRDV se desarrolló en tres fases:

1. Elaboración y consenso: Creación de un grupo multidisciplinar y definición de criterios de optimización asistencial.
2. Validación y adaptación: Evaluación piloto en un subgrupo de pacientes y desarrollo de algoritmos de actuación.
3. Implementación clínica: Creación de un sistema de monitorización y análisis de PROMs para la evaluación del impacto del protocolo.

Conclusión: La aplicación del protocolo ERAS en TRDV es factible y pretende reducir la estancia hospitalaria, minimizar complicaciones postquirúrgicas y acelerar la recuperación funcional del paciente. Se están evaluando indicadores clave como la tolerancia oral, la incidencia de íleo paralítico, la duración de la hospitalización, los reingresos, la infección del tracto urinario y las complicaciones de la herida quirúrgica.



P19*

SIMULTANEOUS LIVER-KIDNEY TRANSPLANTATION: OUTCOMES WITH DONATION AFTER CIRCULATORY DEATH DONORS

Deysi Laura Navarrete Espinosa¹, Mireia Musquera⁷, Luis Miguel Carrillo¹, Eva Rivas², Marta Ubre², Gonzalo Crespo³, Pablo Ruiz³, Ángel Ruiz⁴, Marc Bohils⁴, Jessica Aspas⁶, Rocio García¹, Jordi Colmenero³, Ramon Batalle⁵, Miguel Pera¹, Fritz Diekmann⁸, Antonio Alcaraz⁷, Yiliam Fundora¹

1: Department of Surgery. Liver Transplant Surgery, H. Clínic Barcelona, Barcelona, Spain 2: Department of Anesthesiology, H. Clínic Barcelona, Barcelona, Spain 3: Department of Gastroenterology and Hepatology, H. Clínic Barcelona, Barcelona, Spain 4: Donation and Transplant Coordination Unit, H. Clínic Barcelona, Barcelona, Spain 5: Service of Hepatology. Liver Transplant Unit, ICMDM, H. Clínic Barcelona, Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (IDIBAPS), Barcelona, Spain 6: Surgical Nursing Department, H. Clínic Barcelona, Barcelona, Spain 7: Department of Urology and Kidney Transplantation, H. Clínic Barcelona, Spain 8: Department of Nephrology and Kidney Transplantation, H. Clínic Barcelona, Spain.

Background: Donation after circulatory death (DCD) donors represent a potential strategy to address the growing organ supply-demand discrepancy; however, limited data are available regarding outcomes of simultaneous liver-kidney transplants using these donors.

Methods: This study is a retrospective analysis of all patients who underwent liver-kidney transplantation at our center between 2019 and 2024. Baseline and outcomes of liver-kidney transplants from donation after circulatory death (DCD) donors were compared to those from donation after brain death (DBD) donors.

Results: During the study period, a total of 396 transplants were performed. 36 simultaneous liver-kidney transplants were performed: 11 from DCD and 25 from DBD. DCD donor were younger, with a mean age of 42 years compared to DBD with 51 years ($p=0.022$), with BMI slightly higher in DCD group (27.68 vs 26.42, $p=0.565$). DBD recipients were older than DCD group (58 years vs 53 years, $p=0.565$), with comparable BMI and MELD score ($p=0.124$, $p=0.074$ respectively). The median cold ischemia time (CIT) was 12 hours for the kidney and 6 hours for the liver ($p=0.514$) in both groups, while the functional warm ischemia time (FWIT) in the DCD group was 14 minutes. In DCD group kidney delayed graft function was 54% compared to 48% ($p=0.76$). Kidney graft survival rates were 100%, 88% and 88% at 1,3,5 years, respectively, compared to 96%, 76% and 50% (long rank 0.37). In DBD group early allograft dysfunction in the liver was 32% vs 27% ($p=0.83$) and patient survival rate at 5 years was 100% in both groups. No patients underwent retransplantation.

Conclusions: This study demonstrate that DCD donors represent a viable strategy to expand the donor pool in simultaneous liver-kidney transplantation, offering comparable outcomes in terms of overall patient and graft survival to DBD donors.

P20*

IMPACT OF DONOR HEPATECTOMY TIME ON EARLY ALLOGRAFT DYSFUNCTION AND LONG-TERM OUTCOMES IN LIVER TRANSPLANTATION

Luis Miguel Carrillo¹, Deysi Laura Navarrete Espinosa¹, Klaudia Lorenzo¹, Eva Rivas², Marta Ubre², Pablo Ruiz³, Gonzalo Crespo³, Ángel Ruiz⁴, Marc Bohils⁴, Jessica Aspas⁵, Jordi Colmenero³, Rocio García¹, Ramón Bataller³, Miguel Pera¹, Yiliam Fundora¹

1: Department of Surgery. Liver Transplant Surgery, H. Clínic Barcelona 2: Department of Anesthesiology, H. Clínic Barcelona 3: Department of Gastroenterology and Hepatology, H. Clínic Barcelona 4: Donation and Transplant Coordination Unit, H. Clínic Barcelona 5: Department of Surgical Area, H. Clínic Barcelona

Donor hepatectomy time (DHT) has been shown to influence graft viability and post-transplant outcomes.

We analyzed all liver transplant recipients from deceased donors at our center between January 1, 2019, and December 31, 2023. Donor acceptance and organ allocation followed the Catalan protocol. DHT was defined as the time elapsed from liver flushing with ice-cold preservation solution to the completion of donor hepatectomy, when the liver is placed on ice or the back table. The primary aim was to determine whether prolonged DHT (>60 minutes) is associated with increased Early Allograft Dysfunction (EAD as defined by Olthoff criteria) and to evaluate its cumulative impact on patient well-being using the Comprehensive Complication Index (CCI) and survival.

During the study period, a total of 358 liver transplants from deceased donors were performed, with data on Donor Warm Ischemia Time (DHT) available for 144 cases. Of these, 66% (95) were donations after brain death (DBD) and 34% (49) were donations after circulatory death (DCD). The median follow-up duration was 3.1 years (1-5.9), with a median DHT of 56 minutes (11-155) and a median cold ischaemia time of 6.26 hours (3.1-10). Patients with DHT ≤60 minutes accounted for 93 cases (65%), while 51 cases (35%) had DHT >60 minutes. EAD was observed in 25% of cases in both groups ($p=0.3$). The Comprehensive Complications Index (CCI) was slightly higher in the prolonged DHT group (26.3 vs. 24, $p=0.5$). No patients underwent retransplantation. In the group with DHT ≤60 minutes, recipient survival rates were 94%, 93%, and 89% at 1, 3, and 5 years, respectively, compared to 92%, 88%, and 88% in the DHT >60 minutes group (log-rank: 0.6).

Prolonged donor hepatectomy time (DHT) (>60 minutes) showed no significant effect on early allograft dysfunction rates, serious adverse events, or graft and recipient survival. These findings suggest that DHT has a limited impact on transplant outcomes.



P21*

ILUMINANDO EL CAMINO HACIA TRASPLANTES HEPÁTICOS MÁS SEGUROS: EL PAPEL DE LA FLUORESCENCIA CON VERDE DE INDOCIANINA EN LA ANASTOMOSIS BILIAR

Martín Huerta, Concepción Gómez-Gavara, Laura Vidal, Nair Fernandes, Mar Dalmau, Cristina Dopazo, Mireia Caralt, Itxarone Bilbao
 Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante hepático, H. U. Vall d'Hebron, Barcelona

Introducción: Las complicaciones biliares del trasplante hepático (TH) son consideradas su "talón de Aquiles". La fluorescencia con verde de indocianina (ICG) ha demostrado ser una herramienta útil para evaluar la vascularización tisular y podría contribuir a reducir las complicaciones biliares. Este estudio analiza la utilidad de ICG para mejorar la seguridad de la anastomosis biliar en el TH.

Materiales y métodos: En esta serie de casos prospectiva y observacional, diez pacientes adultos fueron sometidos a TH entre enero de 2023 y julio de 2024. Los donantes incluyeron tanto aquellos en muerte encefálica (ME) como en asistolia controlada (DAC). Durante el TH, se administraron 3 mg de ICG por vía intravenosa para evaluar la vascularización de los muñones biliares. Se realizó una resección guiada por ICG del colédoco según la captación de fluorescencia, en comparación con la valoración a simple vista y del sangrado retrógrado del muñón biliar.

Resultados: La utilización de ICG identificó con éxito áreas no fluorescentes en los muñones biliares, lo que permitió realizar ajustes quirúrgicos en 5 pacientes (50%), especialmente en injertos de DAC (4 injertos DAC (57%) vs 1 injerto ME (33%)). En todos los casos, excepto en uno, la resección adicional fue del muñón biliar del injerto (media 3 mm). El uso de ICG añadió una media de 4 minutos el tiempo quirúrgico. No se reportaron complicaciones biliares durante el seguimiento y la supervivencia de los pacientes fue del 100%.

Conclusiones: La fluorescencia con ICG proporciona una herramienta objetiva y valiosa para evaluar la vascularización de la vía biliar durante el TH, con el potencial de reducir las complicaciones biliares. La integración de esta técnica en la práctica clínica podría mejorar la precisión quirúrgica y los resultados de los pacientes. Se necesitan más estudios para confirmar estos hallazgos en poblaciones más amplias y diversas.

P22

EXPERIENCIA DE 25 AÑOS EN TRASPLANTE HEPATORRENAL PEDIÁTRICO

Cristina Padrós¹, Mercedes López González², María M. Mercadal Hally¹, Saskia Agámez Luengas², Víctor Pérez Beltran², Mauricio Larrarte King¹, José Andrés Molino Gahete³, Romy Gander⁴, Gloria Fatou Royo⁴, Marino Asensio⁴, Jesús Quintero Bernabeu¹, Gema Ariceta Iraola²

1: Unidad hepatología y trasplante hepático pediátrico, Servicio pediatría, H. U. Vall d'Hebron 2: Servicio nefrología pediátrica, H. U. Vall d'Hebron 3: Servicio cirugía pediátrica, H. U. Vall d'Hebron 4: Unidad de Urología Pediátrica y Trasplante Renal, Servicio cirugía pediátrica, H. U. Vall d'Hebron

Introducción: El trasplante hepatorenal (THR) es una opción terapéutica para pacientes con enfermedad hepática y renal, mejorando su supervivencia y calidad de vida. Su complejidad requiere una cuidadosa selección y manejo especializado. Este estudio describe la experiencia de un hospital terciario en el manejo de pacientes pediátricos con THR.

Material y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de historias clínicas de pacientes de 0-18 años sometidos a THR entre 2000-2024.

Resultados: Se realizaron 25 THR, 20 simultáneos y 5 secuenciales. La mediana de edad al trasplante fue de 9 años [RIQ 4-12]. Las enfermedades primarias fueron poliquistosis hepatorenal autosómica recesiva (14/25), hiperoxaluria primaria (7/25), ciliopatía (2/25), acidemia metilmalónica (1/25), hepatopatía no filiada (1/25). La mediana del tiempo en lista de espera para THR simultáneo fue de 2,75 meses [RIQ 1,5-6,1]. El 67% de los pacientes requirieron técnica renal sustitutiva, previa al trasplante (14/25 hemodiálisis y 2/25 diálisis peritoneal). Las complicaciones quirúrgicas más frecuentes fueron estenosis de la anastomosis biliar (7/25), hemorragia abdominal (5/25) y complicaciones de la arteria hepática (4/25), de estos requiriendo reintervención en 68%. La mediana de seguimiento fue de 6 años [RIQ 2-14] con una supervivencia del paciente del 92% (n=23). Una paciente falleció por hipertensión pulmonar secundaria a cardiopatía y un paciente por infección grave por Adenovirus. La supervivencia del injerto hepático fue del 96% (n=24) y del renal 80% (n=20). Un paciente requirió retrasplante hepatorenal tras 17 años del primer trasplante por colangiopatía isquémica y rechazo humoral crónico, y cuatro pacientes retrasplante renal aislado.

Conclusiones: El THR es una opción terapéutica con buenos resultados en pacientes pediátricos complejos con enfermedad de debut en la infancia temprana. La identificación de factores de riesgo y el manejo de complicaciones son claves para mejorar la supervivencia del injerto y del paciente.



P23

ESTENOSIS PORTAL POST-TRASPLANTE HEPÁTICO: ¿TRATAR O ESPERAR? EXPERIENCIA EN UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN

Oriana Barrios Cormenzana, Alba Cachero, Kristel Mils, Alberto Amador, Marina Vila, Marta García Guix, David Leiva, María Sorribas, Lluís Secanella, Queralt Ordi, Emilio Ramos, Laura Lladó
H. U. Bellvitge

Objetivos: Describir la incidencia y el manejo de la estenosis portal (EP) post-trasplante hepático en adultos, en un centro de alto volumen. Evaluar los resultados del tratamiento con angioplastia o stent.

Material y métodos: Se trata de un estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico. El período de recogida de datos fue desde 1984 hasta 2024. Se incluyeron todos los receptores de un trasplante hepático (TH) que han sido diagnosticados con ecografía doppler y tomografía computarizada de EP.

Resultados: Durante el periodo de estudio 1966 adultos fueron sometidos a un TH, 31 de ellos fueron diagnosticados de EP (1.6%). Doce pacientes mujeres (38%) y 19 hombres (62%). Tres pacientes estaban diagnosticados de trombosis portal pre-trasplante. El 90% de los donantes era en muerte encefálica. La anastomosis portal fue T-T en 30 pacientes. El tiempo medio de diagnóstico fue de 12.6 meses. Del total de pacientes diagnosticados 90% fueron tratados, a 24 de ellos se les colocó un stent y a 4 se les realizó angioplastia con balón. El 100% de los pacientes tratados tuvieron un resultado exitoso y durante el seguimiento ningún paciente ha presentado recidiva o complicaciones relacionadas a los procedimientos. En 5 pacientes se decidió una conducta expectante dado el riesgo de manipulación por cirugía reciente y/o anatomía vascular, sin embargo, por empeoramiento del gradiente a nivel de la anastomosis portal en 3 se decidió angioplastia con balón. Durante el seguimiento 8 pacientes fallecieron de causas no relacionadas con la EP.

Conclusiones: La EP, aunque definida como una entidad poco común, es considerada una complicación vascular potencialmente devastadora en receptores de un TH. El tratamiento mediante colocación de stent o angioplastia con balón es un tratamiento seguro y eficaz con una alta tasa de éxito y sin morbilidad asociada en nuestra experiencia.

P24

TAVI EN CANDIDATOS A TRASPLANTE HEPÁTICO: ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE UN CENTRO DE ALTO VOLUMEN TRASPLANTADOR

Marta Sánchez Ric, Giulia Pagano, Ander Regueiro, Marc Giménez, Annabel Blasi, Pablo Ruiz, Jordi Colmenero, Gonzalo Crespo
H. Clínic Barcelona

Objetivo: El tratamiento percutáneo (transcatheter aortic valve implantation, TAVI) para valvulopatías aórticas severas es menos invasivo que la sustitución valvular quirúrgica (SVQ). En casos donde la valvulopatía contraindica el trasplante hepático (TH) y la enfermedad hepática avanzada excluye la SVQ, el uso de TAVI puede hacer viable el TH.

Material y métodos: Estudio retrospectivo unicéntrico en pacientes evaluados para TH entre julio de 2015 y diciembre de 2022, identificando aquellos en los que se realizó TAVI como parte de la evaluación pre-TH. Se analizaron sus características, el procedimiento, complicaciones y desenlace final.

Resultados: Entre 7/2015 y 12/2022 se realizaron en nuestro centro 900 evaluaciones de TH. Entre ellas, se detectaron valvulopatías aórticas severas con indicación de TAVI en 4 (0.4%): tres hombres y una mujer (59-69 años). Tres casos fueron por estenosis y uno por insuficiencia post-endocarditis, todos con cirrosis descompensada. Los valores de MELD-Na oscilaron entre 14-29 y las plaquetas entre 35,000-130,000/mcL. En todos se indicó un mes de AAS post-TAVI. Dos pacientes presentaron sangrado digestivo post-TAVI, resueltos sin secuelas. Todos experimentaron eventos arrítmicos, siendo autolimitados en tres casos y uno persistente hasta su fallecimiento. En este caso la TAVI se indicó de urgencia en situación de edema agudo de pulmón, y falleció en lista de espera de TH 10 días después del TAVI. De los tres restantes, dos lograron el TH sin complicaciones perioperatorias y mantienen TAVIs normofuncionantes tras 2 y 6 años de seguimiento. En la última paciente, el TH fue contraindicado por hipertensión pulmonar secundaria.

Conclusión: La necesidad de TAVI es poco frecuente en candidatos a TH en nuestro centro, pero puede permitir acceder al TH a candidatos con valvulopatía aórtica severa con excelentes resultados post-TH, pero no está exenta de riesgos. Nuestros datos pueden servir de base para incrementar la casuística mediante un estudio multicéntrico.



P25

PERITONITIS ESCLEROSANTE ENCAPSULANTE: UN ESCENARIO COMPLEJO EN LA CIRUGÍA DE TRASPLANTE HEPÁTICO. SERIE DE CASOS.

Claudia Lorenzo, Christian Robles, Marlene Caldera, Miguel A López, Emilio Tonina, Paulino Ide, Eva Rivas, Marta Ubre, Camino Rodríguez, Rebeca Roque, Ángel Ruiz, Pablo Ruiz, Gonzalo Crespo, Jordi Colmenero, Yiliam Fundora
H. Clínic Barcelona

La Peritonitis Esclerosante Encapsulante (PEE) se caracteriza por una inflamación crónica del peritoneo, de origen idiopático o asociado a factores locales y/o sistémicos. Sus síntomas suelen ser inespecíficos, y en la mayoría de los casos, el diagnóstico se establece durante la cirugía. En pacientes candidatos a trasplante hepático con PEE, la complejidad del procedimiento puede aumentar el riesgo de eventos adversos graves y, en casos avanzados, llegar a contraindicar la realización del trasplante.

Objetivo: Describir los trasplantes hepáticos (TH) realizados en pacientes con PEE y analizar los eventos adversos graves relacionados.

Materiales y métodos: Se presenta una serie de casos diagnosticados de PEE durante la cirugía de TH (01/2022-12/2024).

Resultados: De un total de 155 TH, 3 casos (1.9%) de PEE fueron trasplantados con éxito. En el año 2024, solo un caso de PEE (1.2%) y no fue posible realizar TH por la afectación peritoneal extensa asociado a hipertensión portal grave. Dos casos (TH) tenían antecedentes de cirugía hepática y los otros dos casos cirrosis hepática descompensada en forma de ascitis refractaria de larga evolución. El estudio preoperatorio (TAC) no fue concluyente de PEE en ningún caso. En el postoperatorio del trasplante, un paciente requirió laparotomía de urgencia con colocación de "packing" por hemorragia. Dos pacientes presentaron disfunción precoz del injerto. Uno de los pacientes presentó estenosis biliar que resolvió con dilatación y endoprótesis. Tras un seguimiento de 18 meses, todos los pacientes vivos, con injerto hepático funcional y excelente calidad de vida.

Conclusiones: La evaluación multidisciplinar de los candidatos a trasplante hepático, el análisis de los factores de riesgo de PEE y una planificación quirúrgica adecuada permiten llevar a cabo trasplantes hepáticos de alta complejidad en el contexto de PEE, obteniendo excelentes resultados.

P26

EVOLUCIÓN CLÍNICA Y SUPERVIVENCIA DE LA HEPATITIS FULMINANTE TRATADA CON RECAMBIOS PLASMÁTICOS

David Toapanta^{1,3}, Paola Charry^{2,3}, Natalia Jiménez^{1,3}, Octavi Bassegoda^{1,3}, Juliana Zapatero^{1,3}, Enric Reverter^{1,3}, Joan Cid^{2,3}, Miquel Lozano^{2,3}, Javier Fernández^{1,3,4}
1: UCI Hepática, Unidad del Hígado, H. Clínic Barcelona 2: Departamento de Hemoterapia y Hemostasia, Unidad de Aféresis y Terapia Celular, H. Clínic Barcelona 3: Universidad de Barcelona 4: EF Clif, Barcelona

La hepatitis fulminante (HF) se caracteriza por un deterioro agudo de la función hepática con aparición de encefalopatía, en ausencia de cirrosis. Aunque el trasplante hepático emergente (THE) es el único tratamiento curativo, algunos pacientes tienen contraindicaciones. En este contexto, el recambio plasmático (RP) podría mejorar la supervivencia en pacientes no candidatos a trasplante.

Objetivo: Describir los resultados clínicos de pacientes con HF tratados con RP.

Métodos: Estudio unicéntrico retrospectivo de 44 pacientes con HF tratados con RP entre 2010 y 2024. Se analizaron datos clínicos, etiología, evolución, uso de soporte orgánico, número de sesiones de RP, necesidad de trasplante y supervivencia.

Resultados: La edad media fue $45,3 \pm 16,5$ años, con predominio femenino (61%). La etiología más frecuente fue toxicidad por paracetamol (29,5%), con el 61,3% de los casos clasificados como hiperagudos. El MELD medio fue $34,4 \pm 8,8$ y la mediana del SOFA fue 8 (5-13). El 51,1% presentaba encefalopatía III-IV al inicio del RP. El 72% desarrolló lesión renal aguda y el 43,1% requirió terapia de reemplazo renal. El 61,3% precisó vasopresores y el 50% ventilación mecánica. La mayoría recibió 1-3 sesiones de RP (68,1%), con un intercambio de 1,5 vollemias plasmáticas por sesión. La supervivencia global fue del 59,1%. De los 11 pacientes listados para trasplante, todos fueron trasplantados (supervivencia del 81,9%). De los 33 pacientes no listados, 17 sobrevivieron (51,6%).

Conclusión: El recambio plasmático es una terapia de soporte relevante en la HF, especialmente en pacientes no candidatos a trasplante. Aunque la supervivencia es mayor en los pacientes trasplantados, más de la mitad de los no listados lograron sobrevivir, lo que sugiere que el RP puede desempeñar un papel clave en la estabilización de estos pacientes.



P27

EL DESAFÍO DEL TRASPLANTE CARDIOHEPÁTICO COMBINADO PEDIÁTRICO

María M. Mercadal Hally¹, Paola Dolader², Cristina Padrós¹, Ferran Gran², Simone Mameli¹, Diana C. Juzga², Joaquín Fernández³, José Andrés Molino⁴, Raúl Abella³, Ernest Hidalgo⁵, Jesús Quintero¹

1: Unidad hepatología y trasplante hepático pediátrico, Servicio Pediatría, H. U. Vall d'Hebron 2: Servicio cardiología, H. U. Vall d'Hebron 3: Servicio cirugía cardíaca pediátrica, H. U. Vall d'Hebron 4: Servicio cirugía pediátrica, H. U. Vall d'Hebron 5: Servicio cirugía hepatobiliopancreática y trasplante hepático, H. U. Vall d'Hebron

Objetivos: La supervivencia de los pacientes con circulación de Fontan ha aumentado de forma significativa, pero presentan comorbilidades, como la fibrosis hepática progresiva, pudiendo requerir trasplante cardiohepático (TCH). Nuestro objetivo es describir la experiencia de un centro de tercer nivel en el trasplante cardio-hepático pediátrico.

Material y métodos: Revisión de historias clínicas de dos adolescentes con Fontan fallido que se sometieron a TCH.

Resultados: Caso 1: Mujer de 13 años afecta de cardiopatía congénita univentricular, paliada con Glenn y Fontan fenestrado, que desarrolló enteropatía pierde-proteínas (EPP). En la valoración hepática, presenta una estadificación de la fibrosis 3 según el Congestive Hepatic Fibrosis Scoring System¹ (CHFSS). Se realizó un TCH de forma simultánea en bypass cardiopulmonar. Presenta resolución de la EPP y una buena evolución de ambos injertos. Dos meses después presenta un linfoma B difuso de células grandes hepático que requiere varias líneas de tratamiento. Debido a complicaciones locales presenta disfunción progresiva del injerto por lo que se plantea el retrasplante hepático, que se realiza posteriormente no siendo exitoso por coagulopatía grave y fallo multiorgánico. Caso 2: Hombre de 17 años afecto de cardiopatía congénita intervenido de banding pulmonar, Glenn y Fontan extracardiaco. Presenta posteriormente EPP y afectación hepática grado 3 según el CHFSS 1, por lo que se incluye en lista de TCH. El procedimiento se realiza de forma secuencial, primero el corazón y posteriormente el hígado (se mantiene con perfusión de máquina oxigenada hipotérmica ex situ (HOPE, VitaSmart)). Requiere repermeabilización quirúrgica de la arteria hepática 6 días tras el trasplante. Presenta una resolución completa de la enteropatía y buena evolución de los injertos 3 meses tras el trasplante.

Conclusiones: El TCH es una técnica de gran complejidad pero constituye una opción terapéutica efectiva en pacientes pediátricos con Fontan fallido y fibrosis hepática avanzada

P28

RESULTADOS DE LA DIÁLISIS PERITONEAL EN RECEPTORES DE TRASPLANTE CARDÍACO FRENTE A PACIENTES NO TRASPLANTADOS CON INSUFICIENCIA CARDÍACA REFRACTARIA

Lorena Herrador, Pasqual Llongueras Espí, Carles Díez, Elena García Romero, Fernando De Frutos, Enzo Tejada, María Quero Ramos, Inés Rama Arias, Melisa Rau, José González Costello
H. U. Bellvitge

Introducción: La diálisis peritoneal (DP) es una opción terapéutica para pacientes con insuficiencia cardíaca (IC) refractaria a pesar del tratamiento médico óptimo, ayudando con la descongestión. Sin embargo, persisten dudas sobre su seguridad en receptores de trasplante cardíaco (TxC), quienes pueden tener un mayor riesgo de complicaciones debido a la inmunosupresión.

Objetivo: Comparar las complicaciones relacionadas con la DP y las hospitalizaciones entre receptores de TxC y pacientes no trasplantados que reciben DP por IC refractaria.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo en nuestro centro que incluyó a 34 pacientes con IC en DP desde 2013 hasta 2024. Ocho pacientes eran receptores de TxC. Analizamos las complicaciones infecciosas (peritonitis, infecciones del catéter) y las hospitalizaciones (por IC y otras causas) durante el seguimiento.

Resultados: No hubo diferencias significativas en las complicaciones relacionadas con la DP (infecciones del catéter o peritonitis) entre pacientes con TxC y sin TxC. Hubo una tendencia hacia una mayor tasa de peritonitis en los receptores de TxC, lo que sugiere una mayor probabilidad de progresión a peritonitis, aunque esto no alcanzó significación estadística. No hubo diferencias en la tasa de hospitalizaciones ni en los días de hospitalización. En ambos grupos, el tiempo medio hasta la muerte desde el inicio de la terapia fue inferior a 2 años.

Conclusión: A pesar de la inmunosupresión, los receptores de TxC no tienen un mayor riesgo de infecciones relacionadas con la DP ni de hospitalizaciones. El corto tiempo desde el inicio de la terapia hasta la muerte sugiere que se utiliza principalmente en la fase tardía de la enfermedad con un pronóstico desfavorable, independientemente del inicio del tratamiento. El tamaño reducido de la muestra limita el poder del estudio, y se necesitan estudios más amplios para validar estos hallazgos.



P29

LA EDAD COMO FACTOR LIMITANTE DEL RETRASPLANTE PULMONAR

Marta Andreu¹, Paula Barquero Dueñas¹, Sara Salvador¹, Berta Sáez Giménez², Cristina Berastegui², Judith Sacanel³, Joel Rosado⁴, Carles Bravo Masgoret², Víctor Monforte², Manuel López Meseguer², Susana Gómez Ollés⁵, Eva M. Revilla López²

1: Servicio de Neumología, H. U. Vall d'Hebron, Barcelona 2: Unidad de Trasplante Pulmonar, Servicio de neumología, H. U. Vall d'Hebron, Barcelona 3: Unidad de Cuidados Intensivos, H. U. Vall d'Hebron, Barcelona 4: Servicio de Cirugía Torácica, H. U. Vall d'Hebron, Barcelona 5: Laboratorio de Neumología, Vall d'Hebron Institut de Recerca, Barcelona

Introducción: El trasplante pulmonar (reTP) representa el 5% de los trasplantes pulmonares (TP) realizados anualmente a escala mundial, y presenta una supervivencia inferior respecto al primer TP. Los principales factores de mortalidad al año incluyen: disfunción crónica del injerto (DCI) fenotipo restrictivo (RAS) de aparición temprana, mayor edad del donante y necesidad de ventilación mecánica (VMNI) previa. El objetivo del estudio es analizar las características de los pacientes reTP en nuestro centro y evaluar si la supervivencia varía en función de la edad al momento del reTP.

Material y métodos: Estudio descriptivo retrospectivo de pacientes reTP en el Hospital Vall d'Hebron entre 1990 y 2024. Se evalúan variables como: motivo de reTP, estancia hospitalaria y en UCI, comorbilidad y necesidad de VMNI previa.

Resultados: Se incluyeron 27 pacientes reTP con una edad media de 28 años en el primero TP y 34 años en el reTP. La indicación del reTP fue la DCI por bronquiolitis obliterante (BOS) en 19 (71%) pacientes, RAS en 7 (26%) pacientes y mixta en 1 (3%) paciente. Solo 2 (7%) pacientes requirieron VMNI como puente al reTP. La estancia media a la UCI y hospitalaria después del reTP fue de 31 y 39 días respectivamente. La comorbilidad más frecuente fue la insuficiencia renal, presente en 9 (29%) pacientes. La supervivencia media de los pacientes reTP mayores de 45 años fue de 1341 días, IC de 95% (228-2453 días) y en menores de 45 años de 2142 días, IC 95% (1384-2900). No se observó un mayor riesgo de mortalidad entre los dos grupos (Hazard ratio 0.696, 95% IC 0.187-2.585, p=0.588).

Conclusiones: La principal causa de reTP en nuestro estudio es la DCI fenotipo BOS. No se observaron diferencias de mortalidad entre el grupo de pacientes mayores y menores de 45 años.

P30*

RETASPLANTE DE PÁNCREAS EN FUNCIÓN DE LA CAUSA DE DISFUNCIÓN PRIMARIA DEL INJERTO

Rongrong Hu Zhu¹, Alba Torroella¹, Ramón Rull¹, Rocío García¹, Clara Bassaganyas¹, Carlos Pérez¹, Martí Manyalich¹, David Saavedra¹, Emma Folch Puy², Víctor Holguín¹, Pedro Ventura-Aguiar¹, Antonio J. Amor¹, Fritz Diekmann¹, M. Ángeles García Criado¹, Josep Fuster¹, Joana Ferrer Fàbrega¹

1: H. Clínic Barcelona 2: Institut d'Investigacions Biomèdiques de Barcelona. Consejo Superior de Investigaciones Científicas

Objetivos: Los recientes avances en el trasplante pancreático han supuesto un aumento de potenciales candidatos para el trasplante tras la disfunción del injerto secundaria a complicaciones técnicas o por rechazo inmunológico crónico. El objetivo del estudio es evaluar los resultados tras 24 años de trasplantes pancreáticos en términos de supervivencia del paciente y del injerto, en función de la causa de disfunción primaria del injerto.

Material y métodos: Se ha llevado a cabo un estudio retrospectivo y unicéntrico para analizar los trasplantes pancreáticos realizados entre 2000-2024. La pérdida del injerto se definió como el retorno a la dependencia de insulina.

Resultados: De un total de 507 trasplantes de páncreas realizados, 47 de ellos fueron trasplantes. El grupo de trasplante tenía una edad media de 43 (RIC 37-48) años, y el 53,2% eran varones. La mediana de tiempo entre el primer y el segundo trasplante fue de 58,6 (RIC 25,3-101,6) meses. La disfunción primaria del injerto se debió a: causas inmunológicas (n=27, 57,4%), complicaciones técnicas (n=19, 40,4%), y linfoma del injerto (n=1, 2,1%). Se realizó un trasplante simultáneo de páncreas-riñón en 4 pacientes, mientras que el trasplante solo de páncreas se llevó a cabo en 43 pacientes con un injerto renal previamente funcional. La complicación quirúrgica más frecuente tras el trasplante fue la trombosis vascular. Tras una mediana de seguimiento de 118 meses (63,3-176,2), la supervivencia del injerto a los 1, 3 y 5 años fue del 82,1%, 72,7% y 69,9% respectivamente, sin diferencias entre grupos (p<0,05). Tampoco se encontraron diferencias en términos de supervivencia de los pacientes a los 1, 3 y 5 años, que fueron del 100%, 95,5% y 92,9%, respectivamente (p<0,05).

Conclusiones: El trasplante pancreático podría considerarse una segunda opción eficaz y segura en pacientes con disfunción del injerto, independientemente de la causa primaria de la misma.



P31

IMPACTO DE LA TERAPIA DE INDUCCIÓN EN LOS RESULTADOS DEL TRASPLANTE RENOPANCREÁTICO

Adriana Rodríguez Gonzalo¹, Enrique Montagud Marrahi^{1,2,3}, Joan Vidiella Martín⁴, Blanca Martín Álvarez⁵, M. José Ramírez Bajo^{1,2}, Joana Ferrer Fàbrega⁶, Fritz Diekmann^{1,2,3}, Pedro Ventura Aguiar^{1,2,3}

1: Fundació de Recerca Clínic Barcelona-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (FRCB-IDIBAPS), Laboratori Experimental de Nefrologia i Trasplantament (LENIT), Barcelona 2: Redes de Investigación Cooperativa Orientadas a Resultados en Salud (RICORS), Madrid 3: Servicio de Nefrología y Trasplante Renal. H. Clínic Barcelona 4: Servicio de Nefrología. Consorci Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell. 5: Servicio de Nefrología. H. U. Río Hortega, Valladolid. España. 6: Departamento de Cirugía Hepatobiliopancreática, H. Clínic Barcelona

Introducción: En la última década la timoglobulina se ha consolidado como la terapia de inducción preferencial en el trasplante renopancreático. La evidencia referente a los beneficios clínicos cuando comparado con basiliximab es escasa.

Objetivos: Analizar de forma comparativa el impacto de la terapia de inducción con basiliximab o timoglobulina en la supervivencia del paciente y de los injertos renal y pancreático.

Material y métodos: Estudio longitudinal retrospectivo unicéntrico en el que se han incluido receptores de un primer SPK realizados entre los años 2000 y 2016. La utilización de basiliximab (año 2004-2011) o timoglobulina (año 2000-2004 y 2011-2016) ha sido de acuerdo con el protocolo de servicio.

Resultados: De 235 receptores, 107 (46%) recibieron timoglobulina y 128 (54%) basiliximab. No hubo diferencias significativas en las características demográficas o inmunológicas del receptor o del donante entre ambos grupos. La supervivencia del paciente a 5 y 10 años fue similar en ambos grupos (96 vs 93% y 94 vs 92%, timoglobulina y basiliximab, respectivamente, Log-Rank 0.52). El análisis multivariable no evidenció diferencias entre ambos (1.42[0.48-4.18], p=0.5). La supervivencia del injerto pancreático fue superior en el grupo con basiliximab, aunque sin diferencias estadísticamente significativas (84 vs 89%, 77 vs 87% a 5 y 10 años para timoglobulina y basiliximab, respectivamente, Log-Rank P 0.05). No hubo diferencias en la incidencia de rechazo pancreático (OR 1.2 [0.61-2.39], p=0.6). En un análisis multivariable, el uso de basiliximab no se asoció a un mayor riesgo de pérdida del injerto pancreático (HR 0.55[0.19-1.60], p=0.28). Se observó un mayor riesgo de rechazo del injerto renal en el grupo de basiliximab (OR 11.9 [1.5-93], p=0.04), aunque sin impacto en la supervivencia del injerto (HR 0.95 [0.19-4.86], p=0.96).

Conclusiones: En pacientes seleccionados el basiliximab se puede considerar como terapia de inducción en el SPK con resultados de rechazo y supervivencia similares a la timoglobulina.

P32

TRANSCRIPTOMIC SIGNATURES OF PANCREAS ACUTE REJECTION DECIPHERED BY RNA SEQUENCING OF PANCREAS GRAFT BIOPSIES

M. José Ramírez-Bajo^{1,2}, Jordi Rovira^{1,2}, Elisenda Bañón Maneus^{1,2}, Ruben López Aladid³, Enrique Montagud-Marrahi^{1,2,4}, Natalia Hierro García^{1,2}, Tim Swaab⁵, Miriam Cuatrecasas⁶, M. Ángeles García Criado⁷, Joana Ferrer Fàbrega⁸, Alejandro Álvaro-Meca⁹, Fritz Diekmann^{1,2,4}, Josep M. Campistol^{1,2,4}, Pedro Ventura-Aguiar^{1,2,4}

1: Fundació de Recerca Clínic Barcelona-Institut d'Investigacions Biomèdiques August Pi i Sunyer (FRCB-IDIBAPS), Laboratori Experimental de Nefrologia i Trasplantament (LENIT), Barcelona 2: Redes de Investigación Cooperativa Orientadas a Resultados en Salud (RICORS), Madrid 3: H. Clínic Barcelona, Department of Clinical Microbiology, Centre de Diagnòstic Biomèdic (CDB), Barcelona 4: H. Clínic Barcelona, Nephrology and Kidney Transplant Department, Barcelona 5: University Medical Center Groningen, Department of Surgery, Division of Transplantation Surgery, Groningen, The Netherlands 6: H. Clínic Barcelona, Department of Pathology, Center for Biomedical Diagnosis, Barcelona 7: H. Clínic Barcelona, Department of Radiology, Center for Biomedical Imaging, Barcelona 8: H. Clínic Barcelona, Department of Hepato-bilio-pancreatic Surgery, Barcelona 9: Rey Juan Carlos University, Department of Preventive Medicine and Public Health, Madrid

Background: Transcriptomic analyses in organ transplantation may improve histological accuracy. Acute rejection (AR) presents common pathways between transplanted organs, but unique gene signatures associated with organ-specific cell types correlate with disease activity and outcomes.

Methods: We performed bulk RNA-sequencing in 36 pancreas graft biopsies (No rejection n=11, T cell-mediated rejection [TCMR] n=22; antibody-mediated rejection [ABMR] n=3). Both for cause and surveillance biopsies were included. Non-coding genes were excluded from the analysis. Differential gene expression comparative analysis was conducted using an available dataset from kidney transplant (GSE36059).

Results: Among the 16,743 coding genes sequenced, 786 genes were differentially expressed between biopsies with and without AR: 507 were overexpressed and 279 were underexpressed. Following gene enrichment analysis, those associated with immune cell activation and cell-cell communication presented highest expression (i.e. CXCL13, CXCL9, CXCL10, IL7R, CD2, IKZF3). Principal component analysis clustered AR biopsies with high specificity. In AR biopsies DGE for pancreas-specific cell types was increased, such as those for ductal cells (SLC4A4, MUC5B), pancreatic stellate cells (ITGA1, ITGAD, DES) or Schwann cells (S100A9). When analysed separately, TCMR and ABMR biopsies shared 201 DEGs, whereas TCMR presented 435, and ABMR 341. In a cell deconvolution analysis, TCMR and ABMR presented an increase in M1 macrophage expression, but only TCMR showed an increase in CD8 T-cell and NK cells. Comparison with kidney transplant data revealed an overlap of 275 genes in TCMR, with 496 genes uniquely differentially expressed in pancreas samples. For ABMR, we observed an overlap of only 24 genes and a unique expression in 189 for pancreas samples.

Conclusions: A transcriptomic analysis of pancreatic biopsies demonstrates similar pathways for TCMR and ABMR during AR, but highlights the expression of unique genes associated with pancreas-specific cell types. These results warrant further investigation into the genes' impact on graft outcomes.



P33*

ANÁLISIS DEL IMPACTO DE LA PARADA CARDÍACA EXTRAHOSPITALARIA PREVIA A LA DONACIÓN DE ÓRGANOS EN LA COLANGIOPATÍA POSTRASPLANTE

Paulino Ide¹, Emilio Tonina¹, Claudia Lorenzo¹, Christian Robles¹, Eva Ribas², Camino Rodríguez³, Rebeca Roque³, Laura Lorenzo⁴, Laura Oliu⁴, Cristian Rodríguez⁴, Richie Ingie⁴, David Toapanta⁴, Pablo Ruiz⁵, Gonzalo Crespo⁵, Jordi Colmenero⁵, Yiliam Fundora^{1,5}

1: Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. H. Clínic Barcelona. 2: Servicio de Anestesiología. H. Clínic Barcelona. 3: Unidad de Coordinación de Trasplantes. H. Clínic Barcelona. 4: Unidad de Cuidados Intensivos. Servicio de Hepatología. H. Clínic Barcelona. 5: Unidad de Trasplante Hepático. Servicio de Hepatología. H. Clínic Barcelona

La colangiopatía postrasplante de hígado es una complicación de etiología multifactorial que se acompaña de eventos adversos graves y en ocasiones condiciona la pérdida del injerto.

Método: Se diseñó un estudio retrospectivo, observacional y comparativo con el objetivo de analizar la incidencia de parada cardíaca extrahospitalaria previa a la donación (PCPD) y su relación con el desarrollo de colangiopatía postrasplante en los receptores de trasplante hepático. Se incluyeron todos los receptores de hígado y respectivos donantes, en el periodo de enero 2019-2024. Periodo mínimo de seguimiento 1 año. El grupo de estudio incluye todos los receptores de injertos procedentes de donantes que han sufrido PCPD y el grupo control no PCPD. La colangiopatía se definió como la presencia de estenosis biliares no anastomóticas; en ausencia de trombosis de la arteria hepática. En todos los casos el diagnóstico se realizó mediante colangioRMN. Se analizó la necesidad de retrasplante y supervivencia. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS versión 15.

Resultados: De los 364 receptores de trasplante de hígado, 83 pacientes (22.8%) recibieron injertos procedentes de donantes que habían sufrido PCPD. La colangiopatía postrasplante se presentó en 8 pacientes (2.1%), PCPD 3 casos, (3.6%) vs no PCPD 5 casos (1,8%), p=ns. En 7 casos PCPD (87%) los injertos procedían de donantes en muerte encefálica. El tiempo medio de presentación fue de 202 vs 200 días, PCPD vs no PCPD, respectivamente (p=ns). Se trataron mediante CPRE y/o CTPH. Ningún caso ha requerido retrasplante. Un paciente falleció por falta de adherencia al tratamiento. No se encontraron diferencias significativas al comparar la supervivencia entre ambos grupos (logrank ns).

Conclusiones: La incidencia de colangiopatía postrasplante hepático fue baja sin relación significativa con PCPD.

P34

LA DONACIÓN DE TEJIDOS EN EL MUNDO DE LOS PALIATIVOS

Elisabeth Navas Moya, Magi Eladi Baños Gala, Aroa Gómez Brey, Diana Colón, Laura Gil Juanmiquel, Carla Cuso Cuquerella, Andrés Javier Morgenstern Isaak, Pau Farrés, Lorena Requena, Alejandro Aragón, Susana Gómez, Sandra Mesa, Estibaliz Orbañanos, Alberto Sandiumenge Camps

H. U. Vall d'Hebron

Objetivos: Descripción del circuito de detección, evaluación y donación de tejidos de los pacientes paliativos pediátricos de un hospital de tercer nivel.

Material: Circuito multidisciplinar hospitalario de donación de tejidos en pacientes pediátricos paliativos: 1. Detección y entrevista a las familias sobre la voluntad de donación de tejidos por la Unidad de Paliativos Pediátricos. 2. Evaluación del donante por parte de la Coordinación de Trasplantes del hospital. 3. Valoración de logística de extracción de tejidos según el lugar de la defunción.

Método: Análisis de los pacientes pediátricos al final de vida que se evaluaron como posibles donantes de tejidos durante el 2024. Se analizaron datos demográficos, patología causante del final de vida, ubicación de la defunción, voluntad de donación y tejidos extraídos durante el 2024 procedentes de estos pacientes. Los datos se expresaron en medias +/- desviación estándar y porcentajes.

Resultados: Durante el periodo analizado se registraron un total de 36 pacientes paliativos en seguimiento que se evaluaron como posibles donantes de tejidos. El 61% (n=22) fueron niños con una edad media de 7 +/- 6,79 años. La enfermedad causante del cuidado paliativo fue de origen genético en un 19,4% (7 pacientes), enfermedades congénitas en el 25% de los casos (9 pacientes), de neoplasias el 50% (18 pacientes), un caso de anoxia cerebral y otro desconocido. El lugar de la defunción fue el Hospital en la mayoría de casos (19 casos), seguido del domicilio (14 casos) y 3 fallecieron en el centro sociosanitario. Catorce familias mostraron voluntad de donación (39%) de los que se obtuvieron 6 córneas y 2 válvulas cardíacas por existir 10 casos con contraindicación médica para la misma.

Conclusiones: La donación de tejidos en paliativos, además de aumentar la disponibilidad de tejidos para trasplante, da respuesta a las necesidades de las familias que expresan su voluntad a la donación.



P35

ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LAS ENTREVISTAS PARA DONACIÓN TISULAR REALIZADAS EN UN HOSPITAL TERCIARIO DEL 2020 AL 2024

Pau Farrés, Elisabeth Navas Moya, Olga Gabaldà, Lorena Requena, Estibaliz Orbañanos, Alejandro Aragón, Sandra Mesa, Aroa Gómez, Susana Gómez, Diana Colón, Alberto Sandiumenge Camps
H. U. Vall d'Hebron

Introducción y objetivos: Investigar los factores que influyen en la voluntad de donación tisular en los pacientes fallecidos en un hospital de tercer nivel de Cataluña.

Material y métodos: Análisis retrospectivo de todas las entrevistas definitivas de donación tisular realizadas del 2020 al 2024 a los familiares de potenciales donantes tisulares (PDT: posible paciente fallecido sin contradicciones aparentes para la donación), registradas de forma prospectiva en una base de datos (Komparto). Se analizan variables demográficas del difunto y su familia, variables relacionadas con el fallecimiento y propias de la entrevista, expresadas en porcentajes, medianas, medias y desviaciones estándar.

Resultados: Durante el periodo de estudio, se registraron 4293 PDTs. El 38.6% fueron mujeres (N=1684) y con una edad media de 66.8 ±17.9 años. Del total de PDT se hicieron 2916 entrevistas(67.9%), de los cuales un 2.13% tenían voluntades anticipadas (37.1% hacían referencia a la donación). La duración media de la entrevista fue de 12.6±10.6 minutos, y se realizó en sala de información(25%), seguido de la habitación del difunto(31.6%). El rango de edad de la persona decisoria oscilaba entre 41-50 años, siendo en su mayoría mujeres(57.8%). El 43.7% de las entrevistas fueron negativas a la donación (N=1274) sin variaciones significativas a lo largo del periodo de estudio (2020-46.5%;2021-44.3%;2022-41%;2023-42.9%;2024-44%). La causa más frecuente de aceptación fue condicionada por la información recibida por el coordinador(45.9%) seguida de aceptación previa del donante (37.9%). El motivo más frecuente de negativa fue la negativa en vida del donante (25.1%) seguida del desconocimiento de la voluntad de este (21.1%).

Conclusiones: El Porcentaje de VVAA para la donación es muy baja. Las mujeres suelen ser las personas decisorias a la hora de decidir sobre la donación tisular. El porcentaje de negativas para la donación tisular es superior que para los órganos.

P36

EVOLUCIÓN DE LA DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA (DAC): 10 AÑOS DE EXPERIENCIA

Camino Rodríguez, Rebeca Roque, Carolina Sánchez, Sabina Herrera, David Paredes, Victoria Reina, Sandra Saavedra, Ferran Vizcaino, Daniel Budoy, Nerea Gómez, Marc Bohils, Àngel Ruiz
H. Clínic Barcelona

Introducción: Las recomendaciones de las sociedades científicas han permitido el desarrollo de las guías para implementar los cuidados y atención de los pacientes al final de la vida, adecuando los esfuerzos terapéuticos. Integrando la donación de órganos, como parte de los cuidados al final de la vida, regulado, a partir del RD 1723/2012 de 30 diciembre ha permitido la obtención de órganos procedentes de donantes en asistolia controlada (DAC) o tipo III de Maastricht.

Objetivos: Analizar la evolución en la generación de DAC tras 10 años de experiencia en un hospital terciario y evaluar el impacto en la generación de donantes en Muerte Encefálica (ME).

Material y métodos: Describir el número total de casos evaluados, contraindicaciones clínicas y donantes reales en esta década y compararla con las donaciones procedentes de ME.

Resultados: El total de casos evaluados para DAC ha incrementado de forma significativa en comparación con el total de casos evaluados para ME que se ha mantenido estable a lo largo de estos años. Los donantes reales de DAC han aumentado significativamente en ciertos años, alcanzando su pico en 2022 con 28 donantes. Los donantes reales de ME han fluctuado.

Conclusiones: La experiencia adquirida en esta década ha permitido la implementación y consolidación de la DAC, también refleja la importancia, apoyo y formación de los diferentes profesionales de las diferentes áreas involucradas en la detección de los casos.



P37

TRASPLANTE RENAL DE DONANTES FALLECIDOS DENTRO DEL PROGRAMA ECMO-RCP: EXPERIENCIA DE UN HOSPITAL UNIVERSITARIO TERCIARIO

Alicia Molina Andújar, Rut Andrea Riba, Elena Sandoval, Maite Mata, Silvia Pérez Ortega, Carolina Sánchez, Sabina Herrera, Camino Rodríguez, Rebeca Roque, David Paredes, Fritz Diekmann, Ángel Ruiz
H. Clínic Barcelona

Objetivo: El programa de reanimación cardiopulmonar con ECMO (ECMO-RCP) para pacientes con parada cardio-respiratoria extrahospitalaria (PCRE) se instauró en nuestro centro en enero/2023. La tasa de mortalidad sigue siendo muy elevada y, a pesar de tratarse de pacientes menores de 65 años sin pluripatología, sólo un reducido porcentaje de los fallecidos acaban siendo donantes. El objetivo de nuestro trabajo es presentar el perfil de donantes efectivos dentro de este programa tras dos años de implantación y los resultados de función renal de los pacientes que han recibido los injertos.

Material y método: Estudio descriptivo de las características de los donantes renales dentro del programa ECMO-RCP hasta 31/diciembre/2024 y de la evolución de los injertos en los respectivos receptores de trasplante renal.

Resultados: Dieciséis pacientes que recibieron ECMO-RCP a su llegada a nuestro centro, acabaron falleciendo, de los cuales 2 fueron donantes efectivos, el primero en muerte encefálica y el segundo como asistolia controlada, ambos con fracaso renal agudo en progresión al momento de la donación. Cuatro pacientes fueron receptores de trasplante renal, tres de ellos requirieron sesiones de hemodiálisis en el post-trasplante inmediato con una mediana de creatinina al alta de 5,5 mg/dL, siendo al mes de 1,74 mg/L y de 1,66 mg/dL a los 3 meses. Ninguno de ellos presentó rechazo ni otras complicaciones durante el seguimiento.

Conclusiones: El perfil de donantes fallecidos tras PCRE manejada dentro del programa ECMO-RCP es de fracaso renal agudo en progresión al momento de la donación debido a la intensidad del daño isquémico que presentan. Sin embargo, a pesar de presentar función retrasada del injerto, el 100% de nuestros receptores ha presentado una buena evolución durante el seguimiento, demostrando ser una opción de donación válida en casos seleccionados

P38

ANÁLISIS DE INESTABILIDAD DE MICROSATÉLITES, NUEVA UTILIDAD EN DONACIÓN Y TRASPLANTE

Aroa Gómez Brey, Javier Hernández Losa, Elisabeth Navas Moya, Diana Colon Segade, M. Teresa Salcedo Allende, Juliana Esperalba Esquerra, Cristina Dopazo, Concepción Gómez Gavara, José Andrés Molino Gahete, Jesús Quintero Bernabeu, Alberto Sandiumenge Camps
H. U. Vall d'Hebron

Introducción: El riesgo de transmisión de enfermedades donante-receptor en el trasplante no es cero, a pesar de tener protocolos y estándares de calidad, los incidentes ocurren.

Objetivos: Validar el uso de una técnica genómica de análisis de inestabilidad de microsatélites (MSI) para la investigación de la imputabilidad de transmisión donante-receptor.

Material: Se realiza trasplante hepático en paciente de 20 años por colangitis esclerosante primaria con MELD 28 de donante en asistolia controlada de 61 años por encefalopatía anóxica. A los 13 meses post trasplante se detecta un tumor en el injerto trasplantado. Se recogieron muestras del donante (muestra sanguínea de seroteca), biopsia del tumor hepático y biopsia del hígado nativo explantado.

Metodología: Se usó el kit MSI Analysis System de Promega, que habitualmente identifica pruebas funcionales de inestabilidad genómica (pérdida del sistema de reparación de emparejamiento erróneos del ácido desoxirribonucleico [ADN]) asociadas a cánceres hereditarios. Siguiendo las instrucciones del kit, se realizó reacción en cadena de la polimerasa (PCR) multiplex fluorescente, seguida de separación y detección de fragmentos usando electroforesis capilar, para la detección de inestabilidad genómica de los siguientes microsatélites: BAT25, BAT26, NR-21, NR-24 y MONO-27. Adicionalmente se compararon dos satélites altamente polimórficos PENTA-C y PENTA-D incluidos en el kit para poder comparar los perfiles entre las muestras seleccionadas.

Resultados: Tras los análisis de comparativa de microsatélites entre las diferentes muestras se observó coincidencia del ADN del tumor con el ADN procedente del donante. Se concluye que ha habido transmisión de la neoplasia donante-receptor.

Conclusiones: El análisis de MSI es una técnica válida para determinar la imputabilidad de la transmisión de neoplasia donante-receptor. La investigación de la transmisión de enfermedades donante-receptor es importante no solo para el estudio y tratamiento del propio receptor afectado, sino para la seguridad y el seguimiento del resto de receptores.



Índice de autores

A

Abella, Raúl P27

Agámez Luengas, Saskia P05*, P17, P22, S05.2

Aguilar, Myriam S06.3

Aguirrezabalaga, Irene S02.4

Alabau, Roger P14

Alari Pahissa, Elisenda S03.1

Albiol, Joaquim P15

Alcaraz, Antonio S04.2, P19*

Álvarez, Tiffany S01.4, S06.5

Álvaro Meca, Alejandro P32, S06.6, S06.8

Amador, Alberto P23, S02.7

Amat, Clara S05.3

Amor, Antonio J. P30*, S04.5, S06.8

Amorós, Cristina P01*

Andrea Riba, Rut P37

Andreu, Marta S04.1

Ara Del Rey, Jordi P12

Aragón, Alejandro P34, P35, S04.4

Arana, Carolt P02*, P06, S03.2, S03.7, S05.8

Archilla, Ivan S03.5, S06.6

Arcos Fuster, Emma P10, P11, S04.3

Ariceta Iraola, Gema P05*, P13, P16, P17, P22, S01.6, S03.8, S05.2

Asensio, Marino P05*, P13, P16, P22

Aspas, Jessica P19*, P20*, S02.3

B

Bach Pascual, Anna S05.3

Baldallo, Cinthia P04*

Bañón Maneus, Elisenda P32, S01.2, S06.6, S06.8

Baños Gala, Magi Eladi P34

Baronet Nogué, Albert S05.8

Barquero Dueñas, Paula P29

Barriónuevo, Sílvia S02.6

Barrios Cormenzana, Oriana S02.7

Barros, Xoana S01.7

Bassaganyas, Clara P30*, S04.5

Bassegoda, Octavi P26

Bataller, Ramón P19*, P20*

Bello Rico, Víctor S03.1

Beltrán Mallén, David S05.7

Berastegui, Cristina P29, S04.1, S06.1, S06.3

Bestard, Oriol P03*, S01.1, S01.4, S01.6, S03.4, S03.6, S03.8, S04.6, S06.5

Betriu, Sergi S03.2

Bilbao, Itxarone P21*, S02.2, S02.5, S02.8, S04.8, S06.7

Bilbao, N. S02.2

Blasco, Miquel S01.3

Blasi, Annabel P24

Boada Pérez, Meritxell S06.1

Bodro, Marta P06

Bohils, Marc P15, P19*, P20*, P36, S04.7

Bolufer Cardona, Mónica P12

Bover Sanjuan, Jordi P12

Bravo Masgoret, Carles P29, S04.1, S06.1, S06.3

Broseta, José Jesús P02*, S05.1

Brouard, Sophie S03.4

Brunet, Mercè S02.3, S06.4

Budde, Klemens S03.4

Budoy, Daniel P36

Burballa Tàrrega, Carla C. P01*, P09, S01.8

Buxeda Porras, Anna P01*, P09, S01.8, S03.1, S05.4

C

Cabrera, Anna P18

Cachero, Alba P23

Cacho Alonso, Judit P06, S05.7

Caldera, Marlene P25

Campistol, Josep M. P32

Campos, Isabel S02.2, S03.8

Canal, Cristina P04*, S05.4, S05.6

Cantenys, Sergi S06.5

Cañameras Fugasot, Carles P12

Cañas Solé, Laura P12, S04.3

Caralt, Mireia P21*, S02.4, S02.5, S02.8, S04.8, S06.7

Caravaca Pérez, Pedro S05.1

Caro, José Luis S03.3, S03.6, S03.7, S04.2

Carrera, Claudia S01.1, S03.6, S06.5

Carrillo, Luis Miguel P19*

Casanova, Franc S03.4, S03.6

Casas Parra, Ángela P12, S05.6

Castañeda, Zaira P03*, S01.4, S05.6

Castejón, Raquel S06.3

Castel Lavilla, M. Ángeles S05.1

Castellote Alonso, José S02.7

Castillo Pino, Yolanda S01.8

Cerezo, Gema S01.5, S02.2

Chamoun, Betty P01*, P09, S01.8, S05.3, S05.6

Charco, Ramón S06.7



Charry, Paola P06, P26, S04.2
Chullo, Gabriela S04.7
Cid, Joan P06, P26
Codina, Sergi S01.5, S05.5, S05.6
Colmenero, Jordi P19*, P20*, P24, P25, P33*, S02.1, S02.3, S02.6, S04.7, S05.8, S06.4
Colom, Helena S01.5, S02.2
Coloma, Ana S01.5, S05.5
Colón, Diana P34, P35, P38, S04.4
Comas, Jordi P04*, P10, P11, S04.3, S04.6, S05.5
Córdoba, Cristian S01.7
Couceiro, Carlos S01.3, S01.5, S05.5
Couzi, Lionel S03.6
Crespo, Elena S01.1, S01.6, S03.6
Crespo, Gonzalo P19*, P20*, P24, P25, P33*, S02.1, S02.3, S02.6, S04.7, S06.4
Crespo, Marta P01*, P04*, P09, P10, P11, S01.8, S03.1, S03.3, S03.6, S04.3, S06.2
Cruz, Alex P13, P17
Cruzado, Josep M. P18, S01.3, S01.5, S05.5
Cuadrado, Elena S05.1
Cuatrecases, Miriam P32, S06.8
Cucchiari, David P02*, S04.2
Cuso Cuquerella, Carla P34

D

Daina Noves, Carla S05.2
Dalmau, Mar P21*, S02.8
Dard, Celine S01.1
De Frutos, Fernando P28
Díaz Ricart, Maribel S01.3
Diekmann, Fritz P02*, P04*, P06, P15, P19*, P30*, P31, P32, P37, S01.2, S03.2, S03.5, S03.6, S03.7, S04.2, S04.5, S04.6, S05.8, S06.6, S06.8
Díez, Carles P28
Dolader, Paola P27, S05.2
Donadeu, Laura S01.1, S01.6, S03.4, S03.6
Dopazo, Cristina P21*, P38, S02.2, S02.5, S02.8, S04.8, S06.7

E

Eguía, Jorge S03.3
El Maimouni, Cautar S02.1
Erro, Marta S06.3
Escobar, Roser S06.1
Escudero Saiz, Víctor Joaquín P06
Esforzado, Nuria P02*, S05.8
Esperalba Esquerria, Juliana P38

Expósito, Nuria S03.7

F

Facundo, Carme P04*, P10, P11, P14, S01.7, S04.3, S04.6, S05.6
Farrero, Marta S05.1
Farrés, Pau P34, S04.4
Favà, Àlex P04*, S01.5, S05.5
Fayos, Leonor P10, P14, S01.7
Federico Vega, Judith S03.3
Fernandes, Nair P21*
Fernández Alarcón, B. S02.2
Fernández, Javier P26
Fernández, Joaquín P27
Ferrer Fàbrega, Joana P30*, P31, P32, S03.5, S04.5, S06.6, S06.8
Folch Puy, Emma P30*, S04.5
Franken, Charlotte S06.6
Franquet, Onia P01*
Freile, Pilar S05.4
Fundora, Yiliam P19*, P20*, P25, P33*, S02.3, S02.6, S04.7, S06.4
Fuster, Josep P30*, S04.5

G

Gabaldà, Olga P35, S04.4
Gander, Romy P13, P22
García Álvarez, Ana S05.1
García Busquets, Ainhoa S03.2
García Criado, M. Ángeles P30*, P32, S03.5, S04.5, S06.6, S06.8
García Guix, Marta P23, S02.7
García Romero, Elena P28
García, Jonay P02*
García, Rocío P19*, P20*, P30*, S04.5
Garduno, Estefanía P15
Garin, Olatz S05.3
Gelpi Remiro, Rosana P12
Gil Juanmiquel, Laura P34
Gille, Ilse S03.2
Gimenez, Marc P24
Gimeno, Javier S03.1
Gómez Brey, Aroa P34, P35, S04.4
Gómez Gavara, Concepción P21*, P38, S02.2, S02.5, S02.8, S04.8, S06.7
Gómez Gómez, Susana S04.4
Gómez Ollés, Susana P29, S03.8, S04.1, S06.3



Gómez, Nerea P36
Gómez, Susana P34, P35
González Barba, Isabel P05*, S02.5, S04.8
González Calero, Pablo S05.4
González Costello, José P28, S03.8
González García, Ariadna P09
González Nicolás, M. Ángeles S01.2
González Vilatarsana, Emma S02.7
González, Ángela P02*, S05.6
González, Eduardo S03.7
Gracia Martín, Carmen S05.7
Gran Ipiña, Ferrán P27, S05.2
Grau Bosch, Oriol S06.1
Guevara Madrid, Francisco S05.7
Guillén, Elena S01.3
Guillén Crusells, Javier S05.7
Guirado Perich, Lluís P10, P11, P14, S01.7, S04.3, S05.6
Gutiérrez Dalmau, Álex S05.7

H

Hagedoorn, Renate S. S03.2
Heemskerk, Mirjam H.M. S03.2
Heidt, Sebastiaan S03.2, S03.3
Hermida, Evelyn P04*
Hernández Losa, Javier P38
Herrador, Lorena P28
Herrera, Sabina P36, P37
Herreros, M. Alba P14
Hidalgo, Ernest P27, S02.5, S04.8
Hierro García, Natalia P32, S06.8
Holguín, Víctor P30*, S04.5
Hu Zhu, Rongrong S04.5
Huerta, Martín S02.8

I

Ide, Paulino P25
Imerzoukene, Farida S01.1
Ingie, Richie P33*
Inza, Ainhoa S05.4
Izquierdo Blasco, Jaime S05.2

J

Jaulin Pueyo, Jose Javier P17
Jerez, Jose A. P18
Jiménez, Inmaculada P18

Jiménez, Natalia P26
Juez, Almudena P01*
Julián, Judit S06.4
Juzga, Diana C. P27

K

Kamar, Nassim S03.6
Karahan, Gonca S03.3
Kervella, Delphine P03*, S01.1, S01.4, S01.6, S03.4, S06.5
Khan Riaz, Haide Ali P13

L

Larque, Ana Belén S03.7
Larramendi, Carmen P16
Larrarte King, Mauricio P22
Lázaro, Alberto S01.2
Lazo, Marta S01.2
Lecha, Anna S04.7
Lefaucheur, Carmen S03.4
Legarra, María Iraola P06
Leiva, David P23
Linarez Brea, Michelle A. S01.8
Lladó, Laura P23, S02.4, S02.7, S03.8
Llinàs, Laura S03.3
Lloberas, Nuria S01.5, S02.2, S05.5
Llongueras Espí, Pasqual P28
López Aladid, Ruben P32, S06.8
López Botet, Miguel S03.1
López González, Mercedes P17, P22
López Meseguer, Manuel P29, S03.8, S04.1, S06.1
López Royo, Luzía S05.7
López, Diego S02.4
López, Manuel S06.3
López, Mercedes P05*, S01.6
López, Miguel A. P25
López, Mónica S04.7
López, Verónica S05.4
Lorenzo, Claudia P20*, P33*, S04.7
Lorenzo, Laura P33*
Loupy, Alexandre S03.4
Lozano, Miquel P06, P26, S04.2

M

Malvezzi, Paolo S01.1
Mameli, Simone P27, S02.5



Manonelles, Anna P10, P11, P18, S01.5, S04.3, S05.5
Manyalich, Martí P30*, S04.5
Marín, Luis Miguel S02.4
Martín Álvarez, Blanca P31
Martínez Gallo, Monica S06.5
Martínez Lacalle, Anna S01.6
Martínez Saez, Aida S01.8
Martínez, Anna S03.4, S03.6
Martínez, Javier P04*
Martínez, Júlía S01.3
Martos, Marta S02.5, S04.8
Mascaró, Elena S04.2
Mata, Maite P37, S04.7
Mataj, Blerina P02*
Medrano Villaroya, Cristina S05.7
Mejía, Joaquín P03*
Melilli, Edoardo P04*, P18, S01.3, S01.5, S03.8, S04.6, S05.5
Meneghini, Maria P03*, S01.4, S01.6, S03.6, S06.5
Mercadal Hally, María M. P05*, P22, S02.5, S04.8
Mesa López, Sandra P34, P35, S04.4
Mestre, Judit S02.1
Millán, Olga S02.3
Mils, Kristel P23
Molina Andújar, Alicia P02*, P06
Molina Gómez, María P12
Molina, Patricia S01.3
Molino, José A. P05*, P13, P16, P22, P27, P38, S02.8, S06.7
Moncada, Marina S01.3
Monforte, Victor P29, S04.1, S06.1, S06.3
Montagud Marrahi, Enrique P02*, P31, P32, S06.6, S06.8
Montero Pérez, Núria S01.5, S05.5
Morató, Olga S02.3, S02.6
Moreso, Francesc P03*, P04*, P10, P11, S01.1, S01.4, S01.6, S03.4, S03.6, S03.8, S04.3, S04.6, S06.5
Morgenstern Isaak, Andrés J. P34
Musquera, Mireia P15, P19*, S04.2

N

Naesens, Maarten S06.2
Navarrete Espinosa, Deysi Laura P20*
Navarro, Francisco S04.7
Navas Moya, Elisabeth P35, P38, S04.4
Nebot Forcada, Pau S06.2

O

Oliu, Laura P33*

Oliveras, Laia S01.5
Oppenheimer, Federico P06
Orbañanos, Estibaliz P34, P35, S04.4
Ordi, Queralt P23
Ortega, Emilio S02.1
Ortiz Díaz, Jose Carlos P15

P

Padrós, Cristina P05*, P27, S02.5, S04.8
Pagano, Giulia P24, S02.6
Palomo, Marta S01.3
Palou, Eduard P04*, S03.2, S03.6, S03.7, S04.2
Pardo, Yolanda S05.3
Paredes, David P15, P36, P37, S04.2
Pareja, Laura S05.5
Parra Londoño, Fernando P12
Parra, Ricardo P02*
Pasache, Kevin P14, S01.7
Pascual Dapena, Ana S02.3
Paúl Martínez, Javier P12
Pedraza, Alexandra S04.2
Pedreira, Guillermo S05.3
Pera, Miguel P19*, P20*
Perelló, Manel P03*, S01.4, S01.6
Pérez Beltrán, Víctor P22, S05.2
Pérez Mir, Mònica S04.3
Pérez Ortega, Silvia P37
Pérez Sáez, M. José P01*, P04*, P09, S01.8, S03.1, S04.6, S05.3, S06.2
Pérez, Carlos P30*, S04.5
Pérez, Mònica P14, S01.7
Perez, Víctor P16, S01.6
Perezpayá, Ines P12
Peri, Lluís P15, S04.2
Piñeiro, Gaston P06
Pol, Robert S06.6
Pozo Mendoza, Óscar S06.2
Prat, Susanna S02.1
Pueyo, Alberto S02.4

Q

Quero Ramos, María P28
Quilis, Aina S05.4
Quintana, Cristina P18
Quintero Bernabeu, Jesús P05*, P22, P27, P38, S02.5, S03.8, S04.8



R

Rama Arias, Inés P28
Ramírez Bajo, M. José P31, S01.2, S03.5, S06.6
Ramos, Emilio P23
Rau, Melisa P28
Redondo Pachón, Maria Dolores P01*, P09, S01.8, S03.1, S03.3
Regueiro, Ander P24
Reina, Victoria P36
Requena, Lorena P34, P35, S04.4
Reverter, Enric P26
Revilla López, Eva P02*, P10, P29, S01.3, S04.1, S04.2, S04.3, S06.1, S06.3
Revuelta Vicente, Ignacio P11
Ribas, Eva P33*, S04.7
Ribes, Josepa S05.5
Ríos, Héctor P13
Rivas, Eva P19*, P20*, P25
Robles, Christian P25, P33*, S04.7
Rodríguez Chitiva, Nestor P12
Rodríguez Eguren, Ángela S05.1
Rodríguez Espinosa, Diana P06
Rodríguez Gonzalo, Adriana S03.5, S06.6
Rodríguez Tajés, Sergio S02.6
Rodríguez, Camino P25, P33*, P37
Rodríguez, Cristian P33*
Rodríguez, Diana P15, S01.3, S05.1
Rodríguez, Juan José S05.1
Romero González, Gregorio P12
Roque, Rebeca P25, P33*, P36, P37
Rosado, Joel P29, S04.1
Rosado, Silvia S06.3
Rostaing, Lionel S01.1
Rovira, Jordi P04*, P06, P32, S01.2, S03.2, S03.5, S06.6, S06.8
Royo, Gloria Fatou P05*, P13, P16, P22
Ruiz De Miguel, Victoria S06.1, S06.3
Ruiz Duran, Yuri S01.6
Ruiz, Ángel P15, P19*, P20*, P25, P36, P37, S04.7
Ruiz, Pablo P19*, P20*, P24, P25, P33*, S02.1, S02.3, S02.6, S04.7, S06.4
Rull, Ramón P30*, S04.5

S

Saavedra, David P30*, S04.5
Saavedra, Sandra P36, S04.7
Sacanell, Judith P29, S04.1
Sáez Giménez, Berta P29, S04.1, S06.1, S06.3

Sainz, Nerea S02.3
Salazar Rodríguez, Anthony S05.1
Salcedo Allende, M. Teresa P38
Salvador, Sara P29, S04.1
Salvador Rosés, Irene S04.4
Sánchez Ric, Marta P24
Sánchez Fructuoso, Ana S05.4
Sánchez, Carolina P36, P37
Sánchez, Rosa M P18
Sandiumenge Camps, Alberto P34, P35, P38, S04.4
Sandoval, Elena P37, S05.1
Sanz Ureña, Sara S03.3
Secanella, Lluís P23
Sellares, Joana P03*, S01.4, S01.6, S06.5
Serra, Núria P11, P14
Solà Porta, Eulàlia P09
Solé González, Eduard S05.1
Soler Majoral, Jordi P12
Sorribas, María P23
Sureda De Lucio, Begoña S05.7
Swaab, Tim P32, S03.5

T

Taco Sánchez, Omar P12
Tejada, Enzo P28
Toapanta, David P33*, S04.7
Tonelli, Laura S01.5
Tonina, Emilio P25, P33*
Torija, Alba S03.6
Torregrosa, Jose V. P02*, S05.8
Torres Sánchez, M. José S05.4
Torres Sierra, Sandra S04.4
Torres, Irina B. P03*, S01.4, S01.6, S03.6
Torres, Juan Manuel S03.7
Torroella, Alba P30*
Tort Bardolet, Jaume P04*, P10, P11, S04.3, S04.6
Trujillo, Hernando S05.4

U

Ubre, Marta P19*, P20*, P25
Ussetti, Piedad S06.3

V

Van Der Meer Prins, Ellen M.w. S03.2
Ventura Aguiar, Pedro P02*, P04*, P30*, P31, P32, S03.5, S04.5, S06.6, S06.8



Vidal Alabré, Anna [S01.5](#), [S02.2](#)
Vidal, Laura [P21*](#), [S02.5](#), [S02.8](#), [S04.8](#)
Vidiella Martin, Joan [P31](#)
Vigara, Luis Alberto [S05.4](#)
Vigués, Francesc [P18](#)
Vila Santandreu, Anna [P04*](#), [P10](#), [P11](#), [P12](#)
Vila, Anna [S04.6](#)
Vila, Marina [P23](#)
Vilches, Carlos [S03.1](#)
Villa Ayala, Verónica [S05.7](#)
Villard, Jean [S03.4](#)
Villena, Yolanda [S06.3](#)
Vima, Jaume [S06.3](#)
Viñals, Clara [S02.1](#)
Vizcaino, Ferran [P36](#)

W

Webb, C. [S02.2](#)

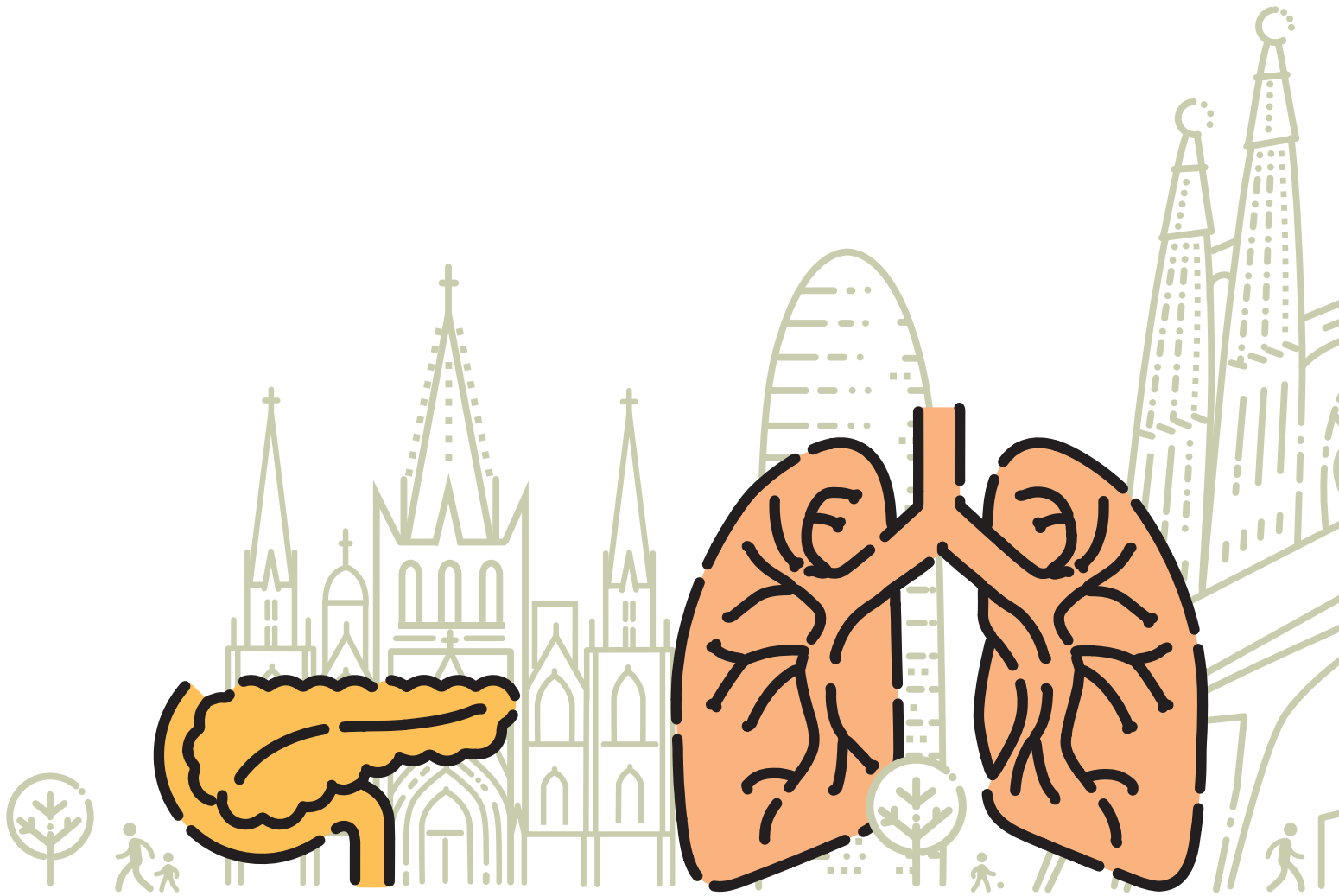
X

Xipell, Marc [P06](#)

Z

Zaidan, Mohamad [S03.4](#)
Zamora, Ivan [S01.4](#)
Zapata, Marta [S06.1](#), [S06.3](#)
Zapatero, Juliana [P26](#)
Zolezzi Ramirez, Rodrigo [P06](#)





18.º CONGRESO SCT

Secretaría técnica:
GRUP CONGRÉS
T. +34 93 488 11 77
sct2025@aopc.es

SECRETARÍA SCT

SCT-AOPC
Tel. 600 520 419
congress@aopc.es
www.sctransplant.org