

Figura 3
Gran cámara gástrica dilatada (25x30 cm).

COMUNICACIONES PÓSTER
ÁREA: TRASPLANTE HEPÁTICO

CP-197. INCIDENCIA DE RECHAZO AGUDO Y CRÓNICO. MANEJO Y REPERCUSIONES.

ABELLÁN-ALFOCEA, P; JIMÉNEZ-ROSALES, R; FERNÁNDEZ-FERNÁNDEZ, E

SERVICIO APARATO DIGESTIVO. COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES, GRANADA.

Introducción

Analizar las tasas de rechazo agudo y crónico, la respuesta al tratamiento y supervivencia en nuestra serie de pacientes sometidos a un trasplante hepático.

Material y métodos

Hemos estudiado de forma retrospectiva 398 trasplantes hepáticos realizados entre 2002 y 2017 de los cuáles, 84 (en 82 pacientes) han presentado algún episodio de rechazo agudo o rechazo crónico (21,10%), confirmados mediante biopsia hepática. Las indicaciones de trasplante hepático más frecuentes han sido cirrosis alcohólica en 27 (32,1%) y por VHC en 17 (20,2%).

Resultados

62 varones (73,8%) y 22 mujeres (26,2%) con una media de edad de 52,85 años. 72 pacientes presentaron rechazo agudo (18%) (2 presentaron 2 episodios) y 12 pacientes, rechazo crónico (3,51%) (un paciente presentó dos episodios). La mayoría de los pacientes recibían inmunosupresión con tacrolimus (53,6%) o ciclosporina (20,2%). El rechazo agudo fue leve en 44 pacientes (61,1%), moderado en 23 (31,9%) y grave en 5 (6,9%). Se observó

ductopenia $\geq 50\%$ en 4 pacientes con rechazo crónico. El tiempo medio postrasplante en el RA ha sido de 114 días y en el RC, de 602 días. El rechazo fue precoz (primeros tres meses postrasplante) en 56 casos (66,7%) y tardío en 28 (33,3%). 57 pacientes con rechazo agudo recibieron bolos de esteroides (79,16%) y el resto, ajuste de la inmunosupresión, con buena respuesta. Hemos realizado 7 retrasplantes por rechazo crónico (8,6%). 24 *exitus* (28,6%), de los cuales cuatro han sido por RC (17,4%).



Figura 1



Figura 2

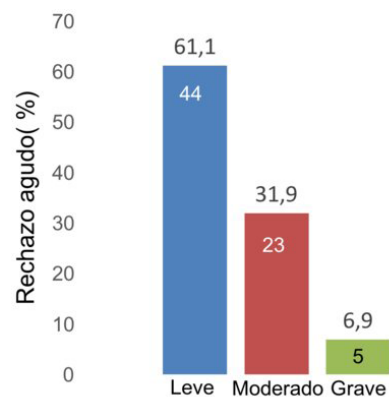


Figura 3

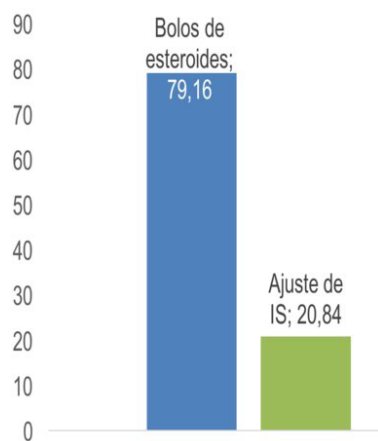


Figura 4

Conclusiones

Hemos obtenido bajas tasas de rechazo tanto agudo como crónico en nuestra serie, con buen control del primero con ajuste de inmunosupresión y/o administración de bolos de esteroides. La mitad de los pacientes con rechazo crónico han precisado trasplante. La mayoría de las causas de mortalidad han sido por problemas no relacionados con el rechazo.

COMUNICACIONES VIDEOFORUM

VF-01. DIVERTÍCULO DE ZENKER TRATADO CON STAG BEETLE KNIFE (SB JR, SUMITOMO BAKELITE).

MARTÍN-GUERRERO, JM¹; BELDA-CUESTA, A¹; BONET-PADILLA, M¹; CABELLO-RAMÍREZ, M¹; CARRILLO-DE ALBORNOZ PALLARÉS, MT¹; MARÍN-MARTÍN, J²

¹UNIDAD APARATO DIGESTIVO. HOSPITAL COMARCAL DE LA MERCED, OSUNA. ²SERVICIO MEDICINA INTERNA. HOSPITAL COMARCAL DE LA MERCED, OSUNA.

Introducción

El divertículo de Zenker puede ser tratado con éxito mediante endoscopia flexible. Se han utilizado varios métodos para cortar el tabique del divertículo, como el Ligasure™, Needle-Knife y otros dispositivos de disección submucosa. Recientemente se han reportado varias series que utilizan el disector SB JR 3,5 mm.

Caso clínico

Un paciente de 72 años de edad, varón con antecedentes personales de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) fue ingresado en el hospital por insuficiencia respiratoria y pérdida de peso. El estudio del bario mostró un divertículo de Zenker de

8 cm de tamaño (Figura 1). El procedimiento se realizó bajo sedación con midazolam y propofol controlados por el endoscopista sin intubación traquea siendo bien tolerado por el paciente con saturación de oxígeno alrededor del 92%. Inicialmente decidimos realizar el procedimiento con un cap y una sonda nasogástrica con un SB standard de 7 mm. Utilizamos una unidad electroquirúrgica Olympus PSD 60 Olympus en modo de endocut 120 W efecto 1. El primer pulso de corriente fue coagulación forzada de 30 W. La exposición del tabique no fue adecuada y después de varios cortes decidimos posponer el caso hasta tener un diverticuloscopio (ZDO). Después de varias semanas, obtuvimos un ZDO que colocamos a través de una guía previamente introducida en el esófago bajo control endoscópico. Cuando colocamos el ZDO el tabique quedó perfectamente expuesto (Figura 2) lo que nos permitió realizar el procedimiento de forma más segura, rápida y eficaz, con una duración de 30 minutos y un corte septum de 4 cm. El ZDO también es importante porque ayuda a definir el final del fondo del divertículo y ayuda a definir la longitud de la incisión del tabique. En este caso, utilizamos el SB junior's 3,5 mm que permite rotar y ajustar el corte con gran precisión (Figura 3). Al final del procedimiento, se colocaron tres clips hemostáticos para evitar el sangrado y la perforación retardados (Figura 4). Se realizó EGD postratamiento que no mostró ninguna extravasación de bario fuera de la luz del esófago. Al día siguiente, el paciente tragó líquidos sin problemas.



Figura 1

EGD que muestra un divertículo de Zenker de 8 cm.



Figura 2

El diverticuloscopio permite aislar y exponer muy bien el tabique del divertículo.