

■ XVI Congreso Argentino de Trasplantes 2025



Innovación en Procuración y Trasplante

ratx

¡Bienvenidos!

XVI SAT Congreso Argentino de Trasplantes

2025



SOCIEDAD ARGENTINA
DE TRASPLANTES

 **inicia**

Un camino más rápido hacia el trasplante

Ingresar a la lista de espera del **INCUCAI** solía demorar casi un año, entre autorizaciones, estudios, turnos e interconsultas.

Hoy, con **INICIA** - el programa de evaluación pre-trasplante de **RED BASA** - ese recorrido se completa en un promedio de 60 días.

Con **INICIA**, más pacientes pueden avanzar hacia el trasplante que necesitan.



Más info en:
www.redbasa.com.ar

HEMOMEDICA

tecnología **queda** nueva vida



LifePort Kidney Transporter

*Precision monitoring and tracking to
Protect Every Gift*



LifePort Liver Transporter

*Hypothermic Machine Preservation for
Liver Transplantation coming soon*



Lumilight The offline photopheresis system



Ex-stream Extracorporeal oxygenation perfusion device

HEMOMEDICA Representante exclusivo de

LifePort
Kidney Transporter

LUMI
LIGHT

TRANSBIOTECH

SAT XVI CONGRESO ARGENTINO

Trasplantes 2025

El Comité Organizador del XVI Congreso Argentino de Trasplantes desea expresar su más profundo agradecimiento a todas las empresas e instituciones que, en carácter de patrocinantes y auspiciantes, han brindado su valioso apoyo para la realización de este encuentro científico.

Sponsor Platino



Sponsor Oro



Sponsors Plata



Sponsors Bronce



Sponsors Colaboradores



Auspician

Academia Nacional de Medicina

Capítulo Argentino de la International
Hepato Pancreato Biliary Association

Facultad de Ciencias de la Salud
de la Universidad Maimonides

Fundación Argentina de Trasplante
de Órganos y Tejidos Tercer Milenio

Instituto Nacional Central Único
Coordinador de Ablación e Implante

Sociedad Argentina de Diabetes

Sociedad Argentina de Hematología

Asociación Argentina de Medicina Respiratoria

Sociedad Argentina de Nefrología

Sociedad Argentina de Terapia Intensiva

Sociedad Argentina de Urología

Asociación Médica Argentina



SOCIEDAD ARGENTINA
DE TRASPLANTES



Comisión Directiva SAT

Presidente

Dra. Marta Monteverde

Vice Presidente

Dra. Silvina Aleman

Secretario

Dr. Roberto Sabbatiello

Pro-Secretaria

Dra. María Cora Giordani

Tesorero

Dr. Marcelo Dip

Pro-Tesorero

Dr. Pablo Uva

Vocales Titulares

Dr. Marcelo Ferreyra

Dr. Francisco Pattin

Dr. Juan Ibañez

Vocales Suplentes

Dr. Jorge de la Fuente

Dr. José Luis Menna

Dr. Omar Galdame

ratx

Revista Argentina de Trasplantes

promoviendo ciencia, asistencia y ética al servicio del trasplante

Revista Argentina de Trasplantes

Volumen XVII, Número 2 Agosto de 2025

Publicación Oficial de la Sociedad

Argentina de Trasplantes

Tirada: 1000 ejemplares

Distribución gratuita para socios de la SAT.

Propietario:

Sociedad Argentina de Trasplantes

C.U.I.T. N° 30-67629668-5

ISSN: 2408-4328 Registro de la Propiedad

intelectual por Expediente N° 831241

Dirección Nacional de Derechos de Autor

Se prohíbe la reproducción parcial o total de los contenidos sin autorización.

Por reimpresión de artículos solicitar

información a la siguiente dirección:

editorial@sat.org.ar

Diseño:

Atilio A. Diaz

info@verdepez.com.ar

Distribución

Correo Argentino

Oficina Editorial

Maipú 631 Piso 4° Dto. "H".

C1006ACG, Ciudad Aut. de Buenos Aires

E-mail: editorial@sat.org.ar

Suscripciones

Si desea suscribirse a la publicación no siendo socio de la SAT, le invitamos a enviar un correo con sus datos personales y ocupación a: editorial@sat.org.ar . Ref.: Suscripción

Limitación de Responsabilidad

Las declaraciones, omisiones y opiniones emitidas por todos los profesionales y colaboradores contenidas en los artículos de Revista Argentina de Trasplantes son responsabilidad de sus autores y no de la Sociedad Argentina de Trasplantes o de los editores de la publicación. Las publicidades contenidas no representan garantía o aprobación de los productos o servicios, o de su efectividad, calidad o seguridad. La Sociedad Argentina de Trasplantes declina toda responsabilidad de cualquier daño a personas o propiedad resultante de ideas o productos referidos en los artículos o publicidades.

SAT XVI CONGRESO ARGENTINO

Trasplantes

2025

Miércoles

INNOVACION EN PROCURACION Y TRASPLANTE

COMISIÓN DIRECTIVA SAT

Presidente: Dra. Marta Monteverde
Vice-Presidente: Dra. Silvina Aleman

Secretario: Dr. Roberto Sabbatiello
Pro Secretario: Dra. María Cora Giordani
Tesorero: Dr. Marcelo Dip
Pro Tesorero: Dr. Pablo Uva

Vocales Titulares:

Dr. Marcelo Ferreyra
Dr. Francisco Pattin
Dr. Juan Ibañez

Vocales Suplentes

Dr. Jorge de la Fuente
Dr. José Luis Menna
Dr. Omar Galdame

Revisores de Cuenta Titulares: Dr. Gustavo Palti, Dra. Vanesa Gregoriatti
Revisores de Cuenta Suplentes: Dra. Silvia Di Pietrantonio, Dra. Atenea Gregoriatti

COMISION ORGANIZADORA

Presidente: Dr. Lucas McCormack
Secretario: Dr. Fernando Cairo

Integrantes:

Dra. Cecilia Andrada
Dra. Susana Bauque
Dr. Juan Ibañez
Dr. Pablo Novoa
Lic. Liliana Pierini
Dr. Ricardo Posatini
Dr. Juan Carlos Troncoso
Dr. Gervasio Soler Pujol

26, 27 y 28 de noviembre de 2025
Hotel Buenos Aires Marriott
Ciudad Autónoma de Buenos Aires . Argentina



SOCIEDAD ARGENTINA
DE TRASPLANTES

Staff editorial

Editores Asociados

Teresita Alvarellos, Córdoba
 María del Carmen Bacqué,
 Buenos Aires
 Alejandro Bertolotti, Buenos Aires
 Roxana Groppa, Buenos Aires
 Martín Maraschio, Córdoba
 Rubén Schiavelli, Buenos Aires
 Hernán Trimarchi, Buenos Aires
 Pablo Uva, Buenos Aires
 Alejandra Villamil, Buenos Aires
 Miguel Acosta, Paraná
 Cristina Aguirre, Buenos Aires
 Luis Ahualli, Buenos Aires
 Mariano Tomás Arriola, Santa Fe
 Laura Barcán, Buenos Aires
 Horacio Bazán, Córdoba
 Marcelo Baran, Buenos Aires
 Gustavo R. Bianco, Buenos Aires
 Liliana Bisigniano, Buenos Aires
 Julio Bittar, San Luis
 Claudio Burgos, Mendoza
 Carlos Chiurchiu, Córdoba
 Federico Cicora, Buenos Aires
 Marisa Cobos, La Plata
 Javier De Arteaga, Córdoba
 Ana Diller, Córdoba
 María Teresa Galdo Asbun, Buenos Aires
 Octavio Gil, Córdoba
 Gabriel Gondolessi, Buenos Aires
 Carlos Idoria, Córdoba
 Nora Imperiali, Buenos Aires
 Isolda Kohout, Córdoba
 Gustavo Kusminsky, Buenos Aires

Roberta Lattes, Buenos Aires
 Rafael Maldonado, Córdoba
 Ricardo Mastai, Buenos Aires
 Daniel Matus, Mendoza
 Lucas Mc Cormack, Buenos Aires
 Víctor H. Morales, La Plata
 Pablo Novoa, Córdoba
 Gustavo Palti, Buenos Aires
 Mauricio Pattin, Buenos Aires
 Hugo Petrone, La Plata
 Pablo Raffaele, Buenos Aires
 María del Carmen Rial, Buenos Aires
 Roberto Raúl Sabbatiello,
 Buenos Aires
 Ángel Gustavo Sedevich, Mendoza
 José Luis Sgrosso, Rosario
 Elio Suso, Mendoza
 Martín Torres, Córdoba
 Juan Carlos R. Troncoso,
 Buenos Aires
 Amalia Turconi, Buenos Aires
 María Cristina Vázquez, Rosario

Sección Bibliográfica

Hernán Trimarchi

Dirección

Director Editorial

Carlos H. Diaz

Co-Director Editorial

Jorge R. Ferraris,
 Buenos Aires

Coordinación Editorial

Alicia Chaparro,
 Buenos Aires

Consejo Asesor

Pablo U. Massari, Córdoba
 Roberto Cambariere, Buenos Aires
 Félix Cantarovich, Buenos Aires
 Domingo Casadei, Buenos Aires
 Adrián Gadano, Buenos Aires
 Luis Gaite, Santa Fe
 Juan José García, Córdoba
 Constancio Giraudo, Córdoba
 Julio Goldberg, Buenos Aires
 Oscar Imventarza, Buenos Aires
 Oscar Aníbal López Blanco,
 Buenos Aires
 Jorge Milone, La Plata
 Sergio Perrone, Buenos Aires
 Luis Gustavo Podestá, Buenos Aires
 Eduardo Raimondi, Buenos Aires
 Carlos Alberto Soratti, Buenos Aires
 Roberto Tanús, La Plata
 Federico Villamil, Buenos Aires

SAT XVI CONGRESO ARGENTINO

Trasplantes 2025

Innovación en Procuración y Trasplante

Programa

26 al 28

NOVIEMBRE

**Buenos Aires
Marriott Hotel**



SOCIEDAD ARGENTINA
DE TRASPLANTES

www.sat.org.ar

Indice

ratx

Volumen XVI, Número 2, Noviembre de 2025

INDICE

Carta del Presidente del Congreso

L. McCormack 12

Programa 13

Listado de Abstracts 25

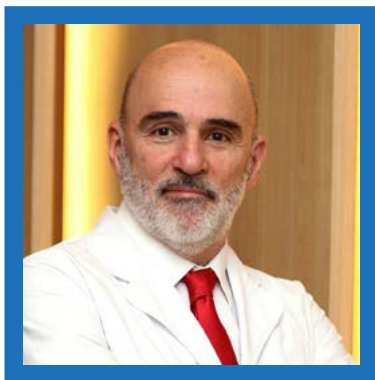
Indice de Autores 144

Reglamento 150

“XVI Congreso de Trasplantes de la Sociedad Argentina de Trasplantes”

Lucas McCormack⁽¹⁾

(1) Presidente Congreso SAT 2025



Lucas Mc Cormack
Presidente Congreso SAT

Tenemos el agrado de informarles que el XVI Congreso Argentino de Trasplantes – SAT 2025 organizado por la Sociedad Argentina de Trasplantes, se llevará a cabo durante los días 26, 27 y 28 de noviembre de 2025 en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

El título del congreso será “INNOVACION EN PROCURACION Y TRASPLANTE DE ÓRGANOS Y TEJIDOS” teniendo en cuenta que son muchos los avances que se han desarrollado en estas áreas en los últimos años.

Los integrantes del comité congreso estamos trabajando para fortalecer el proceso de la procuración y el trasplante con una mirada transversal integrando equipos interdisciplinarios que se reflejará en un programa integrativo y de colaboración constante. Trabajaremos con el programa científico buscando asegurar el acceso universal al trasplante en cada una de las regiones de nuestro país.

El congreso se desarrollará en base a la intensa interacción de los especialistas en procuración y trasplante con de un intercambio dinámico con los disertantes y concurrentes participando en debates, simposios, conferencias, mesas discusión y reuniones sociales.

Por otro lado, no queremos dejar de lado las actividades sociales, que nos permiten estrechar lazos de amistad en un ambiente académico relajado.

Esperamos contar con la presencia de Ustedes.

Cordialmente,

Lucas McCormack

Congreso Trasplantes 2025

Programa

La codificación y orden de los resúmenes es la otorgada por el comité científico y organización del XVI Congreso Argentino de Trasplantes.

N S

10:00hs - 18:00hs **Acreditaciones.** Foyer Salón Gran Panamericano

N

12:00hs - 13:15hs **Símpoio Hígado 1.**

Moderación: Dr. Sebastián Marciano; Dr. Gabriel Aballay

Evaluación no invasiva de la salud del injerto hepático: rol de biomarcadores
Dr. Esteban Halac

Donante vivo adulto - adulto en Argentina: realidad y perspectivas.
Dr. Martín Maraschio

Resultados a largo plazo del trasplante hepático adulto en Argentina.
Dra. Paola Coisson

S

12:00hs - 13:15hs **Taller Híbrido: Evaluación clínica-patológica del injerto renal**

Moderación: Dra. Silvia Christiansen, Dr. Rafael Maldonado.

Conferencia: Novedades en la clasificación de BANFF
Dra. Cynthia Drachenberg (EE.UU.)

Presentación de casos clínicos:
Dra. Silvia Christiansen; Dr. Alejandro Iotti; Dra. Malena Mazza.

Panel
Dr. David Rush (Canada), Dra. Cynthia Drachenberg (EE.UU.)

N

13:15hs - 14:00hs **Símpoio Novartis:**
Glomerulonefritis post trasplante: un desafío clínico-patológico.

Dra. María del Carmen Rial, Dra. María Emilia García Chiple

S

13:15hs - 14:00hs **Símpoio Hemomédica: Fotoféresis extracorpórea:**
Una herramienta terapéutica clave en el trasplante de órganos sólidos.
Transformando la inmuno modulación en trasplantes.

Bienvenida y apertura del símpoio
Moderación: Dra. Ana María Pugliese

Generalidades de la Fotoféresis extracorpórea.
Bases biológicas de su mecanismo de acción.
Dra. Ana María Pugliese

Mecanismos inmunológicos de la Fotoféresis Extracorpórea en trasplante de órganos sólidos.
Evidencia clínica. Aplicación práctica y experiencia clínica local
Dr. Fernando Zamora

Preguntas y discusión con la audiencia
Dra. Ana María Pugliese y Dr. Fernando Zamora

Cierre y conclusiones
Dra. Ana María Pugliese

S Gran Salón Panamericano Sur

N Gran Salón Panamericano Norte



SOCIEDAD ARGENTINA
DE TRASPLANTES

N

14:00hs - 14:45hs

Simposio La neutralidad financiera en trasplante

Coordinación: Dres. Silvina Aleman, Oscar Imventarza

Una mirada global a la luz de la Declaración de Estambul.

Dra. Mariela Salome Bacile

"El valor de los órganos"

Dr. Elian Pregno

S

14:00hs - 14:45hs

Simposio híbrido: Investigación y Trasplante de órganos

Coordinación: Dr. Roberto Raúl Sabbatiello, Dr. Eduardo Chuluyan

Preservación, evaluación y tratamiento de órganos sólidos para trasplante con máquinas de perfusión.

Dr. Francisco Calderón (Canada)

Investigación traslacional en trasplante.

Dr. Pablo Luis Stringa

N

14:45hs - 15:45hs

Simposio: Encuentros y desencuentros en el proceso de trasplante.

Moderación: Lic. Daniel Merino, Lic. Liliana Pierini

Trasplante en el interior del país: Desafíos psicosociales.

Mgr. Silvina Sinchez.

Psiquiatría y trasplante. Trabajo interdisciplinario.

Dr. Gonzalo Gómez

Vínculos en trasplante pediátrico: Familia y equipo.

Lic. Vanina Nielsen

S

14:45hs - 15:45hs

Simposio Natera:

"Una nueva herramienta clínica más allá de la biopsia, ADN libre circulante del donante (dd-cfDNA): actualización y su utilización en la monitorización del injerto"

Dr. Helio Tedesco Silva Jr. (Brasil), Dr. Rafael Alberto Maldonado

Moderador: Dr. Cesar Escrig, Natera Internacional

¿Necesitamos nuevos biomarcadores para la detección del rechazo de forma temprana?

Dr. Helio Tedesco Silva Jr. (Brasil)

¿Qué nuevos estudios con dd-cfDNA están cambiando la práctica clínica?

Dr. Rafael Alberto Maldonado

¿Como integrar el uso del dd-cfDNA en los protocolos clínicos de monitorización del injerto? Casos clínicos

Dr. Helio Tedesco Silva Jr. (Brasil), Dr. Rafael Maldonado

S Gran Salón Panamericano Sur

N

Gran Salón Panamericano Norte



SOCIEDAD ARGENTINA
DE TRASPLANTES

SAT XVI CONGRESO ARGENTINO

Trasplantes 2025

Miércoles 26 de noviembre

N S 15:45hs - 16:00hs

Intervalo Cafe

N S 16:00hs - 16:30hs

Conferencia Híbrida

Sustentabilidad de un programa de trasplante en el contexto de órganos subóptimos.

Dr. Daniel Maluf (EE.UU.)

Coordinan: Dr. Emilio Quiñonez, Dr. Jose Menna

N S 16:30hs - 17:45hs

Simposio Infectología en Trasplante de Órganos Sólidos.

Moderadora: Dra. Alejandra Villamil, Dra. Jihan Sleiman

Inmunización en trasplantados.

Dra. Astrid Smud

Actualización en infección por CMV: Diagnóstico, profilaxis y tratamiento.

Dra. Elena Temporitti

Virus con capacidad transformante oncogénicos en trasplantados.

Dra. García Allende

Manejo de infecciones por gérmenes multi-resistentes:

Situación epidemiológica y desafíos terapéuticos.

Dra. Natalia Pujato

N S 17:45hs - 18:15hs

Conferencia

Estrategias para la implementación de un programa de donantes en asistolia

Dr. Ángel Ruiz (España)

Moderación: Dr. Daniel Matus, Dr. Martin de Santibañes

N S 18:15hs - 19:15hs

Acto Inaugural

Apertura presidente del Congreso

Dr. Lucas McCormack

Conferencia presidente de la SAT.

Dra. Marta Monteverde

Homenaje póstumo a Eduardo Tanús

Dr. Luis Cambariere

Entrega de distinción al Dr. Carlos Soratti

Dilemas y consensos en torno al final de la vida y la donación.

Dr. Conrado Estol

Entrega de Premios a los mejores trabajos científicos.

Dr. Lucas McCormack

Palabras del Ministro de Salud de Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires:

Dr. Fernán González Bernaldo de Quirós

Concierto "Las guitarras sensibles de Flores"

N S 19:15hs - 20:45hs

Cóctel de Apertura

Salón Los Jardines - Exposición Comercial

S Gran Salón Panamericano Sur

N Gran Salón Panamericano Norte



SOCIEDAD ARGENTINA
DE TRASPLANTES

N

08:00hs - 09:00hs

Simposio Híbrido: Hígado II. ¿Estamos distribuyendo bien los hígados?

Moderación: Dr. Ignacio Roca -Dra. Margarita Anders

Evaluación del Sistema de Priorización Argentino

Dr. Ariel Antik

Somos justos con los pacientes con hepatocarcinoma.

Dr. Federico Piñero

Innovación en distribución y asignación de hígados para trasplante.

Dr. Manuel Luis Rodríguez Perálvarez (*España*)

S

08:00hs - 09:00hs

Simposio:

Nuevas tecnologías de tipificación HLA y su aplicación en los procesos de donación

Coordinación: Bioq. Sandra Romano

Panel de discusión: Dr. Carlos Chiurchiu, Dr. Iván Rodríguez (*Córdoba*)

Implementación de Real-Time PCR en Tipificación HLA de donantes fallecidos.

Bioq. María Fernanda Yaunguzian

HLA de alta resolución por tecnología Nanopore. La mirada desde el PRICAI.

Lic. Karin Padrós

HLA por tecnología de secuenciación de segunda generación (NGS), importancia para la mejor interpretación de la sensibilización de los pacientes.

Bioq. Pablo Galarza

N

09:00hs - 10:15hs

Simposio:

Trasplante de tejidos en Argentina: Estado actual y proyecciones futuras.

Moderador: Dra. Alicia Chaparro, Dra. Silvina Kuperman

Panorama Nacional del Trasplante de Tejidos: Avances y Desafíos.

Dr. Alejandro Yankowski

Trasplante de Córneas: Indicaciones, Resultados y Necesidades No Cubiertas.

Dra. Elizabeth Cittadino

Reflexiones luego de 30 años de experiencia con válvulas cardíacas.

Dr. Oscar Schwint

Disponibilidad y Demanda en Trasplante Óseo: Diagnóstico de Situación Nacional.

Dr. Luis Aponte

S

09:00hs - 10:15hs

Simposio: Nuevos Desafíos en el Rechazo del Trasplante Renal

Moderadores: Dr. Mariano Tomas Arriola; Dra. Silvia Di Pietrantonio

Rechazo Subclínico en Trasplante Renal: ¿Debemos buscarlo sistemáticamente?

Dr. David Rush (*Canadá*)

Rechazo Humoral: Nuevas Herramientas Diagnósticas y Estrategias Terapéuticas

Dr. Francesc Josep Moreso Mateos (*España*)

- N** 10:15hs - 11:00hs **Simpósio: ¿Hay una crisis en la formación de nuevos procuradores y trasplantólogos?**
Coordinan: Dra. María del Carmen Bacqué, Dr. Carlos Fernando Cichero
- Visión del INCUCAI
 Dr. Pablo Centeno
- Visión Universitaria
 Dr. Clemente Raimondi
- Visión de la SAT
 Dra. Nora Imperiali
- S** 10:15hs - 11:00hs **Simpósio híbrido: Hipersensibilizados en trasplante renal**
Moderadores: Dr. Mariano Farias; Dr. Pablo Miguel Raffaele
- Abordaje del paciente hipersensibilizado
 Dr. Francesc Josep Moreso Mateos (*España*)
- Experiencia en el programa nacional: ¿Podemos mejorar?
 Dra. Liliana Bisigniano
- N S** 11:00hs - 11:15hs **Intervalo Cafe**
- N S** 11:15hs - 12:00hs **Relato Oficial: Innovación en procuración de órganos para trasplante**
Relator: Dr. Santiago Villavicencio
Coordinación: Dra. Silvina Alemán, Dra. Marta Monteverde
Comentarios: Dr. Carlos H. Díaz
- N S** 12:00hs - 13:00hs **Simpósio Grupo Olmos: ¿Como aumentamos el número de trasplantes?**
Coordinación: Dr. Francisco Osella
Comentadores: Dra. Cecilia Andrada, Dr. Santiago Rubio, Dra. Marcela Fortunato, Dr. Rafael Maldonado, Dra. Liliana Bisigniano
- Donantes de alto riesgo en America Latina: ¿podemos hacerlo?
 Dr. Joel de Andrade (*Brasil*)
- Expandiendo los limites quirúrgicos en donantes y receptores.
 Dra Mireia Musquera (*España*)
- Ampliando los límites de aceptación en trasplante renal: Sabemos hasta donde.
 Dr. Pablo Raffaele
- ¿Como incrementar los donantes en asistolia?
 Dr. Angel Ruiz (*España*)

N

13:15hs - 14:00hs

Simposio Takeda:

Actualización en el manejo de los pacientes trasplantados con CMV refractario.

Coordinadora: Dra. Silvina Alemán

Nuevos enfoques terapéuticos en el tratamiento del CMV postrasplante refractario.

Estudio Solstice

Dr. Oriol Bestard (*España*)

Discusión de casos clínicos sobre el tratamiento del CMV en TOS

Dr. Oriol Bestard (*España*)

Sesión de preguntas y respuestas con el experto en vivo.

S

13:15hs - 14:00hs

Sesión videos quirúrgicos

Coordinación: Dr. Emilio Quiñonez, Dr. Ariel González Campaña, Dr. Martin Maraschio

Técnica Optimizada para el Trasplante Multivisceral Experimental.

Reconstrucción vascular compleja del inflow y outflow en Trasplante

Dr. Abate Zarate y col.

Reconstrucción vascular compleja del inflow y outflow en Trasplante Hepático con Donante Vivo Relacionado. Colangitis Esclerosante Primaria. Lóbulo derecho.

Dr. Martin Fauda y col.

Retrasplante hepático de urgencia por trombosis arterial aguda en paciente con múltiples trasplantes de hígado.

Dra. Carolina Diego y col.

Donante cadavérico a corazón batiente: técnica de canulación y perfusión aorto-portal para ablación hepatorenal.

Dr. Baez Gallego Juan y col.

Cirugía en donante cadavérico a corazón batiente de hígado y riñones: tiempo frío de la extracción del injerto.

Dr. Baez Gallego Juan y col.

Ablación en asistolia con técnica ultrarápida, Maastrich III: Rol del equipo quirúrgico.

Dr. Maidana Leonardo y col.

S

Gran Salón Panamericano Sur

N

Gran Salón Panamericano Norte



SOCIEDAD ARGENTINA
DE TRASPLANTES

SAT XVI CONGRESO ARGENTINO

Trasplantes 2025

Jueves 27 de noviembre

N S

14:15hs - 15:45hs

Simpósio Economía del Trasplante: Sostenibilidad, Equidad y Oportunidades en el Sistema Argentino

Moderador: Dr. Hugo Petrone

Living de debate: Dr. Domingo Casadei; Dr. Gustavo Palti, Dr. Oscar Inventarza

Financiamiento de la Procuración y Estrategias de Sustentabilidad del Sistema Nacional

Dr. Richard Malan

El Rol de las Obras Sociales Provinciales: Cobertura, Tensiones y Propuestas.

Dr. Carlos Funes

Regulación y Garantías: Perspectiva desde la Superintendencia de Servicios de Salud.

Dr. Claudio Stievelman

Modelo Institucional del PAMI: Lecciones desde el Programa Nacional de Trasplante

Dr. Carlos Blás Zamparolo

N S

14:45hs - 16:45hs

Simpósio Xenotrasplante: De la Ingeniería Genética a la Aplicación Clínica.

Moderadores: Dr. Adrián Abalovich, Dra. María del Carmen Rial, Dr. Roberto Cambariere.

Edición Genética en Cerdos: Nuevas Fronteras para la Donación Inter-especie.

Dr. Adrián A. Mutto

Aplicación Clínica del Xenotrasplante: Primeras Experiencias y Desafíos Éticos.

Dr. Gustavo Werber

Inmunomodulación en Xenotrasplante: Bases para una Nueva Inmunosupresión Clínica.

Dr. Javier Walther

N S

16:45hs - 17:00hs

Intervalo Café

N S

17:00hs - 17:30hs

Conferencia híbrida: Miedos y retos de la inteligencia artificial en el trasplante.

¿Estamos preparados para asumirlos?

Dr. Ignacio Revuelta (*España*)

Moderadores: Dr. Gervasio Soler Pujol; Dr. Marcelo Jorge Ferreyra

N S

17:30hs - 18:00hs

Simpósio: Descartes de órganos en Argentina:

Moderadores: Dr. Martin Fauda, Dr. Raul Pidoux

Mitos y realidades.

Dra. Liliana Bisigniano

¿Qué pasa con la donación de páncreas?

Dra. Nadia Fretes

N S

18:00hs - 18:30hs

Conferencia: Nuevos escenarios en la donación de órganos.

Cuidados intensivos orientados a la donación (CIOD).

La profesionalización de la procuración

Dr. Ángel Ruiz (*España*)

Coordinación: Dr. Héctor Álvarez -Dra. Susana Bauque

S Gran Salón Panamericano Sur

N Gran Salón Panamericano Norte



SOCIEDAD ARGENTINA
DE TRASPLANTES

- N** 08:15hs - 09:30hs **Simposio híbrido: Hígado III.**
Moderador: Dr. Manuel Mendizabal, Dr. Pablo Barros Schelotto
- Conferencia Virtual: Trasplante hepático en pacientes con antecedentes oncológicos.
 Dra. Eleonora De Martin (*Francia*)
- Trasplante hepático para MTS hepáticas de cáncer colorrectal: ¿Dónde estamos hoy?
 Dr. Roberto Hernández (*EE.UU.*)
- Consejos para implementar un programa de trasplante hepático con donante vivo adulto.
 Dr. Nicolas Goldaracena (*Canadá*)
- S** 08:15hs - 09:30hs **Simposio Cardio-Torácico I. Expandiendo Fronteras: Nuevas Estrategias en Procuración Cardio-Pulmonar**
Moderadores: Dr. Mariano Vrancic y Dr. Ricardo Posatini.
- Xenotrasplante cardíaco: ¿Solución real o ilusión terapéutica?
 Dr César Belziti
- Donación en Asistolia para Trasplante Cardíaco: Experiencia y Perspectivas
 Dr. Guillermo Bortman
- Perfusión Ex Vivo Cardio-Pulmonar: Tecnología en Marcha para Rehabilitar Donantes.
 Dr. Mariano Candioti
- Preservación Pulmonar a 10°C: Un enfoque emergente para optimizar el donante torácico.
 Dr. David Smith
- N** 09:30hs - 10:00hs **Conferencia híbrida:**
Coordinadores: Dr. Pablo Uva, Dra. Silvia Groppa
- Utilización de donantes a corazón parado en trasplante reno-pancreático.
 Dr. Hussein Khambalía (*Gran Bretaña*)
- S** 09:30hs - 10:00hs **Conferencia: Reporte del Programa Nacional de Procuración PROCURAR.**
 Dr. Alejandro Yankowski
Moderadores: Dr. Javier Lendoire, Dr. Adrian Gadano
- N S** 10:00hs - 10:15hs **Intervalo Cafe**
- N S** 10:15hs - 11:30hs **Simposio Híbrido: Éxitos y fracasos en procuración en Sudamérica**
Moderadoras: Dras. Paula Furman, Dra. Cecilia Andrada
- Chile**
 Dr. José Luis Rojas
- Brasil**
 Dr. Joel de Andrade
- Uruguay**
 Dr. Armando Cacciatori
- Argentina**
 Dr. Richard Malan

- N S** 11:30hs - 12:00hs **Conferencia Innovación en fármacos inmunosupresores: ¿Qué esperamos de ellos?**
Coordinadores: Dr. Pablo Antonio Novoa; Dr. Gastón Álvarez
Dr. Helio Tedesco da Silva Jr. (Brasil)
- N S** 12:00hs - 12:35hs **Símpoio Mitos y verdades sobre donación de órganos y tejidos.**
Moderación: Dra. Roxana Fontana, Dra. Susana Bayardo
- Resultados de una encuesta nacional.**
Dra. Sabrina Fioretti
- Living debate**
Dr. Ángel Ruiz (España), Lic. Margarita Jorge.
- N S** 12:45hs - 13:30hs **Símpoio Astra Zeneca:**
SUHa (síndrome urémico hemolítico atípico) y trasplante renal:
Explorando el lugar de ravulizumab en la práctica clínica
Moderación: Dr. Raffaele Pablo
Dra Marcela Fortunato y Dr Mariano Farías
- S** 12:45hs - 13:30hs **Símpoio:**
El valor del acompañamiento y la red grupal en las distintas etapas del trasplante
Coordinación: Lic. Mariela Franciscóni - **Secretaría:** Lic. Paula Etchandy
1. "Compartir la espera: los grupos como sostén y aprendizaje en el proceso de trasplante".
Lic Mariela Franciscóni,
2. "Evaluación de impacto de un dispositivo grupal de acompañamiento emocional en personas en proceso de Trasplante: análisis de pacientes y familiares luego de cinco años de aplicación sistemática"
Lic. Liliana Pierini.
3. " Testimonios del acompañamiento grupal en trasplante: participación de pacientes".
Gabriel Estepo, Juan Giménez, Miguel Colella, Margarita Acosta, Mariano Avena Mora, Claudia Mosler, Héctor Restivo
- N** 13:30hs - 14:45hs **Símpoio Cardio-Torácico II: Desafíos Crónicos en Trasplante y Fisiopatología Pulmonar**
Moderador: Dra. Graciela Svetliza, Dr. Juan Manuel Osses
- Rechazo Crónico en Trasplante Pulmonar: Diagnóstico y Nuevas Estrategias Terapéutica.**
Dr. Esteban Wainstein
- Rechazo Crónico Cardíaco: ¿Cómo Mejorar el Seguimiento a Largo Plazo?**
Dra. Antonella De Bortoli
- Registro Nacional de Hipertensión Pulmonar (ARGEN HP): Avances y Aplicaciones Clínicas**
Dr. Adrián Lescano

S 13:30hs - 14:45hs **Simposio: Estrategias para optimizar la procuración y distribución de órganos en Argentina**
Moderación: Dr. Ruben Schiavelli, Dr. Nicolás Sanchez

Modelo Hospitalario Integrado: Experiencia del Hospital del Bicentenario de Esteban Echeverría.
 Dr. Pablo Centeno

Modelo Extra-Hospitalario Descentralizado: Resultados en la Ciudad de Buenos Aires.
 Dr. Jorge Verges

Programa de ablación hepática regional: Desafíos y oportunidades.
 Dr. Leandro Mosna

Experiencia nacional con máquinas de perfusión renal ex vivo.
 Dra Gabriela Hidalgo

N 14:45hs - 16:00hs **Simposio híbrido: Cirugía robótica en trasplante de órganos abdominales**
Moderador: Dr. Francisco Osella, Dr. Juan Pekolj

Cirugía Robótica en Trasplante Renal: Experiencia y Beneficios.
 Dr. Alvin Wee (EE.UU.)

Robótica en Trasplante Pancreático: Desafíos Técnicos y Resultados Iniciales.
Disertante: Dr. Jorge Almario (EE.UU.)

Aplicación clínica del trasplante hepático robótico.
 Dr. Adeel Khan (EE.UU.)

Como empezar un programa de trasplante renal robótico.
 Dra. Mireia Musquera (España)

S 14:45hs - 16:00hs **¿Cómo se adaptan los trabajadores sociales a los avances tecnológicos en trasplante?**
Moderación: Lic. Liliana Martinez y Enrique Bravo

La Encuesta Social única y el módulo social en Sintra
 Lic. Zimmer Noemi

Rol del trabajador social ante los avances tecnológicos
 Lic Servian, Mónica.

La intervención social en trasplante
 Lic. Ellena Gerónimo

Políticas sociales, derechos y accesibilidad al trasplante.
 Lic. Sonia Ferreyra

N 16:00hs - 16:45hs **Conferencia: Manejo de la infección por VBK en injerto renal**
Coordinadores: Dr. Fabio Rubén Acosta; Dr. Ángel Gustavo Sedevich
 Dr. Helio Tedesco Silva Jr. (Brasil)

SAT XVI CONGRESO ARGENTINO

Trasplantes 2025

Viernes 28 de noviembre

S 16:00hs - 16:45hs

Simposio: Bioética en donación en asistolia.

Coordinadores: Dr. Luis Rojas, Dra. Mariela Salomé

La mirada desde el donante.

Dr. Guillermo Petraglia

La mirada filosófica.

Lic. Teresa Alemán

La mirada desde el equipo tratante del potencial donante.

Dr. Roberto Cambariere

S 16:45hs - 17:00hs

Intervalo Cafe

N 17:00hs - 18:00hs

Simposio: Utilización de Donantes con Serologías Positivas: Realidad, Riesgos y Resultados

Moderadores: Dr. Omar Galdame; Dra. Maria Cora Giordani

HCV.

Dr. Fernando Cairo

COVID y Dengue

Dra. Silvina Villamando

Chagas

Dra. Laura Barcán

S 17:00hs - 18:00hs

Simposio: Oportunidades y desafíos en la transición de adolescentes a adultos.

Coordinación: Dra. Agustina Jacobo Dillon, Dr. Marcelo Dip, Dra. Diana Di Pinto

Servicios de Salud centrados en adolescentes.

Dra. Hayellen Reijenstein

Perspectiva desde la Salud Mental.

Dra. Susana Bayardo

Derecho al acceso y continuidad del tratamiento.

Mag. Graciela Bosch

N 18:00hs - 18:45hs

ASAMBLEA GENERAL ORDINARIA

S Gran Salón Panamericano Sur

N Gran Salón Panamericano Norte



SOCIEDAD ARGENTINA
DE TRASPLANTES

Sesiones de Trabajos Científicos

La codificación y orden de los resúmenes es la otorgada por el comité científico y organización del XVI Congreso Argentino de Trasplantes.

Jueves 27 de noviembre

Salón Río Colorado

08:00hs - 08:40hs

Comunicaciones Orales - PROCURACIÓN

Coordinadores: Dr. Nicolás Rocchetti - Dra. Daniela Aldunate

O-67 . El proceso de donación de riñón y calidad de vida desde la perspectiva del donante: un estudio transversal

Conci, SE; Novoa, PA; Villafañe, EM; Vexenat, BG; Rodríguez Gomez,

O-68 . Aspectos técnicos del back table para la colocación de riñones en máquinas de perfusión hipotérmica.

Maidana, LM; Mosna, LC; Sanchez, N; Canesin, C; Sauhing, P; Menna, JL; Aleman, S; Hidalgo, G

O-117 . Descarte renal en la provincia de buenos aires: impacto del uso de máquinas de perfusión

Petrone, H; Remazzina, MJ; Leone, F

O-163 . Donación y trasplante en la provincia de corrientes: resultados de los últimos 5 años

Alvarez, HJM; Alfonso, JE; Ramirez, A; Pisarello, C; Costa, L; Ojeda Flores, L; Segovia, J; Marinoff, J

08:40hs - 10:00hs

Comunicaciones Orales - PSICO-SOCIAL

Coordinadores: Lic. Daniel Merino - Lic. Noemí Zimmer

O-18 . Optimización de la atención farmacéutica: estratificación de pacientes trasplantados ambulatorios e intervenciones farmacéuticas en una institución pública de salud.

Bosch, GI; Vecchiarelli, N; Vergés, J; Cicchero, C

O-41 .Evaluación de impacto de un dispositivo grupal de acompañamiento emocional en personas en proceso de trasplante: análisis de pacientes y familiares luego de cinco años de aplicación sistemática

Pieni, LM; Etchandy, P; Dal Lago, S; Mosler, C; Lago, ML; Reid, C; Cicchero, CF; Vergés, JJ

O-49 . Adherencia al tratamiento inmunosupresor y experiencia de pacientes trasplantados ambulatorios con el sistema de salud y la atención en farmacia.

Bosch, GI; Vecchiarelli, N; Panelli, ML

O-60 . Fuentes de informacion en trasplante renal.

Merino, D; Miranda, M; Gomez, G; Schiavelli, R

O-65 . Adherencia al tratamiento inmunosupresor en pacientes trasplantados renales.

Martinez, GL; Benavides, R; Emiliano, D; Nora, I; Tomas, G; Federico, P; Johana, C; Aleman, S

O-93 . adherencia al tratamiento inmunosupresor en pacientes trasplantados hepáticos.

Martinez, GL; Benavides, R; Decuzzi, E; Ibañez, N; Gomez, T; Caldano, J; Aleman, S

O-107 . Encuesta en pacientes en proceso de inscripción y en lista de esperale para trasplante renal en el crai norte

Caldano, J; Lopez, M; Decuzzi, E; Aleman, S

O-168 . Reducción de las brechas de desigualdad en trasplante renal: creación de una unidad de trasplante renal pública de trasplante en una provincia argentina

Melideo, HM; Maisano, C; Anticura, D; Rodríguez Medrano, C; Medina Peña, L; Castro, D; Hasdeu, S; Ramirez, M

12:00hs - 13:00hs

Comunicaciones Orales - HÍGADO 1

Coordinadores: Dr. Federico Orozco - Dra. Victoria Ardiles

O-32 . Mortalidad en lista de espera para trasplante hepático en argentina: experiencia de 18 años

Barbero, F; Avendaño, J; Fauda, M; Gonzalez Campaña, A; Podesta, G; Montal, S

O-63 . El cleareance del ácido láctico en trasplante hepático: ¿es un predictor de disfunción del injerto?

Menditto Lehner, SB; Pascual, FR; Morici, A; Figueroa, MR; Yance, MÁ; Zarega, A; Carmignani, P; Traverso, R

O-130 . Evolución temporal del perfil de los candidatos a trasplante hepático en años recientes.

Labaronnie, E; Martínez Morales, J; Gómez Perdiguero, G; Ardiles, V; Orozco Niño, JA; Uño Tala, J; Gadano, A; Marciano, S

O-140 .Trombosis arterial en trasplante hepático: relación entre tipos de reconstrucción

Morici, A; Pascual, FR; Traverso, R; Figueroa, MR; Yance, M; Menditto lehner, S

O-158 . Estrategias para ampliar el pool de donantes en trasplante hepático pediátrico mediante variantes técnicas de injertos de donante vivo del lado izquierdo

Minetto, J; Lauferman, L; Quarín, C; Raffin, G; Aredes, D; Imvatarza, O; Halac, E; Dip, M

13:00hs - 14:00hs

Comunicaciones Orales - HÍGADO 2

Coordinadores: Dra. Josefina Pages - Dr. Gabriel Raffin

O-31 . Supervivencia y función del injerto en trasplante hepático con donante vivo versus donante cadavérico: xperiencia de 18 años en un único centro en argentina

Avendaño, J; Barbero, F; Fauda, M; Gonzalez Campaña, A; Podesta, G; Montal, S

O-108 . estudio comparativo multicéntrico del trasplante hepático en pacientes con trombosis portal

González Davis, M; Lendoire, M; Montes, L; Pattin, F; Duek, F; Barros Schelotto, P; Lendoire, J; Imvatarza, O



O-122 . Donante vivo en trasplante hepático: experiencia de un centro en los últimos 15 años

Novellis, ML; Iturria, J; Montes, L; Descalzi, V; Yantorno, S; Reyes Toso, L; Ramisch, D; Barros Schelotto, P

O-152 . Falla hepática aguda pediátrica mediada por cd8+ desde el punto de vista de la trasplantología: serie de casos

Conde, S; Minetto, J; Malla, I; Cambaceres, C; Martinitto, R; Lopez, S; Dip, M; Halac, E

O-156 . Hemodiálisis continua en insuficiencia hepática aguda pediátrica con hiperamonemia refractaria: puente a trasplante y soporte postoperatorio.

Lordi, L; Raddavero, C; Alvarez, JP; Boldrini, G; Coccia, P; Pallitto, B; Ferraris, V

O-160 . Aplicabilidad de variantes en donante vivo de hígado para receptores pediátricos

Quarin, C; Raffin, G; Massa, M; Gil, L; Ovejero, L; Oscar, I; Halac, E; Dip, M

14:00hs - 15:00hs

Comunicaciones Orales - RIÑÓN 1

Coordinadores: Dr. Germán Barrera - Dra. Olga Guardia

O-53 . Rechazo celular en argentina: resultado de una encuesta nacional

Caldano, J; Rush, D; Barrera, G; Benitez, ML; De la Fuente, J; Giordani, C; Gómez, M; Osella, F; Reinoso, S; Sleiman, J

O-109 . Predictores de evolución del filtrado glomerular en donantes vivos renales.

Schreck, CMN; Vargas, GJ; Villamil Cortés, SK; Fescina, TE; Imperiali, NC; Giordani, MC

O-114 . Evaluación del crossmatch por citometría de flujo y estudios inmunológicos en receptores de trasplante renal con donante vivo relacionado

Urioste, A; Merkier, AK; Fraga, MG; Solimine, JH; Abovich, MA; Aranda, C

O-116 . Detección de vesículas extracelulares en líquidos de preservación de riñones para trasplante: en busca de nuevos biomarcadores

Rivera, MF; Mess, AP; Celi, A; Roses, J; Raño, J; Sanchez, N; Di Giusto, G; Schiavelli, R

O-119 . Tratamiento nefroprotector en pacientes trasplantados renales: análisis transversal en un hospital público de la provincia de buenos aires

Williams, F; Taylor, MF; Gonzales Pereira, JL; Ciappa, JM; Mir Sábato, G

O-166 . rechazo humoral agudo con y sin anticuerpos: existen diferencias en los fenotipos histopatológicos y en la sobrevida?

Villamil Cortez, SK; Imperiali, NC; Ramos, L; Silvera, L; Fescina, T; Julian, L; Christiansen, S; Giordani, MC

15:00hs - 16:00hs

Comunicaciones Orales - RIÑÓN / PÁNCREAS

Coordinadores: Dr. Sebastián Jaurrette - Dra. Silvia Rosana Groppe

O-05 . Resultados de biopsias pancreáticas en trasplante simultáneo de páncreas y riñón.

Garcias, L; Reimondez, S; Giordano, E; Marani, M; Alcaraz, A; Muino, C; Maraschio, M

O-12 . Cultivos de líquido de preservación en trasplante simultáneo de páncreas y riñón. Veinte años de experiencia.

Garcias, L; Reimondez, S; Giordano, E; Marani, M; Alcaraz, A; Maraschio, M

O-111 . Trasplante combinado de hígado y riñón: cada vez más pacientes acceden al mismo? Reporte de casos. Hospital italiano

Fescina, TE; Poveda Parraga, G; Imperiali, N; Villamil Cortes, SK; Pekolj, J; Giordani, MC

O-146 . rechazo de páncreas: impacto de la disfunción pancreática (hiperglucemia) en la supervivencia del injerto

Uva, PD; Roses, J; Pilotti, R; Toniolo, MF; Cabrera, IC; Chuluyan, E; Werber, G

O-151 . evaluación con microscopia electrónica de riñones de donantes en asistolia

Schiavelli, R; Roses, MJ; Raño, J; Sanchez, N; Mosna, L; De Franc, A; Lago, N

O-157 . uso de I-SGLT2 en pacientes con trasplante renal, la experiencia de nuestro centro

Chavez Choque, OO; Monkowski, M; Trimarchi, H

16:00hs - 17:00hs

Comunicaciones Orales - RIÑÓN / INFECTOLOGÍA

Coordinadores: Dra. Gabriela Greco - Dr. Joaquin Agusti

O-50 . Nefropatía por virus BK un desafío diagnóstico y terapéutico en el trasplante renal pediátrico

Mieres Estigarribia, MF; Seminara, CDV; Selva, VS; Morales, ME

O-62**Impacto del virus BK en la supervivencia del injerto renal: desafío en el manejo inmunosupresor**

Cordoba, A; Sleiman, J; Soler, G; Diaz, C; Andrade, A; Laham, G

O-106 . infección por parvovirus b19 en trasplante renal: un desafío diagnóstico y terapéutico. Presentación de una serie de casos clínicos.

Espíndola, VV; Lazzeri, SN; Villordo, NC; Aguerre, MA; Marich, SM

O-125 . Pielonefritis aguda del injerto renal: ¿es la resonancia magnética nuclear una herramienta de utilidad práctica en la estadificación y control evolutivo postrasplante?

Giraud, M; Villafañez, CC; Gomez, PF; Escobar, RA; Quintero, MA; Buthet, MP; Rodriguez, M; Maldonado, RA



Jueves 27 de noviembre

Salón Río Colorado

O-138 . Trasplante renal con donantes fallecidos infectados

Molina, C; Paredes, C; Bonilla, P; Loo, P; Fregenal, Y; Ayala, L; Schiavelli,

17:00hs - 18:00hs

Comunicaciones Orales - RIÑÓN/HIPERSENSIBILIZADOS

Coordinadores: Dr. Julio Martin Ciappa - Dr. Guillermo Daniel Fragale

O-89 . Asignación nacional y priorización de pacientes hipersensibilizados: impacto en la tasa de trasplante

Carletti, A; Martin Rollan, L; Rossi, FM; Fernandez, P; Chiurciu, C; De la Fuente, JL; Mas, LA

O-91 .Análisis observacional sobre procuración y trasplante en nuestra provincia desde la perspectiva de los pacientes hipersensibilizados

Rossi, FM; Carletti, A; Martin Rollan, L; Sotelo, V; Ruiz, M; Molina, D; Quiroga, R; Mas, LA

O-92 . Sensibilización HLA y baja participación en la asignación: una brecha persistente a pesar de la priorización

Martin Rollan, L; Rossi, FM; Carletti, A; Fernandez, P; Chiurciu, C; De la Fuente, JL; Mas, LA

O-143 . Manejo de un paciente hipersensibilizado en trasplante renal: desensibilización y tratamiento inmunosupresor. Reporte de un caso.

Mieres Estigarribia, MF; Seminara, CdV; Selva, VS; Morales, ME

O-155 . Impacto inmunológico ante la implementación de la distribución renal priorizada para pacientes hipersensibilizados.

Raño, J; Loo, N; Rivera, F; Paredes, C; Paredes, M; Illanes, J; Uva, P; Schiavelli, R

P-64 . Prevalencia de pacientes hipersensibilizados a antígenos de histocompatibilidad detectados por métodos de fase sólida en un centro de referencia de la provincia

Solimano, FM; Bonetto, ME; Berenguer, OC

18:00hs - 19:00hs

Comunicaciones Orales - TRASPLANTES MISCELANEAS

Coordinadores: Dra. Alicia Chaparro - Dr. Raul Pidoux

O-23 . IL-22 como estrategia adyuvante para la regeneración epitelial y el control del rechazo en el trasplante intestinal

Stringa, P; Ivanoff, I; Santillan, M; Moreira, J; Lausada, N; Rumbo, M; Gondolesi, G; Gentilini, MV

O-24 . Bacteriemia en receptores de órganos sólidos: incidencia, etiología, factores de riesgo y evolución. Comparación pre y post pandemia. Un estudio multicéntrico.

Smud, A; Barcan, L; Giorgio, P; Gago, R; Niveyro, C; Martínez, M; Grupo Trabajo, CT; Temporiti, E

O-52 . Frecuencia de la variante CCR5Δ32 en donantes de células progenitoras hematopoyéticas de argentina: implicaciones para el trasplante en pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana-1

Galarza, P; Aguerre, L; Demian, P; Hansen Krogh, D; Hidalgo, G; Soratti, C; Malan, R; Delfino, CM

O-95 . Curso de microcirugía experimental orientado a los trasplantes de órganos

Stringa, P; Serradilla, J; Moreira, J; Raimondi, JC; Gondolesi, G; Imventarza, O; Hernandez Oliveros, F; Lausada, NR

O-118 . Entrenamiento en microcirugía orientada al trasplante: curvas de aprendizaje estratégico en modelos replicables

Moreira, JE; Ariganello, LJ; Ball Bustos, S; Amorin, J; Marino Aguirre, M; Fusco, AC; Basilotta, V; Gentilini, MV

O-164 . Incidencia de neoplasias en trasplantados renales

Rial, MdC; Leon, LR; Guardia, OE; Toniolo, F; De la A, P; Walther, J; Werber, G

Salón Río Panamericano Sur

13:05 - 14:00

Videos Quirúrgicos

Coordinadores: Dr. Emilio Quiñones - Dr. Ariel González Campaña - Dr. Martin Maraschio

V-80 . Técnica optimizada para el trasplante multivisceral experimental.

Abate, JC; Stringa, P; Largo, C; Hernández Oliveros, F; Andrés Moreno, AM

V-110 . Reconstrucción vascular compleja del inflow y outflow en trasplante hepático con donante vivo relacionado. Colangitis esclerosante primaria. Lobulo derecho.

Avendaño-Noguera, J; Gonzalez Campaña, A; Fauda, M; Podesta, G; Barbero, F

V-79 . Donante cadavérico a corazón batiente para trasplante de órganos: técnica de canulación y perfusión aorto-portal para ablación hepatorenal

Baz Gallego, JJ; Principe, J; Manuel, N; Dreifuss, N; McCormack, L

V-82 . Ablación en asistolia con técnica ultrarapida, Maas-trich III: rol del equipo quirúrgico.

Maidana, LM; Sauhing, P; Sanchez, N; Mosna, L; Cichero, CF

V-83 . Cirugía en donante cadavérico a corazón batiente de hígado y riñones para trasplante: tiempo frío de la extracción del injerto

Baz Gallego, JJ; Barros Sosa, J; Manuel, N; Dreifuss, N; McCormack, L



SOCIEDAD ARGENTINA
DE TRASPLANTES

08:00hs - 09:00hs**Comunicaciones Orales - RIÑÓN PEDIÁTRICO****Coordinadores:** Dra. Laila Rodríguez Rilo - Dr. Alejo De Sarasqueta**O-22 . Experiencias adversas en la infancia y depresión: su impacto en la adherencia al tratamiento en adolescentes con trasplante renal**

Ferraris, J; Ferraris, V; Grillo, MA; Cobeñas, C; Halty, M; Ribori, A; Deutsche, I; Eymann, A

O-51 . Factores de riesgo de muerte en enfermedad renal crónica estadio v en pacientes pediátricos en argentina: ¿afectan la sobrevida en el post trasplante rena?

Bisigniano, L; Tagliafichi, V; Hansen Krogh, D; Antik, A; Montevarde, M; Soratti, C

O-74 . Protocolo de evaluación y preparación nefropsico-social en trasplante renal pediátrico: un enfoque integral para el paciente y su red familiar

Stadlin, F; cecotti chaves, e; Rodríguez Rilo, L; Varela, E

O-99 . Trasplante renal en adulto utilizando injerto pediátrico en bloque, de donante en asistolia controlada con perfusión normotérmica regional.

Aguirre, NF; Cabrera, I; Fanega, Y; Osella, F; Werber, G

O-128 . Trasplante hepatorenal en niños y adolescentes: experiencia en un hospital pediátrico

Gardarian, I; Degrave, F; Di Pinto, D; Minetto, MJ; Dip, M; Ibañez, J

O-154 - Trasplante renal pediátrico en receptores de bajo peso: impacto en la sobrevida y complicaciones

Corsini, V; Ferraris, V; Grillo, MA; Blazquez, J; Ghezzi, L; Raddavero, C; Coccia, P

09:00hs - 10:00hs**e-Posters - RIÑÓN 1****Coordinadores:** Dra. Sandra Reinoso - Dra. Sofía Conci**P-97 . Causas de egreso del programa de diálisis peritoneal: experiencia de un centro en argentina.**

Hernández, MA; Nicora, C; Avallay, F; Fragale, GD

P-100 . Enfermedad linfoproliferativa difusa post trasplante en receptores de trasplante renal de un mismo donante

Alvarez Tejerina, VS; Pidoux, R; Alochis, MT; Bassani, CE

P-101 . Paciente trasplantado renal con cáncer de mama avanzado: manejo complejo

Alvarez Tejerina, VS; Pidoux, R; Alochis, MT; Monteros Alvi, M

P-126 .Recurrencia de glomerulosclerosis focal y segmentaria postrasplante: una presentación inusual.

De Rose, E; Pereyra, P; Gogorza, MJ; Lombardi, L; Spizzirri, AP

P-131 . Microangiopatía trombótica asociada a rechazo mediado por anticuerpos. Un desafío diagnóstico y terapéutico en Argentina.

Villafañez, CC; Giraudo, M; Gomez, P; Quintero, A; Rodriguez, M

P-134**Microangiopatía trombótica (MAT) secundaria a pielonefritis del injerto**

Reque Panozo, AH; Monkowski, M; Flores, E; Trimarchi, H; Lombi, F

P-144 . Perfiles hla poco frecuentes en pacientes renales: evaluación del grado de mismatch y desarrollo de una herramienta informática para su detección.

Ibañez Corral, LG; Bianco, ME; Paulos, MS; Alejandria, N; Piccinelli, G

P-147 . Frecuencias de los antígenos HLA-A, B, DR y DQ en donantes fallecidos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Russo, MA; Bernacchia, A; Wildfeuer, G; Rodriguez, MP; Balekjian, MB; Abovich, M; Aranda, C.

10:00hs - 11:00hs**e-Posters - RIÑÓN 2****Coordinadores:** Dra. Isabel Martinez - Dr. Héctor Matias Melideo**P-39. Prevalencia de alelos HLA en pacientes lúpicos con enfermedad renal crónica terminal.**

Di Pietrantonio, S; Aran, MN; Ciappa, M; Berhongaray Kenny, E; Jaurretche, S

P-70 .ADN libre de donante como biomarcador temprano de mal pronóstico del injerto renal: presentación de dos casos

Trucco Boggione, C; Lema, S; Cotorruelo, CM; Acosta, F

P-88 . Variabilidad anatómica en trasplante renal: desafíos quirúrgicos y oportunidades en la reconstrucción de múltiples arterias

Fanega, Y; Aguirre, N; Cabrera, I; Glorioso, P; Walther, J

P-96 . Diálisis peritoneal como estrategia de soporte en el retardo de la función del injerto renal post - trasplante: serie de casos

Hernandez, MA; Fragale, GD; Avallay, FP

P-121 .Recidiva de glomerulosclerosis focal y segmentaria (GEFS) postrasplante renal en un paciente pediátrico: experiencia terapéutica a propósito de un caso

Ortiz, N; Morrone, G; Fauda, V; Varela, E; Rodriguez Rilo, L

P-124 . Linfoma post trasplante limitado al riñón: presentación de un caso clínico

Flores, EM; Trimarchi Jurado, HM; Monkowski, M; Borda Galindo, SL; Diaz Gongora, JE



P-129 . Trasplante renal en bloque en pediatría: serie de 5 casos

Gardarian, I; Di Pinto, D; Ibañez, J

P-141 . Complicación postrasplante en un centro de trasplante pediátrico. Estenosis de arteria renal.

Díaz Moreno, RA; Di Pinto, D; Ibañez, J; Sierre, S; Alonso, J; Adragna, M; Busolo Mambrin, R; Steinbrun, S

P-149 . Impacto del riesgo inmunológico en los resultados del trasplante renal: análisis retrospectivo en una cohorte local

Andrade, A; Córdoba, A; Laham, G; Soler Pujol, G

P-169 . Glomerulopatías post-trasplante renal: en un centro de trasplante renal en Argentina.

Gomez, PF; Rodriguez, M; Giraudo, M; Villafañez, C; Quintero, MA; Buthet, MP; Maldonado, R

P-173 . Mortalidad y factores de riesgo asociados a neoplasias de novo en receptores de trasplante renal en Hospital El Cruce. Experiencia en 10 años

Fuentes Gutierrez, YdR; Novas, M; Russo, Y; Aran, N; Di Pietrantonio, S; Curcio, D; Williams, F; Zoppi, E

11:00hs - 11:30hs

Comunicaciones Orales - TORÁCICOS

Coordinadores: Dr. Ricardo Posatini - Dr. Juan

O-42 . Resultados de trasplante cardíaco implementando habilidades blandas en un centro novel.

Gregorietti, V; Pereyra, C; Esperon, G; Catena, E; Vogelfang, H; Quiroga, L; Coronel, R; Díaz, C

O-58 . Vesículas extracelulares derivadas de células madre mesenquimales en un modelo de preservación pulmonar

Santa Cruz, DM; Marcos, M; Fiore, E; Yannarelli, GG; Pacienza, NA

O-98 . El rol de la biopsia endomiocárdica en trasplante cardíaco, resultados de un centro novel.

Gregorietti, V; Esperon, G; Catena, E; Coronel, R; Quiroga, L; Naiman, G; Pereyra, C; Vogelfang, H

11:30hs - 11:35hs

e-Posters - CARDÍACO

Coordinadores: Dr. Ricardo Posatini - Dr. Juan Ossés

P-165 . Oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) puente a trasplante cardíaco pediátrico.

De Maio, NS; Balestrini, M; Pilan, ML; Haag, D; García de Lucis, P

11:35hs - 12:30hs

e-Posters - RIÑÓN 3

Coordinadores: Dra. Maria Teresa Galdo Asbun - Dr. Miguel Ignacio González

P-35 . Síndrome urémico hemolítico atípico: reporte de un caso

Caldano, J; Aleman, S

P-47 . Causas de exclusión de donantes renales vivos en tres centros de trasplante.

Di Pietrantonio, S; Aran, MN; Mir, G; Ciappa, M; Jaurrette, S

P-48 - Valor predictivo del índice de respuesta inmune-inflamatoriasistémica en pre-trasplante renal

Jaurrette, S; Di Pietroantonio, S; Aran, MN; Mir, G; Berhongaray Kenny, E

P-102 . Influencia del mismatch kir inhibitorio/ligando en la sobrevida del injerto y del paciente trasplantado renal

Sinchi, JL; Marinic, SK; Lopez, MdLÁ; Bojanich, MV; Mas, L

P-123 . Pielonefritis aguda del injerto renal: ¿es la resonancia magnética nuclear una herramienta de utilidad práctica en la estadificación y control evolutivo postrasplante?

Giraudo, M; Villafañez, CC; Gomez, PF; Escobar, RA; Quintero, MA; Buthet, MP; Rodriguez, M; Maldonado, RA

P-135 . Acidosis metabólica post trasplante renal: ¿es un factor pronóstico?

Schierloh, G; Miauro, C; Garcilazo, E; Soler Pujol, G; Sleiman, J; Laham, G

P-142 . Evolución inmunológica y manejo terapéutico secuencial en una paciente hipersensibilizada con rechazo mediado por anticuerpos

Miauro, CV; Soler Pujol, G; Christiansen, S; Teper, S; Laham, G

P-148 . Trasplante renal con donante vivo relacionado en angioedema hereditario: un enfoque multidisciplinario

Varela, EM; Morrone, GH; Ortiz, N; Guardia, OE; Rodríguez Rilo, L

P-161 . Peritonitis esclerosante post-trasplante renal: reporte de caso

Sarmantano, D; Illanes, G; Caro, ML; Cruz, A

P-170 . Preliminary characterization of podocyrturia in kidney transplantation: primary focal segmental glomerulosclerosis

Costales-Collaguazo, C; Lituma, AM; Scalise, D; Fortunato, RM; Raffaele, P; Ochoa, F; Zotta, E



P-171 . Glomeruloesclerosis focal y segmentaria en trasplante renal pediátrico.

Rodríguez Rilo, L; Toniolo, F; Morrone, GH; Ortiz, N; Castillo Maldonado, A; Cabrera, I; Werber, G; Varela, EM

12:30hs - 13:30hs

e-Posters - HÍGADO /INTESTINO /PROCURACIÓN

Coordinadores: Dr. Sebastián Renna - Dr. Esteban Halac

P-25 . Perfil inmunológico del rechazo intestinal: pérdida de TREGS y activación de vías proinflamatorias

Santillán, M; Arriola, C; Fuxman, C; Ramisch, D; Rumbo, M; Fainboim, L; Gondolesi, GE; Gentilini, MV

P-28 . Resultados del trasplante hepático en pacientes pediátricos con síndrome de alagille

Selzer Soria, EM; Gonzalez Campaña, A; Iolster, T; Fauda, M; Malla, I

P-29 . Paro cardíaco durante trasplante hepático pediátrico con donante vivo. Decisiones difíciles

Malla, I; Gonzalez Campaña, A; Selzer Soria, EM; Iolster, T; Fauda, M

P-36 . Importancia del examen clínico en la confirmación de muerte encefálica y activación del proceso de procuración

Vasile, FD; Barroso, L; Contreras, M; Andrada, G; Aquino Lee, V

P-38 . Muerte encefálica y donación de órganos en contexto de hidrocefalia secundaria a meningitis en paciente cirrótico: importancia del examen infeccioso y la antibioticoterapia dirigida.

Vasile, FD; Barroso, L; Contreras, M; Andrada, G; Aquino Lee, V

P-55 . Innovación en el trasplante de órganos a través del monitoreo inalámbrico en tiempo real de la temperatura

Santillán Pazmiño, MD; Moreira, JE; Gondolesi, I; Buitrago, E; Barros Schelotto, P; Giannou, A; Gentilini, MV; Gondolesi, GE

P-56 . Edad y trasplante hepático: ¿un factor clave en los resultados clínicos? estudio de un solo centro en ARGENTINA.

Santillán Pazmiño, MD; Arriola Benitez, PC; Pérez Illige, L; Descalzi, V; Yantorno, S; Barros Schelotto, P; Gondolesi, GE; Gentilini, MV

P-61 . Rescates bacteriológicos en hemocultivos de donantes cadavéricos y líquido de transporte: alta prevalencia con predominio de contaminantes.

Tito, SK; Coisson, PE; Veracierto, F; Villamil, FG

P-69 . Evaluation of different lactate-based interventions in an intestinal ischemia-reperfusion injury murine model

Stringa, PL; Rumbo, M; Errea, AJ

P-78 . Validation of a droplet digital pcr method for quantification of donor-derived cell-free dna in pediatric liver transplant recipients

arrigone, a; trezeguet renatti, g; moragas, m; fernandez soutu, d; gamba, c; dip, m; halac, e; schaiquevich, p

p-86 . Rol del eje il-33/st2 en la patogenia inmunológica del rechazo crónico del aloinjerto hepático humano como mecanismo causal y posible blanco terapéutico

Santillán pazmiño, md; arriola benitez, pc; moreira, je; fasolo, j; novellis, l; iturria, j; gondolesi, g; gentilini, mv

p-103 . Enfermedad venooclusiva hepática severa post-trasplante de células progenitoras hematopoyéticas haploidéntico en paciente pediátrico.

Vega, c; wilberger, s; della latta, mp; martinez, g

p-139 . Abordaje laparoscopico para seleccion de donantes de hígado

Eckhardt morales, ca; villavicencio fornaciari, s; alanis, ga; alvarez tolaba, me; juarez carrizo, am

13:30hs - 14:30hs

Comunicaciones orales - hígado 3

Coordinadores: dr. Federico piñero - dr. Emilio quiñonez

O-34 . 120 hepatectomias en donante vivo: trasplante hepático en edad pediátrica. Resultados de 10 años de experiencia en un unico centro en argentina.

Orozco, f; avendaño, j; barbero, f; gonzalez campaña, a; fauda, m; podesta, g; montal, s

O-54 . Impacto del nuevo modelo de asignación meld-spa en la lista de espera y en los resultados del trasplante hepático

Broeders, c; reyes toso, ml; toconas, v; paez, mdla; rivera, l; Barros Schelotto, P; Yantorno, S; Descalzi, V

o-112 . Tendencias temporales en las características y desenlaces de los receptores de trasplante simultáneo hepato-renal en américa latina entre 2003 y 2025.

Martínez morales, jc; descálzi, v; gadano, a; castro narro, ge; vilatobá, m; zerega, a; cairo, f; marciano, s

o-113 . Evaluación de determinantes psicosociales en pacientes en lista de espera para trasplante hepático y su asociación con mortalidad

Gomez perdiguero, g; garrido, ma; mignone, v; priotti, vi; bayardo garcia, s; martinez, jc; gadano, a; marciano, s

o-115 . Trasplante simultáneo hepato-renal: resultados en latinoamérica.

Martínez Morales, JC; Descalzi, V; Castro Narro, GE; Cairo, F; Andraus, W; Mendizabal, M; Benítez, C; Marciano, S



14:30hs - 15:30hs

Comunicaciones Orales - HÍGADO 4

Coordinadores: Dr. Ignacio Roca - Dr. Pablo Barros Schelotto

O-30 . Trasplante hepático con donante vivo relacionado como estrategia efectiva y segura: resultados en adultos y pediátricos de un centro de Argentina.

Fauda, M; Piñero, F; Avendaño, J; Pages, J; Podestá, G; Silva, M; Montal, S; Mendizabal, M

O-40 . Implementación de inmunoterapia sistémica en hepatocarcinoma como estrategia de downstaging o puente al trasplante hepático.

Beleño, Á; Pages, J; Gonzalez Campaña, A; Podestá, G; Silva, M; Fauda, M; Mendizabal, M; Piñero, F

O-45 . De la brecha a la oportunidad de mejora: mortalidad en lista, trasplantabilidad y sobrevida post trasplante hepático comparativo entre pediátricos y adultos

Pages, J; Piñero, F; Montal, S; Gonzalez Campaña, A; Podestá, G; Silva, M; Fauda, M; Mendizabal, M

O-120 . Donación en asistolia y perfusión normotérmica: primera serie en trasplante hepático adulto

Novellis, ML; Iturria, J; Broeders, C; Descalzi, V; Yantorno, S; Fraile, A; Ramisch, D; Barros Schelotto, P

O-145 . Utilización de vuelos comerciales en logística para ablación hepática regional

Villavicencio Fornaciari, S; Alanis, G; Alvarez Tolaba, ME; Gomez, SA; Butera, J; Eckhardt Morales, Ca

O-153 . Desafíos del trasplante hepático pediátrico: experiencia de 33 años en un centro público de Argentina

Minetto, J; Reijenstein, H; Lauferman, L; Aredes, D; Jacobo Dillon, A; Inventarza, O; Halac, E; Dip, M

15:30hs - 16:10hs

e-Posters - INFECTOLOGÍA

Coordinadores: Dra. Astrid Smud - Dra. Laura Barcán

P-87 . Reporte de caso clínico: histoplasmosis diseminada

Céspedes Poquechoque, IL; Caldano, JF; Alemán, SA

P-104 . Paniculitis relacionada a histoplasmosis en receptor de trasplante renal

Maiz, C; Bologna, A; Raimondi, JC; Tanús, R; Cobos, M

P-136 . anemia severa por parvovirus B19 en receptor de trasplante renal

Palti, F; Caldano, J; Aleman, S

P-137 . Infección por nocardia en trasplante renal: un desafío clínico.

Anticura, D; Melideo, HM; Maisano, C; Schinchirimi, MM; Iacono, M

P-159 . Contaminación del líquido de preservación en trasplante renal y su impacto clínico en receptores pediátricos

Salazar Pineda, NL; Di Pinto, D; Busolo, R; Bendersky, L; Sarkis, C; Isasmendi, A; Otero, S; Ibañez, J

P-162 . "Ventana de vulnerabilidad crítica": dengue en

receptores de trasplante renal en el Hospital El Cruce en 2024

Fuentes Gutierrez, Y; Novas, M; Russo, Y; Zoppi, E; Aran, N; Di Pietrantonio, S; Curcio, D; Coppotelli, S

P-167 . Nocardiosis cerebral y pulmonar en paciente con trasplante renal: reporte de caso clínico

Céspedes Poquechoque, IL; Caldano, JF; Alemán, SA

P-172 . Tuberculosis y trasplante renal. Experiencia en un centro de trasplante de la provincia de Buenos Aires, Argentina, durante dos décadas.

Patterer, A

16:10hs - 17:10hs

Comunicaciones Orales - HÍGADO 5

Coordinadores: Dr. Jorge Devoto - Dr. Martin Maraschio

O-44 . El sistema de priorización argentino no impacta en la mortalidad en lista de espera de trasplante hepático.

Pereira Borguet, I; Piñero, F; Fauda, M; Pages, J; Gonzalez Campaña, A; Silva, M; Podestá, G; Mendizabal, M

O-46 . MELD 3.0 performance: external validation in a latin american transplant liver cohort

Pages, J; Piñero, F; Castro- Narro, G; Roca, I; Mattos, AZ; Cárdenas Ramírez, BE; Benítez Perez, J; Mendizabal, M

O-76 . HLA-DQ molecular mismatch predicts acute rejection and donor-specific antibody formation after pediatric liver transplantation

Trezeguet Renatti, G; Arrigone, A; Fernandez Souto, D; Gamba, C; Yaunguzian, MF; Dip, M; Halac, E; Schaiquevich, P

O-84 . Trasplante hepático en metástasis de cáncer colorrectal utilizando órganos de donantes marginales: una serie de casos en un centro de trasplante en Rosario, Argentina.

Baravalle, M; Ruf, A; O Connor, JM; Andreani, O; Mahuads, D



SAT XVI CONGRESO ARGENTINO

Trasplantes

2025 Sesiones de Trabajos Científicos

Viernes 28 de noviembre

Salón Río Colorado

O-90 . Cell-free DNA in combination with liver function tests for biopsy decision-making in pediatric liver transplantation

Trezeguet Renatti, G; Arrigone, A; Minetto, J; Dip, M; Lubieniecki, F; Maluf, D; Halac, E; Schaiquevich, P

O-150 . Utilización de órganos de descarte para fines educativos: experiencia con modelo hepático para bipartición

Minetto, J; Lauferman, L; Sanchez, N; Mosna, L; Cichero, F; Asprea, M; Halac, E; Dip, M

17:10hs - 17:45hs

e-Posters - PSICOSOCIAL

Coordinadores: Lic. Liliana Pierini - Lic. Mónica Servian

P-71 . Desafíos y estrategias interdisciplinarias ante urgencias en salud mental en pacientes pediátricos trasplantados renales en un centro de alta complejidad.

Cecotti Chaves, E; Stadlin, F; Varela, E; Rodríguez Rilo, L

P-72 . El abordaje interdisciplinario nefropsicosocial en un paciente pediátrico trasplantado renal y su coyuntura socio-familiar

Stadlin, F; cecotti chaves, e; Rodríguez Rilo, L; Varela, E

P-73 . Más allá del trasplante: abordaje del desarraigo en niños/as y adolescentes

cecotti chaves, e; Stadlin, F; Rilo Rodríguez, L; Varela, E

P-75 . Telecomunicación y abordaje mixto en la evaluación pretrasplante renal pediátrico: un modelo interdisciplinario para disminuir el desarraigo y mejorar la accesibilidad

Stadlin, F; cecotti chaves, e; Rodríguez Rilo, L; Varela, E

P-85 . Pérdida de obra social: como asegurar continuidad en los cuidados del paciente trasplantado de órganos sólidos en la provincia de Buenos Aires

Petrone, H; Remazzina, MJ; Aguila, MV; Benítez, JM; Vallejos, G; Leone, F

P-127 . Rendimiento cognitivo y calidad de vida en receptores de trasplante renal: un análisis exploratorio pre y post intervención

Portillo, F; Alvarez, G; Acuña, C; Gallardo, M; Martín, M; Yañez, J; Bruno, D

P-133 . Situación laboral en población trasplantada renal y su impacto en la adherencia y calidad de vida

Melideo, HM; Miranda, C; Maisano, C; Acuña, ME; Noli, V



SOCIEDAD ARGENTINA
DE TRASPLANTES



Listado de Abstracts

La codificación y orden de los resúmenes es la otorgada por el comité científico y organización del XVI Congreso Argentino de Trasplantes.

O-05

Resultados de biopsias pancreáticas en trasplante simultáneo de páncreas y riñón.

Garcias, L⁽¹⁾;
Reimondez, S⁽¹⁾;
Giordano, E⁽¹⁾;
Marani, M⁽¹⁾;
Alcaraz, A⁽¹⁾;
Muino, G⁽²⁾;
Maraschio, M.

(1)Unidad Cirugía Hepato-bilio-pancreática y trasplante, Hospital Privado Universitario de Córdoba. Córdoba, Argentina

(2)Departamento Radiología, Hospital Privado Universitario de Córdoba. Córdoba, Argentina

Financiamiento: No

Introducción. El trasplante simultáneo de páncreas y riñón (SPK) es actualmente el tratamiento más eficaz para mejorar la supervivencia y la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus y enfermedad renal terminal. A pesar de los avances en el manejo inmunosupresor y en el seguimiento postoperatorio, el rechazo agudo sigue siendo la principal causa de disfunción y pérdida del injerto pancreático. La determinación sérica de amilasa y lipasa es una herramienta fundamental durante el seguimiento rutinario; sin embargo, su frecuente elevación genera dificultades diagnósticas, ya que estas alteraciones no siempre se correlacionan con rechazo, lo cual lleva a la necesidad de realizar biopsias pancreáticas para confirmar el diagnóstico. Estudios recientes demuestran baja concordancia entre el rechazo renal y pancreático, lo que refuerza el rol exclusivo de la biopsia pancreática como método diagnóstico definitivo.

Objetivo. Evaluar la utilidad diagnóstica de las biopsias pancreáticas guiadas por ecografía en la detección de rechazo agudo y su perfil de seguridad, así como analizar la relación entre los niveles de enzimas pancreáticas y el rechazo en injertos pancreáticos.

Material y método. Se realizó un estudio observacional retrospectivo en un centro de trasplante de alta complejidad entre 2003 y 2025. Se incluyeron pacientes sometidos a SPK o trasplante de páncreas aislado (PTA) que presentaron elevación de amilasa y lipasa en el seguimiento, y se les realizó biopsia pancreática. La técnica de elección fue la biopsia percutánea guiada por ecografía, reservándose la tomografía computada (TC) o la laparoscopia para casos seleccionados. Se evaluaron características clínicas, datos bioquímicos, tipo de rechazo según criterios de Banff y complicaciones mediante la clasificación de Clavien-Dindo.

Resultados. Durante el periodo estudiado se realizaron 172 trasplantes (162 SPK y 10 PTA), de los cuales 60 pacientes cumplieron criterios de inclusión, realizándose un total de 102 biopsias. El rechazo fue confirmado en el 53,9% de las muestras, con predominio del rechazo celular (89,1%) sobre el humoral (10,9%).

La técnica más utilizada fue la biopsia guiada por ecografía (89,2%) con una adecuada tasa diagnóstica del 85%. Las biopsias guiadas por TC y laparoscopia representaron el 2% y 8,8%, respectivamente, con tasas de adecuación del 50% y 88,9%. En el 87,3% de los procedimientos se logró la muestra adecuada con un solo intento de punción.

La amilasa y la lipasa no demostraron ser predictores fiables de rechazo agudo, con una sensibilidad del 45,7%, especificidad del 78,6% y un área bajo la curva ROC de 0,633. La tasa de complicaciones fue del 11,8%, mayormente menores (Clavien-Dindo I) y una sola complicación moderada (Clavien II). Se observó una asociación significativa entre el número de intentos de punción y la aparición de complicaciones.

Conclusión. La biopsia pancreática se mantiene como el método diagnóstico más confiable ante la sospecha de rechazo en SPK, ya que la elevación enzimática no se correlaciona de forma consistente con el rechazo. La biopsia ecoguiada es efectiva y segura, especialmente cuando es realizada por operadores expertos. Se destaca la necesidad de desarrollar biomarcadores más específicos para optimizar el diagnóstico.

O-12

Cultivos de Líquido de Preservación en Trasplante Simultáneo de Páncreas y Riñón. Veinte Años de Experiencia.

Garcias, L⁽¹⁾;
Reimondez, S⁽¹⁾;
Giordano, E⁽¹⁾;
Marani, M⁽¹⁾;
Alcaraz, A⁽¹⁾;
Maraschio, M⁽¹⁾.

(1)Unidad de cirugía hepato biliar
pancreática y trasplante,
Hospital Universitario de Córdoba,
Córdoba, Argentina

Introducción: El líquido de preservación desempeña un papel clave en la viabilidad del injerto, pero su potencial como reservorio microbiano es motivo de preocupación. Las infecciones siguen siendo la principal causa de morbilidad y mortalidad a pesar de los avances en las técnicas quirúrgicas y la terapia inmunosupresora. Los datos sobre el trasplante simultáneo de páncreas y riñón (SPK) son limitados, y su relevancia en el seguimiento de los pacientes aún no está clara. Este estudio constituye el primer análisis a gran escala sobre la contaminación del líquido de preservación en SPK, explorando su impacto clínico. El objetivo principal es evaluar directamente los cultivos del líquido de preservación del receptor y su impacto clínico.

Métodos: Estudio retrospectivo de trasplantes SPK con muestra de líquido de preservación al finalizar la preparación en la mesa de trabajo ("back-table"). Se realizaron cultivos para bacterias aerobias, anaerobias y hongos. Se estudió el porcentaje de líquidos cuyos germen es de consideran contaminación y aquellos considerados patógenos. Se evaluó la presencia de una "correlación directa" entre los microorganismos aislados tanto en el líquido de preservación como en el receptor en caso de sospecha de infección en este último. Se implementó antibiótico profilaxis estándar en todos los pacientes y tratamiento dirigido en los receptores con cultivos positivos del líquido de preservación que presentaban germen es patógenos, exceptuand los considerados contaminados. Además, se analizaron correlaciones con complicaciones posoperatorias mediante regresión logística multivariada.

Resultados: De los 163 SPK evaluados, se aislaron microorganismos en el 35% (n=57) de los cultivos del líquido de preservación (el 65% restante, n=106, fueron negativos). De los positivos, el 68,4% (n=39) fueron verdaderamente positivos y el 31,6% (n=18) fueron considerados contaminados. Los patógenos identificados con mayor frecuencia fueron MRSA (16%), *Staphylococcus aureus* (12%) y *Streptococcus pyogenes* (12%). Nuestro análisis no encontró correlación directa entre los cultivos positivos del líquido de preservación y las infecciones posoperatorias. Asimismo, no se observaron asociaciones significativas con complicaciones relacionadas con el injerto, incluyendo pancreatitis (p=0,584), trombosis (p=0,074), complicaciones renales (p=0,16) o rechazo agudo (p=0,874).

Conclusiones: Nuestro estudio sugiere que antes ausencia de germen es en los LP o contaminación de los mismos la antibiótico profilaxis es adecuada y suficiente. En caso de germen es patógenos no hubo correlación directa con infecciones en el receptor, aunque el tratamiento dirigido puede haber influido en los resultados.

Financiamiento: No

O-18

Optimización de la Atención Farmacéutica: Estratificación de Pacientes Trasplantados Ambulatorios e Intervenciones Farmacéuticas en una Institución Pública de Salud.

Bosch, GI⁽¹⁾;
Vecchiarelli, N⁽¹⁾;
Vergés, J⁽²⁾;
Cicchero, C⁽²⁾.

Introducción: En la práctica diaria, realizamos el seguimiento farmacoterapéutico de pacientes transplantados ambulatorios (Ptx) con tratamiento inmunosupresor (TI) y medicación concomitante (MC) en una institución pública de salud. Su complejidad hace necesario establecer criterios objetivos que permitan optimizar recursos y aportar valor en su atención farmacéutica (AF). Hemos aplicado el Modelo de Estratificación (ME) para pacientes crónicos de la SEFH estableciendo intervenciones farmacéuticas (IF) según necesidades de cada paciente.

Objetivos:

- Estratificar a los Ptx ambulatorios en función de variables de riesgo.
- Describir las intervenciones farmacéuticas realizadas.

Material y Métodos: Estudio transversal, observacional, retrospectivo de agosto 2024 a marzo 2025 en institución pública de salud. Sobre muestra de 196 Ptx pediátricos y adultos que retiran bimestralmente su TI y MC, estratificados según ME. Las IF se analizaron según historia clínica electrónica y entrevista de AF. Criterios de inclusión: Ptx pediátricos y adultos bajo seguimiento. El puntaje total para cada paciente determinó su nivel de riesgo: 1 global (≥ 14 puntos), 2 A medicación (> 7 puntos), 2 B sociosanitario (> 5 puntos), 3 básico (resto). Las IF se clasificaron: "seguimiento farmacoterapéutico", "educación de pacientes", "coordinación con resto equipo multidisciplinar". Se utilizó como método estadístico frecuencia absoluta (fi).

Resultados: Sobre 196 Ptx: Mujeres: 95 (48,5%) Hombres: 101 (51,5%), puntaje obtenido: 100 (51%) riesgo básico, 53 (26,5%) riesgo de medicación, 16 (8,2%) riesgo sociosanitario y 27 (13,8%) riesgo global. Variables más frecuentes: clínicas: 36 (18,4%) 2 o más hospitalizaciones en el último año, 22 (11,2%) pluripatología, demográficas: 13 (6,6%) menores de 10 años, 22 (11,2%) entre 10 - 19 años, medicación: 20 (10,2%) cambios significativos en los últimos 3 meses, 117 (59,7%) polimedicación (más de 5 medicamentos), 50 (25,5%) sospecha de no adherencia, sociosanitarias-cognitivas: 125 (63,8%) condiciones socioeconómicas limitantes, 32 (16,3%) dificultad de lectura y/o comprensión. IF totales: 2488. "Seguimiento farmacoterapéutico": Revisión y validación de tratamiento: 2245 (90,23%), detección efectos adversos: 32 (1,29%), administración inadecuada: 19 (0,76%), interacción fármaco-fármaco: 6 (0,24%), dosis incorrecta: 5 (0,20%). "Educación de pacientes": resolución de consultas: 81 (3,26%), información escrita: 21 (0,84%), prevención efectos adversos: 5 (0,20%). "Coordinación con equipo multidisciplinar": trabajo multidisciplinario: 71 (2,85%), incorporación nuevo fármaco en Vademécum: 3 (0,12%).

Discusión: En el contexto de Ptx con TI crónico, múltiples medicamentos y recursos sanitarios limitados, el ME es una herramienta diseñada para seleccionar a los pacientes según el grado de AF que necesitan. Las principales IF realizadas fueron la revisión y validación de la prescripción, y detección efectos adversos para todos los niveles de riesgo. Trabajo multidisciplinario, resolución de consultas, entrega de información escrita sobre niveles de riesgo 1 y 2. Aunque estima el perfil de riesgo, puede no reflejarlo con precisión en casos como vulnerabilidad socio-sanitaria, bajos ingresos, deterioro cognitivo, que incrementan el riesgo.

Conclusiones: Este ME permite abordar al paciente en función de los riesgos identificados, optimizando recursos y permitiendo IF más efectivas.

(1)Farmacia, Instituto de Trasplante de la Ciudad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

(2)Directorio, Instituto de Trasplante de la Ciudad. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

O-22

Experiencias Adversas en la Infancia y Depresión: Su Impacto en la Adherencia al Tratamiento en Adolescentes con Trasplante Renal

Ferraris, J⁽¹⁾;
 Ferraris, V⁽¹⁾;
 Grillo, MA⁽¹⁾;
 Cobeñas, C⁽²⁾;
 Halty, M⁽³⁾;
 Ríbori, A⁽⁴⁾;
 Deutsche, I⁽⁴⁾;
 Eymann, A⁽⁵⁾.

Introducción: la no-adherencia (NA) al tratamiento médico luego del trasplante renal es la causa principal de la pérdida de los injertos. Los adolescentes y los adultos jóvenes tienen mayor riesgo de NA que los adultos. La NA es de causa multifactorial, sin embargo los efectos de las experiencias adversas en la infancia (ACE) junto con la depresión sobre la NA no han sido investigados.

Objetivo primario: estudiar la asociación de las ACE y depresión con la NA.

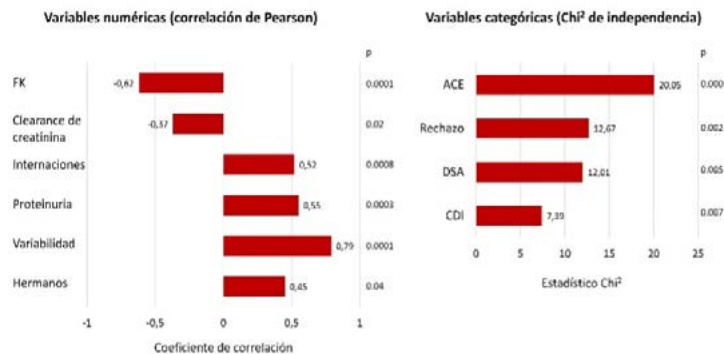
Objetivo secundario: identificar otras variables relacionadas con la NA.

Materiales y Métodos: estudio analítico, transversal, multicéntrico. Se estudiaron 39 pacientes trasplantados y 76 adolescentes sanos (controles) de 12-17 años de edad. La NA se definió con un dosaje de FK ≤ 3 ng/ml y/o un coeficiente de variación (CV) ≥ 30 % con muestras de 6 meses previos al menor dosaje de FK. Las ACE se evaluaron con el cuestionario del Center for Youth Wellness ACE-Questionnaire Q Teen, un puntaje ≥ 3 de adversidades fue considerado de riesgo y la depresión con el cuestionario Children Depression Inventory, un puntaje $\geq 19/27$ se consideró depresión.

Resultados: el CV y FK ($\bar{x} \pm DS$) 18.4 ± 7.6 vs 40.2 ± 9.0 y 4.1 ± 1.1 vs 2.4 ± 1.0 ($p < 0.0001$ y < 0.0001 respectivamente) diferenciaron a los adherentes (A) de los NA, tabla. La NA fue del 30.8 %. Otras variables significativas entre A y NA fueron: número de internaciones en los últimos dos años 0.38 ± 0.57 vs 2.25 ± 2.49 ($p < 0.02$), edad actual 15.43 ± 2.1 vs 17.31 ± 2.44 ($p < 0.02$) y administración por padres (si) (n: 23) 85 % vs (n: 6) 50 % ($p < 0.04$). El 92 % de los pacientes NA, el 11 % de los A y el 36 % de los controles tenían ACE ≥ 3 (NA vs. controles y vs. A $p < 0.0001$; A vs. controles $p < 0.0001$). El 58 % de los NA, el 11 % de A y el 4 % de controles tenían síntomas de depresión (NA vs. A $p < 0.0004$; NA vs. controles $p < 0.0001$). La figura muestra la matriz de correlación entre NA con las variables numéricas y categóricas.

Conclusión: las ACE y depresión son predictores de la NA y blancos potenciales para implementar estrategias: evitarlas, reducirlas y tratarlas. La consecuencia será mejor A para este grupo de pacientes de alto riesgo. La depresión intermediaría entre las ACE y la NA. El impacto de las familias numerosas sobre la A fue una sorpresa.

Figura:



Variables entre adolescentes trasplantados A y NA :

Variables	A (n=27)	NA (n=12)	p<
ACE	(3) 11 %	(11) 92 %	0.0001
Rechazo (no)	(25) 93 %	(5) 42 %	0.0001
Creatinina actual, mg/dl ($\bar{x} \pm DS$)	0.91 \pm 0.24	1.42 \pm 0.38	0.001
DSA (si)	(1) 5 %	(7) 58 %	0.002
Depresión	(3) 11 %	(7) 58 %	0.004
Uprot/Ucr, mg/mg ($\bar{x} \pm DS$)	0.13 \pm 0.09	0.39 \pm 0.31	0.02
Nº de hermanos ($\bar{x} \pm DS$)	1.0 \pm 1.04	3.08 \pm 3.01	0.04

O-23

IL-22 como Estrategia Adyuvante para la Regeneración Epitelial y el Control del Rechazo en el Trasplante Intestinal

Stringa, P⁽¹⁾;
Ivanoff, I⁽¹⁾;
Santillan, M⁽²⁾;
Moreira, J⁽²⁾;
Lausada, N⁽³⁾;
Rumbo, M⁽¹⁾;
Gondolesi, G⁽⁴⁾;
Gentilini, MV⁽²⁾.

(1) Instituto de Estudios Inmunológicos y Fisiopatológicos (IIFP), Universidad Nacional de La Plata, CONICET, Universidad Nacional de La Plata, CONICET. La Plata, Argentina

(2) Instituto de Medicina Traslacional, Trasplante y Bioingeniería (IMETyB), Universidad Favaloro, CONICET. CABA, Argentina

(3) Laboratorio de Trasplante, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de La Plata, CONICET. La Plata, Argentina

(4) MedStar Georgetown Transplantation Institute, Georgetown University Hospital. Washington DC, EE.UU.

Financiamiento: No

Introducción: El rechazo celular agudo (RCA) es una limitación crítica para la supervivencia a largo plazo en el trasplante intestinal (TxI), al comprometer la integridad mucosal y precipitar la pérdida del injerto. Nuestros estudios previos evidenciaron una reducción de células innatas linfoides tipo 3 (ILC3) y de IL-22 en tejido intestinal durante el RCA. Dado que el eje IL-22/IL-22BP/IL-22R regula la reparación epitelial y la homeostasis de la barrera, el objetivo de este trabajo fue determinar si la administración exógena de IL-22 favorece la regeneración epitelial comprometida en el RCA, con potencial aplicación como terapia adyuvante en protocolos de inmunosupresión aplicados durante estos eventos.

Materiales y Métodos: En una primera etapa, se cuantificó la expresión de ARNm de IL-22, IL-22R e IL-22BP en biopsias intestinales humanas de receptores de TxI sin rechazo (n=9), con RCA (n=7) y controles no trasplantados (n=8). Posteriormente, se desarrolló un modelo experimental de TxI heterotópico en ratas, utilizando donantes Sprague-Dawley y receptores Wistar, bajo inmunosupresión subóptima con tacrolimus (0,6 mg/día). Los animales fueron asignados aleatoriamente a dos grupos: controles (vehículo + tacrolimus) y tratados con IL-22 recombinante (IL-22r, 30 µg/día por vía intraperitoneal en los días 11, 13 y 15 postrasplante, PT). Se evaluaron parámetros clínicos (supervivencia y recuperación de peso) y, en el día 21 PT, se colectaron los injertos para análisis histopatológico, inmunofenotípico, proliferación epitelial (Ki-67), apoptosis (TUNEL) y cuantificación de células caliciformes.

Resultados: En los tejidos humanos, se detectó una disminución significativa de la expresión de IL-22 e IL-22BP durante el RCA ($p<0,05$), mientras que IL-22R mostró una tendencia al aumento. En el modelo experimental, la administración de IL-22r no prolongó la supervivencia global, pero promovió una recuperación acelerada en la ganancia de peso de los animales ($p<0,05$) y preservó la arquitectura de la mucosa intestinal. El 50% de los injertos de los animales controles presentó RCA severo, mientras que ninguno de los animales tratados con IL-22r progresó a rechazo severo ($p<0,05$). Además, el tratamiento preservó la relación cripta-vellosidad, la densidad de células caliciformes y la proliferación epitelial, reduciendo de manera significativa la apoptosis ($p<0,05$) respecto a los controles.

Conclusiones: La administración exógena de IL-22 atenúa el rechazo severo y promueve la regeneración epitelial en el TxI experimental. Estos hallazgos respaldan el papel de IL-22 como citoquina inmunorreguladora y protectora de tejidos, y sugieren el potencial de análogos derivados de IL-22 como terapias adyuvantes a la inmunosupresión convencional en TxI. Asimismo, sus propiedades regenerativas y de estabilización de la barrera intestinal podrían extrapolarse a otras patologías caracterizadas por daño epitelial y disrupción de la homeostasis mucosa.

Figura:

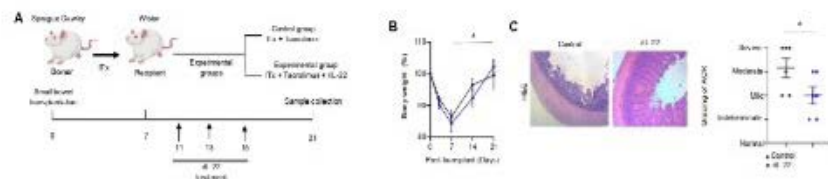


Figura 1. IL-22r reduce la progresión de la severidad del RCA.

(A) Diagrama de flujo del modelo experimental.

(B) Porcentaje de peso corporal en comparación con el día 0 postrasplante en receptores de injerto intestinal. * $p<0,01$, ANOVA de dos vías.

(C) Score histológico de RCA en muestras control (previas al implante del injerto) y en el día 21 post-TxI. * $p<0,1$, t-test.

O-24

Bacteriemia en Receptores de Órganos Sólidos: Incidencia, Etiología, Factores de Riesgo y Evolución. Comparación Pre y Post Pandemia. Un Estudio Multicéntrico

Smud, A⁽¹⁾;
Barcan, L⁽¹⁾;
Giorgio, P⁽²⁾;
Gago, R⁽³⁾;
Niveyro, C⁽⁴⁾;
Martínez, M⁽⁵⁾;
Grupo Trabajo, CT^(6,7,8,9, 10);
Temporiti, E⁽¹¹⁾

(1)Infectología, Hospital Italiano de Buenos Aires. CABA, Argentina

(2)Infectología, Hospital Británico. CABA, Argentina

(3)Infectología, Hospital Austral. Buenos Aires, Argentina

(4)Infectología, Hospital Madariaga. Posadas, Argentina

(5)Infectología, Hospital Central Mendoza. Mendoza, Argentina

(6)Villamandos S, Instituto de Cardiología Corrientes Instituto de Cardiología. Corrientes, Argentina

(7)Bibolini J, Aguirre A, Hospital Alta Complejidad J.D. Perón. Formosa, Argentina

(8)Ameri D, Hospital El Cruce. Buenos Aires, Argentina

(9)Villafañe S, Hospital Ángel Padilla. Tucuman, Argentina

(10)Pujato N, Instituto de Trasplante de Alta complejidad. CABA, Argentina

(11)Infectología, Centros de Estudios Médicos e Investigación Clínica. CEMIC. CABA, Argentina

Antecedentes: La bacteriemia (BAC) sigue siendo una complicación frecuente en receptores de trasplantes de órganos sólidos (TOS). La pandemia de COVID-19 se asoció con un aumento de la resistencia a los antimicrobianos (RAM). Este estudio tuvo como objetivo evaluar la prevalencia, las características clínicas, la etiología, los factores de riesgo y los resultados de la BAC en receptores de TOS durante el primer año postrasplante, comparando una cohorte pre pandémica (G1) y una post pandémica (G2).

Métodos: Estudio observacional prospectivo y multicéntrico (enero de 2023 - abril de 2025). Se incluyeron todos los receptores de TOS con BAC. Se comparó con una cohorte histórica de la misma base de datos pre pandémica. Resultados: Se presentaron 221 episodios de BAC en 149 pacientes (62,4% varones, edad media de 53 años). El 64,5% fueron trasplantados renales y el 29,6%, hepáticos. La mayoría (92,8%) fueron BAC secundarias, de origen predominantemente urinario. Se presentó fiebre en el 86,9%, sepsis en el 35,7% e ingreso en UCI en el 36,7%. Los microorganismos multirresistentes (OMR) causaron el 58% de los episodios; *Klebsiella pneumoniae* fue la más frecuente (BLEE 58, productoras de carbapenemasas (EPC) 28). El tratamiento empírico fue adecuado en el 78,3%, principalmente monoterapia (69,2%). La evolución fue favorable en el 86,9%; mortalidad general del 13,1%, y 6,8% atribuible. El tratamiento empírico fue menos apropiado en las infecciones por OMR ($p = 0,006$), la terapia combinada ($p = 0,0002$).

La comparación pre (G1) y post pandemia (G2) mostró: El uso de timoglobulina fue mayor en el G1 (56,1% vs. 27,4%, $p=0,0001$); las complicaciones no infecciosas fueron más frecuentes en el G2 (63,2% vs. 44,7%, $p=0,003$), hubo mayor número de EPC en el G2 (29,9% vs. 17,5%, $p=0,005$) a expensas de la MBL. La duración de 7 días fue más frecuente en G2 (22,4% vs. 5%, G1, $p=0,0001$). No se observaron diferencias significativas en las puntuaciones de los scores de gravedad, pérdida del injerto, recaída ni mortalidad entre los grupos.

Conclusiones: La BAC en receptores de TOS sigue siendo una complicación grave. La prevalencia de OMR, especialmente de *K. pneumoniae* productora de carbapenemasas, subraya la necesidad de estrategias empíricas personalizadas.

A pesar de las diferencias microbiológicas entre el G1 y el G2, los resultados clínicos fueron similares. El aumento de los patrones de resistencia y las diferencias en el manejo clínico entre períodos enfatizan la necesidad de una vigilancia continua y estrategias antimicrobianas individualizadas en las poblaciones de trasplantes.

Financiamiento: No

O-30

Trasplante Hepático con Donante Vivo Relacionado como Estrategia Efectiva y Segura: Resultados en Adultos y Pediátricos de un Centro de Argentina.

Fauda, M⁽¹⁾;
Piñero, F⁽²⁾;
Avendaño, J⁽²⁾;
Pages, J⁽²⁾;
Podestá, G⁽²⁾;
Silva, M⁽²⁾;
Montal, S⁽²⁾;
Mendizabal, M⁽²⁾

(1)HPB y Trasplante hepático, Hospital Universitario Austral. Pilar, Argentina

(2)Unidad de Hígado y Trasplante Hepático, Hospital Universitario Austral. Pilar, Argentina

(3)Cirugía Hepatobiliopancreática. Trasplante Hepático y Renal, Hospital Universitario Austral. Pilar, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: El uso con donante vivo relacionado (DVR) es una estrategia adicional para expandir el acceso al trasplante hepático (TH). Sin embargo, no han sido reportados resultados comparativos respecto al TH con donantes cadavéricos (DC) en la práctica real local.

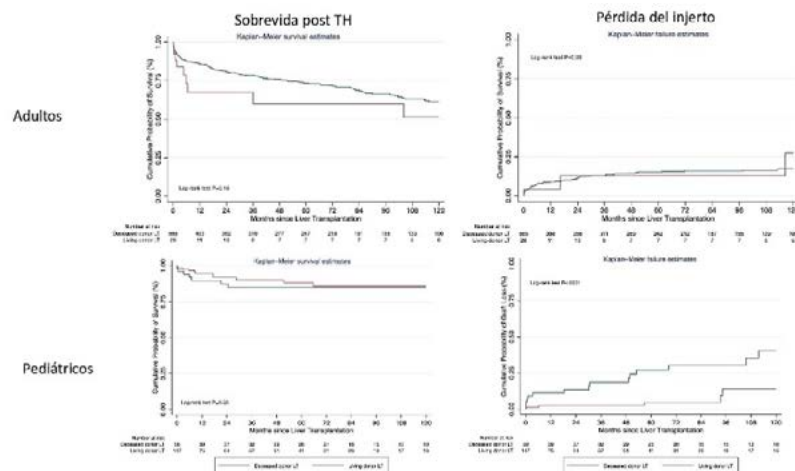
Objetivo: Describir la experiencia con DVR en adultos y pediátricos y comparar pérdida del injerto y sobrevida post-TH respecto a DC.

Métodos: Estudio de cohorte prospectiva de pacientes inscriptos en lista de espera desde 2006 a 2024. Se evaluaron datos registrados en SINTRA-INCUCAI y se realizaron análisis por subgrupos adultos y pediátricos. Para la incidencia acumulada de pérdida del injerto y su medida de efecto estimamos medidas de efecto de sub-distribución del Hazard ratio (SHR), con sus respectivos intervalos de confianza del 95% utilizando un modelo de riesgos competitivos (muerte post TH). Se utilizó Kaplan-Meier para calcular la sobrevida post-TH y un modelo de Cox para estimar medidas de efecto (HR).

Resultados: Globalmente se realizaron 796 TH durante el período estudiado, 591 (74%) fueron adultos y 205 (26%) pediátricos. El TH con DVR fue realizado en 26 (4%) adultos y 147 (72%) pediátricos ($p < 0.001$). Las características basales de receptores comparando DVR vs. DC en adultos fueron similares a excepción del índice de masa corporal (24.8 vs 28.2 kg/m^2 ; $p = < 0.001$); respectivamente. No observamos diferencias significativas entre DVR vs. DC en adultos respecto a la incidencia acumulada de pérdida del injerto [SHR 0.98 ($P = 0.98$)] y la sobrevida post-TH HR 11.6 ($P = 0.17$); respectivamente. En la población pediátrica, los pacientes que recibieron un DVR vs. DC presentaron diferencias basales significativas en la edad (1.7 vs. 6.4 años; $P < 0.0001$), sodio (137 vs. 132 mEq/L ; $P = 0.01$) y RIN (1.7 vs. 2.8 ; $P = 0.006$); respectivamente. En pacientes pediátricos, la incidencia acumulada de pérdida del injerto fue inferior con DVR vs DC (SHR 0.19 ; $P = 0.001$) (figura) y mejor sobrevida post-TH (HR 0.74 ; $P = 0.53$); respectivamente.

Conclusiones: En nuestro centro, el DVR es la modalidad predominante en pediatría y se asocia a menor pérdida del injerto y sobrevida post-TH comparable al DC. En adultos, los resultados del DVR son globalmente similares a DC, aunque el tamaño muestral es menor. Nuestros hallazgos respaldan el uso de DVR para expandir la disponibilidad de donantes tanto en pediatría como en adultos.

Figura:



O-31

Supervivencia y Función del Injerto en Trasplante Hepático con Donante Vivo Versus Donante Cadavérico: Experiencia de 18 Años en un Único Centro en Argentina

Avendaño, J⁽¹⁾;
Barbero, F⁽¹⁾;
Fauda, M⁽²⁾;
Gonzalez Campaña, A⁽²⁾;
Podesta, G⁽²⁾;
Montal, S⁽²⁾

Introducción / Objetivo: El trasplante hepático con donante vivo (DVR) constituye una alternativa eficaz para ampliar el acceso, especialmente en pacientes pediátricos. Sin embargo, persiste la incertidumbre sobre sus resultados comparados con el donante cadavérico en el contexto latinoamericano. El objetivo fue comparar la sobrevida global y la función del injerto entre DVR y donante cadavérico en adultos y pediátricos.

Materiales y Método: Se incluyó una cohorte retrospectiva de todos los trasplantes hepáticos consecutivos realizados entre 2006 y 2024. Los pacientes se clasificaron según tipo de donante (DVR vs cadavérico) y grupo etario (adultos, pediátricos). Los desenlaces primarios fueron sobrevida global y pérdida del injerto. Se aplicaron curvas de Kaplan-Meier y modelos de riesgos competitivos, considerando la muerte como evento competidor.

Resultados: Total de trasplantes: 796 (adultos: 565 cadavéricos, 26 DVR; pediátricos: 595 cadavéricos, 147 DVR). Sobrevida global post-trasplante:

Adultos: DVR y cadavérico presentaron resultados similares (1 año: 67.2% vs 86.0%; 5 años: 59.8% vs 73.2%; p=ns).

Pediátricos: DVR mostró sobrevida superior a largo plazo (1 año: 94.7% vs 89.8%; 10 años: 85.9% vs 85.0%).

Función del injerto:

Adultos: incidencia acumulada de pérdida del injerto comparable a 10 años (DVR 27.3% vs cadavérico 17.2%; p=ns).

Pediátricos: DVR asociado a menor riesgo de pérdida del injerto (SHR 0.19; IC95% 0.07-0.49; p=0.001).

Conclusiones

El trasplante hepático con donante vivo mostró resultados equivalentes al donante cadavérico en adultos y un beneficio significativo en población pediátrica, con mayor sobrevida y menor riesgo de pérdida del injerto. Estos hallazgos refuerzan el rol del DVR como estrategia clave para mejorar el acceso y los resultados en poblaciones vulnerables en Latinoamérica.

(1) Cirugía Hepatobiliopancreática.
Trasplante de Hígado y Riñón, Hospital Universitario Austral.
Pilar, Argentina

(2) Unidad de Hígado y Trasplante Hepático, Hospital Universitario Austral.
Pilar, Argentina

Financiamiento: No

O-32

Mortalidad en Lista de Espera para Trasplante Hepático en Argentina: Experiencia de 18 Años

Barbero, F⁽¹⁾;
Avendaño, J⁽¹⁾;
Fauda, M⁽¹⁾;
Gonzalez Campaña, A⁽¹⁾;
Podesta, G⁽¹⁾;
Montal, S⁽¹⁾

Introducción / Objetivo: La mortalidad en lista de espera para trasplante hepático es un indicador clave de equidad y eficiencia en los sistemas de asignación de órganos. Su análisis longitudinal permite identificar limitaciones y oportunidades de mejora. El objetivo de este estudio fue describir la evolución de la mortalidad en lista de espera a lo largo de 18 años, así como los factores asociados a un mayor riesgo de fallecimiento sin trasplante.

Materiales y Método: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó a 1.315 pacientes inscriptos en lista de espera para trasplante hepático entre 2006 y 2024, utilizando datos oficiales de la base nacional. Se consideró como evento principal la mortalidad en lista de espera y como evento en competencia el trasplante. Se aplicaron modelos de riesgos competitivos y regresión multivariada para identificar predictores de mortalidad.

Resultados: Durante el período de estudio fallecieron en lista de espera 284 pacientes (21,6%), con una incidencia de 16 muertes cada 1.000 personas-mes de seguimiento. La mortalidad acumulada al año fue del 21%. Los factores asociados a mayor riesgo de mortalidad fueron la edad avanzada (SHR 1.03 por cada año; p<0.0001) y la condición de adulto respecto a pediátrico (SHR 7.84; IC95% 3.86-15.9; p<0.0001). No se hallaron asociaciones significativas con sexo, grupo sanguíneo ni nivel de MELD al ingreso.

Conclusiones: La mortalidad en lista de espera fue más alta en pacientes adultos, a pesar de tiempos de espera más prolongados respecto de la población pediátrica. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de estrategias de asignación adaptadas a cada grupo etario y de ampliar la disponibilidad de órganos para garantizar la equidad en el acceso al trasplante hepático.

(1) Unidad de Hígado y Trasplante Hepático, Hospital Universitario Austral. Pilar, Argentina

Financiamiento: No

O-33

Impacto del Sistema de Priorización Argentino en la Mortalidad en Lista de Espera para Trasplante Hepático.

Avendaño, J⁽¹⁾;
Barbero, F⁽¹⁾;
Fauda, M⁽¹⁾;

Gonzalez Campaña, A⁽¹⁾;
Podesta, G⁽¹⁾;
Montal, S⁽¹⁾

Introducción / Objetivo: En noviembre de 2022 se implementó en Argentina el sistema de priorización nacional para el acceso al trasplante hepático, con el propósito de mejorar la equidad en la asignación. El objetivo de este estudio fue analizar el impacto de esta medida sobre la mortalidad en lista de espera.

Materiales y Método: Se incluyeron 1.315 pacientes inscriptos en lista de espera para trasplante hepático entre 2006 y 2024. Se evaluó la mortalidad en lista de espera considerando el trasplante como evento en competencia. Se compararon los períodos pre y post implementación del sistema de priorización mediante modelos de riesgos competitivos.

Resultados: En la cohorte global, 284 pacientes (21,6%) fallecieron en lista de espera. La incidencia fue de 16 muertes por cada 1.000 personas-mes de seguimiento, con una mortalidad acumulada al año de 21%. Tras la implementación del sistema de priorización, se observó una reducción significativa del riesgo de mortalidad (SHR 0.59; IC95% 0.37–0.95; p=0.031). La mediana de tiempo en lista fue de 4,1 meses en el período previo y 2,5 meses en el período posterior (p<0.0001).

Conclusiones: El sistema de priorización argentino se asoció con una disminución significativa de la mortalidad en lista de espera, sugiriendo una mejor selección de candidatos críticos. Sin embargo, el tiempo de seguimiento posterior a su implementación aún es limitado, lo que requiere evaluaciones periódicas para confirmar su impacto a largo plazo en la equidad del acceso al trasplante hepático.

(1)Unidad de Hígado y Trasplante
Hepático, Hospital Universitario
Austral. Pilar, Argentina

Financiamiento: No

O-34

120 Hepatectomías en Donante Vivo: Trasplante Hepático en Edad Pediátrica. Resultados de 10 Años de Experiencia en un Único Centro en Argentina.

Orozco, F⁽¹⁾;
 Avendaño, J⁽¹⁾;
 Barbero, F⁽¹⁾;
 Gonzalez Campaña, A⁽¹⁾;
 Fauda, M⁽¹⁾;
 Podesta, G⁽¹⁾;
 Montal, S⁽¹⁾

(1)Unidad de Hígado y Trasplante
 Hepático, Hospital Universitario
 Austral, Pilar, Argentina

Financiamiento: No

Antecedentes: El trasplante hepático (TH) en pediatría con donante vivo, se ha convertido en el tratamiento de referencia para la insuficiencia hepática terminal en pacientes pediátricos en Latinoamérica. Dada la escasez de donantes cadavéricos pediátricos en la región, existe una dependencia crítica de los donantes vivos emparentados, que a menudo son la única opción viable para muchos niños que esperan un TH. A pesar de los avances en preservación de órganos, inmunosupresión, anestesia y técnicas quirúrgicas mínimamente invasivas como la laparoscopia y la cirugía robótica, la cirugía de donante vivo continúa siendo un área de innovación y perfeccionamiento.

Objetivo: Este estudio tiene como objetivo evaluar los resultados de las cirugías de donantes, analizar las complicaciones y evaluar la efectividad de un protocolo de recuperación "fast track" empleado en un centro de trasplante de hígado pediátrico en Argentina, en cuanto a los donantes.

Diseño: Realizamos un estudio observacional retrospectivo de todos los casos de donantes vivos relacionados, realizados en un único centro de TH pediátrico en Argentina entre el 2015 y 2024.

Materiales y Método: Incluyó donantes mayores de 18 años sometidos a hepatectomía parcial para TH pediátrico. Se recopiló datos sobre la demografía del donante, detalles antropométricos, comorbilidades preoperatorias, protocolos anestésicos, abordajes quirúrgicos y complicaciones. Las complicaciones se clasificaron según el sistema de clasificación de Clavien-Dindo. Además, se analizaron las estrategias de manejo perioperatorio. También se evaluaron los resultados a largo plazo de los donantes, incluyendo las tasas de reinternación y la necesidad de reintervención quirúrgica. Finalmente, se realizó un análisis independiente para examinar los resultados de los receptores.

Resultados: Los donantes fueron predominantemente mujeres (59%), con una edad media de 31 años y un IMC de 25,3. El protocolo Fast Track con movilización temprana y anestesia regional, utilizando un catéter epidural en la mayoría de los casos permitió el manejo en salas de internación general. Se inició dieta líquida a las 8 horas del procedimiento. La segmentectomía lateral izquierda fue la resección quirúrgica más común, con 8 casos que requirieron hiperreducción del injerto. Se utilizó un disector ultrasónico en casi todos los casos desde 2017. La duración media de la cirugía fue de 248 minutos. Solo 3 donantes necesitaron transfusiones de banco. Se encontró anatomía arterial normal en el 75% de los casos. La estancia hospitalaria promedio fue de 4,9 días. La tasa de complicaciones del donante fue del 7,5%, sin fallecimientos. Las complicaciones grado III (5%) requirieron tratamiento percutáneo o quirúrgico para biliomas (5 casos) o colelitiasis (1 caso). Las complicaciones de grado IV (2,5%) incluyeron 1 ingreso a UCI por neumonía, 1 shock séptico por fístula biliar y depresión respiratoria post quirúrgica (1 caso).

Conclusiones: La hepatectomía del segmento lateral izquierdo es una técnica segura para los donantes. En nuestra serie no presentamos mortalidad peri operatoria con una morbilidad adecuada. Sin complicaciones de la pared abdominal. La calidad de vida y encuesta de satisfacción de TODOS los donantes es positiva. Rápida re inserción laboral. Los resultados en receptores y calidad de los injertos obtenidos son óptimos.

Figuras:



O-40

Implementación de Inmunoterapia Sistémica en Hepatocarcinoma como Estrategia de Downstaging o Puente al Trasplante Hepático.

Beleño, Á.⁽¹⁾,
Pages, J.⁽¹⁾,
Gonzalez Campaña, A.⁽¹⁾,
Podesta, G.⁽¹⁾,
Silva, M.⁽¹⁾,
Fauda, M.⁽¹⁾,
Mendizabal, M.⁽¹⁾,
Piñero, F.⁽¹⁾

⁽¹⁾Hepatología y Trasplante Hepático,
Hospital Universitario Austral,
Pilar, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: El uso de terapia sistémica con inmunoterapia sola o combinada en recientes ensayos clínicos en hepatocarcinoma (HCC) localmente avanzado y metastásico ha demostrado resultados exitosos en cuanto a respuesta radiológica objetiva (ORR) y ganancia en supervivencia. Estos tratamientos se han propuesto como alternativa válida en el contexto de intención de reducción de estadio (downstaging) o puente al trasplante hepático (TH).

Objetivo: Evaluar la implementación de una estrategia de downstaging o puente al TH con inmunoterapia en un centro de Argentina.

Métodos: Estudio de intervención no controlada, prospectiva, en pacientes evaluados para TH desde el año 2023, con HCC estadio Barcelona BCLC-A/B progresados o estadio BCLC-C sin enfermedad extrahepática y ausencia de invasión tumoral de tronco portal (Vp4), con intención de downstaging o puente a TH. Se reporta una serie de casos de pacientes consecutivos que recibieron atezolizumab + bevacizumab (AB) o durvalumab + tremelimumab (STRIDE). Se detalla efectividad del downstaging, progresión tumoral y trasplantabilidad (análisis de intención de tratar). Secundariamente, resultados del explante, y eventos adversos pre y post TH.

Resultados: Se incluyeron 10 pacientes. Pre inicio de inmunoterapia presentaban Child-Pugh A (n=9); estadio BCLC A n=3, B n=5 (n=2 infiltrativo difuso) y C n=2 (Vp2 y 3), con una mediana de alfa-feto proteína sérica (AFP) de 212.0 ng/dl, la gran mayoría fuera de Milán (n=9) y con un score Francés >2 puntos (n=7) (Tabla). Ocho recibieron AB y dos STRIDE, con una mediana de 6 ciclos. Durante el seguimiento, observamos eventos adversos inmunomediados y no inmunomediados (Tabla). La ORR fue alcanzada en 5/9 pacientes (uno aún sin evaluación radiológica), 3 con respuesta completa y de AFP, sostenida en el tiempo (n=1 con reconversión BCLC-C a BCLC-A), enfermedad estable n=3, y enfermedad en progresión clínicamente relevante n=1. Dos pacientes lograron trasplantarse con puntaje suplementario estando con ORR completa y AFP pre-TH normal, observándose necrosis patológica completa en el explante. En el post-TH realizamos inducción con esteroides y tacrolimus, observando un evento de rechazo celular agudo resuelto con pulso de esteroides. La mediana de tiempo entre la última dosis de inmunoterapia y el TH fue de nueve semanas.

Conclusiones: Reportamos la primera serie de inmunoterapia como puente al TH en Argentina. Estos resultados refuerzan su factibilidad, siendo todo un desafío multidisciplinario, y justifican su evaluación en cohortes más amplias para consolidar su efectividad.

Figura:

Variable	N (%) o Mediana (min-max)
Características pre inicio de inmunoterapia	
Edad, años	67.0 (56.0-69.0)
Sexo masculino	8/10 (80%)
Etiología	
NASLD/NASH	5 (50%)
Hepatitis C	4 (40%)
Hemocromatosis	1 (10%)
ECOG 0-1	9/10 (100%)
Child-Pugh A/B	A: 9 B: 1
MELD-Na basal	11.0 (9.2-12.5)
HPCS	7/10 (88%)
BCLC pre-inmuno (A/B/C)	A: 3 B: 5 C: 2
Terapia loco regional pre-inmuno	SBRT 2, Cirugía 2 y TACE 2
AFP pre-inmuno, ng/dl	212 (2.5-8792)
Nº de tumores	2.0 (1.0 - 6)
Tamaño máx de lesión mayor, mm	35.0 (17.2-42.2)
Trombosis portal tumoral Vp1-3	2/9 (22.2%) VP2.1 y VP3.1
Eventos adversos	
Eventos adversos inmunomediados	Hipotiroxismo grado I n=2, hepatitis inmunomediada grado II-III n=2, neumonitis asintomática n=1, adrenalitis grado III n=1, rash grado II n=1
Eventos adversos no inmunomediados	Hipertensión arterial grado I-II n=4, astenia grado I-II n=2, mucositis grado II n=1, ascitis moderada n=1, sangrado variceal n=1

Abreviaturas: AFP: alfa-feto proteína sérica; BCLC: estadificación Clínica de Barcelona; HPSC: Hipertensión portal clínicamente significativa; SBRT: radioterapia estereotáctica extracorpórea.

O-41

Evaluación de Impacto de un Dispositivo Grupal de Acompañamiento Emocional en Personas en Proceso de Trasplante: Análisis de Pacientes y Familiares Luego de Cinco Años de Aplicación Sistemática

Pieni, LM⁽¹⁾;
Etchandy, P⁽¹⁾;
Dal Lago, S⁽¹⁾;
Mosler, C⁽²⁾;
Lago, ML⁽³⁾;
Reid, C⁽¹⁾;
Cichero, CF⁽⁴⁾;
Vergés, JJ⁽⁴⁾.

(1)Área Psicosocial, EAIT.
CABA, Argentina

(2)Asociación Pediátrica
de Trasplante. CABA, Argentina

(3)Guardia Medica Operativa,
EAIT. CABA, Argentina

(4)Dirección, EAIT. CABA, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: El proceso de trasplante implica afrontar diagnósticos de enfermedades crónicas, cirugías de alta complejidad, espera incierta, cambios radicales de estilo de vida y, en muchos casos, desarraigo. Estas experiencias suelen afectar la capacidad de sostener el tratamiento. En el año 2020 el Área Psicosocial del Instituto de Trasplante y la Asociación Pediátrica de Trasplante implementaron de manera sistemática un dispositivo grupal de acompañamiento emocional que se propuso brindar contención, facilitar la expresión afectiva, promover la comprensión del proceso y fortalecer el sostén relacional entre pacientes y familiares.

Objetivo: La presente investigación tiene como objetivo mensurar y comprender empíricamente el impacto real de tal dispositivo tanto en los niveles de adherencia al tratamiento como en la calidad de vida de pacientes y familiares. Asimismo, se busca construir la medida inicial de una línea de base que permita evaluar el desempeño de futuros equipos profesionales, así como los avances de la técnica en el tiempo.

Materiales y Método: Se optó por un abordaje metodológico de tipo cuali-cuantitativo. Se diseñó una encuesta para ser aplicada simultáneamente y de manera autoadministrada en una muestra de 40 pacientes trasplantados o en lista de espera; y en un muestreo a 19 familiares de pacientes. Ambos segmentos tuvieron en común el hecho de haber sido integrantes del dispositivo grupal de acompañamiento emocional entre 2020 y 2025.

El instrumento de recolección consistió en un cuestionario semi estructurado online. El mismo quedó integrado por preguntas abiertas y cerradas y tuvo una duración máxima de 20 minutos. Se privilegió el uso de escalas de tipo Likert de cinco posiciones. Estas respuestas se cargaron con codificación directa en el servidor. Las preguntas abiertas fueron respondidas de manera espontánea por los entrevistados y posteriormente fueron codificadas de acuerdo a los tópicos emergentes. Los datos cuantitativos fueron procesados con SPSS.

Resultados: Los participantes expresaron puntuaciones elevadas en indicadores emocionales y vinculares lo que permite establecer que existe un alto nivel de identificación con la propuesta. Específicamente: contención emocional (4,45), expresión de emociones (4,5), comprensión del tratamiento (4,47), sentido de pertenencia (4,92), y expectativa positiva hacia el futuro (4,68). También se reportaron niveles altos en indicadores conductuales relacionados con el tratamiento: adherencia a medicación (4,85), asistencia a controles médicos (4,75), cumplimiento de indicaciones médicas generales (4,7).

En el análisis cualitativo se observaron cinco categorías principales que expresan el impacto positivo del programa: 1) contención emocional sostenida; 2) fortalecimiento del lazo entre pares; 3) mejora en la comprensión del proceso médico; 4) impacto emocional positivo; y 5) facilitación de hábitos saludables y adherencia al tratamiento.

Conclusiones

El dispositivo se presenta como un recurso valioso para las personas en proceso de trasplante y sus familias. La evidencia disponible mostró que: a) aporta beneficios significativos en la vivencia emocional; b) favorece la creación de espacios de apoyo entre pares y c) facilita la adherencia al tratamiento médico. Se recomienda ampliar y profundizar su implementación como estrategia de refuerzo de programas de trasplante.

O-42

Resultados de Trasplante Cardíaco Implementando Habilidades Blandas en un Centro Novel.

Gregoriotti, V⁽¹⁾;
Pereyra, C⁽¹⁾;
Esperon, G⁽¹⁾;
Catena, E⁽¹⁾;
Vogelfang, H⁽¹⁾;
Quiroga, L⁽¹⁾;
Coronel, R⁽¹⁾;
Díaz, C^(2,3).

(1)Trasplante cardíaco,
Sanatorio Sagrado Corazon.
CABA, Argentina

(2)Director médico,
Sanatorio Sagrado Corazon.
CABA, Sanatorio

(3)Sanatorio

Financiamiento: No

Introducción: En la actualidad, la incidencia de insuficiencia cardíaca sigue siendo una de las principales causas de mortalidad global a pesar de los avances terapéuticos. Muchos de los pacientes(p.) afectados por esta entidad, evolucionan a fases avanzadas requiriendo terapias especiales, como el trasplante cardíaco(TxC) y dispositivos de asistencia ventricular. El TxC constituye una alternativa de tratamiento para p. seleccionados demostrando mejoría en la supervivencia y calidad de vida.

Se sabe que las habilidades blandas, relacionadas con la inteligencia emocional, el pensamiento crítico, el liderazgo, la resiliencia o la gestión del cambio, entre otras; han mejorado los resultados de terapéuticas de alta complejidad.

En este caso abordaremos nuestra experiencia en un centro de reciente inicio en TxC, desarrollando habilidades blandas desde el inicio del programa.

Objetivo: Analizar el resultado del seguimiento realizado en p. trasplantados cardíacos en un centro novel, vinculados a las habilidades blandas del centro.

Materiales y Método:Se evaluaron los procedimientos realizados desde mayo de 2019 a mayo de 2025; se analizaron número de TxC, resultados y complicaciones en p. adultos

Se evaluaron la habilidades blandas mediante cuestionarios específicos, escala de habilidades sociales, ejercicios grupales y de resolución de problemas.

Resultados:Desde mayo 2019 a mayo 2025 (pandemia en medio), fueron un total de 19 los p. que pudieron acceder a una mejor calidad de vida a través del trasplante.

La edad promedio de los receptores es de 51.6 años. El 90% eran de sexo masculino.

En lo que respecta a las causas, el 45% de los p. eran portadores de miocardiopatías isquémico-necróticas, el 55% correspondían a causas no isquémicas.

Todos los p. se trasplantaron en urgencia y/o emergencia Nacional, 3 p. estaban con balón de contrapulsación, 2p. requirieron asistencia ventricular izquierda como puente a TxC.

Se evaluaron la habilidades blandas mediante logrando adhesión de familiares pacientes y equipo de salud en 100% de los participantes.

En el postoperatorio inmediato, el 25% de los p. evolucionó con disfunción del ventrículo derecho con necesidad de inotrópicos. Un p. requirió hemoderivados por sangrado médico.

La sobrevida es del 100% en el postoperatorio inmediato. Sobrevida a 1 y a 3 años es del 90%.

La infección viral por CMV se presentó en 41% de p. ,se inició valganciclovir y ajuste de inmunosupresión, y 1p. presentó herpes zoster. El desarrollo de habilidades blandas tanto del equipo de enfermería, médico, paciente y familiares permitió la detección temprana de todos estos problemas en el 100% de los casos.

Conclusiones

El TxC está indicado en p. con IC avanzada con mal pronóstico, con síntomas severos a pesar del cumplimiento de tratamiento convencional, y sin otras opciones de tratamientos alternativos.

Acceder a todos los procesos de trasplante constituye un hecho inédito en la medicina solidaria con asistencia social, alcanzando el punto de mayor complejidad a nivel sanatorial, aportando resultados superadores en cuanto a sobrevida y adhesión al tratamiento dado el desarrollo institucional de habilidades blandas.

Es muy complejo medir con exactitud estas habilidades pero sin duda hacen al mejor proceso de todo lo que implica la institución y resultados de trasplante cardíaco.

O-44

El Sistema de Priorización Argentino no Impacta en la Mortalidad en Lista de Espera de Trasplante Hepático.

Pereira Borguet, I⁽¹⁾;Piñero, F⁽¹⁾;Fauda, M⁽²⁾;Pages, J⁽¹⁾;Gonzalez Campaña, A⁽²⁾;Silva, M⁽¹⁾;Podestá, G⁽²⁾;Mendizabal, M⁽¹⁾.

(1)Unidad de Hígado

y Trasplante hepático,

Hospital Universitario Austral,

Buenos Aires, Argentina

(2)Cirugía Hepatobiliopancreática y

Trasplante hepático,

Hospital Universitario Austral,

Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: Desde noviembre del 2022, el INCUCAI ha implementado una serie de normativas, Sistema de Priorización Argentino (SPA), con el fin de homogeneizar la aplicación y el puntaje de vías de excepción (VE), intentando reducir la mortalidad en lista de espera (LE) para trasplante hepático (TH).

Objetivo: Evaluar el impacto de la implementación del SPA en cuanto a mortalidad en LE.

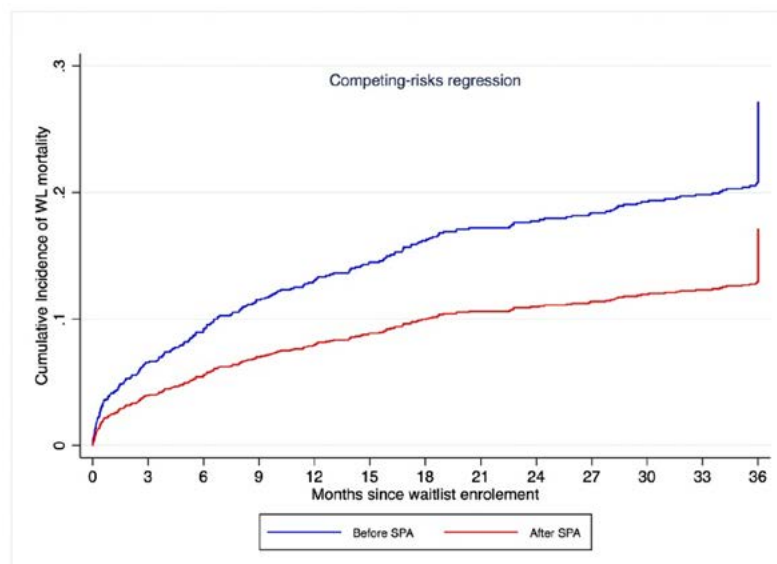
Métodos: Estudio de cohorte prospectiva de un centro de trasplante hepático de pacientes inscriptos en LE desde 2006 a 2024. Se evaluaron datos registrados del SINTRA-INCUCAI y dividimos dos grupos: grupo pre-SPA (2006-2022), y grupo SPA (22 de noviembre 2022 en adelante). Realizamos un análisis de tiempo a muerte en LE (desde fecha de inscripción en LE hasta muerte, trasplante, o último seguimiento en LE), considerando el TH como evento competitivo, y estimamos medidas de efecto de sub-distribución del Hazard ratio (SHR), con sus respectivos intervalos de confianza del 95%as mediante cuestionarios específicos, escala de habilidades sociales, ejercicios grupales y de resolución de problemas.

Resultados: Se inscribieron 1315 pacientes en LE en el periodo de estudio, 97% en lista hepática (n=1280), 83% adultos (n=1086), el 63.9% (n=841) de provincia o ciudad de Buenos Aires. La media de MELD/PELD a la inscripción en LE fue de 17.6 (± 8.1), 20.3% (IC95% 18.2-22.2%) accedieron a una VE. A una mediana de seguimiento en LE de 3.7 meses, la incidencia acumulada de mortalidad en LE a 6 meses y 1 año fue de 14.5% (IC95% 12.2-17.1) y 21.0% (18.2-24.3), respectivamente. Del total de inscriptos, 13.6% (n=179) correspondieron al grupo SPA, no habiendo diferencias significativas entre grupos a la inscripción en LE. La mediana de seguimiento en LE pre-SPA fue de 4.1 meses y en el grupo SPA 2.5 meses ($P<.0001$). El efecto del SPA en la mortalidad en LE fue de SHR 0.59 (IC95% 0.37-0.95; $P=0.03$) (Figura), influenciado por el tiempo en LE (co-variable tiempo dependiente significativa $P=0.003$). En el pediátricos el efecto del SPA fue de SHR 2.05 ($P=0.51$), mientras que en adultos fue de SHR 0.67 ($P=0.11$). Dado el efecto no independiente de tiempo de seguimiento en LE, reagrupamos dos periodos más contiguos 2019-2022 vs SPA, el SHR del SPA fue de 1.12 (IC95% 0.64-1.97; $P=0.68$).

Conclusiones

El SPA implementado desde noviembre del 2022 en Argentina no incrementado ni reducido la mortalidad en lista de espera en nuestro centro. Este análisis debiera realizarse con todos los datos de nuestro país para robustecer el efecto de esta política de salud pública.

Figura:



O-45

De la Brecha a la Oportunidad de Mejora: Mortalidad en Lista, Trasplantabilidad Y Sobrevida Post Trasplante Hepático Comparativo entre Pediátricos y Adultos

Pages, J⁽¹⁾;
Piñero, F⁽¹⁾;
Montal, S⁽²⁾;
Gonzalez Campaña, A⁽²⁾;
Podestá, G⁽²⁾;
Silva, M⁽¹⁾;
Fauda, M⁽²⁾;
Mendizabal, M⁽¹⁾

(1)Unidad de Hígado y Trasplante Hepático, Hospital Universitario Austral, Buenos Aires, Argentina

(2)Cirugía Hepatobiliopancreática y Trasplante Hepático, Hospital Universitario Austral, Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: En Argentina, tras la implementación del MELD/PELD y del Sistema de Priorización Argentino (SPA), se buscó priorizar el acceso a trasplante hepático (TH) de la población frente a los adultos. Sin embargo, la magnitud real de esta priorización aún no ha sido evaluada con datos. Determinar cuánto mayor acceso al TH deberían tener los pacientes pediátricos respecto a adultos es un tema abierto a la discusión.

Objetivo: Comparar desenlaces pre y post-TH entre pacientes pediátricos y adultos (>17 años).

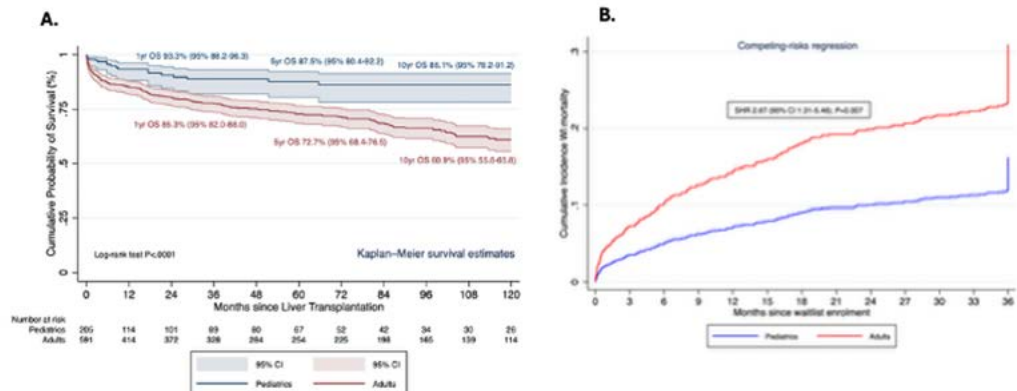
Métodos: Estudio de cohorte prospectiva de un centro de trasplante hepático en Argentina de pacientes inscriptos en lista de espera (LE) desde enero 2006 al 31 de diciembre del 2024. Se evaluaron datos registrados de manera prospectiva en registro oficial web del SINTRA-INCUCAL. Para evaluar desenlaces de acceso al TH y mortalidad en LE se aplicaron modelos de eventos competitivos, estimando la sub-distribución del hazard ratio (SHR), y sus respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%), considerando el TH como evento competitivo de muerte en LE, y a la muerte en LE como evento competitivo de acceso al TH. La sobrevida post-TH se analizó con modelo de Cox (HR).

Resultados: Se inscribieron 1315 pacientes en LE: 1086 adultos (83%) y 229 pediátricos (17%), con media de MELD/PELD de inscripción de 17,6 (\pm 8,1). La mediana de tiempo en LE fue significativamente menor en pediátricos (0,9 meses) que en adultos (6,2 meses; $P < .0001$). Se realizaron 796 TH, 74% en adultos ($n=591$; 94% cadavéricos, 2% split y 4% donante vivo relacionado -DVR), y 26% pediátricos ($n=205$, 72% DVR, 26% cadavéricos, y 19% Split). La mortalidad en LE fue significativamente mayor en adultos (SHR 7,84; $P < .0001$), diferencia que se mantuvo aun excluyendo los DVR (SHR 2,67; $P=0.007$). Al año de ingreso en LE, el acceso al TH, excluyendo DVR, fue de 69.3% en pediátricos vs. 46.3% en adultos (SHR 0,47; $P < .0001$). La incidencia acumulada de pérdida del injerto al año fue similar ($P=0.98$), mientras que la sobrevida post-TH a 1 y 5 años fue superior en pediátricos: 93.3% y 87.5% vs. 85.3% y 72.7% en adultos, respectivamente (HR 2,72; $P < .0001$).

Conclusiones: En esta cohorte, los pacientes pediátricos presentaron menor mortalidad en LE, mayor acceso al TH y mejor sobrevida post-TH en comparación con los adultos. Para definir con mayor precisión la magnitud de la priorización pediátrica en Argentina, se debiera realizar el mismo análisis a nivel nacional para re-evaluar esta política de salud pública.

Figura:

1. Figura 1: A Sobrevida Global del TH en pediatría vs adultos B. Mortalidad en LE en pediatría vs adultos excluyendo DVR y Split



O-46

Meld 3.0 Performance: External Validation in a Latin American Transplant Liver Cohort

Pages, J.⁽¹⁾;
Piñero, F.⁽¹⁾;
Castro- Narro, G.^(2,3);
Roca, I.⁽⁴⁾;
Mattos, A.Z.^(5,6);
Cárdenas Ramírez, B.E.⁽⁷⁾;
Benítez Perez, J.⁽⁸⁾;
Mendizabal, M.⁽¹⁾

(1)Unidad de Hígado y Trasplante Hepático, Hospital Universitario Austral, Buenos Aires, Argentina

(2)Servicio de Gastroenterología y Hepatología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubiran", Ciudad de México, México

(3)Servicio de Gastroenterología y Hepatología INCMNSZ, Hospital Medica Sur, Ciudad de México, México

(4)Unidad de Hepatología, Hospital El Cruce, Buenos Aires, Argentina

(5)Programa de Posgrado en Hepatología de la Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil

(6)Programa de Posgrado en Hepatología de la Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Porto Alegre, Brasil

(7)Servicio de Trasplante de Hígado, Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen EsSalud, Hospital Nacional Guillermo Almenara, Perú, Lima, Peru

(8)Unidad de Trasplante Hepático del Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río, Complejo Asistencial Dr. Sotero del Río, Chile, Santiago de Chile, Chile

Background & Aims: The MELD 3.0 score has demonstrated superior discriminatory performance for predicting 90-day waitlist mortality among liver transplant (LT) candidates in the US. However, its performance remains unvalidated in regions with limited access to transplantation and high waitlist mortality. This study aimed to validate the MELD 3.0 in a Latin American cohort.

Methods: We conducted a retrospective cohort study including adults LT candidates listed between January 2016 and December 2023 across five Latin American countries. Patients receiving MELD exception points were excluded. Baseline data were registered at listing. Continuous variables were transformed as per each original score's specifications. A time-to-event analysis using Cox regression models was performed, with 90-day mortality as the primary outcome and LT as censored observation. Discriminative performance was assessed using Harrell's c-index for MELD, MELD-Na and MELD 3.0. Net Reclassification Index (NRI) was also calculated.

Results: We included 1,013 patients: mean age 51 years (± 11.8); 41.4% females, and 25.8% obese. Ascites and encephalopathy were present in 58.1% and 38.3% of cases, respectively. Median laboratory values at listing were: Sodium 137 mEq/L (IQR 133–139), creatinine 0.8 mg/dL (IQR 0.65–1.05), total bilirubin 3.51 mg/dL (IQR 1.9–7.16), albumin 3.0 g/dL (IQR 2.55–3.4), and INR 1.5 (IQR 1.3–1.8). The most common causes of liver disease were autoimmune (23.7%), metabolic-associated steatotic liver disease (18.5%), and alcohol-related liver disease (17.2%). Median MELD score was 16.9 (IQR 13.3–21.1), MELD-Na 18.3 (IQR 14.6–24), and MELD 3.0 19.5 (IQR 15.1–24.8). At 90 days, 26.3% underwent LT and 66.8% remained on the waitlist. The mortality incidence was 29.4 deaths per 1,000 patient-months of follow up, with a cumulative mortality of 8.3% (95% CI 6.6–10.4%) at 3 months. Hazard ratios for 90-day mortality were: MELD 1.15 (95% CI 1.12–1.19), MELD-Na 1.16 (95% CI 1.13–1.20), and MELD 3.0 1.15 (95% CI 1.12–1.19). Harrell's c-index showed no significant differences (Table 1). NRI showed no significant improvement in risk reclassification using MELD 3.0.

Conclusion: In a region showing high waitlist mortality, MELD 3.0 did not demonstrate superior predictive performance over MELD or MELD-Na. These findings underscore the need for regional validation of predictive models before implementation in transplant prioritization policies.

Figure:

Table 1: Discriminative Performance of MELD-Based Scores for Predicting 90-Day Waitlist Mortality

Model	Harrell's C-index	95% Confidence Interval	p vs MELD	p vs MELD-Na
MELD	0.809	0.76 – 0.86	—	—
MELD-Na	0.821	0.77 – 0.86	0.41	—
MELD 3.0	0.822	0.78 – 0.87	0.27	0.88
MELD 3.0 (no Alb)	0.822	0.78 – 0.87	0.25	0.81

Note: All models evaluated at the time of listing. No statistically significant difference in discrimination was observed between scores.

Financiamiento: No

O-49

Bosch, GI⁽¹⁾;
Vecchiarelli, N⁽¹⁾;
Panelli, ML⁽²⁾

(1)Farmacia, Instituto de Trasplante de la Ciudad. CABA, Argentina

(2)Laboratorio Central, Hospital General de Agudos Cosme Argerich. CABA, Argentina

Adherencia al Tratamiento Inmunosupresor y Experiencia de Pacientes Trasplantados Ambulatorios con el Sistema de Salud y la Atención en Farmacia.

Introducción: Incorporar en los tratamientos la voz del paciente trasplantado ambulatorio (PTA) y/o cuidador, permite reunir información sobre los aspectos emocionales que conlleva la atención sanitaria, reforzar la adherencia al tratamiento y mejorar su efectividad. Existen herramientas para medir resultados relacionados con estas experiencias. El uso sistemático de estos indicadores permite identificar oportunidades de mejora y orientar estrategias para una atención centrada en el PTA.

Objetivo: Explorar cómo la adherencia al tratamiento inmunosupresor (TI) influye en la experiencia de los PTA con el sistema de salud y la AF, identificando oportunidades de mejora.

Materiales y Métodos: Estudio transversal, observacional, retrospectivo. Sobre una muestra de 128 pacientes del Programa Nacional de Seguimiento Postrasplante (PNSP) entre marzo y julio 2025. Se evaluó adherencia, experiencia con el sistema de salud y satisfacción con la AF recibida mediante encuesta anónima, incluyó 32 preguntas cerradas, divididas en cuatro módulos. La experiencia con el sistema de salud se evaluó a través del cuestionario IEXPAC, la satisfacción con la AF a través de 7 preguntas, ambos módulos en formato escala de Likert. La adherencia se midió a través del cuestionario SMAQ. Dirigida a pacientes y cuidadores cuando concurren a retirar el TI. Tratamiento estadístico Chi 2, nivel de significación estadística (p): 0,05. Criterios de inclusión: PTA ≥ 6 meses en el PNSP.

Resultados: Edad (mediana): 41 años, 68 (53,1%) mujeres, 60 (46,9%) hombres. Siendo 82 (64,1%) trasplantados renales, 35 (27,3%) hepáticos, 4 (3,1%) cardíacos y 7 (5,5%) otros trasplantes. La adherencia según encuesta: 85 (66,4%) adherentes y 43 (33,6%) no adherentes. Según concentración de droga en sangre: 96 (69,6%) valores normales y 42 (30,4%) valores sub terapéuticos. Según registro de dispensa: 179 (91,8%) adherentes, 16 (8,2%) no adherentes.

En la evaluación de la experiencia con el sistema de salud se observaron diferencias significativas entre pacientes adherentes (PA) y no adherentes (PNA) en nueve ítems: 1) consideración de necesidades y preferencias, 2) información sobre fuentes confiables en internet, 3) mejora de la confianza y capacidad de autocuidado, 4) revisión y aclaración de dudas sobre el plan de cuidados, 5) acuerdo de objetivos concretos con los profesionales, 6) revisión integral de la medicación, 7) preocupación por la calidad de vida, 8) información sobre recursos sanitarios y sociales, y 9) seguimiento posterior a consultas en urgencias. No se encontraron diferencias en la coordinación entre profesionales de salud y promoción de la participación en grupos de pacientes. En la AF, los PA señalaron mejoras en la explicación de reacciones adversas y en el mayor involucramiento del farmacéutico. No hubo diferencias en conocimiento general, detección de interacciones, importancia de la adherencia, información sobre reacciones adversas ni satisfacción global.

Conclusiones: La adherencia se vincula con una mejor percepción de atención personalizada, basada en escucha, información confiable y compromiso profesional. En la AF, lo diferencial es el manejo de reacciones adversas y el involucramiento clínico. En cuanto a la coordinación interdisciplinaria, no hay diferencias por adherencia, lo que representa una oportunidad de mejora.

Financiamiento: No

O-50

Mieres Estigarribia, MF⁽¹⁾;
Seminara, CDV⁽¹⁾;
Selva, VS⁽¹⁾;
Morales, ME⁽¹⁾

(1)Nefrología, Hospital de Niños Santísima Trinidad. CORDOBA, Argentina

Nefropatía por Virus Bk un Desafío Diagnóstico y Terapéutico en el Trasplante Renal Pediátrico

Objetivos: Describir características clínicas y evaluar estrategias terapéuticas en pacientes pediátricos trasplantados renales con virus BK.

Caso clínico 1: Paciente de 11 años de edad con enfermedad renal crónica terminal secundario a trombosis de vasos renales en periodo neonatal, en 2019 inicia hemodiálisis. Trasplante renal DC 11/2020, tiempo de isquemia 8hs 34 min. MM 021 Donante CMV negativo receptor CMV positivo. Inmunosupresión basiliximab + metilprednisolona continuando con tacrolimus + micofenolato mofetilo + meprednisona. En mayo 2021 dolor en zona quirúrgica, injerto de consistencia pétreo. Con ecografía con aumento de la ecogenicidad y dilatación pielocalicial de 24 mm y caída de fg (5 ml/min/1.73m²). Realizó pulsos de corticoides, gammaglobulina, y hemodiálisis por 3 días. Por sospecha de rechazo se realizó biopsia renal evidenciándose a nivel tubular neutrófilos con inclusiones virales, se coloca catéter doble J. Se confirmó infección por virus BK carga viral 2.531738 UI/ml con CMV y EVB negativas. Se descende terapia inmunosupresora y se cambia a sirolimus. Controles posteriores con carga viral para virus BK negativas.

Caso clínico 2: Paciente de 12 años de edad con enfermedad renal crónica terminal secundario a síndrome nefrótico corticorresistente. Realizó diálisis peritoneal desde 12/2021. Trasplante renal donante cadavérico 05/23 MM 221 Tiempo de isquemia 26 hs 26 min. Status serológico Donante CMV- Receptor CMV+, Inmunosupresión basiliximab + metilprednisolona. Plasmaféresis 3 sesiones y 2 dosis de Rituximab. Tacrolimus + micofenolato mofetilo + meprednisona. 03/2025 presenta neutropenia febril y mucositis oral y anal. Con cultivos negativos, se objetiva reactivación de virus BK (Carga viral 6850 UI/ml). Con función renal y ecografía del injerto normal. Se realiza pasaje de gammaglobulina 600 mg/kg y cambio de inmunosupresión a sirolimus con posterior carga viral en descenso y negativización. Tres meses después presenta caída de fg (28 ml/min/1.73 m²) con aislamiento de influenza. Biopsia renal que informa infiltrado linfoplasmocitario acompañado con túbulos con epitelio atrófico linfocitos intraepiteliales y membranas basales engrosadas. Presencia de células plasmáticas. Rechazo agudo celular. Se realizó 3 pulsos de corticoides, con respuesta favorable.

El virus BK es muy prevalente (más del 80% de la población tiene anticuerpos). Permanece latente en el riñón y se reactiva en pacientes inmunosuprimidos, especialmente tras un trasplante renal. La reactivación puede ser asintomática, pero en trasplantados causa deterioro de la función del injerto y de su pérdida. Establece infecciones persistentes dentro de las células tubulares renales y el urotelio, con manifestaciones clínicas mínimas en los pacientes inmunocompetentes. Sin embargo, la reactivación puede causar complicaciones graves, que incluyen la nefropatía, la estenosis ureteral, nefritis tubulointersticial y la cistitis hemorrágica. La inflamación persistente favorece la transición a enfermedad renal crónica por fibrosis e impacta negativamente en la supervivencia del injerto, por daño viral directo como por rechazo precipitado. La biopsia renal es el gold standard, con hallazgos de células tubulares con inclusiones intranucleares, inflamación intersticial y tubulitis. El tratamiento es reducir la inmunosupresión, se requiere balancear el riesgo de rechazo agudo o sensibilización.

Financiamiento: No

O-51

Factores de Riesgo de Muerte en Enfermedad Renal Crónica Estadio V en Pacientes Pediátricos en Argentina: ¿Afectan la Sobrevida en el Post Trasplante Renal?

Bisigniano, L⁽¹⁾;
Tagliafichi, V⁽¹⁾;
Hansen Krogh, D⁽¹⁾;
Antik, A⁽¹⁾;
Montevarde, M⁽¹⁾;
Soratti, C⁽²⁾

(1) Dirección Científico Técnica,
INCUCAL. CABA, Argentina

(2) Presidencia, INCUCAL.
CABA, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: La enfermedad renal crónica en edad pediátrica, representa un desafío clínico de alto impacto, tanto en términos de calidad de vida como de sobrevida.

La indicación de terapia de reemplazo renal en niños con insuficiencia renal terminal requiere considerar no solo aspectos clínicos, sino también factores sociales y logísticos.

En Argentina, el sistema SINTRA INCUCAL permite el seguimiento sistemático de pacientes pediátricos en diálisis y trasplante, y brinda datos clave para evaluar factores pronósticos que influyen en los resultados a largo plazo.

Objetivo: Identificar factores de riesgo de muerte en población pediátrica en diálisis crónica estadio V, que influyen en la sobrevida post trasplante renal de paciente.

Materiales y métodos: Se realizó un análisis retrospectivo y multivariado de pacientes pediátricos trasplantados renales entre 2006 y 2024.

Se incluyeron 2.007 pacientes menores de 18 años, trasplantados con donante fallecido o donante vivo relacionado.

Se relevaron las siguientes variables:

Edad, sexo, peso y etiología de la insuficiencia renal. Tipo de acceso vascular al momento del ingreso a diálisis. Modalidad dialítica previa. Valores bioquímicos: hemoglobina y albúmina al ingreso. Tiempo en diálisis previo al trasplante. Comorbilidades (Enfermedad cardiovascular, respiratoria, HIV, Chagas, CMV, TBC, neuropatía, neoplasia, internación, acceso oportuno, NBI). Las variables categóricas se expresaron como porcentajes y las continuas como mediana e intervalo intercuartílico.

La sobrevida post trasplante se analizó mediante curvas de Kaplan-Meier (log-rank test), y se aplicó regresión de Cox para el análisis multivariado.

Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$.

Los datos provienen del sistema SINTRA

Resultados: Los pacientes tienen una mediana de edad de 13,17 años (RI 9,07-15,96), de peso es de 27,14 Kg (RI 17,3-42), de Albúmina es de 3,5 (RI 1,8-4) y la de Hb es 10 (RI 8,5 – 11). El 54% es de sexo masculino. Las etiologías más frecuentes son Otra, 31% Nefropatía obstructiva 31% y Glomerulonefritis 17%.

Las variables estudiadas y su distribución fueron CMV +68%, neuropatía 54%, Modalidad HD 50,5%, Acceso Oportuno 31%, Acceso vascular transitorio 29%, Comorbilidad cardiovascular 24%, TX con DV 22%

Tx Preemptive 12%, NBI 3%, Comorbilidad respiratoria 2%, Neoplasia 1%, TBC 1%

Chagas 0,2%, HIV + 0,1%

Análisis Multivariado: Tabla

Conclusiones Los resultados de este estudio evidencian que ciertos factores clínicos y demográficos se asocian significativamente con una menor sobrevida en pacientes pediátricos receptores de trasplante renal. En particular, la presencia de neoplasia o neuropatía, niveles de hemoglobina inferiores a 10 g/dL, el uso de acceso vascular transitorio y la edad mayor a 12 años se relacionan con un mayor riesgo de mortalidad post trasplante.

Por el contrario, los pacientes trasplantados sin haber iniciado diálisis o con una duración en diálisis menor a un año presentaron una mejor supervivencia.

Estos hallazgos destacan la importancia de intervenir de forma temprana y estratégica en el manejo pretrasplante, priorizando la optimización del acceso vascular, la corrección de la anemia y la reducción del tiempo en terapia dialítica, con el objetivo de mejorar la sobrevida en esta población.

Análisis Multivariado:

Tabla 1/Covariable	HR	HR IC 95%	P
NEOPLASIA	5,81	2,14 a 15,81	0,0006
NEUROPATIA	1,70	1,04 a 2,77	0,0338
Hb<10	1,38	1,02 a 1,86	0,0369
ACCESO VASC TRANSITORIO	1,44	1,07 a 1,93	0,0163
Edad al Tx mayor de 12 años	1,40	1,04 a 1,90	0,0291
Menos de un año en diálisis al Tx o Tx Preemptive	0,62	0,42 a 0,90	0,0122

O-52

Frecuencia de la Variante CCR5Δ32 en Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas de Argentina: Implicaciones para el Trasplante en Pacientes Infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana-1

Galarza, P⁽¹⁾;
Aguerre, L⁽²⁾;
Demian, P⁽³⁾;
Hansen Krogh, D⁽⁴⁾;
Hidalgo, G⁽⁵⁾;
Soratti, C⁽⁵⁾;
Malan, R⁽⁵⁾;
Delfino, CM⁽⁵⁾

(1) Laboratorio Nacional de Inmunogenética (LNI), Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante (INCUIAI). CABA, Argentina

(2) Registro Nacional de Donantes de Células Progenitoras Hematopoyéticas (RNDCPH), INCUIAI. CABA, Argentina

(3) Unidad de Conocimiento Traslacional (UCT), INCUIAI. CABA, Argentina

(4) Dirección de Tecnologías y Sistemas de la Información, INCUIAI. CABA, Argentina

(5) Directorio, INCUIAI. CABA, Argentina

Financiamiento: No

Introducción / Objetivo: La variante genética CCR5Δ32 está mayormente representada en poblaciones europeas y ha sido estudiada por su efecto protector contra la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (HIV). El paciente de Berlín y otros han recibido un trasplante de células madre hematopoyéticas (CMH) de donantes compatibles con CCR5Δ32/Δ32-HLA y se consideran curados del HIV. Varios estudios enfatizan la necesidad de buscar donantes con esta condición en los registros de CMH. La frecuencia del alelo CCR5Δ32 es desconocida en Argentina. El objetivo de este estudio fue determinar la frecuencia del alelo y genotipo CCR5Δ32 en donantes registrados en el Registro Nacional de CMH-INCUIAI-Argentina, y evaluar posibles implicaciones en el trasplante de pacientes con HIV.

Materiales y Métodos: Se analizaron molecularmente un total de 238.874 muestras de sangre de donantes registrados y activos entre 2003 y 2024 en el RNDCPH - INCUIAI para CCR5Δ32/HLA. Luego donan una unidad de sangre para tipificación HLA de alta resolución (HLA-A, -B, -C, -DR, DQ y DP) y análisis de CCR5Δ32 en la región codificante del gen CCR5. Ambas determinaciones se realizaron en el laboratorio internacional LabCorp. Los análisis se realizaron utilizando SPSS Statistics 29.0 para Windows.

Resultados: Del total de individuos analizados, el 32,8% fueron hombres y el 67,2% mujeres. La frecuencia del alelo CCR5Δ32 en los sujetos estudiados fue del 5,46%. Los genotipos heterocigotos (CCR5Δ32/WT) y homocigotos (CCR5Δ32/Δ32) registraron frecuencias del 10,38% y del 0,27%, respectivamente. A nivel país, el alelo CCR5Δ32 se detectó con mayor frecuencia en La Pampa, Entre Ríos, CABA, Santa Fe, Buenos Aires y Córdoba. En cuanto a los genotipos, el CCR5Δ32/WT se encontró predominantemente en La Pampa, CABA, Entre Ríos, Buenos Aires, Santa Fe y Córdoba, mientras que el CCR5Δ32/Δ32 se observó en Entre Ríos, CABA, Corrientes, Santa Fe y La Rioja. Con respecto a este último no detectamos diferencias significativas ($p > 0,05$) entre provincias para considerar criterios de búsqueda de donantes, aunque este genotipo es más prevalente en provincias cosmopolitas. Por otro lado, el alelo y los genotipos registrados mostraron diferencias según la ascendencia europea, asiática, africana y amerindia del donante. Además, se identificó una distribución homogénea de los alelos HLA entre portadores (CCR5Δ32/WT - CCR5Δ32/Δ32) y no portadores de (CCR5WT/WT).

Conclusiones: Reportamos las frecuencias alélicas y genotípicas de CCR5Δ32 en Argentina, y su distribución nacional, destacando la importancia de considerar la ascendencia en las estrategias de búsqueda de donantes dentro del registro para proporcionar una alternativa en pacientes infectados por el HIV que requieren un trasplante de CPH.

O-53

Rechazo Celular en Argentina: Resultado de una Encuesta Nacional

Caldano, J;
Rush, D;
Barrera, G;
Benitez, ML;
De la Fuente, J;
Giordani, C;
Gómez, M;
Osella, F;
Reinoso, S;
Sleiman, J

Introducción: El rechazo celular mediado por linfocitos T (TCMR) continúa siendo una causa relevante de disfunción y pérdida del injerto renal. A pesar de los avances en los métodos de diagnóstico y en la inmunosupresión, las prácticas clínicas respecto al tratamiento y seguimiento del TCMR varían considerablemente entre distintos centros de trasplante. El objetivo de nuestro trabajo, promovido por la Sociedad Argentina de trasplante (SAT), fue el de describir las prácticas actuales en Argentina en relación al TCMR -incluyendo las biopsias de protocolo-o vigilancia-, su diagnóstico y tratamiento, y su posterior seguimiento. Los resultados fueron comparados con aquellos de los Estados Unidos, Canadá y la Sociedad Europea de Trasplante de órganos (ESOT).

Métodos: Se realizó un cuestionario, basado en encuestas internacionales y adaptado por expertos locales, que indagó sobre las estrategias diagnósticas y clínicas empleadas frente al TCMR. Fueron invitados a participar los 58 centros habilitados del país

Resultados: Respondieron 49 centros (84% de respuesta). Se observó variabilidad en la experiencia institucional (8% con 5-10 años, 59% con más de 20) y en el volumen anual de trasplantes (<50 en 78% de los centros). Encontramos, además, una gran variabilidad en la frecuencia de biopsias realizadas, incluyendo biopsias de protocolo (de rutina en sólo 27% de los centros argentinos, 36% de los centros de Europa). Los esquemas terapéuticos para los distintos grados de TCMR mostraron gran heterogeneidad, con mayor similitud a Europa que a Estados Unidos o Canadá. Entre las barreras identificadas se destacaron la falta de recursos económicos para la realización de biopsias de protocolo y la de nefropatólogos en algunos centros.

Conclusiones: Existe una notable heterogeneidad en el manejo del TCMR entre los centros de trasplante de Argentina, como ocurre también en otros países. El consenso en las definiciones y las estrategias terapéuticas resultarían esenciales para mejorar la homogeneidad en la atención y la comparabilidad entre estudios en nuestros centros de trasplante.

Financiamiento: No

O-54

Impacto del Nuevo Modelo de Asignación Meld-Spa en la Lista de Espera y en los Resultados del Trasplante Hepático

Broeders, C⁽¹⁾;
 Reyes Toso, ML⁽¹⁾;
 Toconas, V⁽¹⁾;
 Paez, MdlA⁽¹⁾;
 Rivera, L⁽¹⁾;
 Barros Schelotto, P⁽¹⁾;
 Yantorno, S⁽¹⁾;
 Descalzi, V⁽¹⁾

(1)Unidad De Hepatología Cirugía
 Hepatobiliar y Trasplante Hepático,
 Hospital Universitario Fundación
 Favaloro. Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: El principal desafío de un sistema de asignación es priorizar a los pacientes (pac) con la mayor mortalidad sin empeorar los resultados generales del trasplante hepático (TH). Desde nov. 2022, el INCUCAI implementó el Sistema Argentino de Priorización (SPA) para condiciones no contempladas por el sistema anterior MELD-Na. Este nuevo modelo matemático incorporó a la puntuación MELD-Na, un coeficiente de priorización, que considera la capacidad de alcanzar el TH en la lista de espera. Este último se calcula sobre la base de los datos obtenidos para el mismo grupo sanguíneo, de los valores de percentiles 25%-75% del MELD del año anterior al momento del TH.

Objetivo: evaluar el impacto de la nueva política de asignación de órganos MELD-Na/SPA a partir de su implementación, en la dinámica de la lista de espera, centrándose en la mortalidad en lista de espera, las tasa de trasplante y las tasas de salida de lista.

Materiales y métodos: de ene. 2020 a dic. 2024 se realizó un análisis retrospectivo, incluyendo pacientes adultos > de 18 años en LE para TH en nuestro centro. Se excluyeron pac con tiempo corto en LE: categoría de emergencia o donante vivo relacionado. La población de estudio se dividió en dos periodos: pre-SPA y post-SPA; en ambos, se analizó la prevalencia y el tipo de priorizaciones otorgadas por el sistema MELD-Na (pre-SPA) y el MELD-Na/SPA (post-SPA), el tiempo hasta el TH, la tasa de salida de la LE y la tasa de trasplante. Análisis estadístico: Chi-cuadrado, prueba t de Student. Una $p < 0,05$ se consideró estadísticamente significativa.

Resultados: Se incluyeron en el análisis un total de 242 pac. La mediana de edad fue de 57 ± 13 años, siendo el 58% hombres, el grupo sanguíneo O en 58%, el MELD al momento de inclusión en LE fue 16 ± 7 , al TH 26 ± 5 y el tiempo medio hasta el trasplante de 216 (61-462) días. Se trasplantaron 97 pac, 52 lo hicieron con MELD propio y 45 con priorización: 31 en la era pre-SPA y 14 en la post-SPA. Las priorizaciones más solicitadas fueron HCC (31%), ascitis refractaria (20%) y encefalopatía porto sistémica (EPS) (20%). La tabla 1 muestra los resultados en la LE y la tabla 2 muestra el valor del MELD y el tiempo en LE en pac que llegaron al trasplante con MELD propio y priorizados en ambos periodos. En los priorizados, la tasa de salida de LE se redujo un 70%, de 13% en era pre-SPA al 4% en post-SPA ($p=0.01$), el MELD ascendió de 26 ± 3 a 30 ± 2 ($p=0.001$) y el tiempo en LE tuvo una reducción de 182(110-287) a 20 (11-68) días ($p=0.0002$) en los respectivos periodos. No se observaron variaciones significativas entre ambos periodos en los pac que llegaron al TH por MELD propio

Conclusiones A dos años de su implementación, el SPA garantizó acceso equitativo al trasplante, redujo el tiempo en LE y permitió la inclusión de situaciones no contempladas previamente que lo requerían. Todos estos resultados alcanzados se cumplieron sin priorizar una condición específica sobre otra y sin alterar la tasa de mortalidad general en lista de espera

Figura:

Pacientes Incluidos en LE	Global (n= 242)	Pre SPA (n=140)	Post SPA (n=102)	P=
Trasplante	97	63 (45%)	34 (33%)	NS
Muerte en LE	48	33 (24%)	15 (15%)	NS
Salida de LE	22	18 (13%)	4 (4%)	0.01
Permanencia en LE	75	26 (18%)	49 (48%)	NS

Pacientes Trasplantados (n=97)		Pre SPA (n=63)	Post SPA (n=34)	p=
MELD Propio (n=52)	MELD	26 ± 7	27 ± 6	NS
	Tiempo en lista	112(21-302)	175(25-338)	NS
Priorizados MELD-Na/ SPA (n=45)	MELD	26 ± 3	30 ± 2	0.001
		182 (110-287)	20 (11-68)	0.0002
	HCC	24 ± 2	28 ± 3	NS
		16 (8.5-28)	13 (10.5-80)	0.04
	Ascitis	26 ± 2	30 ± 2	NS
		116 (169-236)	12(4-20)	0.04
	EPS	23 ± 3	30 ± 2	NS
		292 (115-409)	15 (8-29)	NS
Grupo Sanguíneo O	MELD	28 ± 6	30 ± 3	NS
	Tiempo en lista	295 (174-455)	177(114-239)	0.03

O-58

Vesículas Extracelulares Derivadas de Células Madre Mesenquimales en un Modelo de Preservación Pulmonar

Santa Cruz, DM⁽¹⁾;
Marcos, M⁽²⁾;
Fiore, E⁽³⁾;
Yannarelli, GG⁽¹⁾;
Pacienza, NA⁽¹⁾;

(1)Laboratorio de Regulación Genica y Células Madre, IMeTtYB, Universidad Favaloro-CONICET, CABA, Argentina

(2)Departamento de Cirugía, Facultad de Ciencias Veterinarias, UNLP, La Plata, Argentina

(3)Laboratorio de Hematología Experimental y Terapia Genica, IIMT, Universidad Austral-CONICET, Pilar, Argentina

Introducción y Objetivo: Previamente demostramos, que la infusión de células madre mesenquimales (MSCs) derivadas de cordón umbilical humano durante la procuración pulmonar minimizaba la pérdida de funcionalidad del órgano en un modelo murino. En este sentido, observamos que la terapia celular reducía significativamente tanto el proceso inflamatorio como el daño oxidativo propio del período isquémico. Debido a que en los últimos años, se señaló a las vesículas extracelulares (EVs), o exosomas, como los principales efectores parácrinos de las MSCs, en el presente trabajo, analizamos el impacto de una terapia libre de células sobre la preservación pulmonar.

Materiales y Métodos: Basándonos en un modelo murino ex vivo previamente desarrollado, evaluamos tres grupos terapéuticos a dos tiempos finales diferentes: 1-Control (vehículo, solución salina); 2-MSCs (1x106 células) y 3-EVs, (vesículas secretadas por 1x106 células) a 2 o 4,5 h (protocolo reducido o completo, respectivamente). El protocolo completo emula las distintas etapas del proceso de procuración: arresto cardíaco, isquemia caliente (2 h, con intervención terapéutica vía arteria pulmonar tras 1 h), isquemia fría (1,5 h) y perfusión pulmonar con ventilación mecánica normotérmica. El protocolo reducido solo contempla el período de isquemia caliente. Las EVs fueron purificadas mediante cromatografía de intercambio iónico a partir de medio condicionado de MSCs y su actividad anti-inflamatoria fue evaluada por un método in vitro desarrollado en nuestro laboratorio. Se colectaron datos de mecánica respiratoria (curvas de presión-volumen) a partir de los cuales se calculó la compliance pulmonar: tras el paro cardíaco (basal), al finalizar el período de isquemia caliente (2 h) y luego de la perfusión (4,5 h). A su vez, se tomaron biopsias pulmonares para el estudio de edema, infiltración de neutrófilos, perfil oxidativo y marcadores inflamatorios.

Resultados: Las EVs fueron positivas para los marcadores específicos CD63 y CD81, mostraron tamaño y morfología típicos por microscopía electrónica y expusieron su actividad antiinflamatoria al inhibir la adquisición del fenotipo M1 en macrófagos estimulados con LPS. Interesantemente, 1 h después del tratamiento (protocolo reducido) se observó que la compliance pulmonar cayó solo un 40% en el grupo tratado con EVs, mientras que para los grupos vehículo y MSCs la pérdida de funcionalidad fue significativamente superior (72% y 74% vs compliance basal, respectivamente, $p < 0,01$). En el protocolo completo, la administración de vesículas no mostró una ventaja terapéutica significativa respecto a la terapia celular, sin embargo, ambos tratamientos redujeron, en promedio, un 52% la caída de la compliance pulmonar (relativo al grupo control, $p < 0,01$). Cabe destacar que, si bien ambas estrategias terapéuticas redundaron en una menor pérdida de funcionalidad del órgano, el beneficio observado fue alcanzado por procesos diferentes. Diversos estudios empleando las muestras de tejidos se encuentran en ejecución.

Conclusiones: Estos resultados demuestran que la infusión de EVs limitaría de manera rápida y efectiva la injuria isquémica desencadenada durante el proceso de procuración pulmonar. Debido a que la terapia con vesículas ofrece mayor seguridad que su contraparte celular, y a que estas son consideradas un biofármaco "listo para usar", postulamos que la administración de EVs derivadas de MSCs representaría una excelente estrategia de preservación pulmonar.

Financiamiento: No

O-60

Fuentes de Información en Trasplante Renal.

Merino, D^(1,2);
Miranda, M⁽¹⁾;
Gomez, G⁽¹⁾;
Schiavelli, R⁽²⁾

(1)Div Salud Mental, Hospital Argerich, Buenos Aires, Argentina

(2) División Nefrología y Trasplante Renal, Hospital Argerich, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Los pacientes (P) trasplantados renales (Tx) y en lista de espera (LE) buscan información accesible y personalizada y muchas veces lo hacen fuera del sistema de salud formal.

Una de estas fuentes es Internet donde se observan búsquedas de información de como seguir su tratamiento y resolver dudas médicas y legales. El objetivo de este trabajo es describir las fuentes de información y la satisfacción de las mismas durante el estudio pre trasplante en P Tx y en LE y la conducta de búsqueda de información posterior al ingreso en LE o Tx.

Materiales y Métodos: Se realizaron entrevistas semiestructuradas a P TX y en LE.

Las mismas fueron sobre si la información recibida durante el estudio pre trasplante había sido suficiente (SUF) o insuficiente (INSUF), además se les preguntó de quien habían recibido esa información: medico, personal de salud, Internet y otras fuentes y a quien recurrirían para una mejor información. También se les preguntó si actualmente buscaban información en Internet.

Resultados: Se evaluaron 89 P, 36 en LE y 53 Tx. Del total de P, 51 fueron sexo femenino y la edad promedio fue 43,7 años. El 73% (65 P) utilizan redes sociales.

Los P que percibieron la información SUF fueron 64(71%) e INSUF 25 (29%).

En el grupo de información SUF había 40 P Tx y 24 P LE. Los P Tx expresaron que la información había sido brindada por medico en 24 P (60%), por personal de salud en 7 P (17%), por Internet en 3 P (7.5%) y otras fuentes en 6 P (15%) mientras que en los P LE fue por medico en 21 P (87%), por personal de salud en 1P (4.1%) y por Internet en 1P (4.1%).

La mejor manera de recibir información fue para los P Tx fue a través de: medico en 35P (87.5%), personal de salud en 1 P (2.5%), Internet en 2P (5%) y otros en 2p (5%); mientras que para los P LE fue: medico en 21p (87.5%) y personal de salud en 3P (12.5%). De este grupo buscaron información en internet P 13 Tx (32.5%) y 10 P LE (41.6%)

En el grupo de información INSUF había 13P Tx y 12P LE. Los P Tx expresaron que la información había sido brindada por médico en 8 P (61%), por personal de salud en 2 P (15%) y otros en 3 P (23%) mientras que los P LE fue por medico en 9 P (75%) y por personal de salud en 3P (25%). La mejor manera de recibir información fue, para los P TX a través de: medico en 12 P (92%) y personal de salud en 1 P (0,8%), mientras que para los de LE fue: medico en 10 P (83%) y personal de salud en 2P (17%). De este grupo buscaron información en Internet 1 P Tx (7%) y 4 P LE (33%)

Conclusiones: La mayoría de los P utilizaron redes sociales. Tanto los P Tx como los de LE percibieron que la información recibida fue SUF y para ambos grupos fue mayoritariamente de parte del médico y del resto del personal de salud. Se observó un comportamiento diferente en cuanto a la búsqueda de información por internet. Entre los que tenían información SUF no hubo diferencias entre P Tx y P LE, sin embargo, entre los que refirieron información INSUF los P Tx buscaron menos información a que los P LE. Por lo que inferimos que los P Tx podrían modificar su percepción de información INSUF probablemente por la experiencia del transitar el trasplante.

Financiamiento: No

O-62

Impacto del Virus BK en la Supervivencia del Injerto Renal: Desafío en el Manejo Inmunosupresor

Cordoba, A⁽¹⁾;
Sleiman, J⁽¹⁾;
Soler, G⁽¹⁾;
Diaz, C⁽¹⁾;
Andrade, A⁽¹⁾;
Laham, G⁽¹⁾.

(1)Nefrología, CEMIC.
Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: La nefropatía asociada al virus BK (NVBK) es una complicación relevante en receptores de trasplante renal (TxR) y renopancreático (TxRP), con una prevalencia reportada entre el 1–10% y un riesgo significativo de pérdida del injerto en estadios avanzados. El BKV puede manifestarse con viruria, viremia y progresar a nefropatía, siendo un desafío clínico dado que no existe tratamiento antiviral específico y la intervención principal radica en ajustar la inmunosupresión. La detección precoz mediante tamizaje sistemático es fundamental para evitar lesiones irreversibles y mejorar la supervivencia del injerto (SI). **Objetivo:** Evaluar el impacto de la viruria, la viremia y la NVBK sobre la función renal y la SI del injerto en receptores de TxR y TxRP. **Metodología:** Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo del programa de trasplantes del Instituto Universitario CEMIC. Se incluyeron receptores de TxR y TxRP entre 2015 y 2022, mayores de 18 años, que presentaron al menos una medición de viruria para BKV en algún momento del seguimiento. Se analizaron variables relacionadas con el receptor, donante, factores inmunológicos, esquemas de inmunosupresión, hallazgos histológicos y desenlaces clínicos. Se efectuaron valoraciones al 3er mes, al 1, 3 y 5 años postrasplante. Finalmente evaluamos las diferencias entre los pacientes con y sin NVBK. **Resultados:** Se realizaron 252 trasplantes (239 TxR y 13 TxRP). La edad media fue de 51,4 años, con predominio masculino (71,6 %). El 86,6 % fueron de donantes fallecidos, el tiempo de seguimiento fue 71 (53-91) meses. La prevalencia global de viruria por BKV fue del 29,1 % (n=69). Un total de viremias 29/69 (42%) y confirmamos por biopsia 9/69 casos de NVBK (13%); de estos 4 perdieron el injerto por esta causa, lo que representó una tasa global de pérdida del 7,2 %, la mayoría entre el primer y tercer año. Las creatininas fueron de 1,52; 1,62; 1,62 y 1,74 mg/dl al 3er mes, al 1, 3 y 5to año respectivamente. En cuanto a la inmunosupresión, el 98 % recibió un esquema a base de Tacrolimus + ac. Micofenólico + esteroides. El 63,6 % de aquellos que presentaron viremias ≥ 4 log y el 100 % de los casos con NVBK, tuvieron cambios a esquemas basados con imTor. En la evaluación de ambos grupos sin y con NVBK respectivamente, no observamos diferencias significativas en las variables demográficas y aquellas relacionadas al receptor y al donante. Solamente; encontramos diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos en la función renal, creatinina al tercer 1,2 vs 2,1 mg/dl, (p=0,02) y al quinto año 1,3 vs 2,2 mg/dl (p=0,01). **conclusión:** La tasa de pérdida de injerto renal por NVBK fue menor a la descrita globalmente. evidenciamos un impacto negativo significativo en la función renal durante el seguimiento. la estrategia de tratamiento mas utilizada fue el ajuste inmunosupresor con el esquema basado en imtor.

O-63

El Clearance del Ácido Láctico en Trasplante Hepático: ¿Es un Predictor de Disfunción del Injerto?

Menditto Lehner, SB⁽¹⁾;
 Pascual, FR⁽²⁾;
 Morici, A⁽¹⁾;
 Figueroa, MR⁽²⁾;
 Yance, M⁽²⁾;
 Zarega, A⁽²⁾;
 Carmignani, P⁽¹⁾;
 Traverso, R^(1, 2)

(1)Cirugia General, Sanatorio Allende.
 Córdoba, Argentina

(2)Transplante Hepático,
 Sanatorio Allende.
 Córdoba, Argentina

Introducción: El trasplante hepático es el tratamiento definitivo de la falla hepática aguda o crónica. El ácido láctico como producto final del metabolismo anaerobio es una herramienta diagnóstica para la interpretación, estratificación y comprensión de la perfusión tisular útil del órgano trasplantado.

Objetivo: determinar la asociación entre el Clearance o depuración del Ácido Láctico (CAL) postquirúrgico inmediato en el trasplante hepático con la aparición de falla primaria del injerto (PNF) o función de inicio pobre (IPF).

Materiales y métodos: estudio observacional retrospectivo con componentes analíticos. Fueron incluidos pacientes trasplantados hepáticos mayores de 18 años, de ambos sexos, intervenidos en el periodo de tiempo comprendido desde enero del 2014 hasta abril del 2024.

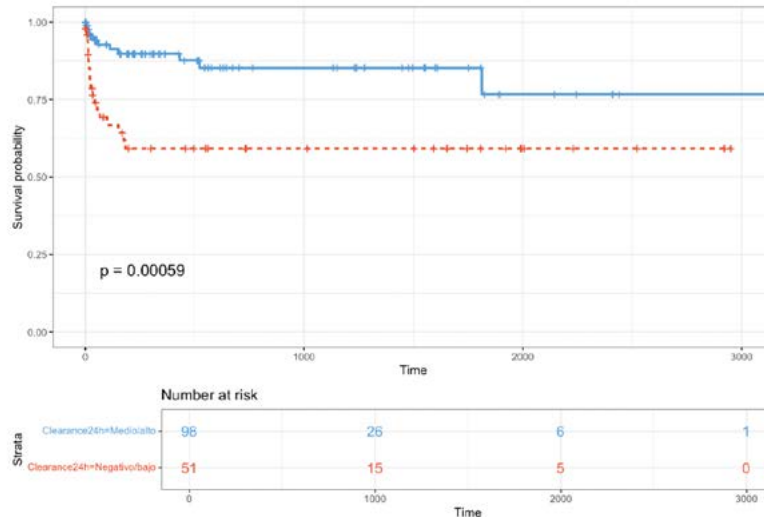
Las variables analizadas fueron los niveles de ácido láctico a la primera hora, a las 24 y 72 hs horas posteriores al desclameo de venas suprahepáticas en relación a la depuración temprana (media/alta- CALTE) o tardía (baja/nula- CALTA) del ácido láctico comparando la existencia de inicio de función pobre o primaria no función.

Resultados: Se consideraron 198 pacientes consecutivos trasplantados en dicho periodo, de los cuales se excluyeron 49. La muestra final consistió de 149 pacientes. La edad promedio fue de 55 ± 11 años, 90 pacientes (60%) fueron de sexo masculino. En los dos grupos analizados a la 24hs se objetivó que la aparición de IPF fue no significativa. Sin embargo la aparición de PNF, fue significativa para el grupo CALTA con una $p = 0,047$, así también en este grupo la mortalidad a los 90 días y al año del TH fue significativamente mayor en los con una $p < 0,001$ y $p < 0,01$ respectivamente. Grupo CALTE presentaron menor riesgo de mortalidad ($p = 0,02$). Se observó que CAL a las 72 hs no es predictor de mortalidad.

Conclusiones: Los pacientes del grupo CALTA a las primeras 24hs tuvieron mayor mortalidad y aparición de PNF, pero no fue significativa para la presencia de IPF, con respecto al grupo CALTE. pecífica sobre otra y sin alterar la tasa de mortalidad general en lista de espera

Figura:

Financiamiento: No



O-65

Adherencia al Tratamiento Inmunosupresor en Pacientes Trasplantados Renales.

Martínez, GL⁽¹⁾;
Benavides, R⁽¹⁾;
Emiliano, D⁽¹⁾;
Nora, I⁽¹⁾;
Tomas, G⁽¹⁾;
Federico, P⁽²⁾;
Johana, C⁽²⁾;
Aleman, S⁽²⁾

(1)Farmacia, CRAI Norte - CUCAIBA.
San Martín, Argentina

(2)Médico, CRAI Norte - CUCAIBA.
San Martín, Argentina

Introducción: La adherencia al tratamiento inmunosupresor constituye un pilar fundamental para garantizar la supervivencia del injerto y la calidad de vida del paciente trasplantado. La falta de adherencia es una causa prevenible del fracaso del trasplante, asociándose con la pérdida del injerto en hasta un 64% de los casos y con el rechazo crónico en un 80%, según estudios previos. Diversos factores individuales, sociales y del propio tratamiento influyen en la adherencia, tales como la complejidad de los esquemas terapéuticos, la percepción del riesgo, el apoyo familiar, el acceso a la medicación y el tiempo transcurrido desde el trasplante. Conocer los patrones de adherencia en la práctica clínica es esencial para diseñar intervenciones sostenibles.

Objetivo: El objetivo de nuestro trabajo fue evaluar la adherencia al tratamiento inmunosupresor en pacientes trasplantados renales de nuestra institución y analizar los factores asociados que puedan influir en ella, con el fin de identificar oportunidades de mejora en la atención y seguimiento de esta población.

Métodos: Se incluyeron pacientes mayores de 18 años, con cobertura pública exclusiva, que retiran medicación inmunosupresora en la farmacia institucional. Considerando que la medicación se da por 60 días, se definió como adherencia cuando el tiempo para retirarla superó los 70 días. El indicador utilizado fue: número de veces que el paciente retiró medicación/ número de veces que debía retirarla. Se analizaron variables demográficas y clínicas: edad, sexo, tiempo de trasplante y número de comprimidos diarios. Se utilizaron pruebas de chi cuadrado y regresión logística univariada y multivariada, considerando significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Se estudiaron 312 pacientes trasplantados renales entre enero de 2022 y julio de 2025. Edad media fue 45 ± 11.5 años, con una sobrevida media del injerto de 8.7 ± 7.0 años; 160 hombres y 152 mujeres. El esquema promedio fue de 11 ± 5 comprimidos/día, incluyendo toda la medicación crónica. El 52.3% presentó una adherencia entre 90-100%, el 45.5% entre 50-90% y el 2.2% menor al 50%. No se hallaron asociaciones significativas entre la adherencia y la edad o el sexo. En cambio, se observó que la adherencia disminuyó conforme aumentó el tiempo postrasplante, mientras que un mayor número de comprimidos diarios se asoció paradójicamente con una mejor adherencia ($p < 0.001$).

Conclusiones: En nuestra cohorte, poco más de la mitad de los pacientes trasplantados renales se mostró adherente al tratamiento inmunosupresor. Si bien la edad y el sexo no influyeron en la adherencia, sí lo hizo el tiempo transcurrido desde el trasplante, observándose una disminución progresiva en los años posteriores. Este hallazgo coincide con la literatura, que atribuye la reducción de la adherencia al "agotamiento terapéutico", la falta de percepción del riesgo al sentirse clínicamente estables o las dificultades administrativas para el acceso a la medicación. Los resultados refuerzan la necesidad de implementar estrategias educativas continuas, intervenciones de acompañamiento y programas institucionales que promuevan la adherencia a largo plazo, con el objetivo de preservar la función del injerto y mejorar los resultados clínicos.

Financiamiento: No

O-67

El Proceso de Donación de Riñón y Calidad de Vida desde la Perspectiva del Donante: Un Estudio Transversal

Conci, SE⁽¹⁾;
Novoa, PA⁽²⁾;
Villafañe, EM⁽²⁾;
Vexenat, BG⁽¹⁾;
Rodríguez Gomez, J⁽¹⁾

(1)Nefrología y Trasplante Renal,
Hospital Cordoba.
Cordoba, Argentina

(2)Nefrología y Trasplante Renal,
Sanatorio Allende.
Cordoba, Argentina

Introducción: En Argentina, alrededor de 3,5 millones de personas presentan enfermedad renal crónica; cada año cerca de 7.000 inician diálisis y se realizan unos 1.000 trasplantes renales, de los cuales aproximadamente 250 provienen de donantes vivos. **Objetivos:** determinar la percepción de los donantes de riñón sobre el proceso pre y post-trasplante y su asociación con la calidad de vida. **Materiales y métodos:** Se realizó un estudio transversal en dos centros mediante un cuestionario completado de manera online y anónima. El formulario fue dividido en dos secciones: uno con datos sociodemográficos, proceso de donación, evaluación médica y aspectos psicosociales; y el cuestionario de Calidad de Vida Short Form-36 validado en español. Los participantes fueron invitados a través de sus receptores y durante las visitas al consultorio de Nefrología. Las variables continuas se expresaron como media y desvío estándar o como mediana y rango intercuartílico, según la distribución. Las variables categóricas se expresaron como frecuencias absolutas y porcentajes. Se aplicó regresión lineal multivariada para identificar predictores independientes de calidad de vida. **Resultados:** Participaron 108 donantes, 58 fueron mujeres (53,7%). La edad al momento de la donación fue de $39,0 \pm 12,1$ años. Según el parentesco con el receptor, padres/madres y hermanos/hermanas representaron el 64,8% de los donantes. El 33,3% fue informado sobre la posibilidad del trasplante con donante vivo a través del médico trasplantólogo, el 30,6% por iniciativa familiar, y solo el 9,3% por el médico nefrólogo del centro de diálisis. El 65,7% obtuvo detalles de la cirugía de la nefrectomía por medio del médico nefrólogo del centro de trasplante. Respecto a la comprensión del procedimiento quirúrgico, el 87% lo entendió completamente, el 9,3% parcialmente y el 3,7% refirió no haberlo comprendido. Posterior a la nefrectomía el 11,1% refirió algún tipo de problema laboral y el 7,4% financiero. El 87% consideró buena la evolución clínica del receptor. El 100% respondió que la decisión de donar fue totalmente voluntaria, el 93,5% dijo que volvería a donar y el 96,3% recomendaría la donación a otros. En el Short Form-36, el 96,3% de los donantes percibió su salud igual o mejor que el año previo. Los puntajes más altos se observaron en los dominios de función física ($90,2 \pm 18,3$) y rol emocional ($89,2 \pm 28,0$), mientras que los más bajos en el dominio de vitalidad ($76,2 \pm 19,7$). **Conclusión:** La mayoría de los donantes volvería a donar y recomendaría la donación. Casi todos percibieron su salud igual o mejor que el año previo. Sin embargo, sólo una minoría recibió información sobre la donación con donantes vivos en los centros de diálisis, lo que implica un gran desafío a futuro para fortalecer su desarrollo.

Financiamiento: No

O-68

Aspectos Técnicos del Back Table para la Colocación de Riñones en Máquinas de Perfusión Hipotérmica.

Maidana, LM^(1, 2);
Mosna, LC^(1, 2);
Sanchez, N^(1, 2);
Canesin, C^(1, 2);
Sauhing, P^(1, 2);
Menna, JL^(1, 2);
Aleman, S⁽³⁾;
Hidalgo, G⁽⁴⁾

(1)Cirugía, Centro Regional
de Ablación e Implante Norte.
Buenos Aires, Argentina

(2)Programa Naciona de Perfusión
Renal, INCUCAI.
Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: La perfusión renal con maquina hipotérmica es una estrategia de reciente inicio en nuestro país, utilizada para la preservación de injertos con criterios expandidos, injertos provenientes de donación en asistolia (DCD) y en algunas situaciones especiales donde por diversos motivos se estiman tiempos de isquemia fría (TIF) prolongado. El uso de la misma implica la correcta selección, preparación (back table) y conexión del injerto a la máquina, el seguimiento de parámetros en el tiempo y posterior coordinación con el equipo de implante para optimizar recursos y mejorar resultados.

En el siguiente apartado se describirán los aspectos técnicos y estrategias utilizadas en relación con los distintos hallazgos quirúrgicos de la cirugía de banco, todo ello indispensable para el asegurar el correcto mantenimiento del injerto.

Objetivo: Describir los aspectos técnicos de la cirugía de banco, desde la evaluación macroscópica del injerto, variaciones anatómicas encontradas, la preparación vascular y el canulado junto con las distintas alternativas a los desafíos técnicos encontrados.

Materiales y métodos: Se realizó back table de 120 injertos renales ablacionados en la provincia de Buenos Aires en el período comprendido entre agosto del 2024 y julio del 2025. Se evaluaron variantes anatómicas, presencia de aterosclerosis, cantidad y tipos de cánulas a utilizar, como así también los parámetros arrojados por las bombas de perfusión en relación con el tiempo de conexión.

Resultados: De la totalidad de injertos 38 (31,6%) presentaron arterias renales múltiples; y 99 (82,5%) presentaron aterosclerosis. Se realizaron reconstrucciones vasculares en 8 (6,6%) y se descartó 1 (0,83%) injerto por parámetros subóptimos.

Conclusion: La correcta preparación y conexión del injerto en el back table es crucial para asegurar tanto una adecuada preservación, como así también para la valoración efectiva de los índices de Flujo (F) y Resistencia (R), datos éstos que permiten predecir de manera indirecta la calidad del injerto. Por todo lo anterior, una técnica correcta y bien protocolizada permitirá obtener los verdaderos beneficios tan bien conocidos de la perfusión hipotérmica con máquina pulsátil.

Figura:

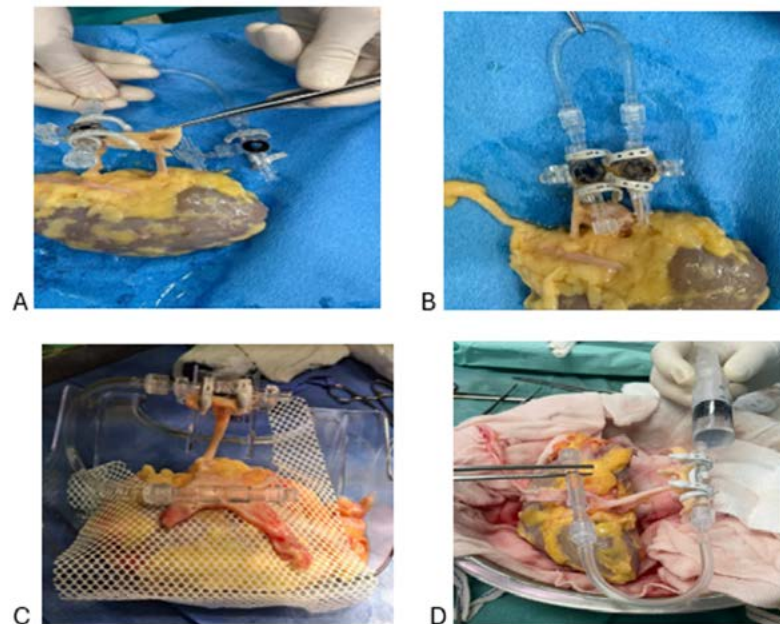


Figura 9: A y B canulación mediante dos cánulas universales por distancia entre ostium. C y D combinación de cánulas y prueba de fuga antes de la conexión.

O-74

Protocolo de Evaluación y Preparación Nefropsicosocial en Trasplante Renal Pediátrico: un Enfoque Integral para el Paciente y su Red Familiar

Stadlin, F⁽¹⁾;
Cecotti Chaves, E⁽¹⁾;
Rodríguez Rilo, L⁽¹⁾;
Varela, E⁽¹⁾.

(1)Servicio de Trasplante Renal
Pediátrico, ITAC. CABA, Argentina

Financiamiento: No

Objetivo: Presentar un protocolo de evaluación y preparación nefropsicosocial pretrasplante renal para pacientes pediátricos, desarrollado por el Servicio de Trasplante Renal Pediátrico del ITAC. Su finalidad es identificar factores protectores y de riesgo, promover la adherencia terapéutica, reducir el impacto psicoemocional y favorecer condiciones óptimas para el tratamiento trasplantológico.

Materiales y métodos: Se diseñó e implementó un protocolo de evaluación integral para pacientes con enfermedad renal crónica terminal. Participaron equipos de nefrología, psicología y trabajo social, mediante entrevistas conjuntas e individuales con pacientes y sus referentes afectivos. Se utilizaron herramientas semiestructuradas para relevar antecedentes clínicos, psicológicos y sociales, comprender la representación del proceso de enfermedad y valorar la adherencia al tratamiento. Las instancias de evaluación se adaptaron a cada caso, combinando modalidades presenciales y virtuales. Se incorporaron dispositivos de psicoprofilaxis quirúrgica y estrategias de psicoeducación cuando fue necesario. Se contempló la evaluación del riesgo psicosocial, la articulación con efectores locales y el seguimiento intensivo en casos de mayor complejidad.

Resultados: La enfermedad renal crónica en la infancia plantea múltiples desafíos que requieren abordajes integrales y sostenidos. Este protocolo busca fortalecer las condiciones subjetivas, vinculares y sociales para asegurar la adherencia y el éxito del trasplante. El proceso inicia con entrevistas interdisciplinarias donde se reconstruye la historia clínica y emocional, se exploran saberes previos y se realiza una primera aproximación al tratamiento. Luego se indagan antecedentes psicológicos, adherencia actual, comprensión de la enfermedad, redes de apoyo y condiciones socioeconómicas.

Se prioriza el fortalecimiento de redes afectivas para acompañar tanto la internación como el seguimiento postrasplante. Se implementan intervenciones psicoeducativas ante dificultades de adherencia y se clasifica el riesgo psicosocial (bajo, medio, alto). También se articulan acciones con escuelas y otros organismos para evitar aislamiento, ausentismo y sobreprotección. La psicoprofilaxis quirúrgica prepara al paciente y su entorno para estudios invasivos, internación y cirugía. En casos de donante vivo relacionado, se evalúan la motivación, vínculo, implicancias psicosociales y posibles riesgos si el donante es sostén económico. Se considera también el impacto del desarraigo y los costos derivados del tratamiento.

Cuando se identifican contraindicaciones absolutas (como inestabilidad psicológica no abordada), se pospone el trasplante hasta que las condiciones sean modificadas.

Conclusion: Un abordaje estructurado, interdisciplinario y temprano permite intervenir de manera oportuna, mejorar la adherencia, reducir riesgos y optimizar la recuperación postoperatoria. Este modelo promueve una atención centrada en el niño/a como sujeto activo de su tratamiento, fortaleciendo su autonomía progresiva junto a sus redes de apoyo.

O-76

HLA-DQ Molecular Mismatch Predicts Acute Rejection And Donor-Specific Antibody Formation After Pediatric Liver Transplantation

Trezeguet Renatti, G^(1, 2);
Arrigone, A⁽¹⁾;
Fernandez Souto, D⁽³⁾;
Gamba, C⁽³⁾;
Yaunguzian, MF⁽⁴⁾;
Dip, M⁽⁵⁾;
Halac, E⁽⁵⁾;
Schaiquevich, P^(1, 2)

(1)Unidad de Tratamientos Innovadores,
Hospital de Pediatría JP Garrahan.
Buenos Aires, Argentina

(2)Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET).
Argentina

(3)Centro Regional de Hemoterapia,
Hospital de Pediatría JP Garrahan.
Buenos Aires, Argentina

(4)Laboratorio Nacional de Inmunogenética,
Instituto Nacional Central
Único Coordinador de Ablación e
Implante (INCUCAI). Argentina

(5)Servicio de Trasplante Hepático,
Hospital de Pediatría JP Garrahan.
Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

Introduction: Alloimmune injury remains the leading cause of long-term graft loss after pediatric liver transplantation, despite acceptable short-term survival. At our center, current immunological risk stratification only considers preformed donor-specific antibodies (DSA), sensitization, or autoimmune indications, while de-novo risk is overlooked. However, de-novo DSA (dnDSA) and biopsy-proven acute rejection (BPAR) are frequent and associated with inferior outcomes. In-silico approaches assessing B- and T-cell immunogenicity, including eplet mismatches (eMM) and PIRCHE-II scores, may refine de-novo risk assessment. We previously identified tacrolimus variability and HLA-DQ eMM as predictors of BPAR, though their role in DSA development remains unclear in liver transplantation. This prospective study evaluates HLA mismatch as a predictor of BPAR and dnDSA.

Methods: Patients transplanted between 2018 and 2023 were prospectively followed. Donor/recipient pairs underwent NGS-based HLA typing; HLA eMM were quantified using the HLA eplet registry calculator (Software version: 2025-02-01. IPD-IMGT/HLA: 3.61), and PIRCHE-II scores were calculated using the TxPredictor (NetMHCIIpan-3.0_IMGT-3.47). Histopathological outcomes were obtained from both surveillance and for-cause biopsies. Tacrolimus variability was quantified as tortuosity. Serum samples collected at scheduled time points were analyzed for dnDSA using LIFECODES Single Antigen Assays. Demographic, peri-transplant, clinical, and pharmacological variables were analyzed using Cox regression models to identify predictors of BPAR and dnDSA.

Results: Of 172 patients recruited, 114 had available high-resolution HLA typing data. BPAR-free survival at 1 year post-transplant was 65.7% (95% CI: 57.4–75.2), while only 31.8% (95% CI: 23.1–43.8) remained rejection-free at 4 years. Independent risk factors for BPAR included tacrolimus tortuosity (HR 6.20, 95% CI: 3.04–12.62; $p < 0.0001$) and HLA-DQ eMM (HR 1.06, 95% CI: 1.02–1.12; $p = 0.0107$). dnDSAs were detected in 35 patients at a median (range) of 2.50 (0.78–5.50) years post-transplant, significantly later than the median time to first BPAR [0.97 (0.08–5.66) years; $p < 0.0001$]. At 1 year, 97.2% (95% CI: 94.0–100.0) of patients were DSA-free, while only 68.9% (95% CI: 58.4–81.1) remained DSA-free at 4 years. DQ-dnDSA was the most frequently observed ($n = 23$). Independent risk factors for developing DQ-dnDSA included HLA-DQ eMM (HR 1.13, 95% CI: 1.05–1.22; $p = 0.0018$) and prior BPAR (HR 2.79, 95% CI: 1.02–7.63; $p = 0.0450$).

Conclusion: In this large cohort of pediatric liver transplant patients, we highlight the role of HLA molecular mismatch in immunological risk assessment. Variability in tacrolimus trough levels and HLA-DQ eMM independently predicted BPAR, while HLA-DQ eMM and prior BPAR independently predicted the development of DQ-dnDSA. These findings underscore the value of integrating pharmacological and immunogenetic markers to enable individualized surveillance and optimize alloimmune control in children.

O-84

Trasplante Hepático en Metástasis de Cáncer Colorrectal Utilizando Órganos de Donantes Marginales: Una Serie de Casos en un Centro de Trasplante en Rosario, Argentina.

Baravalle, M⁽¹⁾;
Ruf, A⁽¹⁾;
O Connor, JM⁽²⁾;
Andreani, O⁽³⁾;
Mahuads, D⁽¹⁾

Introducción: Las metástasis hepáticas de cáncer colorrectal (MHCCR) representan una de las principales causas de mortalidad oncológica, con una supervivencia promedio de 20 meses en aquellos con acceso a los regímenes modernos de quimioterapia y terapias locoregionales. Si bien la resección quirúrgica y las terapias sistémicas han sido los pilares del tratamiento, el trasplante hepático (TH) ha emergido como una opción curativa para un grupo de pacientes rigurosamente seleccionados. No obstante, la escasez de órganos de donantes cadavéricos es una limitación crítica que restringe el acceso al trasplante a todos los pacientes en lista, independientemente de la causa de su enfermedad.

Objetivo: El objetivo es presentar una serie de dos casos de TH exitosos en pacientes con MHCCR, realizados en la unidad de trasplante de Rosario entre los meses de abril y septiembre del 2024. Este trabajo demuestra la factibilidad y utilidad de utilizar órganos de donantes marginales, o con criterios expandidos (ECD), para ampliar el grupo de donantes disponibles y ofrecer una nueva alternativa terapéutica a pacientes que cumplen con los estrictos criterios de selección de OSLO.

Descripción de los Casos: Se presentan dos pacientes adultos con MHCCR, ambos pacientes cumplieron rigurosamente con los criterios de selección de OSLO, incluyendo la ausencia de enfermedad extrahepática demostrada por tomografía por emisión de positrones/tomografía computarizada (PET/CT), un buen estado funcional (ECOG 0-1) y características oncológicas favorables. Los trasplantes se realizaron utilizando órganos enteros de donantes marginales. Es importante destacar que el organismo jurisdiccional realizó un gran esfuerzo en la distribución, ofreciendo estos injertos a todos los programas con receptores activos, siendo ambos órganos rechazados lo que brindó la oportunidad de utilizarlos en esta indicación novedosa sin que represente un conflicto ético o moral. Ambos pacientes presentaron una buena evolución post operatoria, permitiendo su externación para control ambulatorio. Al día de la fecha ambos se encuentran en seguimiento sin evidencias de recidiva de su enfermedad oncológica y con buena función de sus injertos.

Conclusiones: La serie de casos demuestra que el TH en pacientes con MHCCR, bajo estricta adherencia a los criterios de selección de OSLO y TransMet, es una estrategia viable y eficaz. El uso innovador de órganos de donantes marginales no solo constituye una solución estratégica a la escasez de injertos, sino que también ofrece un tratamiento potencialmente curativo a un subgrupo de pacientes que agotan las opciones terapéuticas convencionales. Este enfoque representa un avance significativo en la disciplina emergente de la oncología de trasplante.

(1)Unidad de Trasplante Hepático,
Hospital Privado de Rosario.
Rosario, Argentina

(2)Departamento de Oncología Clínica,
Instituto Alexander Flemin. Buenos
Aires, Argentina

(3)Unidad Onco-quirúrgica HPB,
Sanatorio Los Arcos, SMG.
Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

O-89

Asignación Nacional y Priorización de Pacientes Hipersensibilizados: Impacto en la Tasa de Trasplante

Carletti, A^(1, 2);
 Martín Rollan, L^(1, 2);
 Rossi, FM^(1, 2);
 Fernandez, P^(2, 3);
 Chiurchiu, C^(2, 3);
 De la Fuente, JL^(2, 3);
 Mas, LA^(1, 2).

(1) Laboratorio de Histocompatibilidad e Inmunología, Hospital Privado Universitario de Córdoba. Córdoba, Argentina

(2) Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba. Córdoba, Argentina

(3) Servicio de Nefrología y Programa de Trasplante Renal, Hospital Privado Universitario de Córdoba. Córdoba, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: Los pacientes hipersensibilizados (PHS) en Argentina y el mundo corresponden a un grupo desfavorecido en lista de espera renal debido al amplio espectro de anticuerpos contra innumerables especificidades HLA. Esta barrera hace necesario que se instauren diferentes estrategias para aumentar su acceso al trasplante. En nuestro país, desde agosto del 2023 este grupo de pacientes comenzó a tener prioridad en las listas de espera, participando a nivel nacional de todas las distribuciones de donante fallecido, siendo filtrados por un sistema de antígenos a evitar.

Objetivo: Identificar si hubo un mayor acceso al trasplante en nuestro centro para los PHS mediante la instauración de la priorización durante la distribución renal teniendo en cuenta los antígenos a evitar.

Pacientes y Métodos: Estudio descriptivo observacional con datos de trasplantes realizados en nuestro centro desde el año 2022 hasta el 2024. Se compararon las tasas de trasplante de PHS antes y después del sistema de priorización.

Resultados: En 2022 se trasplantaron 3 PHS con donante fallecido (DF) siendo la tasa anual de trasplante para esta población en nuestra institución del 6,98%. En 2023, 11 injertos (20,37%) fueron asignados a PHS, mientras que en 2024, 23 (38,98%) asignaciones correspondieron a PHS (figura 1), infiriéndose un aumento de 5,6 veces en la tasa anual de trasplante con respecto al 2022. En lo que refiere a los anticuerpos específicos de donante (DSA), el 63,7% (n=21) del total de los PHS trasplantados tras la implementación de la normativa, tenían DSA por debajo de valor de corte establecido conjuntamente por nuestro centro y el laboratorio de histocompatibilidad, siendo para HLA A, B, DR y DQ >5000 MFI (Intensidad Media de Fluorescencia) y HLA C y DP >7000 MFI. El 36,3% restante (n=12) fue trasplantado sin evidenciar DSA por debajo del valor de corte. Todos los PHS recibieron el injerto con crossmatch por citometría de flujo negativo para ambas poblaciones linfocitarias.

Conclusión: El análisis de los datos demuestra que la implementación de la asignación diferencial basada en antígenos HLA a evitar es una herramienta eficaz para mejorar el acceso al trasplante renal en PHS, ya que permitió encontrar oportunidades inmunológicamente seguras y aumentar la tasa anual de trasplante en PHS.

Los valores de corte de MFI para la asignación de antígenos a evitar establecidos de manera conjunta entre los equipos de trasplante y los laboratorios de histocompatibilidad es un factor importante a tener en cuenta para la participación de los PHS en las listas de distribución.

Esta política logró ampliar su participación en operativos de distribución nacional, superando las limitaciones regionales previas. Como resultado, se ha favorecido a un grupo históricamente relegado, con prolongada permanencia en diálisis y menor sobrevida, contribuyendo así a una mayor equidad en el sistema de trasplantes argentino.

Figura:

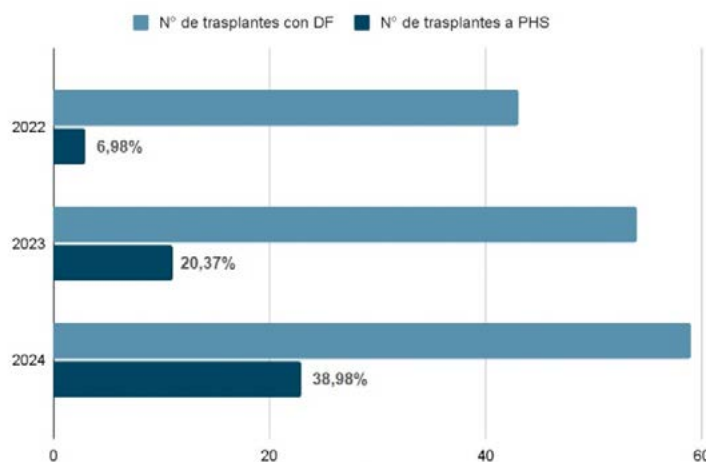


Figura 1: Cantidad de trasplantes provenientes de DF realizados en nuestro centro comparado con los trasplantes realizados a PHS.
 DF: Donante fallecido. PHS: Pacientes hipersensibilizados.

O-90

Cell-Free DNA in Combination With Liver Function Tests for Biopsy Decision-Making in Pediatric Liver Transplantation

Trezeguet Renatti, G^(1,2);
 Arrigone, A⁽¹⁾;
 Minetto, J⁽³⁾;
 Dip, M⁽³⁾;
 Lubieniecki, F⁽⁴⁾;
 Maluf, D⁽⁵⁾;
 Halac, E⁽³⁾;
 Schaiquevich, P^(1,2)

1)Unidad de Tratamientos Innovadores, Hospital de Pediatría Garrahan. Buenos Aires, Argentina

(2)Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Buenos Aires, Argentina

(3)Servicio de Trasplante Hepático, Hospital de Pediatría Garrahan. Buenos Aires, Argentina

(4)Servicio de Patología, Hospital de Pediatría Garrahan. Buenos Aires, Argentina

(5)Department of Surgery, University of Maryland School of Medicine. Maryland, United States of America

Financiamiento: No

Background: Surveillance biopsy is essential to detect graft rejection that remains silent to conventional liver function tests (LFTs), allowing tailored immunosuppression. However, this approach subjects all pediatric recipients to an invasive procedure, including those who could be safely spared if accurately identified as low risk of rejection using sensitive and noninvasive biomarkers of graft injury.

Methods: We evaluated donor-derived cell-free DNA (dd-cfDNA) as a tool to rule out biopsy-proven acute rejection (BPAR) in pediatric liver transplant (LT) recipients and to guide biopsy decision-making when used alongside LFTs. Data from 138 pediatric LT recipients, including 98 undergoing surveillance biopsy and 40 undergoing for-cause biopsy, were used to develop a clinical decision-making algorithm integrating LFTs and dd-cfDNA.

Results: Among 60 BPAR episodes, 46.7% were classified as subclinical (subBPAR). dd-cfDNA was the only biomarker distinguishing subBPAR from BPAR-free cases ($p=0.017$), achieving a 96.7% sensitivity (95% CI, 88.6–99.4) and 34.6% specificity (95% CI, 25.0–45.7) at a 1.9% threshold. According to the algorithm, patients with LFTs below the upper limit of normal and dd-cfDNA <1.9% could be safely spared from liver biopsy (negative predictive value: 93%).

Conclusions:

In this large pediatric study, we demonstrate for the first time that low dd-cfDNA levels can reliably identify LT recipients at low risk of rejection. When used alongside LFTs, dd-cfDNA improves biopsy tailoring and supports individualized immunosuppression strategies.

O-91

Análisis Observacional sobre Procuración y Trasplante en Nuestra Provincia desde la Perspectiva de los Pacientes Hipersensibilizados

Rossi, FM^(1, 2);
Carletti, A^(1, 2);
Martin Rollan, L^(1, 2);
Sotelo, V^(1, 2);
Ruiz, M^(1, 2);
Molina, D⁽³⁾;
Quiroga, R⁽³⁾;
Mas, LA^(1, 2).

(1) Laboratorio de Histocompatibilidad e Inmunología, Hospital Privado Universitario de Córdoba, Córdoba, Argentina

(2) Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba, Córdoba, Argentina

(3) Ente Coordinador de Ablación e Implante de Córdoba, Córdoba, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: El trasplante renal en presencia de anticuerpos anti-HLA donante específicos se asocia con un riesgo incrementado de rechazo y pérdida del injerto a mediano o largo plazo.

En nuestro país, los pacientes con un porcentaje de panel de anticuerpos reactivos (PRA) $\geq 85\%$ se consideran pacientes hipersensibilizados (PHS). Esto indica que tienen una alta probabilidad de presentar anticuerpos preformados contra los antígenos HLA de sus potenciales donantes, restringiendo sus posibilidades de acceder al trasplante.

Para mejorar la equidad en la asignación, a partir del 14 de agosto de 2023 se implementó en Argentina una política nacional que otorga prioridad a los PHS en la lista de espera, permitiendo su inclusión preferencial en la asignación, aunque condicionada a la ausencia de anticuerpos específicos contra el potencial donante.

Objetivo: Analizar la cantidad de trasplantes de PHS realizados en nuestra provincia desde la entrada en vigencia de la asignación prioritaria nacional.

Materiales y Métodos: Estudio observacional con datos obtenidos del Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA). Se incluyeron todos los trasplantes renales efectivos realizados entre el 14 de agosto de 2023 y el 31 de julio de 2025 en nuestra provincia. Las variables estudiadas fueron: número de trasplantes en PHS, procedencia de los receptores, tiempo de permanencia en lista de espera y perfil de PRA, sin distinción por sexo o edad.

Resultados: Durante el tiempo señalado, se efectuaron 132 trasplantes renales efectivos con donantes fallecidos en nuestra provincia. De ellos, 46 correspondieron a PHS, entre estos receptores, 15 eran residentes provinciales y 31 nacionales.

Del total de PHS trasplantados, 33 se encontraban en lista de espera al momento de la instauración de la priorización, con un tiempo promedio de espera de 1573 días. Los 13 restantes fueron inscriptos con posterioridad a la vigencia de la medida, y estuvieron 543 días en promedio en lista de espera (gráfico 1).

Dentro del grupo de PHS provinciales que accedieron al trasplante, en cuanto a su perfil inmunológico, se observó un predominio de PRA clase II superior (promedio de 76.6%) que el PRA clase I (promedio: 40.9%).

Conclusión: La implementación de la asignación prioritaria para pacientes PHS tuvo un impacto positivo en nuestra provincia, observándose un mayor acceso al trasplante y una reducción de los tiempos de permanencia en lista de espera, particularmente en pacientes con PRA clase II elevado. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de continuar con las políticas de priorización, diseñando estrategias para seguir favoreciendo a esta población desfavorecida.

Figura:

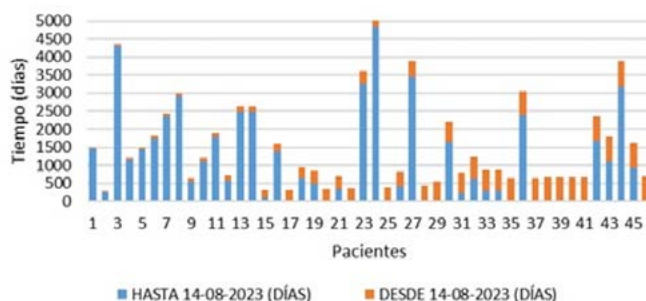


Gráfico 1: Tiempo en lista de espera medido en días de n=46 pacientes, evaluando el comportamiento pre y post instauración de la asignación prioritaria en PHS.

Martin Rollan, L^(1,2);
Rossi, FM^(1,2);
Carletti, A^(1,2);
Fernandez, P^(2, 3);
Chiurciu, C^(2, 3);
; De la Fuente, JL^(2, 3);
Mas, LA^(1,2)

(1) Laboratorio de Histocompatibilidad e Inmunología, Hospital Privado Universitario de Córdoba, Córdoba, Argentina

(2) Instituto Universitario de Ciencias Biomédicas de Córdoba, Córdoba, Argentina

(3) Servicio de Nefrología y Programa de Trasplante Renal, Hospital Privado Universitario de Córdoba, Córdoba, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: La sensibilización a los antígenos del sistema leucocitario humano (HLA) constituye una de las principales barreras inmunológicas en el trasplante de órganos sólidos, representando un desafío clínico significativo. Los avances en el estudio de anticuerpos anti-HLA con el ensayo de antígeno aislado en plataforma Luminex (SAB, del inglés Single-Antigen Beads) han mejorado sustancialmente los resultados del trasplante y han permitido una mejor comprensión del riesgo inmunológico.

En Argentina se implementó un programa de priorización para pacientes hipersensibilizados (PHS) permitiendo que aquellos con pocas posibilidades de encontrar un donante compatible por su alta tasa de anticuerpos anti-HLA, puedan acceder al trasplante. No obstante, una proporción considerable continúa en lista de espera siendo filtrados por la presencia de anticuerpos específicos contra todos los posibles donantes.

Objetivos: Evaluar la participación operativa de los PHS de nuestro centro, estratificándolos en función a la cantidad de antígenos a evitar.

Pacientes y Métodos: Estudio descriptivo observacional donde se analizó la participación operativa de los PHS en lista de espera de nuestro centro y el porcentaje de antígenos a evitar en los loci A, B, DRB1 y DQ. En la actualidad se encuentran 21 PHS en lista de espera para trasplante renal, de los cuales 12 ya se encontraban en esta situación antes de implementarse la nueva forma de priorización. Estos se clasificaron en Grupo 1, con 0-3 participaciones (n=8) y Grupo 2 con 7 o más participaciones operativas (n=4) (Tabla 1). Se obtuvieron los datos del Sistema Nacional de Información de Procuración y Trasplante de la República Argentina (SINTRA).

Resultados: Aunque el número de PHS de cada grupo es bajo, los datos muestran que el Grupo 1, con una participación operativa mínima o nula, presentó un mayor porcentaje promedio de antígenos a evitar en los locus de clase I, especialmente en B, en comparación con el Grupo 2. En este último, la participación operativa tendió a incrementarse a medida que disminuye el número de antígenos contra moléculas de clase I. En los loci DR y DQ, no se identificó una asociación clara entre la participación operativa y el porcentaje de antígenos a evitar.

Conclusiones: Aunque el estudio se realizó con una muestra reducida de PHS, los resultados sugieren una posible asociación entre la cantidad de antígenos a evitar y la probabilidad de encontrar donantes, especialmente en casos con predominio de anticuerpos dirigidos contra antígenos HLA de clase I. Esto resalta la importancia de identificar los antígenos más frecuentes en nuestra población, a fin de comprender mejor su impacto en la participación operativa de este subgrupo de pacientes, quienes actualmente se encuentran en una situación desfavorable. Asimismo, resulta fundamental desarrollar estrategias específicas de abordaje flexibilizando las restricciones, sacando del listado de antígenos HLA a evitar aquellos que podrían considerarse menos deletéreos con el objetivo de excluir aquellos con menor impacto clínico y así ampliar las oportunidades de trasplante.

Figura:

GRUPO	PACIENTE	PARTICIPACIONES OPERATIVAS	% DE ANTIGENOS A EVITAR			
			LOCUS A	LOCUS B	LOCUS DR	LOCUS DQ
1	1	0	20.80%	55.10%	36.84%	42.86%
	2	0	50%	53.06%	0%	0%
	3	0	50%	73.49%	84.21%	0%
	4	0	45.84%	77.55%	84.21%	0%
	5	1	66.67%	44.90%	15.79%	85.71%
	6	1	66.67%	73.49%	42.11%	14.29%
	7	1	54.17%	34.70%	63.16%	85.71%
	8	3	62.50%	61.22%	5.26%	0%
2	9	7	0%	12.24%	52.63%	85.71%
	10	7	25%	34.70%	0%	71.43%
	11	14	20.80%	6.12%	52.63%	71.43%
	12	8	16.66%	36.73%	0%	14.29%

Tabla 1 - Estratificación de pacientes en función a la cantidad de participaciones operativas y porcentaje de antígenos a evitar

O-93

Adherencia al Tratamiento Inmunosupresor en Pacientes Trasplantados Hepáticos.

Martínez, GL⁽¹⁾;
Benavides, R⁽¹⁾;
Decuzzi, E⁽¹⁾;
Ibañez, N⁽¹⁾;
Gómez, T⁽¹⁾;
Caldano, J⁽²⁾;
Aleman, S⁽²⁾

(1) Farmacia, Crai Norte.
San Martín, Argentina

(2) Médico, Crai Norte.
San Martín, Argentina

Introducción: La adherencia al tratamiento inmunosupresor es fundamental para garantizar la supervivencia del injerto. Los pacientes trasplantados hepáticos tienen un alto grado de complejidad terapéutica postrasplante. La no adherencia influye en la sobrevida del injerto, reduce el costo efectividad del tratamiento a largo plazo, explicada entre otros factores, por el daño inmunológico. Diversas variables, individuales, sociales y del propio tratamiento influyen en la adherencia, tales como la complejidad de los esquemas terapéuticos, la percepción del riesgo, el apoyo familiar y el tiempo transcurrido desde el trasplante. Conocer los patrones de adherencia en la práctica clínica es fundamental para diseñar intervenciones sostenibles. Nuestro objetivo fue evaluar la adherencia al tratamiento inmunosupresor en pacientes trasplantados hepáticos de nuestra institución y analizar factores asociados que pueden influir, tales como sexo, edad, complejidad del tratamiento, tiempo de trasplante, para identificar oportunidades de mejora en la atención y seguimiento de la población.

Métodos: Se incluyeron 65 pacientes mayores de 18 años, trasplantados hepáticos, con cobertura pública exclusiva, que retiraron medicación en la Farmacia Institucional entre enero 2022 y julio 2025. Considerando que la medicación inmunosupresora se da cada 60 días, se definió no adherente cuando el tiempo para retirarla supera los 70 días. El indicador utilizado fue: Número de veces que el paciente retiró medicación/Número de veces que debió retirarla. Se analizaron variables demográficas y clínicas: edad, sexo, tiempo de trasplante, número de comprimidos diarios. Se utilizaron pruebas de chi cuadrado y regresión logística binaria considerando significativo un valor de $p < 0.05$.

Resultados: Edad promedio $41 \pm 15,5$ años, con una sobrevida media del injerto de $14,3 \pm 7,5$ años. 39 mujeres y 26 hombres. El esquema promedio fue de 8 ± 1 comprimidos día, incluyendo medicación crónica. El 28% presentó una adherencia entre el 90-100%, el 57% entre el 50-90% y el 15% menor a 50%. En el análisis multivariado, se observó que mayor edad y pertenecer al sexo femenino se asocia positivamente con la adherencia, mientras que un mayor tiempo postrasplante se relacionó con menor adherencia. La complejidad del tratamiento no mostró asociación significativa.

Conclusión: En nuestra cohorte el 28% de los pacientes trasplantados hepáticos se mostró adherente (mayor al 90% de adherencia) al tratamiento inmunosupresor. Si bien la complejidad del tratamiento no influyó, sí lo hicieron el tiempo postrasplante, la edad y el sexo, disminuyendo la adherencia con el tiempo, aumentando con la edad y en el sexo femenino. Este hallazgo coincide con la literatura que atribuye la falta de adherencia al agotamiento terapéutico, las dificultades administrativas para el acceso a la medicación, la falta de percepción del riesgo al sentirse clínicamente estable. Coincidiendo con que los adultos jóvenes son la población vulnerable con mayor riesgo de pérdida de injertos y no adherencia al tratamiento inmunosupresor. Los resultados refuerzan la necesidad de implementar estrategias educativas continuas, programas institucionales que promuevan la adherencia a largo plazo con el objetivo de preservar la función del injerto, mejorar los resultados clínicos y la calidad de vida del paciente.

Financiamiento: No

O-95

Curso de Microcirugía Experimental Orientado a los Trasplantes de Órganos

Stringa, P⁽¹⁾;
Serradilla, J⁽²⁾;
Moreira, J⁽³⁾;
Raimondi, JC⁽¹⁾;
Gondolesi, G⁽³⁾;
Imventarza, O⁽⁴⁾;
Hernández Oliveros, F⁽²⁾;
Lausada, NR⁽¹⁾;

(1) Cátedra - Laboratorio de Trasplante, Facultad de Ciencias Médicas UNLP. LA PLATA, Argentina

(2) Sección de Trasplante Pediátrico, Hospital Universitario La Paz. Madrid, España

(3) Laboratorio de Microcirugía Experimental, Fundación Favaloro. CABA, Argentina

(4) Servicio de Trasplante Hepático, Hospital Garrahan. CABA, Argentina

Introducción: La integración de habilidades específicas en microcirugía con técnicas precisas de disección e implante constituyen una herramienta fundamental para los cirujanos de trasplante. Además, su aplicación resulta especialmente pertinente en modelos preclínicos desarrollados en centros especializados en investigación traslacional en trasplante. El objetivo de este trabajo fue implementar un curso experimental de microcirugía orientado a procedimientos de trasplante, con especial énfasis en la disección de pedículos vasculares y en la ejecución de sus anastomosis arteriales, venosas y ductales.

Métodos: Se capacitó a un total de 41 cirujanos (2021- agosto 2025). El entrenamiento se inició con prácticas básicas de manejo de instrumental sobre gasa quirúrgica (etapa 1), confección de nudos (etapa 2) y ejercicios en cartillas de látex (etapa 3), donde se realizaron diferentes técnicas de suturas interrumpidas y continuas. Posteriormente, se emplearon segmentos arteriales de rata criopreservados y presas de ave, hasta que los participantes alcanzaron la destreza necesaria para ejecutar una anastomosis término-terminal en una arteria criopreservada de rata de laboratorio (menor a 1.5 mm de calibre) en un tiempo inferior a 25 minutos (etapa 4). A continuación, se practicaron anastomosis microvasculares venosas y arteriales, con énfasis en diversas técnicas de donación de órganos y su posterior implante en receptores (etapa 5). Cada ejercicio fue evaluado en función de la calidad técnica de los resultados y del tiempo empleado. Finalmente, los asistentes completaron un cuestionario de satisfacción.

Resultados: El 100% de los participantes logró realizar anastomosis en estructuras vasculares inferiores a 1.5 mm de diámetro en un lapso de 20 a 30 minutos por vaso, con correcta permeabilidad. El 10% no consiguió completar exitosamente la anastomosis venosa. Posteriormente, se ejecutaron técnicas de donación e implante para trasplante de corazón, riñón, hígado o intestino delgado, utilizando el mismo animal sin recuperación, de acuerdo a la especialidad trasplantológica de cada cirujano.

Conclusión: Todos los participantes recomendaron enfáticamente la actividad a sus colegas y coincidieron en la relevancia de adquirir estas competencias en el ámbito profesional del trasplante.

Financiamiento: No

Gregorietti, V⁽¹⁾;
Esperon, G⁽¹⁾;
Catena, E⁽¹⁾;
Coronel, R;
Quiroga, L⁽¹⁾;
Naiman, G;
Pereyra, C;
Vogelfang, H⁽¹⁾

(1)SSC, SSC, Argentina

Introducción: La biopsia endomiocárdica (BEM) es el procedimiento de elección para el diagnóstico histopatológico de rechazo del órgano en pacientes trasplantados cardíacos. El procedimiento para obtener una muestra puede realizarse por vía yugular interna(VYI), con la técnica de Stanford-Mason, o por vía femoral, con la técnica de Seldinger modificada; en ambos casos, con control fluoroscópico o guiado por ecografía. LA BEM permite lograr un diagnóstico certero para el control de rechazo y toma decisiones sobre la medicación inmunosupresora en trasplante cardíaco.

Sus complicaciones más frecuentes son arritmias, reacción vaso vagal, perforación, hemopericardio, taponamiento cardíaco, neumotórax, hematoma venoso, lesión del nervio laríngeo recurrente y, con menor frecuencia muerte. Otra complicación descrita es la insuficiencia tricuspídea por lesión del aparato valvular, luego de BEM seriadas.

Objetivos: Analizar el número, técnicas utilizadas, resultados, y complicaciones de las biopsias realizadas en pacientes trasplantados cardíacos en un centro novel.

Materiales y Métodos: Se evaluaron los procedimientos realizados en la institución desde mayo 2019 a mayo 2025, se analizaron el número, vías de acceso, resultados y complicaciones.

La indicación de BEM se realizó según protocolo de seguimiento de nuestra unidad. Todos los procedimientos se llevaron a cabo en pacientes adultos, con ayuno de 6 horas. La vía de acceso fue elegida por el médico a cargo del procedimiento, aunque se encuentra estandarizado la realización de VYI con anestesia local. Se obtuvieron entre 3 y 6 muestras por estudio.

Resultados: Desde mayo 2019 hasta mayo 2025, se llevaron a cabo en total 328 BEM.

La vía de acceso más utilizada fue la VYI en 95,1%. El acceso femoral se utilizó sólo en 16 procedimientos (4,9 %) por estrechez evaluada por cavografía, secundaria a vías centrales utilizadas durante la internación previa al trasplante. La mayoría de las BEM fueron guiadas por radioscopia, sólo el 2.1 % fueron guiadas por ecografía debido a una necesidad clínica del paciente de realizar bedside.

Dentro de las complicaciones, se observó 1 caso (0.3 %) de hematoma venoso, que requirió internación por unas horas, con adecuado control mediado por Doppler , 1 paciente (0,3%) se complico con ruptura de biotomo y requirió intervención quirúrgica exitosa y 1 paciente (0.3%) presento neumotorax con requerimiento de avenamiento pleural.

No se presentaron casos de perforaciones, taponamiento cardíaco ni aparición o empeoramiento de insuficiencia tricúspidea ya preexistente.

La escala de graduación que permitió lograr diagnóstico de rechazo y protocolizar una conducta con respecto a la terapia inmunosupresora, fue la descrita por ISHLT en 2004.

El grado más frecuentemente encontrado fue 0R (171), seguido de 1R (148), 2R (8) y 3R (1).

Se presento 1 episodio de 3R, con mejoría del cuadro clínico posterior inmunosupresora de inducción e internación por 10 días, con control posterior 1R.

Conclusiones: La BEM es el estudio de elección para control de pacientes post trasplante cardíaco y se puede realizar de manera efectiva, con una tasa de complicaciones muy baja (menor al 1%) y 0% de mortalidad.

La obtención de varias muestras permite que sean adecuadas y útiles para el análisis patológico y para poder tomar decisiones con respecto a la terapia inmunosupresora y así evitar efectos adversos de la misma.

El control mediado por BEM en estos pacientes permite normalizar la conducta terapéutica en todos los casos.

Financiamiento: No

O-99

Trasplante Renal en Adulto Utilizando Injerto Pediátrico en Bloque, de Donante en Asistolia Controlada con Perfusión Normotérmica Regional.

Aguirre, NF^(1, 2);
Cabrera, I;
Fanega, Y;
Osella, F;
Werber, G

(1) Trasplante, Itac.
Caba, Argentina

(2) Procuración, Cucaiba.
Ensenada, Argentina

Objetivos: Comunicar los resultados a 6 meses del trasplante de una paciente adulta que recibió un injerto renal en bloque, proveniente de un donante pediátrico en asistolia controlada con perfusión normotérmica regional.

Descripción: Paciente de 58 años con antecedentes de HTA, ERC por poliquistosis hepatorenal, en HD desde 2016, sin diuresis residual. Laboratorio con Cr 9.37 mg/dl al ingreso.

Donante: masculino, 18 meses, secuela neurológica extensa por isquemia en contexto de meningitis. Se realiza retirada de soporte vital en quirófano, se constata la muerte y se realiza perfusión normotérmica regional con bomba extracorpórea. Se extrae el hígado y ambos riñones en bloque.

29/11/2024 Ingreso hospitalario para trasplante renal. Inducción con timoglobulina y solumedrol. Se cierra aorta y vena con suturas mecánicas vasculares del bloque renal. Anastomosis de arteria aorta y vena cava del injerto a arteria y vena iliaca externa del receptor, respectivamente. Desclampeo con buena reperusión. reconstrucción de vía urinaria con anastomosis uréter-ureteral termino terminal entre uréter derecho de injerto y uréter nativo derecho, y anastomosis termino lateral entre riñón izquierdo del injerto y el uréter nativo derecho utilizando 2 catéteres doble j.

Post operatorio sin complicaciones, recupera ritmo diurético al segundo día, sin necesidad de diálisis. Alta hospitalaria el 7mo día con creatininas en descenso, diuresis de 2.4l, inmunosupresión: tacrolimus XL, micofenolato (dosis reducida por diarrea), meprednisona. Retiro en el post operatorio de sonda vesical, drenaje y catéteres doble j.

La paciente presento en los primeros meses post trasplante complicaciones, ITU (dos y tres meses post trasplante), hematoquecia por hemorroide, diabetes post-trasplante y episodios de eosinofilia.

Esquema triple inmunosupresor mantenido con ajustes frecuentes. Tacrolimus XL (alrededor de 7 mg/día hacia los 6 meses). Micofenolato 720 mg/día al final del seguimiento. Meprednisona 4 mg/día como dosis de mantenimiento.

Estado general: injertos funcionantes, sin rechazo clínico documentado con buena diuresis (>2-3 L/día).

Conclusiones: La combinación de distintas estrategias aplicadas para mejorar el pool de órganos disponibles, como ser la utilización de injertos en bloque provenientes de donantes pediátricos junto a la donación en asistolia controlada con perfusión normotérmica regional representan un avance significativo en la utilización de estos recursos escasos en centros especializados.

Financiamiento: No

O-106

Infección por Parvovirus B19 en Trasplante Renal: un Desafío Diagnóstico y Terapéutico. Presentación de una Serie de Casos Clínicos.

Espíndola, VV⁽¹⁾;
Lazzeri, SN⁽¹⁾;
Villordo, NC⁽¹⁾;
Aguerre, MA⁽¹⁾;
Marich, SM⁽¹⁾.

Introducción: La infección por Parvovirus B19 constituye una complicación poco frecuente en receptores de trasplante renal (TxR), caracterizada principalmente por anemia refractaria. El diagnóstico suele ser complejo debido a la presentación clínica inespecífica; sin embargo, la presencia de anemia arregenerativa inexplicada, y la detección de altos niveles de ADN viral por reacción en cadena de la polimerasa (PCR) en sangre o tejido renal son hallazgos sugestivos. La serología puede ser poco confiable en pacientes inmunosuprimidos, por lo que la PCR es el método diagnóstico de elección

Objetivo: Describir las características clínicas, diagnósticas y terapéuticas de la infección por Parvovirus B19 en receptores de TxR, a partir de la presentación de una serie de casos clínicos.

Materiales y Métodos: PSe analizó una cohorte de tres receptores de TxR con diagnóstico de infección por Parvovirus B19, atendidos en el Instituto de Cardiología de Corrientes Juana Francisca Cabral. Se evaluaron las manifestaciones clínicas, hallazgos de laboratorio, estrategias terapéuticas y evolución clínica.

Resultados: Se presentaron tres casos de pacientes de entre 24 y 39 años de edad, con antecedente de TxR bajo tratamiento inmunosupresor de mantenimiento con triple esquema (micofenolato sódico, tacrolimus y corticoides), quienes desarrollaron anemia grave asociada a infección por parvovirus B19 confirmada por PCR en sangre periférica. En el Caso 1, la infección ocurrió a los 5 meses del segundo trasplante, con evolución tórpida, recaídas y necesidad de múltiples ciclos de inmunoglobulina humana intravenosa (IGIV). En el Caso 2, la infección se manifestó a los 8 años del trasplante. La paciente respondió favorablemente al tratamiento inicial de minimización de la inmunosupresión, sin recaídas posteriores. En el Caso 3, el cuadro se presentó a los 30 meses post trasplante, con un episodio inicial de crisis aplásica, recibiendo tratamiento con IGIV, con buena respuesta, seguido de recaída a los seis meses, requiriendo nuevas dosis de IGIV. En los tres pacientes se evidenció anemia aplásica severa, con requerimiento de transfusiones. Todos los casos evolucionaron con recuperación hematológica.

Conclusiones: La infección por Parvovirus B19 en receptores de TxR puede presentarse con un espectro clínico amplio, desde anemia leve hasta crisis aplásicas. El diagnóstico oportuno mediante PCR y el abordaje terapéutico individualizado son fundamentales para preservar la función del injerto y mejorar la evolución clínica. El seguimiento prolongado es indispensable, dado el riesgo de recurrencias en esta población.

Financiamiento: No

(1) Nefrología, Instituto de Cardiología
de Corrientes. Corrientes, Argentina

Caldano, J⁽¹⁾;
Lopez, M;
Decuzzi, E;
Aleman, S

(1)Nefrología, Crai Norte.
San Martín, Argentina

Introducción: El acceso oportuno a la lista de espera para trasplante renal es un desafío condicionado por múltiples factores. Variables demográficas (edad, género, región de residencia), la presencia de comorbilidades, el grado de fragilidad y la desinformación inciden en la probabilidad de inscripción. Asimismo, nivel educativo, situación laboral, cobertura de salud y región sanitaria influyen en los tiempos de evaluación. A ello se suman barreras percibidas, como la dificultad para realizar estudios, traslados a centros de trasplante y limitada comunicación institucional. El objetivo fue describir características sociodemográficas, clínicas y de fragilidad de pacientes en diálisis en proceso de inscripción en lista de espera para trasplante renal.

Materiales y Métodos: Se aplicó una encuesta autogestionada vía WhatsApp a pacientes en diálisis crónica en proceso de evaluación o inscriptos en lista del CRAI Norte, con al menos un contacto presencial con el centro de trasplante. Se excluyeron quienes no disponían de teléfono. Se analizaron variables demográficas, laborales, de acceso a información, percepción de barreras y fragilidad.

Resultados: De 859 pacientes, se excluyeron 166, quedando 693 elegibles; respondieron 164 (tasa de respuesta: 24%). La edad media fue de 55 años, con 51% de mujeres. La mayoría residía en el conurbano bonaerense, principalmente en regiones sanitarias V y VII.

El 76% no trabajaba, en su mayoría por enfermedad; entre los que sí lo hacían, el 77% trabajaba parcialmente. En relación al trasplante, el 37% estaba inscripto en lista, el 43% en evaluación y el resto desconocía su situación. Solo la mitad había recibido información sobre el proceso, siendo el centro de diálisis la principal fuente, seguido por el centro de trasplante. El personal de salud fue el principal referente, aunque también se mencionaron otros pacientes. Un 33% desconocía cuál era su centro asignado.

Las barreras más frecuentes fueron la dificultad para realizar estudios y los traslados al centro de trasplante. El análisis de fragilidad mostró que el 67% de los encuestados se encontraba en condición pre-frágil o frágil, sin diferencias por género.

Conclusiones: Los pacientes en diálisis de este estudio presentan vulnerabilidades sociales y clínicas relevantes, destacándose la elevada proporción en condición de fragilidad y el limitado conocimiento sobre el proceso de trasplante. Estos hallazgos dimensionan la magnitud de las barreras existentes y brindan una base para diseñar estrategias que favorezcan un acceso más equitativo, informado y eficiente a la lista de espera renal. Surge además el interrogante sobre las características de los pacientes que no respondieron, y cómo podrían diferir de quienes participaron.

Financiamiento: No

González Davis, M⁽¹⁾,
Lendoire, M⁽¹⁾,
Montes, L⁽²⁾,
Pattin, F⁽³⁾,
Duek, F⁽³⁾,
Barros Schelotto, P⁽²⁾,
Lendoire, J⁽¹⁾,
Imventarza, O⁽³⁾

(1)División de Trasplante Hepático y
Cirugía HPB, ITAC,
Capital Federal, Argentina

(2)División de Hígado y Trasplante
hepático, Fundación Favaloro,
Capital Federal, Argentina

(3)Unidad de Trasplante hepático,
Hospital Dr. Cosme Argerich,
Capital Federal, Argentina

Antecedentes: La trombosis portal (TP) se presenta en el 2–26% de los candidatos a trasplante hepático (TH) y puede impactar en los resultados perioperatorios y a largo plazo. La clasificación de Yerdel es utilizada para predecir el pronóstico y guiar el manejo quirúrgico intraoperatorio. En este estudio, se evaluó el tratamiento y el pronóstico de los pacientes con TP sometidos a TH, estratificadas según el grado de TP.

Métodos: Se revisó una base de datos prospectiva de TH realizados entre enero 2008 – diciembre 2023 en cuatro centros de trasplante. Se incluyeron pacientes con TP y se dividieron en dos grupos de acuerdo con la clasificación de Yerdel: bajo grado (G I–II) y alto grado (G III–IV). Se compararon las estrategias quirúrgicas, variables perioperatorias, complicaciones postoperatorias y supervivencia global entre ambos grupos.

Resultados: De 1195 receptores de TH, 93 (7,8%) presentaron TP (edad media 51 años [IQR 42–60]; 59% hombres). Cincuenta y dos pacientes (56%) G I–II, y 41 (44%) G III–IV. Tuvimos un 80% de diagnósticos de TP mediante ecografía Doppler (72,4% G I–II – 90,5% G III–IV; $p=0,246$) y un 66,6% mediante angiotomografía (57,9% G I–II – 81,8% G III–IV; $p=0,160$). Dentro de los procedimientos quirúrgicos, se realizó trombectomía en 81 casos (86%) y se requirió injerto vascular veno-venoso en 12 pacientes (11,8% G III–IV: $n=9$ 19,8% vs. G I–II: $n=3$, 5,8% $p=0,100$). TP GIII–IV se asoció con una mayor tasa de reoperación ($n=21$, 51,2% vs. $n=12$, 23,1%, $p=0,008$). No se observaron diferencias significativas en tiempo operatorio, tiempo de fase anhepática, pérdida del injerto, recurrencia de TP postoperatoria y mortalidad hospitalaria ($p>0,585$). La supervivencia global a 1, 5 y 10 años fue comparable entre ambos grupos 71%, 71%, 66% en G I–II vs. 61%, 57%, 53% en G III–IV (mediana 184 meses vs. 88 meses, $p=0,408$).

Conclusion: El TH en pacientes con TP de alto grado (G III–IV) mostro tener una supervivencia global comparable a la observada en casos de trombosis de bajo grado, aunque con mayor morbilidad. La trombectomía continúa representando la estrategia fundamental en el manejo intraoperatorio, mientras que las reconstrucciones vasculares complejas deben considerarse únicamente en casos seleccionadas.

Palabras claves: trombosis portal, trasplante hepático, resultados quirúrgicos, trombectomía, reoperación, supervivencia

Figura:

Financiamiento: No

Variables	Total n= 93	G I–II n= 52	G III–IV n= 41	P
<u>Factores relacionados con pacientes</u>				
Edad, mediana (IQR), años	51 (42–60)	49 (19–26)	52 (46–63)	0.14
Sexo masculino, n (%)	55 (59.1%)	31 (59.6%)	24 (59.0%)	0.54
<u>Enfermedad hepática</u>				
Cirrosis post-necrótica, n (%)	81 (87.1%)	44 (84.6%)	37 (90.2%)	0.54
<u>Factores preoperatorios</u>				
MELDnaa, mediana (IQR)	24 (19–26)	22 (19–26)	25 (22–27)	0.092
Ecodoppler hepático, n (%)	90 (98.9%)	51 (98.1%)	39 (100%)	1.00
Diagnostico ecográfico pre op (%)	40 (80%)	21 (72.4%)	19 (90.5%)	0.160
Diagnostico tomográfico pre op (%)	20 (66.7%)	11 (57.9%)	9 (81.8%)	0.246
Angiotomografía, n (%)	27 (32.9%)	16 (34.8%)	11 (30.6%)	0.814
<u>Variables intraoperatorias</u>				
Thrombectomía, n (%)	81 (86%)	49 (92.3%)	32 (78.0%)	0.10
Injerto vascular veno-venoso, n (%)	12 (11.8%)	3 (5.8%)	9 (19.8%)	0.10
Tiempo de isquemia fría, min (IQR)	489 (421–584)	479 (383–570)	489 (421–584)	0.57
Tiempo de fase anhepática, min (IQR)	74 (53–100)	60 (48.5–80)	74 (53–100)	0.111
Tiempo operatorio, h (IQR)	7 (6–8)	6 (6–8)	7 (6–8)	0.275
Transfusiones sanguíneas, unid (IQR)	6 (4–14)	7 (4–10)	6 (4–13)	0.861
<u>Resultados postoperatorios</u>				
Complicaciones, n (%)	44 (47.3%)	24 (46.2%)	20 (48.8%)	0.837
Pérdida del injerto vascular, n (%)	16 (17.6%)	8 (15.4%)	8 (20.5%)	0.585
Mortalidad intrahospitalaria, n (%)	37 (39.8%)	18 (34.6%)	19 (46.3%)	0.290
Días de internación, días (IQR)	12 (6–31)	18 (9–28)	12 (6–31)	0.202
Tasa de reoperación, n (%)	33 (35.5%)	12 (23.1%)	21 (51.2%)	0.008
<u>Abreviaciones:</u> IQR, rango inter cuartil ; MELD, Model for End-stage Liver Disease, TAC, tomografía axial computada				

Schreck, CMN⁽¹⁾,
Vargas, GJ⁽¹⁾,
Villamil Cortéz, SK⁽¹⁾,
Fescina, TE⁽¹⁾,
Imperiali, NC⁽¹⁾,
Giordani, MC⁽¹⁾

(1) Nefrología, Hospital Italiano.
CABA, Argentina

Introducción: La Reserva Funcional Renal (RFR) es utilizada por algunos centros para predecir la adaptación renal luego de la nefrectomía. Estudios realizados muestran que la RFR solo se relaciona con el filtrado a corto plazo (3 meses) y son otros los predictores a mediano y largo plazo. Evaluamos la relación entre la RFR, el eGFR pre-donación y la edad con el eGFR post-donación.

Materiales y Métodos: Se analizaron 269 pacientes (1995 a 2025). Se relacionó el eGFR post-donación (CKD-EPI) y el % de variación del mismo con: 1) el eGFR pre donación, 2) la edad a la donación, 3) la RFR. Se realizó análisis univariado (cc de Pearson). A) en todos los pacientes, y B) según tiempo de donación: 1-3, 4-9, 12-60, 61-120 y 121-164 meses post-donación. También se realizó un análisis multivariado con un modelo de regresión lineal múltiple (STATA 14 (StataCorp, LLC)). Se calcularon los coeficientes beta estimados con sus IC95% y su p valor asociado. Se consideró como estadísticamente significativo un p valor <0,05 a dos colas. Se chequearon los supuestos del modelo de: linealidad, normalidad y homocedasticidad a través de los coeficientes de correlación de Pearson, histograma de frecuencias de los residuos, P-P plot de los residuos, prueba de normalidad de Shapiro-Wilk, gráfico de residuos vs valores predichos y test general de White para heterocedasticidad, respectivamente. Los resultados se expresan como promedio \pm EEM y la correlación se expresa como r (1 a -1).

Resultados: eGFR pre-donación fue 94.6 ± 1.1 ml/min/1.73 m², la edad fue 49.7 ± 0.7 años (rango 25-75), la albuminuria fue 8.1 ± 0.6 mg/d y el 14% eran hipertensos leves. En el análisis A se halló una correlación fuerte entre el eGFR post-donación y el eGFR pre-donación ($r = 0.57$) y moderada con la edad ($r = 0.40$). Esta relación no varió al dividir a los pacientes en grupos según el tiempo de donación. La RFR sólo se correlacionó con eGFR post-donación en el grupo de 1-3 meses (0.33). El filtrado disminuyó 25.9 ± 1.1 ml/min/1.73m² (26.5 ± 1.1 %) del valor pre-donación. Esta variación se mantuvo constante a lo largo del tiempo. Sólo un 3% de los pacientes desarrolló albuminuria > 27 mg/d post-donación.

Análisis multivariado:

Se muestran los coeficientes beta estimados con su IC95% y su p valor. La bondad de ajuste del modelo se estimó a través del coeficiente de determinación (R²): 43,9%.

Conclusiones: Las variables que se correlacionaron con el eGFR post-donación en el análisis uni y multivariado fueron el eGFR pre-donación y la edad. La RFR solo se relacionó a muy corto plazo (univariado). el interrogante sobre las características de los pacientes que no respondieron, y cómo podrían diferir de quienes participaron.

Resultados del análisis multivariado

Variable dependiente: eGFR post-Tx (ml/min/1,73 m ²)	Coefficiente	IC95%	p valor
Edad al transplante (años)	-0,35	-0,56-(-0,14)	0,001
eGFR pre-Tx (ml/min/1,73 m ²)	0,45	0,32-0,58	<0,001
Reserva renal (%)	-0,01	-0,06-0,04	ns

Financiamiento: No

Trasplante Combinado de Hígado y Riñón: Cada Vez más Pacientes Acceden al Mismo? Reporte de Casos. Hospital Italiano

Fescina, TE⁽¹⁾;
 Poveda Parraga, G⁽¹⁾;
 Imperiali, N⁽¹⁾;
 Villamil Cortes, SK⁽¹⁾;
 Pekolj, J⁽²⁾;
 Giordani, MC⁽¹⁾

Introducción: El trasplante simultáneo de hígado y riñón (SLK) ha generado una contribución significativa a pacientes con enfermedad crónica de ambos órganos. El número de trasplantes SLK se ha incrementado de manera sustancial en Argentina y el mundo. El objetivo de este trabajo es presentar la experiencia de nuestro centro en este tipo de trasplante.

Métodos: Se analizaron retrospectivamente todos los pacientes con trasplante combinado hígado y riñón desde 1997 hasta 2025. Se evaluaron las características demográficas de la población: edad al trasplante (promedio rango), sexo, causa de enfermedad hepática y renal, retardo de la función del injerto, tasa de rechazo (temprano < 3 meses) sobrevida acumulada de los pacientes a los 30, 90 días, 1 y 5 años, y pérdida de injerto. Los datos fueron analizados como porcentajes, promedios, medianas y rangos.

Resultados: Se realizaron 46 trasplantes combinados de hígado y riñón en el período analizado. La edad promedio fue 53 años (rango 15-68), 26 sexo masculino (57%), 12 fueron re- trasplantes, 7 hepáticos y 5 renales. Las indicaciones de trasplante fueron: Poliquistosis Hepatorrenal en 21 pacientes (45.6%), cirrosis hepática 22 pacientes (47.8 %). De estos últimos 10 fueron secundario a Hcv-Hbv, 6 autoinmune, 5 alcohol y 1 Nash. El 63% de nuestra población se encontraba en terapia sustitutiva renal al momento del trasplante, el resto fueron trasplantes preventivos con filtrado glomerular estimado < 30 ml/min/1.73m². Todos recibieron Inducción: Timoglobulina 16 ptes. (36%), Basiliximab 26 ptes. (59%) y Daclizumab 2 ptes. (5%). Todos recibieron triple esquema inmunosupresor con Tacrolimus + Micofenolato + esteroides. El 50% de los pacientes evolucionó con retraso de la función del injerto. 9 de 46 pacientes desarrollaron rechazo agudo: 5 humorales (3 tempranos y 2 tardíos) y 4 celulares tardíos. La mediana de seguimiento fue de 43 meses (rango 1-219). La sobrevida acumulada de los pacientes a los 30, 90 días, 1 y 5 años fue: 90%, 79%, 79% y 65.7% respectivamente. El 50% de las muertes tempranas fueron en retransplantes hepáticos. Se constataron 5 pérdidas del injerto renal, 1 dentro de los 30 días post trasplante y 4 alejadas (> 5.5 años postrasplante). Desde 1997 hasta 2020 se realizaron 30 trasplantes SLK: un promedio de 1.3 trasplantes por año. Desde 2021 hasta 2025 el promedio aumentó a 3.2 trasplantes por año (16 trasplantes SLK).

Conclusiones: En nuestro centro, hubo un incremento en el número de trasplantes hepatorrenales en los últimos 5 años. La sobrevida acumulada de los pacientes fue similar a lo reportado en registros internacionales. El trasplante hepatorrenal es una opción válida para pacientes con enfermedad crónica de ambos órganos, dado los resultados a mediano plazo (sobrevida 65% > 5 años).

(1) Nefrología, Hospital Italiano.
 CABA, Argentina

(2) Cirugía General, Hospital Italiano.
 CABA, Argentina

Financiamiento: No

Tendencias Temporales en las Características y Desenlaces de los Receptores de Trasplante Simultáneo Hepato-Renal en América Latina entre 2003 y 2025.

Martínez Morales, JC⁽¹⁾;
Descalzi, V⁽²⁾;
Gadano, A⁽¹⁾;
Castro Narro, GE⁽³⁾;
Vilatobá, M⁽⁴⁾;
Zerega, A⁽⁵⁾;
Cairo, F⁽⁶⁾;
Marciano, S⁽¹⁾

(1)Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, Hospital Italiano de Buenos Aires. Buenos Aires, Argentina

(2)Unidad de Trasplante Hepático y Hepatología, Fundación Favaloro. Buenos Aires, Argentina

(3)Departamento de Gastroenterología, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México, México

(4)Departamento de Trasplantes, Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Salvador Zubirán". Ciudad de México, México

(5)Unidad de Trasplante Hepático, Sannatorio Allende. Córdoba, Argentina

(6)Unidad de Hepatología y Trasplante Hepático, Hospital de Alta Complejidad "El Cruce". Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: El seguimiento de las tendencias en el trasplante simultáneo hepato-renal (TSHR) respalda la toma de decisiones clínicas, favorece la mejora en los centros y contribuye al desarrollo de políticas regionales. Nuestro objetivo fue describir los cambios en las características de donantes y receptores, las indicaciones de trasplante y los desenlaces al año en América Latina entre 2003 y 2025.

Pacientes / Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo que incluyó receptores de TSHR de siete países latinoamericanos. Los datos se analizaron en seis periodos: 2003–2009, 2010–2013, 2014–2016, 2017–2018, 2019–2021 y 2022–2025. Los desenlaces evaluados fueron la supervivencia del paciente al año y la función renal al año, definida como una tasa de filtrado glomerular estimada (TFGe) ≥ 45 mL/min/1,73 m², utilizada como subrogante de un adecuado desempeño del injerto y asociada a mejores resultados a largo plazo.

Resultados y Discusión: Se incluyeron 305 pacientes. La edad y el sexo de los receptores se mantuvieron estables. La prevalencia de diabetes aumentó del 6% al 46%; la hipertensión y la dislipidemia variaron mínimamente. Las indicaciones de trasplante hepático mostraron cambios: la cirrosis disminuyó del 82% al 56%, mientras que la enfermedad poliquística ascendió al 26%. La cirrosis asociada a VHC descendió del 38% al 18%; la enfermedad hepática metabólica asociada a esteatosis (MASLD) aumentó del 11% al 37%. La cirrosis alcohólica mostró fluctuaciones, alcanzando un máximo del 48%. La diabetes se consolidó como la principal indicación de trasplante renal, mientras que la glomerulonefritis se redujo. Las excepciones de MELD aumentaron progresivamente, llegando al 50% en 2022–2025. Las características de los donantes se mantuvieron estables. La supervivencia al año mejoró del 66% (IC 95%, 49–82) al 92% (IC 95%, 84–100). Aproximadamente el 70% de los receptores alcanzó el umbral de TFGe ≥ 45 en todos los periodos.

Conclusiones: A pesar del perfil cada vez más complejo de los receptores y de la evolución en las indicaciones de trasplante, los resultados del TSHR en América Latina han mostrado una mejora sostenida en las últimas dos décadas. Este progreso refleja la creciente experiencia y coordinación de los sistemas de trasplante, y subraya la necesidad de mantener esfuerzos de recolección de datos específicos de la región.

Figura:



Evaluación de Determinantes Psicosociales en Pacientes en Lista de Espera para Trasplante Hepático y su Asociación con Mortalidad

Gomez Perdiguer, G⁽¹⁾;
 Garrido, MA⁽¹⁾;
 Mignone, V⁽¹⁾;
 Priotti, VI⁽¹⁾;
 Bayardo Garcia, S⁽¹⁾;
 ; Martinez, JC⁽¹⁾;
 Gadano, A⁽¹⁾;
 Marciano, S⁽¹⁾

(1) Hospital Italiano de Buenos Aires

Introducción: Los determinantes psicosociales de la salud representan condiciones que pueden impactar negativamente en los candidatos a trasplante hepático. Su frecuencia y asociación con los desenlaces en lista de espera están poco descritas.

Objetivos:

Caracterizar determinantes psicosociales al ingreso a la lista de espera para trasplante hepático y evaluar su asociación con mortalidad.

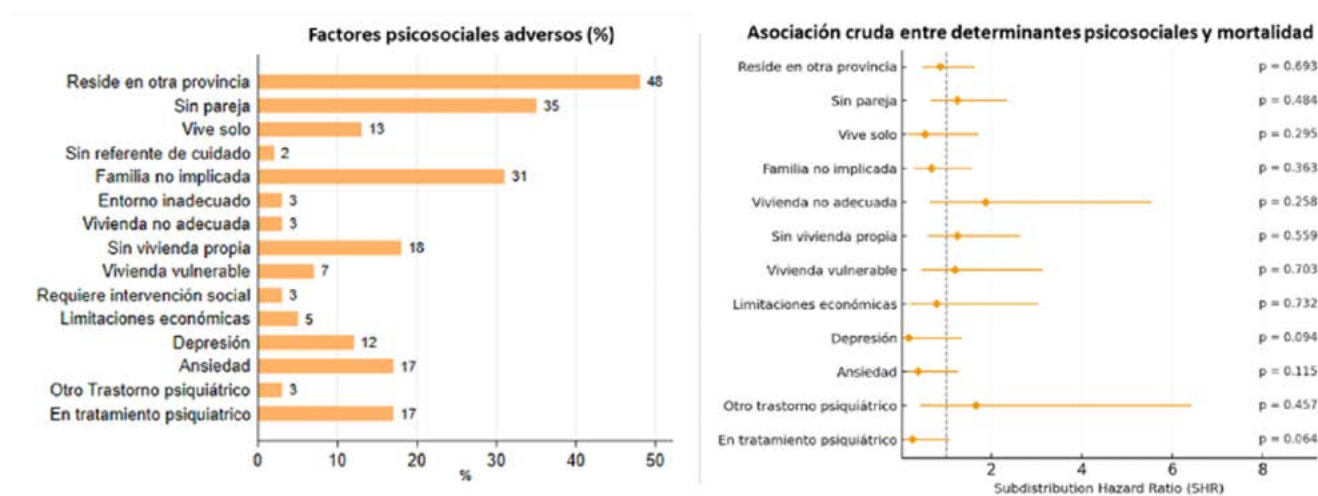
Métodos: Cohorte retrospectiva de adultos ingresados en lista de espera consecutivamente (ene-2020–dic-2024). Se excluyeron pacientes con falla hepática aguda y aquellos con soportes vitales agudos al momento de la evaluación. Los determinantes psicosociales se relevaron por psiquiatría y trabajo social con criterios estandarizados; además del análisis por cada determinante, se construyó una variable de conteo de los mismos (0/1/≥2). El desenlace primario fue mortalidad en lista; el trasplante se modeló como evento competitivo (modelos de Fine–Gray, sHR e IC95%). Se exploró modificación de efecto por MELD-Na (continuo, estratos y no linealidad con splines cúbicos restringidos). Como análisis secundario, se evaluó el tiempo al trasplante mediante curvas de incidencia acumulada por categorías del conteo de determinantes adversos psicosociales.

Resultados: Se incluyeron 299 pacientes (mediana 60,4 años; 60% varones). Cirrosis 89% (MASH 32%, alcohol 26%). Los determinantes más frecuentes fueron barreras geográficas 48%, ausencia de pareja 35%, bajo involucramiento familiar 31%, problemas habitacionales 18% y convivencia unipersonal 13%; ansiedad 17% y depresión 12%. El conteo de factores psicosociales adversos (mediana 2; RIC 1–3) fue: 0 (12%), 1 (32%), 2 (24%), 3 (16%), 4 (8%), 5 (5%), ≥6 (3%). Durante el seguimiento hubo 40 muertes y 108 trasplantes. La incidencia de muerte en lista a 2 años fue 18% (IC95% 13–24%). Ninguna estrategia mostró asociación significativa entre determinantes psicosociales (individuales o por conteo) y mortalidad en lista ni interacciones relevantes con MELD-Na. En el análisis secundario, no se evidenció una demora consistente en el tiempo al trasplante según el conteo de factores adversos psicosociales. MELD-Na se asoció con mayor probabilidad de recibir el trasplante (sHR 1,17; IC95% 1,08–1,26; p<0,001).

Conclusiones: En esta cohorte, los determinantes psicosociales fueron frecuentes, pero no se asociaron con mayor mortalidad en lista ni con demoras claras al trasplante, tras considerar el evento competitivo (trasplante) y la severidad clínica (MELD-Na). Estos hallazgos sugieren que, en nuestro entorno, la decisión y oportunidad de trasplante dependen principalmente de la gravedad clínica. No obstante, no se descarta la falta de poder para detectar los efectos explorados.

Financiamiento: No

Figura:



Urioste, A⁽¹⁾;
Merkier, AK⁽¹⁾;
Fraga, MG⁽¹⁾;
Solimine, JH⁽¹⁾;
Abovich, MA⁽¹⁾;
Aranda, C⁽¹⁾

(1) Laboratorio Histocompatibilidad,
Hospital General de Agudos
Carlos G. Durand,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
Argentina

Introducción: El crossmatch por citometría de flujo (CMCF) es una técnica fundamental en el trasplante renal para detectar en el receptor la presencia de anticuerpos específicos contra el donante (DSA). Un resultado positivo en esta prueba se relaciona estrechamente con el rechazo agudo del órgano trasplantado. Para completar el estudio inmunológico, se utilizan pruebas como el Panel Reactivo de Anticuerpos (PRA) y la especificidad de anticuerpos anti-HLA. El objetivo de este estudio fue realizar un análisis de los resultados de CMCF y establecer su relación con valores de PRA y especificidad de anticuerpos, en una cohorte de receptores y donantes vivos relacionados (DVR).

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y transversal, que incluyó a pacientes candidatos a trasplante renal con DVR, que ingresaron a nuestro laboratorio con solicitud de CMCF, entre septiembre 2023 y julio 2025. Se utilizaron citómetros de flujo BD FACSCalibur y FACSLytic, con los programas CellQuest y FACSuit. Los valores de PRA y especificidad de anticuerpos se determinaron por ensayos en fase sólida - Luminex y software Fusion 4.6. El análisis estadístico se realizó con SPSS y GraphPad (prueba de Mann-Whitney).

Resultados: Se analizaron 45 CMCF correspondientes a 41 pacientes, con una edad media de 35 años (rango 20-57) y un 58% de mujeres. A partir de los resultados obtenidos, se consideraron 3 grupos, según la negatividad o positividad para ambas poblaciones linfocitarias (L) T y B o sólo para una de ellas (incluyendo los indeterminados, IND): LT-LB- (n=34), LT+LB+ (n=5), LT+LB-/LT-LB+/LT-LBIND (n=6). Comparando el grupo LT+LB+ con el grupo LT-LB- se observaron valores promedio significativamente elevados en el primero en PRA-1 ($73 \pm 33\%$ vs $5 \pm 15\%$, $p < 0,0001$) y PRA-2 ($61 \pm 48\%$ vs $1 \pm 3\%$, $p = 0,0003$), mientras que para el grupo LT+LB-/LT-LB+/LT-LBIND sólo se observaron diferencias significativas con el grupo LT-LB- para los valores promedio de PRA-2 ($30 \pm 35\%$ vs $1 \pm 3\%$ respectivamente, $p = 0,0137$). Respecto a las especificidades, el receptor con CMCF LT+LB+ presentaba anticuerpos contra moléculas de HLA de clase-II con valores de intensidad de fluorescencia media mayores a 7000, mientras que el receptor LT+LB- contra HLA de clase-I y presencia de DSA.

Conclusiones: Nuestros hallazgos muestran que la mayoría de los resultados de CMCF con DVR, resultaron negativos para LT y LB. Los resultados LT+LB+ están asociados con valores de PRA-1 y 2 elevados, lo cual se explica por el mayor grado de sensibilización de los pacientes para antígenos HLA clase-I y II. Los resultados LT-LB+ son explicados por la presencia de anticuerpos específicos contra HLA de clase-II, ya que sólo los LB expresan estas moléculas en reposo. Los resultados LT+LB- sin embargo, son más controversiales ya que tanto LT como LB expresan moléculas HLA de clase I. Se ha publicado que algunas moléculas HLA podrían tener mayor expresión en LT, constituyendo una posible explicación para estos casos.

Nuestros resultados resaltan la importancia de realizar un análisis integral de anticuerpos anti-HLA en pacientes pre trasplante renal para detectar la presencia de DSA y mejorar la selección del donante y el posterior manejo clínico de los pacientes.

Financiamiento: No

Martínez Morales, JC⁽¹⁾;
Descalzi, V⁽²⁾;
Castro Narro, GE⁽³⁾;
Cairo, F⁽⁴⁾;
Andraus, W⁽⁵⁾;
Mendizabal, M⁽⁶⁾;
Benítez, C⁽⁷⁾;
Marciano, S⁽¹⁾

(1)Unidad de Hepatología y Trasplante
Hepático, Hospital Italiano de Buenos
Aires. Buenos Aires, Argentina

(2)Unidad de Trasplante Hepático y
Hepatología, Fundación Favaloro.
Buenos Aires, Argentina

(3)Departamento de Gastroentero-
logía, Instituto Nacional de Ciencias
Médicas y Nutrición "Salvador Zubi-
rán". Ciudad de México, México

(4)Unidad de Hepatología y Trasplante
Hepático, Hospital de Alta Comple-
jidad "El Cruce", Florencio Varela.
Buenos Aires, Argentina

(5)Trasplante Hepático y Órganos de
los Aparatos Digestivos, Hospital das
Clínicas. São Paulo, Brasil

(6)Unidad de Hepatología y Trasplante
Hepático, Hospital Universitario
Austral. Buenos Aires, Argentina

(7)Hepatología de Trasplante, Insti-
tuto de Trasplante, Hospital Clínico
UC-Christus. Santiago de Chile, Chile

Financiamiento: No

Introducción y Objetivos: El trasplante simultáneo hepato-renal (TSHR) se realiza con creciente frecuencia a nivel mundial. El objetivo de este estudio fue describir las características y analizar los desenlaces de pacientes que recibieron un TSHR en Latinoamérica.

Pacientes / Materiales y Métodos: Se diseñó un estudio de cohorte retrospectivo, multicéntrico y multinacional en pacientes adultos sometidos a TSHR. La sobrevida global y la sobrevida con ambos injertos funcionales (hígado y riñón) se estimaron mediante el método de Kaplan-Meier.

Resultados y Discusión: Se incluyeron 305 pacientes que recibieron un TSHR entre 2003 y 2025 en Argentina, Brasil, Colombia, Chile, México, Perú y Uruguay. La mediana de edad fue de 56 años (RIC: 47–62), con un 62% de varones. Las principales indicaciones de trasplante hepático fueron cirrosis descompensada (68%) y enfermedad poliquística (21%). Entre las etiologías de cirrosis destacaron: alcohol (32%), origen viral (26%) y enfermedad hepática metabólica asociada a esteatosis (MASLD) (25%).

Respecto a la indicación renal, el 93% presentó enfermedad renal crónica (ERC), siendo las causas más frecuentes la enfermedad poliquística renal (25%), la nefropatía diabética (23%) y la nefropatía hipertensiva (9%). Entre los pacientes trasplantados por injuria renal aguda (AKI), el 71% presentó síndrome hepatorenal. En total, el 56% se encontraba en terapia de reemplazo renal crónica (TRRC) previa al trasplante. El 38% accedió al procedimiento mediante excepciones de MELD. La mediana del puntaje MELD-Na fue de 23 puntos (RIC: 19–30).

El 15% (N=44) había recibido un trasplante previo aislado (53% renal y 47% hepático). Durante la primera semana postrasplante, el 24% requirió terapia de reemplazo renal aguda (TRRA) y el 17% una reintervención quirúrgica abdominal. En el seguimiento a largo plazo, el 12% presentó eventos cardiovasculares mayores y el 6% complicaciones oncológicas. Otras características de receptores y donantes se detallan en la tabla 1.

La sobrevida global fue del 78% (IC 95% 73–83) al año, 74% (IC 95% 68–79) a 3 años, 68% (IC 95% 62–74) a 5 años, 57% (IC 95% 49–64) a 10 años y 54.4% (IC 95% 45.9–62.1) a 15 años.

La sobrevida con injertos funcionales alcanzó 77% (IC 95% 72–82) al año, 71.0% (IC 95% 65.2–76.0) a 3 años, 64.9% (IC 95% 58.6–70.5) a 5 años, 50.9% (IC 95% 42.9–58.5) a 10 años y 46.8% (IC 95% 38.2–55.0) a 15 años.

Conclusiones: Este estudio aporta por primera vez datos regionales que muestran que la sobrevida a largo plazo de los pacientes sometidos a TSHR en América Latina es comparable con los estándares internacionales.

Figura:

Tabla 1. Características del paciente al momento del TSHR (n=305)	
Variable	Resultado
CARACTERÍSTICAS PRE TRASPLANTE DEL RECEPTOR	
Hipertensión Arterial	153 (54 %)
Diabetes	99 (35 %)
Dislipidemia	49 (17 %)
IMC > 29***	48 (17 %)
Ventilación Mecánica	37 (13 %)
Trasplante previo**	41 (14 %)
Origen del paciente	191 (67 %)
Ambulatorio	58 (20 %)
Internación General	43 (15 %)
Terapia Intensiva	
INMUNOSUPRESIÓN DE INDUCCIÓN	
Metilprednisolona + Timoglobulina	45 (15 %)
Metilprednisolona + Basiliximab	167 (56 %)
Metilprednisolona + Basiliximab + Timoglobulina	7 (2 %)
Solo Metilprednisolona	81 (27 %)
RECHAZO DEL INJERTO	
Rechazo agudo/celular hepático confirmado por biopsia	22 (8 %)
Rechazo agudo/celular renal confirmado por biopsia	32 (11%)
CARACTERÍSTICAS DEL DONANTE	
Edad*	34 (24-47)
Sexo Masculino	193 (63 %)
IMC***	25 (23-27)
Sodio sérico****	151 (145-159)
Creatinina sérica*****	0.95 (0.70 - 1.20)

*Mediana y percentilos 25%-75%

**50 % trasplante hepático aislado; 50 % trasplante renal aislado.

***IMC: Índice de Masa Corporal.

**** en meq./l.

***** en mg./dl.

O-116

Detección de Vesículas Extracelulares en Líquidos de Preservación de Riñones para Trasplante: en Busca de Nuevos Biomarcadores

Rivera, MF^{(1, 2);}
Mess, AP^{(2);}
Celi, A^{(2);}
Roses, J^{(1);}
Raño, J^{(1);}
Sanchez, N^{(1);}
Di Giusto, G^{(2, 3);}
Schiavelli, R⁽¹⁾

(1)División Nefrología y Trasplante Renal, Hospital General de Agudos "Dr. Cosme Argerich". Buenos Aires, Argentina

(2)Departamento de Ciencias Fisiológicas. Laboratorio de Biomembranas. Buenos Aires, Argentina, Universidad de Buenos Aires, Facultad de Ciencias Médicas. Buenos Aires, Argentina

(3)Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET), Instituto de Fisiología y Biofísica Bernardo Houssay (IFIBIO Houssay). Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: En Argentina, más de 30.000 personas padecen enfermedad renal crónica terminal. El trasplante renal constituye la terapia sustitutiva de elección, ya que ofrece una mayor supervivencia y calidad de vida en comparación con las terapias dialíticas. Sin embargo, la lista de espera refleja la dificultad en la procuración de órganos, lo que resalta la necesidad de optimizar el uso de todos los injertos disponibles, incluso aquellos catalogados como marginales. En 2023 se incorporaron en nuestro país dos máquinas de perfusión hipotérmica. En este contexto, las vesículas extracelulares (estructuras nanométricas que reflejan el estado de la célula de origen y modulan la función de otras células) surgen como candidatos prometedores en la búsqueda de biomarcadores no invasivos capaces de predecir la función del injerto.

Nuestra hipótesis de trabajo plantea que las vesículas extracelulares presentes en los líquidos de conservación estática y de perfusión hipotérmica utilizados en la preservación de riñones para trasplante contienen perfiles específicos de biomarcadores que pueden a futuro ser utilizados como indicadores de la calidad y funcionalidad del injerto renal.

Objetivo: Caracterizar las vesículas extracelulares presentes en soluciones de preservación estática (NoPER) y en soluciones de riñones perfundidos en máquina de perfusión hipotérmica (PostPER).

Materiales y Métodos: Las fracciones que contienen vesículas extracelulares fueron obtenidas por ultracentrifugación y caracterizadas mediante Nanoparticle Tracking Analysis (NTA), microscopía electrónica de transmisión (MET) y Western Blot.

Resultados: Se analizaron 7 muestras de soluciones de preservación estática (tiempo medio: $23,14 \pm 4,67$ h) y 13 muestras post perfusión ($10,42 \pm 3,34$ h en máquina de perfusión hipotérmica).

El análisis por Nanoparticle Tracking Analysis evidenció partículas en ambos grupos, con una tendencia a mayor concentración en las soluciones de preservación estática.

La microscopía electrónica de transmisión confirmó morfología y estructura vesicular, con partículas esféricas delimitadas por membrana, de 50 a 300 nm, compatibles con vesículas extracelulares.

El Western Blot mostró la presencia de CD63 (marcador de vesículas extracelulares), así como acuaporina 2 (AQP2) y la isoforma 3 del intercambiador sodio-protón (NHE3), lo que confirma su origen renal.

Conclusiones: Este estudio demuestra que las soluciones de preservación de riñones para trasplante contienen vesículas extracelulares de origen renal. La identificación de estas estructuras abre la posibilidad de desarrollar biomarcadores no invasivos para evaluar la calidad de los injertos y eventualmente predecir su evolución post-trasplante, con el potencial de mejorar la toma de decisiones clínicas y aumentar la utilización de injertos renales.

O-117

Descarte Renal en la Provincia de Buenos Aires: Impacto del Uso de Máquinas de Perfusión

Petrone, H^{(1);}
Remazzina, MJ^{(1);}
Leone, F⁽²⁾

(1)Dirección de Redes de Trasplante, CUCAIBA. La Plata, Argentina

(2)Presidente, CUCAIBA. La Plata, Argentina

Financiamiento: No

Introducción/Objetivo: El descarte renal (órganos ablacionados y no implantados) en operativos de procuración, en la Provincia de Buenos Aires, ronda el 26% anual (año 2024). El objetivo del presente estudio es evaluar el impacto de la utilización de máquinas de perfusión en relación con dicho aspecto.

Materiales y Métodos: Se analizó una muestra de operativos de procuración de órganos en la provincia de Buenos Aires, entre el 11/04/2025 y el 04/09/2025. En dicho período se realizaron 150 operativos, obteniéndose 300 riñones. Se analizó: Tipo de muerte (encefálica-cardíaca), causa de muerte, sexo y edad de los donantes, creatinina inicial y pre ablación, presencia de criterios expandidos y utilización de máquina de perfusión. Se analizó el descarte renal en la población total evaluada y se lo comparó con el efectuado en los donantes cuyos riñones fueron perfundidos en máquina. El análisis estadístico para realizar dicha comparación fue Diferencia de proporciones. El nivel de significancia utilizado fue de 0.05. El tipo de perfusión utilizado en todos los casos fue hipotérmica sin suplencia de oxígeno.

Resultados: De 300 riñones ablacionados, se implantaron 231. El descarte fue 23 % (n= 69). Los injertos no perfundidos fueron 198 de los cuales se descartaron 56 (28,28%) Los injertos que se perfundieron fueron 102. El descarte fue 12,74% (n=13). La proporción de descarte de riñones perfundidos fue menor a la observada en riñones no perfundidos: $p \leq 0,05$. El intervalo de confianza unilateral 95% (-0,079). La diferencia puntual estimada es 15,6 %. El grupo perfundido tuvo mayor frecuencia de Donante en muerte cardíaca (27,4% vs 3 %), ACV como causa de muerte (70,6 % vs 56,6%) y Donante de criterios expandidos (64,7% vs 25,3%).

Conclusiones: La utilización de máquinas de perfusión disminuyó el descarte renal cuando se comparó con riñones no perfundidos. Este hallazgo es aún más remarcable cuando se analiza que la población de riñones perfundidos provino de donantes de mayor riesgo como son los fallecidos en muerte cardíaca (asistolia controlada), ACV como causa de ingreso y donantes de criterios expandidos.

Moreira, JE^(1,2);
Ariganello, LJ⁽¹⁾;
Ball Bustos, S⁽¹⁾;
Amorin, J⁽¹⁾;
Marino Aguirre, M⁽¹⁾;
Fusco, AC⁽¹⁾;
Basilotta, V⁽¹⁾;
Gentilini, MV^(1,2)

(1)Facultad de Ciencias Médicas,
Universidad Favaloro,
CABA, Argentina

(2)Laboratorio de Microcirugía
Experimental, Instituto de Medicina
Traslatinal, Trasplante
y Bioingeniería,
CABA, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: La microcirugía exige destrezas finas reproducibles que requieren entrenamiento estructurado con evaluación objetiva. En el trasplante de órganos, la microcirugía vascular es crítica por su impacto directo en la calidad de las anastomosis, asociada a fuga, estenosis, trombosis vascular, y por ende en la viabilidad del injerto. Por esto resulta clave adquirir y certificar competencias antes del quirófano. Existen diversas opiniones sobre estrategias y períodos adecuados para planes de entrenamiento quirúrgico. En este trabajo evaluamos una estrategia de entrenamiento progresivo con intervalos de descanso de 1 semana, combinando modelos de simulación de bajo costo y escalas globales estandarizadas adaptadas (OSATS). También nos propusimos desarrollar un modelo de simulación capaz de evaluar parámetros objetivos pos anastomosis.

Materiales y Métodos: Participaron 14 estudiantes (3º–6º año de medicina) sin experiencia previa en microcirugía; cada uno supervisado por un microcirujano docente. Se utilizaron tres modelos: Síntesis en látex natural (MSTB); Anastomosis término-terminal en pata de pollo (MAT-T); Anastomosis con flujo en circuito cerrado (MAT-TF). Se evaluó el desempeño de cada estudiante con escalas OSATS y el tiempo de ejecución en los modelos. Se utilizaron test estadísticos de Normalidad y Kruskal-Wallis.

Resultados: El puntaje OSATS promedio para el modelo MSTB aumentó de $17,8 \pm 0,6$ en la semana 1, a $37,4 \pm 0,7$ en la semana 7. Se observó una reducción del tiempo de ejecución a partir de la semana 2 ($p=0,0017$), sin diferencias por género; el 93% redujo significativamente sus tiempos de ejecución en las primeras 5 prácticas. El desempeño promedio de la anastomosis en el MAT-T aumentó de $38,1 \pm 3,4$ a $51,5 \pm 5,5$ entre la 1ª y 3ª práctica. El tiempo de disección y el de anastomosis disminuyeron entre la 1ª y la 3ª semana (total: $79,0 \pm 4,1$ y $58,0 \pm 7,0$ min; anastomosis: $36,2 \pm 4,7$ y $25,5 \pm 4,5$ min, respectivamente) (Fig.1). El MAT-TF desarrollado mantuvo presión media ≈ 75 mmHg (62–86) y una sensibilidad de 1 mmHg, y permitió cuantificar volumen de fuga (VF) durante las prácticas de prueba, estableciendo umbrales operativos de ΔP y VF como indicadores de integridad de anastomosis.

Conclusiones: Un entrenamiento microquirúrgico con modelos de simulación, tiempos de descanso de 1 semana e intervalos cortos (1hs a 1,5hs) permite la adquisición de habilidades microvasculares significativas a partir de la semana 5 sin entrenamiento previo. El MAT-TF, de bajo costo y alta reproducibilidad, permitió evaluar parámetros objetivos (ΔP y VF) pos anastomosis en las prácticas de prueba apoyando su uso en el futuro. Estos resultados muestran una estrategia de entrenamiento útil y factible en el sistema de salud actual y abren la puerta a evaluar parámetros objetivos en el entrenamiento del trasplante con modelos de simulación asequibles, fijando competencias, estandarizando la retroalimentación y modelando curvas de aprendizaje individuales y/o grupales (Fig.2).

Figuras:

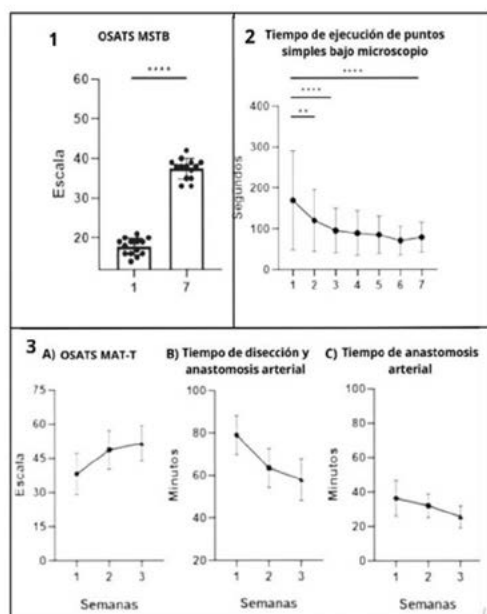


Fig. 1: 1- Promedios de la escala OSATS evaluada en la semana 1 y en la semana 7 del primer modelo de entrenamiento (MSTB) para puntos simples; 2- Curva de tiempos de ejecución promedio en MSTB durante las primeras 7 semanas para puntos simples; ** ($p=0,0017$), **** ($p<0,0001$); 3-A- Promedios de la escala OSATS evaluada en el modelo de anastomosis arterial término-terminal (MAT-T) en pata de pollo; 3-B- Curva de tiempos de ejecución promedio total (disección + anastomosis arterial) en MAT-T; 3-C- Curva de tiempos de ejecución promedio de anastomosis arterial en MAT-T.

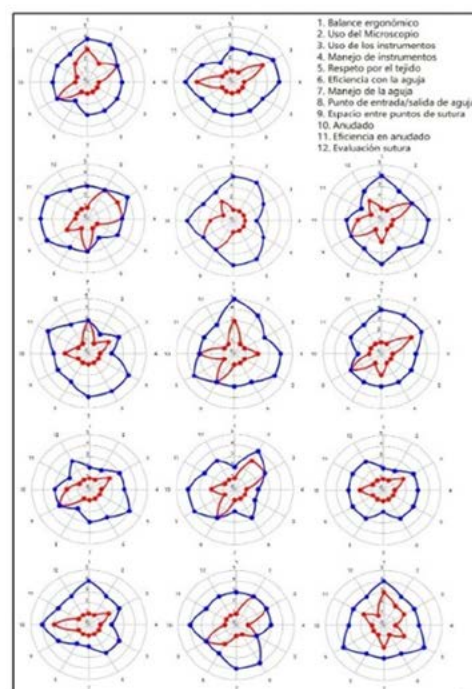


Fig. 2: Desempeño de cada estudiante evaluado por OSATS en el MSTB en la semana 1 (rojo) y la semana 7 (azul). Se evidencia la progresión de cada estudiante para cada una de las habilidades evaluadas en el modelo.

Tratamiento Nefroprotector en Pacientes Trasplantados Renales: Análisis Transversal en un Hospital Público de la Provincia de Buenos Aires

Williams, F⁽¹⁾;
Taylor, MF⁽¹⁾;
Gonzales Pereira, JL⁽¹⁾;
Ciappa, JM⁽¹⁾;
Mir Sábato, G⁽¹⁾

(1)Unidad de Trasplante Renal,
HIGA San Martín,
La Plata, Argentina

Objetivo: Evaluar el uso de estrategias de nefroprotección en pacientes trasplantados renales en seguimiento ambulatorio en un hospital público de la provincia de Buenos Aires.

Materiales y Métodos: Estudio unicéntrico, de corte transversal, realizado entre enero de 2024 y septiembre de 2025. Se incluyeron pacientes adultos en seguimiento postrasplante renal. La función renal se clasificó según estadios KDIGO utilizando la tasa de filtrado glomerular estimada (TFGe) por fórmula MDRD. Se analizaron las siguientes variables: edad, sexo, tiempo desde el trasplante, tipo de donante, presencia de proteinuria, uso de antihipertensivos, inhibidores del sistema renina-angiotensina-aldosterona (iSRAA), inhibidores del cotransportador sodio-glucosa tipo 2 (iSGLT2), estatinas, inhibidores de bomba de protones (IBP) y antiinflamatorios no esteroides (AINEs). Se consideraron nefroprotectores los iSRAA, iSGLT2 y estatinas; y potencialmente nefrotóxicos los IBP y AINEs. El análisis estadístico incluyó pruebas de Chi cuadrado y t de Student, considerando significancia estadística para valores de $p < 0.05$.

Resultados: De 456 pacientes en seguimiento, se obtuvieron datos completos de 452. Se observó mayor severidad de insuficiencia renal (TFGe y proteinuria) en pacientes de mayor edad y con mayor tiempo postrasplante. Los estadios KDIGO IIIa-IIIb presentaron mayor tasa de tratamiento nefroprotector (principalmente iSRAA y estatinas) en comparación con estadios I-II y IV-V. Llamativamente, solo el 52% de los pacientes con proteinuria significativa en estadios I-II y IV-V recibieron tratamiento antiproteinúrico. El uso de iSGLT2 fue bajo en todos los estadios. La exposición a fármacos potencialmente nefrotóxicos fue homogénea en toda la cohorte.

Conclusiones: Se evidencia una subutilización de tratamientos nefroprotectores en los extremos de la enfermedad renal crónica postrasplante, especialmente en pacientes con proteinuria significativa. Es necesario reforzar estrategias terapéuticas en estos grupos de alto riesgo para mejorar la progresión renal y reducir la morbilidad.

Figura:

Tabla 1. Resumen de Resultados

	Estadio I-II	Estadio IIIa	Estadio IIIb	Estadio IV	Estadio V
N	138	116	113	74	11
Edad	36.87±13.64	39.7±13.67	38.91±12.94	37.83±15.25	41.62±15.98
T seguimiento	9.35±6.46	10.33±7.21	10.71±7.19	10.78±6.76	11.13±5.13
Sexo Femenino	43.5% (60)	36.2% (42)	50.4% (57)	54.1% (40)	63.6% (7)
Proteinuria Significativa (A2-A3)	34.1% (47)*	30.2% (35)	52.2% (59)*	60.8% (45)*	90.9% (10)*
Proteinuria sin antiproteinúricos	44.7% (26)	68.6% (11)*	23 (61%)	17 (62.2%)	5 (50%)
Al menos 1 anti hipertensivo	63.77% (88)	72.41% (84)	75.22% (85)	75.68% (56)	72.73% (8)
2 o más antiHTA	29% (40)	27.6% (32)	43.7% (49)*	39.2% (29)	36.4% (4)
3 o mas anti HTA	6.52% (9)	8.6% (10)	10.6% (12)	13.5% (10)	27.3% (3)
Con Nefroprotección	51.5% (71)	65.5% (76)	69.9% (79)	59.5% (44)	54.6% (6)
Con iSRAA	41.3% (57)	53.5% (62)	56.6% (64)*	54.1% (40)	45.5% (5)
Con iSGLT2	1.5% (2)	0.9% (1)	2.7% (3)	1.4% (1)	0% (0)
Con Estatinas	25.4% (35)	31.9% (37)	42.5% (48)*	31.2% (23)	36.4 (4)
Con Nefrotóxicos	34.8% (48)	44.8% (52)	37.2% (42)	55.4% (41)	54.6% (6)

*p < 0.05 vs. otros estadios KDIGO

Financiamiento: No

Novellis, ML⁽¹⁾;
Iturria, J⁽¹⁾;
Broeders, C⁽¹⁾;
Descalzi, V⁽¹⁾;
Yantorno, S⁽¹⁾;
Fraile, A⁽¹⁾;
Ramisch, D⁽¹⁾;
Barros Schelotto, P⁽¹⁾

(1)Unidad de Hepatología, Cirugía
Hepatobiliar y Trasplante Hepático,
Hospital Universitario Fundación
Favaloro, Buenos Aires, Argentina

Introducción: Tradicionalmente, los donantes en muerte encefálica (DME) han sido la principal fuente de órganos para trasplante hepático (TH). Sin embargo, ante la creciente demanda, la donación en asistolia ha cobrado relevancia. El desarrollo de técnicas como la perfusión regional normotérmica (PRN) ha permitido reducir el daño isquémico y evaluar la viabilidad del injerto, ampliando así el pool de donantes disponibles.

Objetivo: Describir la experiencia inicial en el uso de donantes en asistolia (DA) para TH en nuestro centro, evaluando su viabilidad y resultados clínicos.

Materiales y Métodos: Análisis descriptivo de 5 TH con donante en asistolia controlada (Maastricht III). Se evaluaron datos demográficos de donantes y receptores, técnica quirúrgica, tiempo de perfusión, variables intraoperatorias, perfil bioquímico, complicaciones y evolución postoperatoria.

Resultados: Entre junio y septiembre de 2025 se realizaron 5 TH con DA controlada: 4 con PRN y 1 con técnica super-rápida. La edad e IMC de los donantes fue 47 (36–67) años y 27 (21–35) kg/m² respectivamente. Desde la limitación del soporte hasta la hipoxia significativa (TAM < 60 mmHg) transcurrió 1 minuto en todos los casos. El tiempo de isquemia caliente verdadera (desde TAM < 60 mmHg hasta inicio de perfusión) fue 21 (9–23) minutos y el tiempo de isquemia total (limitación del soporte hasta inicio de perfusión) de 23 (11–24) minutos. La mediana de tiempo en PRN fue 114 (90–133) minutos, con controles bioquímicos seriados. El peso del injerto fue de 1675 (1100–1966) g. La solución de preservación usada SPS1 (n=3) y HTK (n=2). El tiempo de isquemia fría transcurrido 303 (270–470) minutos. La edad de los receptores fue 51 (24–67) años, con MELD al TH de 19 (16–29) y 220 (3–1578) días en lista de espera. Las etiologías para TH fueron cirrosis biliar primaria (2), alcohólica, criptogénica y autoinmune. Las hepatectomías se realizaron con técnica de Piggy-back; dos requirieron reconstrucciones arteriales en back table y todas las anastomosis biliares fueron término-terminal sin Kehr. El valor pico de transaminasas postoperatorias fue TGO 2442 (538–4001) U/l y TGP 1560 (231–2639) U/l, la estancia en UTI de 24–48 horas y los días totales de internación: $9,8 \pm 3$. No se registraron complicaciones a corto y mediano plazo post TH, sólo un caso de rechazo celular agudo severo, que resolvió con bolo adicional de esteroides EV. No se documentaron disfunciones primarias de injerto ni trombosis y actualmente, todos los pacientes presentan injerto funcionando con seguimiento en curso.

Conclusiones: 1) La donación en asistolia controlada representa una alternativa válida para ampliar el número de donantes en TH. 2) La perfusión regional normotérmica (PRN) demostró ser factible y segura, al reducir el daño isquémico y permitir evaluar la viabilidad del injerto durante la ablación. 3) Los resultados iniciales mostraron adecuada función del injerto y un perfil de complicaciones aceptable, con resultados comparables a lo reportado internacionalmente.

Financiamiento: No

O-122

Donante Vivo en Trasplante Hepático: Experiencia de un Centro en los Últimos 15 Años

Novellis, ML⁽¹⁾;
Iturria, J⁽¹⁾;
Montes, L⁽¹⁾;
Descalzi, V⁽¹⁾;
Yantorno, S⁽¹⁾;
Reyes Toso, L⁽¹⁾;
Ramisch, D⁽¹⁾;
Barros Schelotto, P⁽¹⁾

(1)Unidad de Hígado, Cirugía Hepato-
biliar y Trasplante Hepático, Hospital
Universitario Fundación Favaloro,
Buenos Aires, Argentina

Introducción: La utilización de donantes vivos (DV) en el trasplante hepático (TH) es una estrategia eficaz frente a la escasez de órganos, permitiendo ampliar la disponibilidad de injertos y reducir el tiempo en lista de espera. Este enfoque exige una estricta evaluación de riesgos y una planificación precisa para minimizar la morbilidad operatoria. El objetivo del trabajo fue evaluar los resultados clínico quirúrgicos, la evolución postoperatoria y la morbi-mortalidad en donantes sanos sometidos a hepatectomía para TH adulto y pediátrico.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional, retrospectivo, en 63 donantes sometidos a hepatectomía para DV, realizadas entre 9/09 y 12/24. La evaluación preoperatoria incluyó estudios clínicos, angio-TC y colangio-RMN. En el intraoperatorio se realizó colangiografía sistemática. La transección parenquimatosa se realizó mediante aspirador ultrasónico y bisturí armónico. En el análisis se incluyeron variables demográficas, indicación del TH, parentesco donante-receptor, tipo y peso del injerto, relación de peso entre injerto-receptor (GRWR), abordaje quirúrgico (abierto vs laparoscópico), tiempo operatorio, estadía hospitalaria, morbilidad según clasificación de Dindo-Clavien (DC) y mortalidad post operatoria. Análisis estadístico: X2 para variables categóricas, prueba t de Student para comparación de medias y sobrevida actuarial por Kaplan Meier. SPSS v20.0.

Resultados: El 56% de los donantes fueron mujeres, con una edad media de 29 ± 7 años; 49 (78%) fueron donantes adulto-pediátricos y 14 (22%) adulto-adulto. Las indicaciones de TH fueron atresia vía biliar 29 (46%), falla hepática fulminante 6 (10%), síndrome de Alagille 5 (8%), colangitis biliar primaria 4 (6%), hepatocarcinoma 4 (6%) y otras causas 15 (24%). En cuanto al grado de parentesco, 20 (32%) fue padre-hijo, 15 (24%) madre-hijo, 16 (25%) hijo-padres y 12 (19%) otro parentesco. El abordaje quirúrgico fue abierto en 47 (75%) casos y laparoscópico en 16 (25%), de las cuales 3 fueron mano asistidos y 4 requirieron conversión a cirugía abierta, debido a dificultades inherentes a la disección y transección hepática. Se realizaron 10 hepatectomías derechas (16%), 14 izquierdas (22%) y 39 segmentectomías lateral izquierda (62%). El peso del injerto fue 359 g (105–995), con un GRWR de $1,23\% \pm 1,40$ en adultos y $2,95\% \pm 2,09$ en pediátricos. El tiempo quirúrgico fue 300 (130–570) minutos. La estancia hospitalaria promedio fue de 3 ± 1 días, con ingreso inicial en UTI. La tasa global de complicaciones fue 11% y de complicaciones DC IIIb 3% (un donante presentó un síndrome pilórico y requirió gastro-entero anastomosis y otro requirió laparotomía exploradora con control de hemostasia por hemoperitoneo). No se registró mortalidad en los donantes.

Conclusiones: 1) La técnica de donante vivo en el programa de TH en nuestro centro se ha consolidado como una práctica segura, con baja incidencia de complicaciones mayores y sin mortalidad. 2) La selección rigurosa de donantes, el uso de abordajes mínimamente invasivos y la estandarización de criterios quirúrgicos contribuyen a optimizar los resultados y a preservar la seguridad del donante. 3) El abordaje laparoscópico debe plantearse como una práctica estándar debido a su baja tasa de complicaciones y su corta estancia hospitalaria.

Financiamiento: No

O-125

Pielonefritis Aguda del Injerto Renal: ¿Es la Resonancia Magnética Nuclear una Herramienta de Utilidad Práctica en la Estadificación y Control Evolutivo Postrasplante?

Giraud, M⁽¹⁾;
Villafañez, CC⁽¹⁾;
Gomez, PF⁽¹⁾;
Escobar, RA⁽¹⁾;
Quintero, MA⁽¹⁾;
Buthet, MP⁽¹⁾;
Rodriguez, M⁽¹⁾;
Maldonado, RA⁽¹⁾

(1)Nefrología y Trasplante,
Clínica Privada Velez Sarsfield,
Cordoba, Argentina

Objetivos: La pielonefritis del injerto es la complicación infecciosa más frecuente en el primer año posterior al trasplante renal. Para mejorar el pronóstico es clave confirmar con rapidez y evaluar la magnitud del compromiso, detectando complicaciones que cambien la conducta terapéutica. Evaluamos la utilidad de la resonancia magnética multiparamétrica sin contraste con difusión (RM DWI) y mapas del coeficiente de difusión aparente realizada dentro de las primeras 48 hs desde la sospecha clínica, y su impacto en la decisión terapéutica y en la evolución del injerto.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo en servicio de Nefrología y Trasplante realizado entre 11/2023 hasta 9/2025. Se incluyeron 45 ptes en total con sospecha clínica de Pielonefritis. La indicación de RM DWI fue establecida con los siguientes criterios de inclusión: 1) infección urinaria recurrente 2) deterioro de función del injerto y/o estado clínico general 3) persistencia sintomática luego de tratamiento ATB instaurado (fiebre o dolor del injerto y falta respuesta clínica al tratamiento) 4) estudios ecográficos no concluyentes o sospecha de absceso 5) gérmenes multirresistentes 6) presentación en el primer trimestre postrasplante 7) hemocultivos positivos. Se estableció la presencia de 3 o más criterios de inclusión para realizar la RMN DWI. Todos los pacientes tuvieron ecografía Doppler, urocultivo y hemocultivos, e inicio de ATB IV precozmente al ingreso del pte.

Se considera RM DWI positiva para pielonefritis del injerto, la presencia de al menos un foco con restricción a la difusión + cambios perinéricos en contexto clínico-microbiológico compatible. El tratamiento estándar fue de al menos 3 semanas extendido a 6 semanas si presenta multifocalidad, recidiva o recurrencia.

Resultados: Se realizó RMN con DWI al 46,7% (IC95%: 32,9–60,9) de los pacientes; entre quienes recibieron DWI, el 95,2% (IC95%: 77,3–99,2) resultó positivo y, entre los estudios positivos, el 95,0% (IC95%: 76,4–99,1) evidenció multifocalidad. Predominaron bacilos gramnegativos en 55,6% (IC95%: 41,2–69,1), con mecanismos de resistencia en 68,0% (IC95%: 48,4–82,8) de los aislamientos gramnegativos. La bacteriemia se observó en 46,7% (IC95%: 32,9–60,9) y la lesión renal aguda en 64,4% (IC95%: 49,8–76,8). El 44,4% (IC95%: 30,9–58,8) no requirió cuidados intensivos. A 90 días se registraron eventos en 15,6% (IC95%: 7,7–28,8), desagregados en mortalidad 6,7% (IC95%: 2,3–17,9) y pérdida del injerto 8,9% (IC95%: 3,5–20,7).

Conclusiones: La RM DWI, aplicada precozmente y sin contraste, añadió exactitud diagnóstica y visibilidad de la extensión real del proceso infeccioso. Esto ayudó a la estratificación de gravedad y nos permitió definir el tiempo de tratamiento, transformándose en una herramienta útil en el manejo de la pielonefritis post trasplante renal.

Financiamiento: No

Gardarian, I⁽¹⁾;
 Degrave, F⁽²⁾;
 Di Pinto, D⁽¹⁾;
 Minetto, MJ⁽²⁾;
 Dip, M⁽²⁾;
 Ibañez, J⁽¹⁾

(1)Servicio de Nefrología,
 diálisis y trasplante renal,
 Hospital J. P. Garrahan,
 Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
 Argentina

(2)Servicio de Trasplante Hepático,
 Hospital J. P. Garrahan,
 Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
 Argentina

Financiamiento: No

Introducción: El trasplante hepatorrenal combinado (THR), indicado en enfermedades estructurales o metabólicas que comprometen simultáneamente hígado y riñón, es infrecuente en pediatría. La evidencia en niños es limitada, por lo que resulta relevante comunicar la experiencia en nuestro centro.

Objetivos: Describir la experiencia en THR pediátrico, analizando características clínicas y etiológicas, complicaciones y resultados a mediano y largo plazo.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo realizado en un único centro de atención pediátrica. Incluimos pacientes ≤ 19 años que recibieron un THR simultáneo de donante cadavérico entre los años 1992 a 2024. Analizamos datos demográficos y clínicos, características del trasplante y sobrevida de pacientes e injertos.

Resultados: Nuestro centro lleva realizado 1097 trasplantes hepáticos y 1150 renales, de ellos 12 fueron THR simultáneo de donante fallecido en 11 pacientes (pac.). Etiologías: poliquistosis renal autosómica recesiva con fibrosis hepática (n=5), acidemia metilmalónica (n=2), cirrosis criptogénica asociado a nefropatía por IgA (n=1), hiperoxaluria primaria tipo 1 (n=1), síndrome urémico hemolítico con colangitis esclerosante secundaria (n=1) y hepatitis autoinmune (n=1). Al THR: mediana de edad 13,8 años (r=5,8-18,9); peso 29,2 kg (r=14-60); talla 128 cm (r=91-161). Ocho pacientes se encontraban en tratamiento dialítico. El crossmatch frente a panel histórico fue positivo en 5 pac.; uno de ellos requirió desensibilización previo al trasplante. Mediana de Modelo para Enfermedad Hepática Terminal (MELD) 15 (r=9-44) y tiempo en lista de espera 97 días (r=5-773). Mediana de edad del donante 22,5 años (r=4-43); uno en asistolia controlada. Se utilizaron 10 injertos hepáticos enteros y 2 variantes técnicas; el riñón se implantó tras la reperusión hepática. Mediana de isquemia fría para hígado 7,25h y para riñón 11,2h. El esquema inmunosupresor se visualiza en Tabla 1.

Tres casos requirieron hemodiálisis postrasplante. En 7 de 12 intervenciones hubo complicaciones quirúrgicas tempranas que requirieron cirugía (4 hemoperitoneos, 2 reconstrucciones biliares y 1 esplenectomía). Se registraron 3 episodios de sepsis. Hubo 9 episodios de rechazo; 7 celulares (6 hepáticos y 1 renal) y 1 humoral (en ambos). Mediana de seguimiento: 2,71 años (r=0,07 a 8,79). Sobrevida de pacientes: 83% al año y 83% a 8 años. Sobrevida de injertos: 83% y 74% respectivamente. Hubo 2 fallecimientos tempranos por hemoperitoneo (26 y 29 días post trasplante).

Conclusiones: El THR combinado representa alrededor del 1% del total de trasplantes hepáticos y renales realizados de manera individual. Constituye un procedimiento quirúrgico complejo, con complicaciones quirúrgicas e inmunológicas, sin embargo, ofrece resultados satisfactorios en cuanto a la sobrevida de pacientes e injertos, consolidándose como una opción terapéutica válida en patologías seleccionadas.

Tabla 1. Esquema de inmunosupresión

Basiliximab	5
Timoglobulina	5
Timoglobulina y Rituximab	2
Tacrolimus + MMF + Esteroides	8
Tacrolimus + Esteroides	2
Ciclosporina + Azatioprina + Esteroides	1
Ciclosporina + MMF + Esteroides	1

Labaronnie, E^{(1, 2);}
Martínez Morales, J^{(1, 2);}
Gómez Perdiguerro, G^{(1, 2);}
Ardiles, V^{(1);}
Orozco Niño, JA^{(1, 2);}
Uño Tala, J^{(1);}
Gadano, A^{(1, 2, 3);}
Marciano, S^(1, 2, 3)

(1)Unidad de Trasplante Hepático,
Hospital Italiano de Buenos Aires,
Buenos Aires, Argentina

(2)Sección Hepatología,
Hospital Italiano de Buenos Aires,
Buenos Aires, Argentina

(3)Departamento de Investigación,
Hospital Italiano de Buenos Aires,
Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

Introducción y Objetivo: La expansión de las indicaciones del trasplante hepático, el envejecimiento poblacional y el aumento de comorbilidades plantea desafíos crecientes en la selección de candidatos. En este contexto, conocer las tendencias temporales en el perfil de los pacientes es clave para optimizar la planificación y la toma de decisiones en trasplante hepático.

Pacientes / Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectivo en sujetos ≥ 18 años evaluados para trasplante hepático e incluidos prospectivamente en el registro institucional entre el 01/01/2020 y el 31/12/2024. La unidad de análisis fueron los episodios de evaluación pre-trasplante, por lo que un mismo paciente pudo estar representado más de una vez. Se exploró la variación de las características demográficas y clínicas en cinco periodos anuales consecutivos.

Resultados y Discusión: Este análisis incluyó 414 episodios de evaluación correspondientes a 409 pacientes. La edad y el sexo se mantuvieron estables, con una mediana de 60 años y predominio masculino, al igual que la prevalencia de diabetes, hipertensión arterial y el índice de masa corporal. La cirrosis se sostuvo como la principal indicación, representando el 90% de las evaluaciones, mientras que la insuficiencia hepática aguda, aunque infrecuente, mostró un descenso marcado. En el perfil etiológico de la cirrosis, la esteatosis hepática metabólica aumentó de 27% en 2020 a 47% en 2024, y la hepatopatía asociada al consumo de alcohol registró un pico post pandemia (44% en 2021), estabilizándose luego en 22–25% entre 2022 y 2024. La hepatitis C se mantuvo en torno al 10%, mientras que la hepatitis B fue siempre infrecuente. En los últimos años no se registraron evaluaciones en pacientes con VIH. La severidad de la enfermedad, medida por MELD-sodio, descendió de 19 (15–24) en 2021 a 13 (10–21) en 2024. En cuanto a las complicaciones de la cirrosis, el cambio más destacado fue la encefalopatía hepática, que mostró una reducción sostenida desde 43% el primer periodo hasta 9% en el último. En contraste, la ascitis y el sangrado variceal se mantuvieron relativamente estables, con prevalencia promedio de 65% y 35%, respectivamente. El hepatocarcinoma descendió del 26% en el primer periodo a 10–11% en los años siguientes. Aunque las infecciones espontáneas se mantuvieron estables ($\approx 9\%$), la profilaxis antibiótica mostró un descenso progresivo y marcado.

Conclusiones: La esteatosis hepática metabólica se consolida como etiología emergente, mientras que la carga de hepatitis C se mantuvo estable. El perfil de complicaciones mostró una reducción de la encefalopatía, y a su vez un descenso del MELD-sodio. La profilaxis antibiótica disminuyó progresivamente hasta 9% en el último periodo, reflejando su uso más racional. Estos hallazgos aportan información relevante para optimizar la selección y el seguimiento de los candidatos a trasplante.

Figura:

Tabla 1. Tendencias temporales de las características de las evaluaciones pre-trasplante					
Variables evaluadas en toda la población (n = 414)					
	2020 (n=43)	2021 (n=67)	2022 (n=79)	2023 (n=126)	2024 (n=99)
Edad	60.6 (49.9-64.1)	66.8 (40.7-62.6)	69.1 (48.3-64.6)	61.2 (54.6-65.3)	60.4 (53.5-66.7)
Sexo masculino	28 (65 %)	37 (55 %)	40 (51 %)	69 (55 %)	64 (65 %)
IMC	27.2 (24.5-31.1)	26.1 (22.7-31.4)	27.5 (24.2-31.2)	27.4 (24.6-32.4)	27.8 (24.2-31.8)
Hipertensión arterial	14 (33 %)	19 (28 %)	19 (24 %)	44 (35 %)	30 (31 %)
Diabetes	14 (33 %)	15 (22 %)	26 (33 %)	39 (31 %)	37 (38 %)
Dialipidemia	9 (21 %)	10 (15 %)	6 (8 %)	16 (13 %)	12 (12 %)
VIH	3 (7 %)	-	1 (1 %)	-	-
MELD-sodio	17 (12-22)	19 (15-24)	19 (12-27)	16 (12-21)	13 (10-21)
Indicación de evaluación para trasplante					
Cirrosis y sus complicaciones	37 (86 %)	54 (81 %)	83 (80 %)	113 (90 %)	89 (90 %)
Falla hepática fulminante	2 (5 %)	3 (4 %)	6 (7 %)	2 (2 %)	1 (1 %)
Patología biliar/química no HCC	2 (5 %)	5 (8 %)	3 (4 %)	4 (3 %)	7 (7 %)
Retrasplante hepático	1 (2 %)	2 (3 %)	3 (4 %)	3 (2 %)	0 (0 %)
Otros	1 (2 %)	3 (4 %)	4 (5 %)	4 (3 %)	2 (2 %)
Hepatocarcinoma	11 (26 %)	6 (9 %)	8 (10 %)	14 (11 %)	11 (11 %)
Hepatitis asociada al Alcohol	1 (2 %)	1 (1 %)	1 (1 %)	1 (1 %)	-
Variables evaluadas en pacientes con cirrosis (n = 356)					
	2020 (n=37)	2021 (n=54)	2022 (n=63)	2023 (n=113)	2024 (n=89)
Etiología de la cirrosis ¹					
Alcohol	11 (30 %)	24 (44 %)	14 (22 %)	25 (22 %)	22 (25 %)
MASLD	10 (27 %)	13 (24 %)	25 (40 %)	44 (39 %)	41 (47 %)
Hepatitis B	1 (3 %)	1 (2 %)	-	2 (2 %)	1 (1 %)
Hepatitis C	3 (8 %)	3 (6 %)	7 (11 %)	9 (8 %)	7 (8 %)
Hepatitis autoinmune	4 (11 %)	8 (15 %)	6 (10 %)	11 (10 %)	4 (5 %)
CBP	3 (8 %)	8 (15 %)	7 (11 %)	16 (14 %)	5 (6 %)
CEP	1 (3 %)	2 (4 %)	-	3 (3 %)	4 (5 %)
Criptogénica	3 (8 %)	5 (9 %)	5 (8 %)	10 (9 %)	11 (13 %)
Otras	3 (8 %)	-	3 (5 %)	6 (5 %)	1 (1 %)
Complicaciones de la cirrosis					
Ascitis	25 (68 %)	43 (80 %)	40 (63 %)	71 (63 %)	54 (61 %)
Ascitis Refractaria	7 (19 %)	4 (7 %)	7 (11 %)	3 (3 %)	6 (7 %)
Encefalopatía hepática	16 (43 %)	12 (22 %)	18 (29 %)	17 (15 %)	8 (9 %)
Varices esofágicas/GPVH	32 (91 %)	45 (86 %)	53 (88 %)	85 (86 %)	68 (83 %)
Sangrado variceal	12 (34 %)	16 (31 %)	15 (25 %)	34 (34 %)	26 (44 %)
Trombosis portal	2 (5 %)	7 (13 %)	4 (6 %)	2 (2 %)	6 (7 %)
Infecciones bacterianas espontáneas ²	6 (16 %)	6 (11 %)	6 (9 %)	8 (7 %)	8 (8 %)
Profilaxis antibiótica	9 (24 %)	8 (15 %)	3 (5 %)	4 (4 %)	8 (9 %)
Rifaximina	11 (30 %)	19 (35 %)	21 (33 %)	33 (29 %)	34 (38 %)

Las variables categóricas se presentan como n (%), y las continuas como mediana (rango intercuartílico).

¹ El n = 352 refleja que las etiologías no son excluyentes (más de 2 por paciente). La suma de porcentajes puede exceder 100%.

² Incluye peritonitis bacteriana espontánea, bacteriemia espontánea y endocarditis espontánea.

IMC: índice de masa corporal; HIV: virus de la inmunodeficiencia humana; MELD-sodio: Model for End-Stage Liver Disease con sodio; HCC: hepatocarcinoma; MASLD: esteatosis hepática metabólica; CBP: coagulación biliar primaria; CEP: coagulación extrínseca primaria; GPVH: gradiente de presión venosa hepática.

O-138

Trasplante Renal con Donantes Fallecidos Infeccionados

Molina, C⁽¹⁾;
Paredes, C⁽¹⁾;
Bonilla, P⁽¹⁾;
Loor, P⁽¹⁾;
Fregenal, Y⁽¹⁾;
Ayala, L⁽¹⁾;
Schiavelli, R⁽¹⁾

(1)División Nefrología y Trasplante
Renal, Hospital Argerich GCBA,
Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: El uso de órganos de donantes infectados es limitado debido a la posibilidad de transmisión. Nuestro objetivo fue describir en forma retrospectiva el riesgo de transmisión de infecciones después de un trasplante renal de donante fallecido con hemocultivo (HC) y/o urocultivo (UC) positivo.

Materiales y Métodos: Se revisaron los resultados de los cultivos de los donantes de los receptores en nuestro centro y se revisaron las historias clínicas de esos receptores.

Resultados: Del análisis de 134 receptores con domicilio en nuestra provincia se observó que 53 habían recibido un trasplante renal de donantes provenientes de la misma provincia. La edad promedio de los receptores fue de 54 años y 3 meses y 35 (66%) fueron hombres. De los 53 donantes, 21 tenían algún cultivo positivo: 14 UC y 5 HC y 2 ambos. De los 21 receptores de estos donantes, 3 recibieron profilaxis antibiótica dirigida y 10 desarrollaron infección en el primer mes, pero ninguno relacionado con el D.

Los gérmenes hallados en los HC fueron: 2 *Staphylococcus coagulans* negativo; 1 *Staphylococcus epidermidis*; 1 *Staphylococcus hominis* y 1 *Staphylococcus aureus*. En los UC se observaron: 1 *Candida albicans*; 2 *Escherichia coli*; 3 *Enterococcus faecalis*; 2 *Streptococcus agalactiae*; 2 *Staphylococcus aureus*; 1 *Enterococcus faecium*, 1 *Proteus mirabilis*; 1 *Staphylococcus capitis* y 1 *Staphylococcus epidermidis* y en ambos UC y HC en uno: *Staphylococcus aureus* + UC *Candida glabrata* y en el otro: UC *Enterococcus faecalis* + HC *Staphylococcus epidermidis*. Cuando comparamos a los receptores de donantes infectados con receptores de los donantes no infectados no encontramos diferencias en edad, tiempo en diálisis, MMHLA, profilaxis antibiótica, Cr al año y sobrevida.

Conclusiones: El uso de órganos de donantes con HC y UC positivos parece ser una opción segura con bajo riesgo de transmisión.

O-140

Trombosis Arterial en Trasplante Hepático: Relación entre Tipos de Reconstrucción

Morici, A⁽¹⁾;
Pascual, FR⁽²⁾;
Traverso, R⁽²⁾;
Figueroa, MR⁽²⁾;
Yance, M⁽²⁾;
Menditto lehner, S⁽¹⁾

(1)Cirugía General, Sanatorio Allende,
Córdoba, Argentina

(2)Trasplante Hepático,
Sanatorio Allende,
Córdoba, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: La trombosis arterial hepática constituye una de las complicaciones más graves del trasplante hepático, comprometiendo la viabilidad del injerto y la sobrevida del paciente. Entre los factores quirúrgicos implicados se encuentra el tipo de reconstrucción arterial, cuya complejidad anatómica podría influir en la incidencia de eventos trombóticos.

Objetivo:

Comparar la incidencia de trombosis arterial aguda entre dos tipos de reconstrucción arterial en trasplante hepático: reconstrucción vascular larga (RVL) y reconstrucción vascular corta (RVC).

Materiales y Métodos: Estudio observacional retrospectivo de 175 pacientes adultos sometidos a trasplante hepático con donante cadavérico entre enero de 2014 y junio de 2024 en el Sanatorio Allende (Córdoba, Argentina).

Los pacientes se dividieron según el tipo de anastomosis:

RVL: anastomosis entre el tronco celiaco del donante y la arteria hepática propia + gastroduodenal del receptor.

RVC: anastomosis entre la arteria hepática común del donante y la arteria hepática propia del receptor.

Se analizaron las tasas de trombosis arterial, mortalidad, retrasplante y revascularización, aplicando pruebas de Chi² y exacta de Fisher.

Resultados: De los 175 trasplantes, 103 correspondieron a RVL y 72 a RVC.

Trombosis arterial: 16 casos (15,53%) en RVL vs 2 casos (2,78%) en RVC.

Odds ratio: 6,44 (p = 0,0055).

Chi²: p = 0,0131.

Ambos análisis mostraron diferencias estadísticamente significativas, indicando mayor riesgo de trombosis con anastomosis larga. La sobrevida al año fue del 80,6%, y el 27,7% de los casos con trombosis requirieron retrasplante.

Conclusion: La reconstrucción vascular corta se asocia con una reducción significativa en la incidencia de trombosis arterial aguda postrasplante. Este hallazgo resalta la importancia de la elección técnica en la reconstrucción arterial como factor determinante en la morbilidad y supervivencia del injerto.

Manejo de un Paciente Hipersensibilizado en Trasplante Renal: Desensibilización y Tratamiento Inmunosupresor. Reporte de un Caso.

Mieres Estigarribia, MF⁽¹⁾;
Seminara, CdV⁽¹⁾;
Selva, VS⁽¹⁾;
Morales, ME⁽¹⁾

⁽¹⁾Nefrología Infantil,
Hospital de Niños Santísima Trinidad.
Córdoba, Argentina

Paciente de 9 años de edad con Insuficiencia renal crónica terminal secundario a Nefropatía por RVU grado 3 bilateral e hipoplasia renal. En terapia de reemplazo renal: diálisis peritoneal desde septiembre de 2022.

Primer trasplante renal donante cadavérico en enero de 2024 MM 121 tiempo de isquemia 5 hs 58 minutos. Recibió como inmunosupresión de inducción timoglobulina dosis acumulada 3.2 mg/kg, metilprednisolona, y ácido micofenólico. A las 24 hs presenta trombosis de la arteria renal diagnosticada por doppler, se rota heparina profilaxis a tratamiento con enoxaheparina. Luego de realizar hemodinamia y posteriormente trombectomía, no se logra buena perfusión renal. Consecuentemente se realiza biopsia renal que informa necrosis cortical difusa y finalmente nefrectomía del injerto con descenso de inmunosupresión hasta la suspensión. Reingresa a diálisis peritoneal, y a los 6 meses se realiza cross match clase I 85 % y clase II 74 % posteriormente se continua seguimiento de anticuerpos anti HLA obteniéndose valores clase I MFI 27.200 y clase II MFI 12.200. Transcurrido el año de trasplante se objetivan valores de anticuerpos anti HLA clase I MFI 23700 y clase II MFI 10900.

Se realizó segundo trasplante renal en abril de 2025 donante cadavérico citometría indeterminado para linfocitos T y positivo para linfocitos B 194, MM 121, tiempo de isquemia fría de 19 hs y 31 min, inmunosupresión de inducción Timoglobulina, metilprednisolona, y ácido micofenólico con función conservada del injerto y evolución clínica favorable del paciente.

Se decidió realizar el siguiente esquema de inmunosupresión para pacientes hipersensibilizados, 5 dosis de timoglobulina (dosis acumulada 6 mg/kg), 5 sesiones de plasmaféresis (1er sesión pre tx renal), 2 dosis de gammaglobulina, y 4 dosis de Rituximab con monitoreo de población linfocitaria. A los 2 meses post trasplante renal se recibe anticuerpos anti HLA con valores de clase I MFI 4065 y clase II MFI 1000. Actualmente paciente con función renal conservada.

El trasplante renal se considera la mejor opción terapéutica de la insuficiencia renal crónica. Aunque hoy en día se evidencia que el número de pacientes altamente sensibilizados es cada vez mayor. La definición de paciente sensibilizado es bastante ambigua, pero la presencia de anticuerpos frente a su donante en el suero de un candidato a trasplante se considera un factor de riesgo para desarrollar un rechazo mediado por anticuerpos. Desde hace casi 2 décadas se han diseñado protocolos de desensibilización basados en el tratamiento con inmunoglobulinas intravenosas (IVG), distintas técnicas de aféresis y agentes deplecionantes de linfocitos B o células plasmáticas, con diferentes resultados. Recientemente, se han incorporado nuevas opciones de desensibilización que incluyen: agentes bloqueadores del complemento, imlifidasa (endopeptidasa) y agentes bloqueantes de interleucina 6 (IL-6) o de su receptor, que han hecho que disminuya la incidencia de rechazo agudo, si bien el pronóstico a medio plazo se desconoce.

Financiamiento: No

O-145

Utilización de Vuelos Comerciales en Logística para Ablación Hepática Regional

Villavicencio Fornaciari, S⁽¹⁾;
Alanis, G⁽¹⁾;
Alvarez Tolaba, ME⁽²⁾;
Gomez, SA⁽²⁾;
Butera, J⁽²⁾;
Eckhardt Morales, Ca⁽²⁾

(1)Trasplante y Procuracion, Padilla.
Tucuman, Argentina

(2)Procuracion, Padilla.
Tucuman, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: Argentina es un país extenso, donde la ubicación alejada de un donante de hígado del centro de implante tiene como desafío la logística. Habitualmente la procuración de estos órganos se realiza viajando el equipo quirúrgico por medio de vuelos privados de alto costo para disminuir los tiempos de isquemia fría (TIF). Este trabajo tiene como objetivo analizar la viabilidad de la ablación hepática regional (AHR) y el envío del órgano por vuelo comercial, comparando los costos y el TIF con la ablación tradicional.

Materiales y métodos: Se utilizó para la recolección de datos la base de INCUCAI (sintra/cresi) y bases de datos propias. Se seleccionaron los donantes de hígado desde el año 2022 a septiembre de 2025. Para evaluar costos se tomaron tarifas de 2 empresas privadas de vuelos aéreos (IG vuelos e Himmel), y se calcularon los kilómetros (km) aéreos en forma online por medio de la página <https://es.distance.to>. El costo del km aéreo es de 4.8 a 5,5 dólares (5.15 promedio) a cambio de pesos oficial del banco nación (\$1400) en la fecha actual es de \$7210 sin IVA (impuesto de valor agregado).

Resultados: Se desarrollaron 194 donantes efectivos en el periodo de 2022 a septiembre de 2025, de los cuales 141 fueron con donación de hígado efectiva (73%). En forma tradicional se realizaron 59 (42%) donantes de hígado (viaje de equipo médico por medio de vuelo privado) y 82 (58%) casos ablacionados en forma regional por equipo local. Para comparar TIF se tuvo cuenta como destino único ciudad autónoma de Buenos Aires (CABA) y se conformaron 3 grupos: grupo 1 ablación tradicional (51 casos), grupo 2 ablación regional con vuelo privado (12 casos) y grupo 3 AHR con vuelos comerciales (40 casos). El grupo 1 tiene un promedio de 498 minutos de TIF (360-600), el grupo 2 tiene 551 minutos (413-680) y el grupo 3 tiene 456 minutos (295-615). El Análisis de Varianza (ANOVA) mostró que no existe una diferencia significativa entre el grupo 1 (gold standard), y los restantes. El costo de un vuelo desde CABA, teniendo en cuenta la distancia de 2150 km (ida y vuelta) hasta la ubicación del donante, es de \$15.501.500 millones de pesos (M). Dado que en el periodo observado se realizaron 40 procesos por este medio podemos estimar un ahorro de \$ 620 M en comparación con un gasto de \$976 M por vuelos privados. En el periodo estudiado no se reportó ningún caso de problema aéreo en vuelos comerciales que haya impedido realizar la logística.

Conclusión:

Argentina es un país con problemas económicos siendo el trasplante un tratamiento de alto costo. Los gastos en logística son elevados y podrían ser disminuidos drásticamente si estos órganos fueran enviados por vuelos comerciales. Pero más importante es la posibilidad de ofrecer el acceso a estos órganos a equipos que no tienen la posibilidad de contratación de vuelos aéreos privados convirtiendo a la distribución hepática en un acceso universal e igualitario, habiendo demostrado la factibilidad y seguridad del proceso. Si bien este trabajo describe la realidad y experiencia de una provincia consideramos que no podemos generalizar estos resultados a la totalidad del país necesitando ampliar el análisis a cada provincia en forma particular.

O-146

Rechazo de Páncreas: Impacto de la Disfunción Pancreática (Hiperglucemia) en la Supervivencia del Injerto

Uva, PD⁽¹⁾;
Roses, J⁽¹⁾;
Pilotti, R⁽¹⁾;
Toniolo, MF⁽¹⁾;
Cabrera, IC⁽¹⁾;
Chuluyan, E⁽¹⁾;
Werber, G⁽¹⁾

(1)Trasplante Renopancreático,
Instituto de Trasplantes y Alta Complejidad (ITAC - Nephrology).
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: El rechazo pancreático puede cursar con o sin disfunción (hiperglucemia). La hiperglucemia ha sido considerada un signo tardío de rechazo con baja supervivencia. Realizamos biopsia pancreática ante elevación de enzimas o hiperglucemia. El tratamiento del rechazo celular consistió en pulsos de esteroides (Banff 1) + Timoglobulina (Banff 2-3). En rechazo humoral aplicamos plasmaferesis + IVIG. El propósito del estudio fue evaluar el impacto de la aparición de hiperglucemia en la supervivencia del injerto.

Resultados: Se diagnosticaron 93 pacientes con rechazo pancreático desde 2013 a 2024. El primer episodio de rechazo ocurrió a 39 meses del trasplante. 35 casos se presentaron con hiperglucemia y 58 con normoglucemia. Los rechazos con hiperglucemia tuvieron rechazos más severos (Borderline/Indeterminado 3%, celular leve 46%, celular moderado 37%, humoral 14%) que los pacientes con normoglucemia (Borderline/Indeterminado 7%, celular leve 72%, celular moderado 16%, humoral 5%). Los pacientes con normoglucemia tuvieron respuesta inicial al tratamiento de 98%, una recurrencia de 32% a 18 meses, con 3 fallas de injerto y 2 casos de función parcial. Los pacientes con hiperglucemia tuvieron una respuesta inicial a tratamiento de 63%, una recurrencia de 50% a 12 meses. La supervivencia del injerto pancreático a 3 años fue de 60% en pacientes con hiperglucemia vs 86% con normoglucemia. En pacientes con hiperglucemia, los pacientes que fueron externados post tratamiento sin insulina tuvieron una supervivencia de injerto similar a normoglucémicos (87%).

Conclusiones: La aparición de hiperglucemia al momento del rechazo está asociada a grados más severos de rechazo, a mayores tasas de recurrencia y a menor supervivencia del injerto a 3 años.

Utilización de Órganos de Descarte para Fines Educativos: Experiencia con Modelo Hepático para Bipartición

Minetto, J⁽¹⁾;
 Lauferman, L⁽¹⁾;
 Sanchez, N⁽²⁾;
 Mosna, L⁽²⁾;
 Cichero, F⁽²⁾;
 Asprea, M⁽³⁾;
 Halac, E⁽¹⁾;
 Dip, M⁽¹⁾

(1)Trasplante Hepático, Hospital Garrahan. CABA, Argentina

(2)Ente Autárquico Instituto de Trasplante. CABA, Argentina

(3)Bioterio, Hospital Garrahan. CABA, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: El aprendizaje de procedimientos quirúrgicos avanzados es complejo y de difícil reproducción, por lo que modelos experimentales para educación resultan útiles. Los modelos animales para entrenamiento en cirugía hepática difieren de la anatomía humana y anteponen la enseñanza al bienestar animal. El objetivo de este trabajo es describir nuestra experiencia con un modelo experimental desarrollado con injertos hepáticos humanos no aptos para trasplante para la realización de cursos de formación de profesionales..

Materiales y Métodos: Para la obtención de órganos hepáticos de descarte se obtuvo permiso de los organismos reguladores de procuración y trasplante (Instituto Nacional Central Único Coordinador de Ablación e Implante y Ente Autárquico Instituto de Trasplante). Los motivos de descarte fueron edad avanzada o daño hepático grave. Se recolectaron con técnica rápida posterior a la ablación de los órganos viables para implante. Los injertos hepáticos se lavaron con solución de preservación (si se utilizarían los riñones) o Ringer Lactato y se preservaron de forma estéril a -18° en el bioterio del Hospital Garrahan, donde también se llevó a cabo las actividades formativas. 3 días previos al inicio se pasó los órganos de -18° a 3-5°. La coloración se realizó por los alumnos durante los cursos. Se canuló vena porta y conducto biliar hasta la bifurcación, y arteria hepática hasta la arteria gastroduodenal. Previo a su utilización se prepararon soluciones coloreadas con 3/4 de silicona líquida y 1/4 de pintura al agua. Se inyectaron las soluciones por las cánulas de forma lenta y a baja presión para rellenar las estructuras, con posterior instilación de ácido acético para el endurecimiento de las mismas. Se ocluyeron finalmente las cánulas para dejar los hígados refrigerados a 3-5° por 24 horas para el endurecimiento de la silicona.

Resultados: Se recolectaron 15 injertos hepáticos de descarte para fines educativos. La mediana de tiempo de preservación fue de 3 meses. 2 hígados se utilizaron para el perfeccionamiento de la técnica, y otros 2 injertos debieron ser descartados por contaminación y deterioro de sus condiciones. Se realizaron 2 cursos teórico-prácticos durante 2022 y 2024 para 40 profesionales especializados en cirugía hepática compleja o de trasplante de hígado de Latinoamérica. Los talleres incluyeron replicar una bipartición hepática ex situ según técnica descripta previamente, asistida por colangiografía y por la tinción de estructuras vasculares y biliares. La duración de los cursos fue de 2 días, realizando la cirugía de banco, la colangiografía y la tinción durante el primer día y la bipartición el segundo. En todos los casos se pudo completar la práctica quirúrgica con alto grado de fidelidad de las estructuras y tejidos

Conclusiones: El modelo desarrollado con órganos humanos de descarte coloreados permitió optimizar la enseñanza de técnicas quirúrgicas complejas, siendo reproducible y útil para la formación de profesionales.

Figura:



Schiavelli, R⁽¹⁾;
 Roses, MJ⁽¹⁾;
 Raño, J⁽¹⁾;
 Sanchez, N⁽¹⁾;
 Mosna, L⁽²⁾;
 De Franc, A⁽³⁾;
 Lago, N⁽⁴⁾

(1)División Nefrología y Trasplante Renal, Hospital Argerich, Buenos Aires, Argentina

(2)Ente Autárquico Instituto de Trasplantes, GCBA, Buenos Aires, Argentina

(3)1era Unidad Académica del Departamento de Histología, Biología Celular, Embriología y Genética, Facultad de Medicina, UBA, Buenos Aires, Argentina

(4)Centro de Patología experimental Dto Patología, Facultad de Medicina UBA, Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: En la evaluación anatomopatológica de riñones trasplantados de origen cadavérico el sector glomerular es el único con capacidad de predicción de la función renal en el receptor. La perfusión en máquina hipotérmica (MPH) es una indicación importante en riñones provenientes de donantes en parada cardíaca (DCD) y el sector tubular en este tipo de donantes surge como una herramienta para la predicción de la recuperación de la función del injerto. Nuestro objetivo fue describir las biopsias con microscopia electrónica de riñones trasplantados con DCD.

Materiales y Métodos: Se realizaron biopsias en cuña de DCD que fueron perfundidos en MPH y luego trasplantados, las muestras se fijaron al menos 4 horas con Glutaraldehído 2,5% y refrigeradas en tubos eppendorf y remitidas dentro de las 72hrs para la observación en Microscopia Electrónica. Posteriormente, se realizó una segunda fijación con Tetróxido de Osmio 1% (Sigma-Aldrich) en PBS 0.1M pH 7.4 y luego fueron deshidratadas en una serie de alcoholes e incluidas en resina. Se realizaron cortes de 1 micra para MOAR y se adquirieron imágenes con un microscopio Zeiss Axiophot. La observación fue realizada en un microscopio TEM Zeiss EM109T (80kv) y se adquirieron imágenes con una cámara digital Gatan ES1000W.

Se evaluaron las siguientes variables: Tiempo de isquemia caliente durante la asistolia, creatinina del D, parámetros de la MPH (presión, flujo y resistencia) y tiempos de conservación estática, de perfusión y tiempo isquemia total

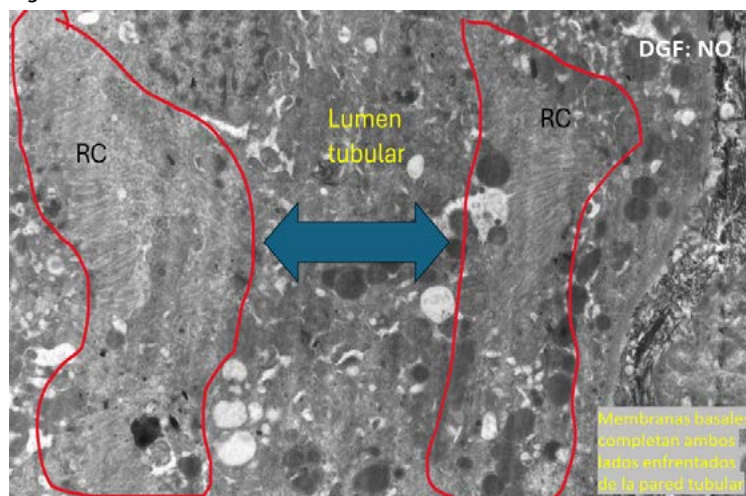
Resultados: Se evaluaron las biopsias de 4 DCD de riñones que posteriormente fueron trasplantados en 6 receptores. Tres trasplantes tuvieron retraso de la función del injerto (DGF) y tres no la presentaron. Los cambios ultraestructurales mostraron mayores áreas de preservación del ribete en cepillo en los túbulos contorneados proximales en los riñones de los receptores sin DGF. Figuras 1

No se observó diferencias entre las variables analizadas entre los receptores con y sin DGF. Tabla 1

Conclusiones: Se observó una correlación del sector tubular con la evolución de la función renal inmediata en el receptor. Se deben realizar mas muestras para corroborar estos datos.

Agradecimiento: Instituto de Trasplantes de Alta Complejidad (ITAC) que informó la DGF de sus receptores

Figura:



Conde, S⁽¹⁾;
Minetto, J⁽¹⁾;
Malla, I⁽¹⁾;
Cambaceres, C⁽²⁾;
Martinito, R⁽³⁾;
Lopez, S⁽⁴⁾;
Dip, M⁽¹⁾;
Halac, E⁽¹⁾;

(1)Trasplante Hepático,
Hospital Garrahan. CABA, Argentina

(2)Unidad de Cuidados Intensivos,
Hospital Garrahan. CABA, Argentina

(3)Clínica Pediátrica,
Hospital Garrahan. CABA, Argentina

(4)Hepatología,
Hospital Garrahan. CABA, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: La Falla Hepática Aguda (FHA) en pediatría es una enfermedad devastadora que afecta a niños previamente sanos, provocando un rápido deterioro clínico y la necesidad de un trasplante hepático (TH). En muchos casos, no se puede identificar la causa específica de la lesión hepática. Estudios recientes respaldan la teoría de que la lesión hepática podría estar relacionada con una respuesta inmunitaria hiperinflamatoria mediada por CD8+. La globulina antitimocítica (ATG) se ha propuesto como una opción terapéutica en estos casos mediante la depleción de linfocitos T circulantes y la modulación de la activación, la localización y la actividad citotóxica de los linfocitos T. Por lo tanto, el objetivo de este estudio es describir nuestra experiencia en pacientes pediátricos con FHA mediada por CD8+ tratados con ATG.

Métodos: Presentamos retrospectivamente una serie de pacientes pediátricos con FHA de origen desconocido tratados con Timoglobulina®. Todos eran menores de 18 años, no presentaban lesión hepática previa, y estuvieron ingresados en nuestro centro entre julio de 2023 y febrero de 2025. Se descartaron otras causas comunes de insuficiencia hepática aguda. El régimen de tratamiento incluyó ATG de conejo a una dosis de 4 mg/kg/día durante 4 días, continuando con prednisolona 1 mg/kg los días 5 a 13, con una reducción gradual hasta la suspensión a los 42 días. Se utilizó profilaxis para infecciones con ganciclovir y anidulafungina.

Resultados: Se incluyeron 6 pacientes en el estudio. La mediana de edad fue de 7 años (rango: 2-12). El 83% (5 pacientes) presentó un porcentaje significativamente mayor de linfocitos T CD8 en sangre periférica, con una inversión de la relación con CD4/CD8. Sólo un paciente no pudo completar el tratamiento, ya que falleció al segundo día debido a una FHA de rápida evolución. Los 5 pacientes restantes se encuentran vivos sin TH, con una mediana de seguimiento de 93,5 días (rango: 29-514). Las enzimas hepáticas se normalizaron en los 5 casos. No se observaron efectos adversos de la medicación. Como medida de precaución, se estudió a los donantes vivos cuando estaban disponibles y se los incluyó en la lista para una rápida toma de decisión en caso de deterioro. Curiosamente, en el mismo período, otros 6 pacientes recibieron un TH debido a FHA, y en 2 de ellos se observó una tinción CD8 densa o moderada en el explante hepático, lo que demuestra la posible relación con esta nueva entidad de FHA y la posible opción de tratamiento a pesar de la ausencia de signos característicos en sangre periférica.

Conclusiones: La FHA pediátrica sigue siendo un reto para los cirujanos de trasplante y hepatólogos de todo el mundo. La ATG podría ser una opción válida de tratamiento para la FHA pediátrica mediada por CD8+ con buenos resultados, e incluso podría considerarse en ausencia de signos característicos para evitar el LTH y su carga.

Desafíos del Retrasplante Hepático Pediátrico: Experiencia de 33 Años en un Centro Público de Argentina

Minetto, J⁽¹⁾;
Reijenstein, H⁽¹⁾;
Lauferman, L⁽¹⁾;
Aredes, D⁽¹⁾;
Jacobó Dillon, A⁽¹⁾;
Imventarza, O⁽¹⁾;
Halac, E⁽¹⁾;
Dip, M⁽¹⁾

(1)Trasplante Hepático,
Hospital Garrahan. CABA, Argentina

Financiamiento: No

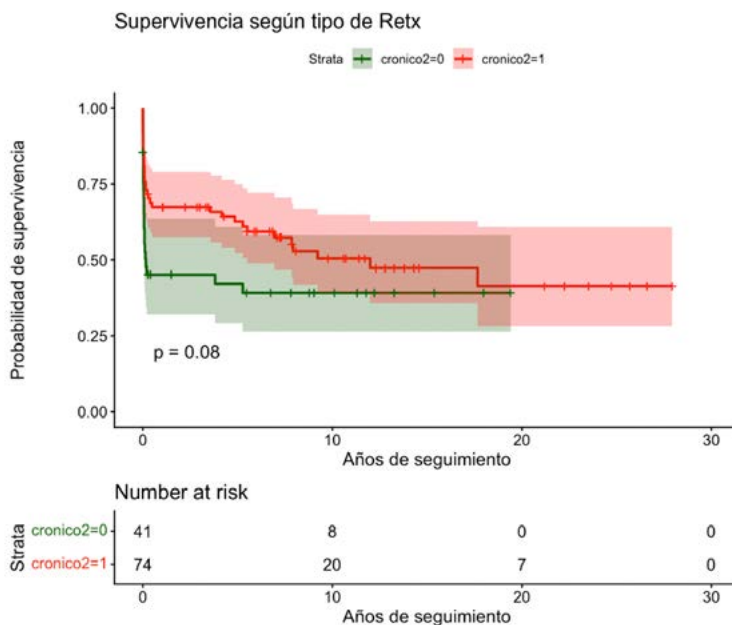
Introducción: El retrasplante hepático (reTH) se ha convertido en una indicación frecuente de los programas de trasplante. Se han reportado resultados inferiores a los del trasplante primario. Los resultados reportados de centros pediátricos son escasos, y podrían ser diferentes si se realiza de forma temprana o alejada. El objetivo del trabajo es presentar los resultados de los reTH realizados en nuestra institución, realizando un análisis diferenciado entre tempranos y alejados.

Materiales y Métodos: Estudio de cohorte retrospectiva incluyendo pacientes pediátricos reTH en el Hospital Garrahan desde 1992 hasta 2025. Se consideró retrasplante alejado aquel realizado después de los 30 días del trasplante primario. Se compararon grupos con wilcoxon rank sum o chi2 según el tipo de variable. Se buscó asociación con regresión logística y se calculó sobrevida con método de Kaplan Meier, comparando las curvas con log rank test. Se utilizó R y RStudio para el análisis y se definió significativa una $p < 0.05$

Resultados: Se realizaron 115 reTH, 35.7% tempranos (41 pacientes) y 64.3% alejados (74 pacientes). 5 pacientes recibieron re-retrasplantes. El diagnóstico que llevó al reTH temprano fue en un 97% disfunción primaria o vascular, mientras que el 89% de los alejados fue por cirrosis biliar o rechazo crónico. Los pacientes reTH tempranos tuvieron menor edad (mediana 2 vs 10 años $p < 0.001$), mayor PELD/MELD (mediana 22 vs 18 $p 0.03$) y se encontraban mayormente internados con soporte vital (70% vs 4.2% $p < 0.001$). Con respecto a las variables quirúrgicas, 74.3% de los reTH alejados se realizaron con hígado entero, vs 19.5% en los tempranos. El tiempo quirúrgico fue significativamente mayor en los reTH alejados, con una mediana de 10 horas, aunque los tiempos de isquemia y los volúmenes de transfusiones fueron similares. 59 pacientes fallecieron (51.3%), ocurriendo el 72.8% en los primeros 3 meses post reTH. No se encontró asociación entre tipo de reTH y muerte. 80% de pacientes con disfunción primaria fallecieron (OR 8.4 $p 0.005$ 2.1 44.5), pero no se vio la misma asociación con otros diagnósticos. El PELD/MELD (OR 1.05 $p 0.003$ 1.02 1.08), el soporte vital (OR 3.38 $p 0.007$ 1.42 8.6) y la politransfusión en el reTH (OR 3.14 $p 0.02$ 1.25 8.45) se asociaron de forma significativa con el fallecimiento del paciente. La sobrevida global a 1, 5 y 10 años fue de 59.6%, 55.4% y 46.5%. Si bien no se alcanzó significancia estadística, se vio que los reTH tempranos tuvieron 45.2%, 42.1% y 39.1%, mientras que los tardíos tuvieron 67.5%, 62.6% y 50.5% a 1, 5 y 10 años respectivamente. En esta serie no se encontraron diferencias de sobrevida entre el primer y el segundo reTH.

Conclusiones: Los retrasplantes hepáticos pediátricos son técnicamente complejos, pero alcanzaron en nuestra serie resultados aceptables independientemente del tiempo de realización. Comprender los resultados resulta crucial para adecuar el momento de la cirugía y mejorar así la atención de estos pacientes.

Figura:



Corsini, V⁽¹⁾;
Ferraris, V⁽¹⁾;
Grillo, MA⁽¹⁾;
Blazquez, J⁽¹⁾;
Ghezzi, L⁽¹⁾;
Raddavero, C⁽¹⁾;
Coccia, P⁽¹⁾

(1)Nefrología Pediátrica,
Hospital Italiano de Buenos Aires,
Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
Argentina

Financiamiento: No

Introducción/Objetivo: El trasplante renal es la terapia de elección en niños con enfermedad renal crónica terminal. En pacientes de bajo peso, el procedimiento se asocia a mayor complejidad quirúrgica y riesgo aumentado de complicaciones, por lo que resulta necesario evaluar los riesgos de un trasplante temprano frente a las desventajas de una terapia dialítica prolongada.

El objetivo fue comparar la sobrevida del injerto y del paciente, así como las morbilidades asociadas, entre quienes recibieron un primer trasplante renal con peso <15 kg y aquellos con 15–25 kg.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio de cohorte retrospectivo de pacientes trasplantados entre enero de 2013 y diciembre de 2022, con seguimiento mínimo de dos años. De 122 trasplantes realizados, se incluyeron 52 pacientes: 28 con peso <15 kg (grupo bajo peso, GBP) y 24 entre 15–25 kg (grupo control). Se analizaron variables demográficas, tipo de donante, complicaciones y función del injerto.

Resultados: La patología de base más frecuente fue displasia renal/uropatías, seguida de glomeruloesclerosis focal y segmentaria. La media de seguimiento fue de 7,2 años.

La sobrevida del injerto censurada por muertes fue del 85% y 100% en el GBP y 100% en el grupo control ($p=0,1$), mientras que la sobrevida del paciente fue del 85% y 100%, respectivamente ($p=0,04$). Las muertes se debieron a infecciones respiratorias ($n=2$), peritonitis esclerosante ($n=1$) y tumor miogénico asociado a virus de Epstein-Barr ($n=1$).

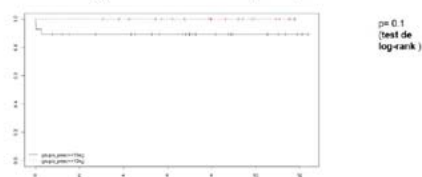
El tiempo de isquemia total en injertos de donante cadavérico fue de 18,1 horas, sin diferencias entre grupos. Los receptores <15 kg presentaron mayor incidencia de retraso en la función del injerto y de rechazo agudo, sin significancia estadística. En el GBP se observaron 2 trombosis de vena renal con pérdida del injerto, 1 necrosis ureteral y 1 estenosis pielocalicial; no se registraron complicaciones quirúrgicas en el grupo control.

La tasa de filtrado glomerular fue similar a los 2 años postrasplante, pero significativamente superior en el GBP al último control ($p=0,029$).

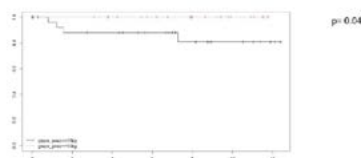
Conclusiones: Los receptores <15 kg presentaron mayor mortalidad, pero la sobrevida del injerto y la función renal fueron comparables a las de mayor peso, con mejor filtrado glomerular al final del seguimiento. Aunque el trasplante en niños de bajo peso representa un desafío técnico, constituye una opción viable en centros de alta complejidad.

Figura:

Sobrevida de injerto renal en pacientes
<de 15 kg o >= de 15 kg de peso al tx



Sobrevida de paciente en niños <de 15 kg o >= de 15 kg de peso al tx



Características de la población estudiada

Características	Total (Media/DS/%)	< 15 kg (n= 28)	> 15 kg (n= 24)	p
Edad al trasplante (años)	5,55 (+-3.14)	3.3 (+-1.2)	8.1 (+-2.6)	<0.0001
Peso al trasplante (kg)	15.28 (+-4.48)	11.72 (+-1.5)	19.44 (+-2.8)	<0.0001
Donante vivo	33 (63%)	21 (75%)	12 (50%)	0.08
Retraso en función del injerto	10 (19.23%)	8 (28.5%)	2 (8%)	0.06
Rechazo agudo	9 (17.6%)	7 (25%)	2 (8%)	0.09
TFG a 2 años (ml/min/1,73 m ²)	81.19 (+-25)	78.41 (+-23)	83.74 (+-26)	0.47
TFG al último control	46.9 (+-20.39)	52.69 (+-26.7)	40.45 (+-3.7)	0.029

Raño, J⁽¹⁾;
 Loo, N⁽¹⁾;
 Rivera, F⁽¹⁾;
 Paredes, C⁽¹⁾;
 Paredes, M⁽¹⁾;
 Illanes, J⁽¹⁾;
 Uva, P⁽¹⁾;
 Schiavelli, R⁽¹⁾

(1) Nefrología, Hospital General de
 Agudos Cosme Argerich,
 Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
 Argentina

Introducción: En el trasplante renal la presencia de anticuerpos anti-HLA donante específicos (DSA) se asocia a un riesgo aumentado de rechazo mediado por anticuerpos y pérdida del injerto a largo plazo, lo cual es un factor limitante a la hora de realizar una asignación renal. Con el objetivo de mejorar el acceso al trasplante de pacientes hipersensibilizados, el INCUCAL implementó la resolución 327/2023 que incorpora la prioridad para pacientes hipersensibilizados en la distribución renal.

Esta estrategia permitiría a pacientes que previamente tenían pocas posibilidades de trasplantarse, acceder a un órgano compatible teniendo en cuenta la presencia de DSA. El objetivo de este trabajo es comparar los resultados inmunológicos y clínicos obtenidos en pacientes trasplantados antes y después de la implementación de dicha resolución.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo unicéntrico donde se compararon dos cohortes de pacientes 18 meses antes (Grupo control) y 18 meses después (Grupo estudio) de la implementación de la resolución. Con un total de 51 pacientes en el grupo control y 53 pacientes en el grupo estudio.

Se analizaron variables demográficas, inmunológicas y clínicas como la edad, género, etiología de la enfermedad renal, riesgo inmunológico, esquema de inducción y mantenimiento, función retardada de injerto (DGF) así como supervivencia de injerto.

Resultados: Respecto a la características de los receptores no se encontró diferencias significativas la población presentó una edad media de 46,5 años, con tiempo en diálisis previo al trasplante con media de 82 meses. El esquema de inducción mostró una diferencia significativa siendo el esquema timoglobulina + meprednisona + tacrolimus + micofenolato el más frecuente en el grupo de estudio (94,3% vs 58,8%, $P < 0,001$).

La incidencia de rechazo fue del 15,4% (11,3% en el grupo estudio vs 19,6% en el control, $p = 0,24$). La pérdida de injerto ocurrió en el 12,5% de los pacientes (11,3% vs 15,7% $p = 0,51$).

En el análisis por Kaplan-Meier de supervivencia de injerto no hubo diferencias significativas sin embargo la inducción basiliximab evidenció más rechazo (31,6%) respecto al resto de esquemas de inducción (11,8%) diferencia que resultó estadísticamente significativa.

No se hallaron diferencias significativas en la supervivencia global del injerto.

Conclusiones: No se observó impacto inmunológico significativo posterior al trasplante a pesar del cambio en el sistema de distribución, lo que podría atribuirse al tamaño muestral limitado. Los hallazgos sugieren que la priorización de pacientes hipersensibilizados no aumentó el riesgo inmunológico posterior al trasplante, aunque quedaría realizar un seguimiento prolongado y mayor número de casos para confirmar estos resultados.

Financiamiento: No

Hemodiálisis Continua en Insuficiencia Hepática Aguda Pediátrica con Hiperamonemia Refractaria: Puente a Trasplante y Soporte Postoperatorio.

Lordi, L⁽¹⁾;
Raddavero, C⁽¹⁾;
Alvarez, JP⁽²⁾;
Boldrini, G⁽³⁾;
Coccia, P⁽¹⁾;
Pallitto, B⁽³⁾;
Ferraris, V⁽¹⁾

(1)Nefrología Pediátrica,
Hospital Italiano de Buenos Aires.
Buenos Aires, Argentina

(2)Terapia intensiva pediátrica,
Hospital Italiano de Buenos Aires.
Buenos Aires, Argentina

(3)Hepatología Pediátrica,
Hospital Italiano de Buenos Aires.
Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: La insuficiencia hepática aguda (IHA) se asocia con hiperamonemia severa, factor determinante en el desarrollo de encefalopatía. La terapia de reemplazo renal continua (CRRT) se considera tratamiento de elección para depuración rápida y sostenida del amonio.

Objetivo: Evaluar la sobrevida de pacientes pediátricos con IHA e hiperamonemia que recibieron CRRT como puente al trasplante, soporte postoperatorio y/o tratamiento durante la recuperación de su enfermedad de base.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo realizado en un Centro de Trasplante Hepático Pediátrico. Se incluyeron 20 pacientes que recibieron CRRT por IHA e hiperamonemia refractaria al tratamiento médico entre octubre de 2020 y agosto de 2025. Seis pacientes recibieron una sesión de hemodiálisis intermitente como manejo inicial. Diez pacientes realizaron plasmaféresis. Se registraron los niveles de amonio antes y después del inicio de CRRT, así como la sobrevida del injerto y del paciente a los 28 días y al final del seguimiento.

Resultados: Requirieron 20 pacientes TRRC. Del total, 3 presentaron recuperación clínica tras el inicio del tratamiento, evitando la necesidad de trasplante. Dos pacientes fallecieron mientras permanecían en lista de trasplante urgente. De los 15 pacientes restantes, 10 recibieron CRRT en el periodo previo al trasplante, y 5 en el postoperatorio. De los 15 pacientes que se trasplantaron, 4 fallecieron. La sobrevida de los pacientes a los 28 días de realizado tratamiento con TRRC fue del 93% (14 pacientes) y la sobrevida de los pacientes y del injerto hasta el fin de seguimiento del 73% (tiempo medio de seguimiento 15.8 meses).

Conclusiones: La CRRT permitió una depuración eficaz del amonio. La mayoría de los pacientes trasplantados sobrevivieron. En tres casos se evitó el trasplante. Estos hallazgos refuerzan el papel de la CRRT como herramienta fundamental tanto como puente al trasplante como en el manejo postoperatorio. Su inicio temprano puede optimizar el control metabólico y evitar el trasplante en casos seleccionados.

Características:

CARACTERISTICAS	PACIENTES
Edad (años) mediana	5.5 (0.5–17)
Peso (kg) mediana	19 (5.5 –94)
Mujeres (%)	55
Amonio	286
Inicio	194
Final P=0.04	

O-157

Chavez Choque, OO⁽¹⁾;
Monkowski, M⁽¹⁾;
Trimarchi, H⁽¹⁾

(1)Nefrología, Hospital Británico.
CABA, Argentina

Uso de I-SGLT2 en Pacientes con Trasplante Renal, la Experiencia de Nuestro Centro

Introducción: La presencia de proteinuria es frecuente en el postrasplante siendo la misma de diversa índole: Diabetes postrasplante (NODAT), compromiso por diabetes pre existente, rechazo, glomerulopatías y otras, Si bien es importante el diagnóstico de las mismas, a su vez es el tratamiento, teniendo como herramienta los inhibidores de la SGLT2 para el control de la proteinuria; siendo de importancia clínica su control. Aunque a la fecha no existe indicación directa en el paciente trasplantado, pero sí estudios que muestra su eficiencia y seguridad, presentamos el presente estudio.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo observacional, unicéntrico, revisando la historia clínica electrónica de nuestra población trasplantada, identificando aquellos que tienen como parte de su esquema terapéutico dapagliflozina o empagliflozina, se tabuló los datos mediante el sistema excel ® y EpiInfo ®.

Resultados: Del total de nuestra población trasplantada el 18,1% (n=10) actualmente se encuentra con algún i-SGLT2, de los cuales el 60% corresponde al sexo femenino, con una edad promedio de 57,7 años (DS 15.3).

Respecto a la etiología que motivó el trasplante renal el 30% (n=3) no se pudo filiar, n=2 (20%) de ellos fueron por enfermedad renal diabética y por glomeruloesclerosis focal y segmentaria. El 90% de la población usa dapagliflozina de 10 mg contra empagliflozina de 10 mg, el tiempo promedio en que los pacientes iniciaron el I-SGLT2, contando desde la fecha de trasplante renal, fue 57,7 meses (4,7 años) con percentiles de 18 meses (1,5 años) [25%] y de 115 meses (9,5 años) [75%]. La indicación del I-SGLT2 fue en contexto de proteinuria de diversa índole, llama la atención el 20% fue por ERD y 10% por NODAT. Se indicó con creatinina promedio de 1,29 mg/dl (DS 0,38) y la mediana de la proteinuria fue de 0,49 gr/día (percentiles 25% [0,26] - 75% [0,75]). El control se realizó a los 119 días en promedio (3,9 meses) [DS 75], con creatinina control de 1,45 mg/dl y proteinuria mediana de 0,2 gr/día (percentiles 25% [0,07] - 75% [1,39]). A la fecha no presentamos mortalidad registrada ni complicaciones asociadas a la función renal.

Conclusiones: El uso de I-SGLT2 en pacientes con trasplante renal de nuestra cohorte se asoció a una reducción de la proteinuria sin evidenciar deterioro significativo de la función renal en el seguimiento a corto plazo. A pesar de que actualmente no existe una indicación formal para su empleo en esta población, la experiencia observada sugiere que su utilización podría ser una alternativa segura y potencialmente beneficiosa en el manejo de la proteinuria postrasplante.

No se registraron eventos adversos graves ni mortalidad durante el período de observación. Se requieren estudios prospectivos y de mayor tamaño muestral para confirmar estos hallazgos y definir su rol en el tratamiento del paciente trasplantado renal.

Financiamiento: No

O-158

Minetto, J⁽¹⁾;
Lauferman, L⁽¹⁾;
Quarin, C⁽²⁾;
Raffin, G⁽²⁾;
Aredes, D⁽¹⁾;
Imventarza, O^(1, 2);
Halac, E⁽¹⁾;
Dip, M⁽¹⁾

(1)Trasplante Hepático,
Hospital Garrahan.
CABA, Argentina

(2)Trasplante Hepático,
Hospital Dr Cosme Argerich.
CABA, Argentina

Estrategias para Ampliar el Pool de Donantes en Trasplante Hepático Pediátrico Mediante Variantes Técnicas de Injertos de Donante Vivo del Lado Izquierdo

Introducción: En trasplante hepático pediátrico con donante vivo (THPDV), el sector lateral izquierdo (SLI) del hígado es el más utilizado debido a que posee una técnica estandarizada con resultados favorables. Ante la limitada disponibilidad de órganos cadavéricos, podría ser imprescindible recurrir a injertos hepáticos adaptados, tanto para lactantes muy pequeños como para niños de mayor tamaño, debido al riesgo de los síndromes por desproporción de tamaño del injerto (small- y big-for-size). El objetivo de este estudio, es mostrar nuestra experiencia del programa de donante vivo con variantes técnicas de injertos izquierdos y presentar nuestros resultados de acuerdo a la relación injerto/receptor por peso (GRWR) y la relación anteroposterior injerto/receptor (AP ratio).

Métodos: Todos los pacientes operados para resección de injerto hepático izquierdo realizadas entre Marzo 2023 y Febrero 2025 fueron incluidos. Todas las cirugías fueron realizadas por el mismo equipo de cirujanos de trasplante pediátrico y adulto. Las tomografías computadas (TAC) del donante y del receptor realizadas durante la evaluación pretrasplante fueron utilizadas para las mediciones y selección del injerto: GRWR 1,5-4% and AP <1: SLI, GRWR >4% and AP >1: monosegmento (MS), and GRWR <1,5%: lóbulo izquierdo (LI). La transección hepática fue realizada durante la cirugía del donante.

Resultados: 43 THPDV fueron realizados durante el presente estudio. De ellos, 38 (88,4%) fueron SLI y 5 (11,6%) presentaron variantes técnicas del lado izquierdo: 3 (7,0%) LI y 2 MS (4,7%). La atresia biliar y la cirrosis autoinmune fueron los diagnósticos más frecuentes. Los receptores MS y los receptores de LI tenían una mediana de peso de 5,8kg y 28,1kg, respectivamente. La mediana de GRWR pre y post hiperreducción para SLI vs. MS fue de 5,2% vs. 2,8%, y para LI vs. MS fue de 1,2% vs. 1,9%. Todos los injertos de LI requirieron reconstrucción venosa suprahepática. No hubo complicaciones postoperatorias en los donantes. Un receptor (20,0%) presentó síndrome small-for-size, que resolvió con tratamiento médico. La mortalidad postoperatoria fue del 20%, en la que el paciente falleció por una infección fúngica invasiva. Los resultados fueron comparables con los THPDV de SLI.

Conclusiones: A pesar de ser técnicamente demandantes, las variantes técnicas de donante vivo del lado izquierdo son una opción segura y efectiva para incrementar la disponibilidad de donantes, especialmente en aquellos pacientes pediátricos muy pequeños o de mayor tamaño.

Financiamiento: No

Quarin, C⁽¹⁾;
 Raffin, G⁽¹⁾;
 Massa, M⁽¹⁾;
 Gil, L⁽¹⁾;
 Ovejero, L⁽¹⁾;
 Oscar, I^(1, 2);
 Halac, E⁽²⁾;
 Dip, M⁽²⁾

(1)Trasplante Hepatico,
 Hospital Dr Cosme Argerich.
 CABA, Argentina

(2)Trasplante Hepatico,
 Hospital Garrahan.
 CABA, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: El trasplante de hígado pediátrico es un tratamiento establecido para la enfermedad hepática terminal y otras enfermedades. La escasez de donantes pediátricos cadavéricos y el crecimiento de la lista de espera, determina que el trasplante de hígado con donantes vivos (DV) represente una fuente de injertos. La utilización de DV plantea desafíos relevantes, como optimizar la selección del injerto de acuerdo con el tamaño del receptor para prevenir los síndromes de hígado pequeño o síndrome hígado grande. El objetivo del presente estudio es mostrar nuestra experiencia en variantes técnicas con DV de injertos izquierdos.

Materiales y Métodos: Desde Marzo 2024 a septiembre 2025 incorporamos procedimientos quirúrgicos en DV, con el objetivo de poder adaptar el injerto procurado al receptor, de acuerdo al tamaño del mismo y de su cavidad abdominal. Para evaluar los donantes se utilizó TC trifásica con reconstrucción vascular y volumetría hepática. En casos seleccionados se solicitó colangiografía. Para la evaluación del tamaño del injerto, se utilizó la relación peso injerto/receptor (GRWR). La misma debe comprenderse entre 1.5 y 5 %. Para evaluar el cierre de la cavidad luego del implante se utilizó la relación diámetro anteroposterior injerto/cavidad abdominal del paciente (ratio AP), la cual debe ser menor a 1. Los donantes fueron abordados por laparotomía mediana supraumbilical. La utilización de colangiografía fue selectiva. La disección de pedículo vascular se realizó tratando de conservar la irrigación arterial del seg. 4. Se utilizó ecografía intraoperatoria de acuerdo a cada caso. La disección de la/s vena/s supra hepática/s fue por vía extraparenquimatosa. En los casos de procuración de monosegmento (MS) o sección lateral izquierda reducida (SLIr), la misma se realizó in situ, utilizando la ecografía intraoperatoria como guía de transección. La transección parenquimatosa se realizó sin clampeo vascular para evitar isquemia, con aspirador ultrasónico, bisturí armónico y electrobisturí. En los casos de procuración de hemihígado izquierdo (HI) se trató de incluir la vena supra hepática media. En todos los casos de donante HI se realizó colangiografía intraoperatoria. Todos los injertos fueron perfundidos con solución HTK.

Resultados: De 42 casos de DV, 32 fueron donantes de hígado de sección lateral izquierda (SLI), 1 SLIr, 5 MS (seg. II) y 4 HI. La mediana de relación GRWR previa y posterior reducción fue de 5.2 a 2.8 (SLIr, MS vs SLI). La mediana de GRWR se aumentó de 1.2 a 1.9 (SLI vs HI). No se transfundió ningún donante. En 24/48 hs. los donantes SLI, SLIr y Ms fueron dados de alta y en 72 hs los donante de HI. No hubo complicaciones post operatorias.

Conclusiones: La utilización de DV aumenta la disponibilidad de órganos para el paciente pediátrico. La incorporación de estas variantes a la donación ha permitido el trasplante en receptores muy pequeños, neonatos y casi adultos. No se observaron diferencia en la evolución de los donantes, siendo comparables a los casos con donación SLI.

Donación y Trasplante en la Provincia de Corrientes: Resultados de los Últimos 5 Años

Alvarez, HJM⁽¹⁾;
Alfonso, JE⁽²⁾;
Ramirez, A^(2, 3);
Pisarello, C⁽⁴⁾;
Costa, L⁽⁴⁾;
Ojeda Flores, L⁽⁴⁾;
Segovia, J⁽⁵⁾;
Marinoff, J⁽⁵⁾

(1) Director, CUCAICOR.
Corrientes, Argentina

(2) CUCAICOR. Corrientes, Argentina

(3) Hospital San José.
Corrientes, Argentina

(4) UTI, Hospital Escuela.
Corrientes, Argentina

(5) Procuración, CUCAICOR.
Corrientes, Argentina

Financiamiento: No

Objetivo: El CUCAICOR de la provincia de Corrientes ha implementado en los últimos cinco años un proceso sistemático y coordinado para la detección, evaluación y gestión de donantes de órganos y tejidos con fines de trasplantes. Este proceso ha permitido avanzar significativamente en la tasa de donación, la eficacia en la procuración y el éxito en los trasplantes, contribuyendo a reducir las listas de espera y mejorar la calidad de vida de los pacientes receptores.

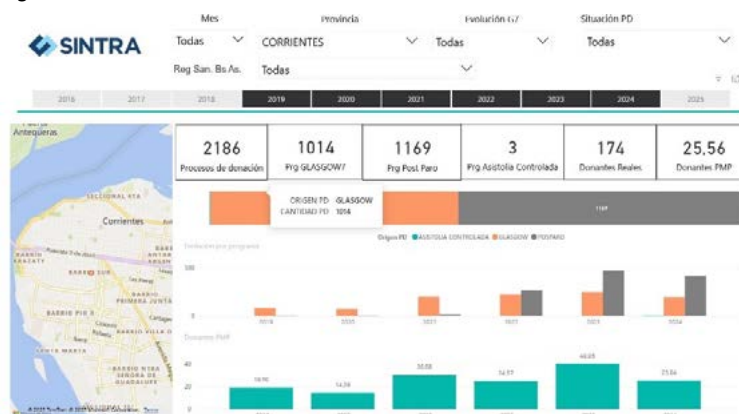
Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo basado en registros del Sistema Nacional de Procura-ción y Trasplante (SINTRA) del INCUCAI, considerando todos los procesos iniciados entre el 1 de enero de 2019 y el 31 de diciembre de 2024. Se analizaron variables como el número de procesos, motivos de corte, causas de muerte, comunicación con las familias, órganos y tejidos procurados, y resultados en los trasplantes.

Resultados: Durante el período, se registraron 1014 procesos de donación, de los cuales 920 (91.54%) fueron considerados y comenzados a corazón batiente. La mayor parte correspondió a pacientes fallecidos, con 610 identificados y 174 considerados donantes efectivos, siendo predominantes los hombres (62.9%) y en edades entre 50 y 69 años (35%). La negativa a donar fue baja (6.56% en muerte encefálica y 4.5% en PCR), siendo los principales motivos de rechazo fallos multiorgánicos, patologías oncológicas y antecedentes del potencial donante.

La procuración ocurrió en diversas instituciones de la provincia, como el Hospital Escuela General San Martín, el Hospital Pediátrico Juan Pablo II, el Hospital Zonal Goya y el Instituto de Cardiología de Corrientes. Se recuperaron 479 órganos, con una tasa de implantación del 92%, predominando riñones (70%), hígado (16%) y corazones (7.9%). La tasa de éxito en la implantación de riñones fue del 92%. En tejidos, las córneas se recuperaron en 375 casos, con una tasa de implantación del 69%. En cuanto a los trasplantes, se realizaron 435 procedimientos principalmente de riñón (340) e hígado (71), con tasas de supervivencia a las 24 horas superiores al 99%. La mayoría de estos procedimientos (97% de riñones y 43% de hígados) fueron realizados por el equipo de CUCAICOR. Además, el 51% de los riñones procurados se destinaron a pacientes correntinos, evidenciando un enfoque en la población local.

Conclusiones: Estos cinco años muestran un incremento sostenido en las donaciones y trasplantes en Corrientes, gracias a una gestión eficiente y protocolos estandarizados que han maximizado la recuperación y éxito de los procedimientos. La colaboración entre instituciones públicas y privadas, la capacitación del personal y la comunicación efectiva con las familias han sido factores clave en estos logros. Este avance contribuye a disminuir las listas de espera y a mejorar la calidad de vida de los receptores. Para mantener y potenciar estos resultados futuros, resulta crucial continuar optimizando los procesos y ampliar la infraestructura.

Figura:



Rial, MdC⁽¹⁾;
Leon, LR⁽¹⁾;
Guardia, OE⁽¹⁾;
Toniolo, F⁽²⁾;
De la A, P⁽¹⁾;
Walther, J⁽¹⁾;
Werber, G⁽³⁾

(1)Trasplante renal, ITAC.
CABA, Argentina

(2)Servicio de Anatomopatología,
ITAC. CABA, Argentina

(3)Dirección Médica,
ITAC. CABA, Argentina

Financiamiento: No

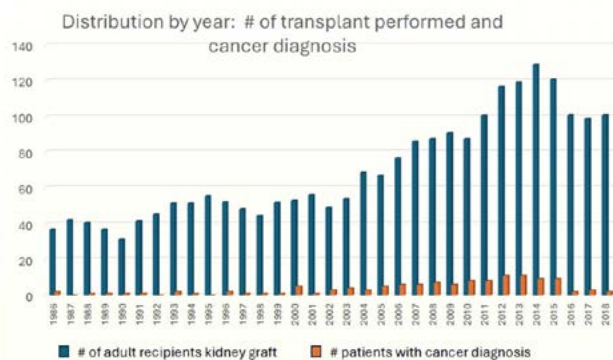
El objetivo primario fue evaluar la incidencia, tipos y comportamiento de las neoplasias en nuestra población trasplantada renal. Como objetivo secundario se busco si existian asociaciones con diferentes drogas inmunosupresoras.

Incluimos a todos los pacientes trasplantados renal entre el 1/6/1986 y el 30/11/2018. Los datos se obtuvieron retrospectivamente de las historias clínicas. Se analizó la demografía de los receptores, el tipo de donante, el tiempo de seguimiento hasta la aparición de la neoplasia, el seguimiento desde el diagnóstico y el tipo de cáncer, así como la inmunosupresión indicada pre-neoplasia. Para el objetivo secundario se compararon las diferentes drogas inmunosupresoras y la incidencia, la evolución y el tiempo de aparición del cáncer. Se estratifico según IS: Belatacept vs Ciclosporina/Tacrolimus (CNI) o sirolimus/everolimus (mTOR). T student se utilizó para determinar diferencias estadísticas ($p < 0,05$).

Del 1/1986 al 11/2018 se realizaron 2298 trasplantes renales en nuestro centro. 123 pacientes desarrollaron diferentes tipos de tumores durante su seguimiento. (5.43%) La demografía mostró mayoría masculina 86/123 (69,9%) vs femenina $n=37$. La edad media fue de 53 ± 14 años (mediana 55 años). No se observó cáncer transmitido por el donantes. La mayoría de los pacientes recibieron anticuerpos policlonales como inducción. Previo al diagnóstico, la inmunosupresión de mantenimiento incluyó: Todos menos 4 recibían micofenolato mofetil o sodico asociados a: CsA o Tac en 71, mTOR en 39. 23 casos recibían Belatacept, 4 de los cuales fueron switch de CNI.

El tiempo medio del diagnostico de la neoplasia vario de 1 a 324 meses (mediana 96 meses). El tumor más frecuente fue el cáncer de piel: 61 pacientes (escamoso en 28 y basocelular en 33) y adenocarcinoma de próstata en 9. Tumores gastrointestinales en 16 (7 de colon, 7 anales, 2 de estómago), 7 adenocarcinoma renal (1/7 en el injerto), 3 adenocarcinoma de mama (1/3 en un hombre), 3 adenocarcinoma de tiroides, 1 linfoma, 3 hepatocarcinomas (asociado al HCV), 2 sarcoma de Kaposi, 2 carcinoma de vejiga, 3 adenocarcinoma de útero, otros 14 (pulmón, mucosa oral, cavum, amígdala palatina, cuerdas vocales). La media al diagnóstico del tumor no fue significativa según el inmunosupresor (Bela 88 ± 61 meses mediana 62), (mTOR 99 ± 61 mediana 71 meses) $p = ns$ vs CNI, así como tampoco fue diferente la sobrevida de paciente o del injerto. Solo 6/123 pacientes murieron por cáncer a pesar de la suspensión del la IS y el tratamiento oncológico específico. Nuestros datos no difirieron de otras series publicadas. Se necesita un seguimiento con más casuística y mayor seguimiento para definir el impacto real de los nuevos medicamentos en la incidencia del cáncer.

Figura:



Demografia

Edad al Tx. (a.)	53 + 14
Mujer/Varon	37/86
Donante DD/LD	94/29
Induccion Timo/IL2r	100/23
CNI (CsA/Fk)	71
SRL	39
Belatacept (de novo / switch)	18-5
AZA/MMF-MPA	4/118

O-166

Villamil Cortez, SK⁽¹⁾;
Imperiali, NC⁽¹⁾;
Ramos, L⁽¹⁾;
Silvera, L⁽¹⁾;
Fescina, T⁽¹⁾;
Julian, L⁽²⁾;
Christiansen, S⁽³⁾;
Giordani, MC⁽¹⁾

(1)Servicio de Nefrología,
Hospital Italiano de Buenos Aires,
CABA, Argentina

(2)Servicio de Histocompatibilidad,
Hospital Italiano de Buenos Aires,
CABA, Argentina

(3)Servicio de Anatomía Patológica,
Hospital Italiano de Buenos Aires,
CABA, Argentina

Financiamiento: No

Rechazo Humoral Agudo con y sin Anticuerpos: ¿Existen Diferencias en los Fenotipos Histopatológicos y en la Sobrevida?

Introducción: El rechazo humoral agudo mediado por anticuerpos (ABMR) es una causa importante de disfunción y pérdida del injerto renal. El diagnóstico se basa en criterios histopatológicos y serológicos establecidos en consenso internacional de Banff. Se caracteriza histológicamente por presencia de injuria microvascular: glomerulitis y capilaritis peritubular, depósito de C4d en los capilares peritubulares. La existencia de rechazo humoral agudo sin evidencia serológica de DSA ha sido incorporada a la clasificación de Banff. Este estudio evalúa las características histológicas y sobrevida del injerto de pacientes con diagnóstico de ABMR con y sin anticuerpos donantes específicos (DSA) durante el primer año postrasplante.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo observacional de 2014 -2024 revisamos 115 episodios de rechazo humoral agudo diagnosticados según los criterios de Banff. Se registraron variables clínicas, inmunológicas e histológicas, incluyendo inflamación de la microcirculación ($g + cpt \geq 2$), positividad para C4d, presencia de microangiopatía trombótica (MAT) y evolución del injerto. La determinación de DSA se clasificó en negativo, de novo o preexistente. Las variables continuas se expresaron como media \pm desviación estándar (DE) o mediana y rango intercuartílico (RIC) según su distribución, y las categóricas como frecuencias y porcentajes. Para las comparaciones se aplicaron pruebas de Mann-Whitney o Chi-cuadrado/Fisher según correspondiera. La significancia estadística se estableció en $p < 0.05$.

Resultados: De enero 2014 a diciembre 2024 se realizaron 2033 biopsias en 655 pacientes, 947 biopsias dentro del primer año postrasplante y de ellas 115 (12.1%) con diagnóstico de ABMR. La edad media de receptores y donantes fue: 49.2 ± 15.5 y 47.5 ± 15.1 años respectivamente. Sexo masculino (57.4%), donantes fallecidos (67.8%). Un 17.4% fueron re-trasplantes. Desarrollaron DGF 63 pacientes (54.8%). La inducción con timoglobulina fue utilizada en el 95.7%. En relación con la sensibilización 19 pacientes (16.5%) presentaron antígenos indeseables. El 31.3% (36 ptes) presentó DSA detectables de novo, mientras que el 68.7% fue DSA negativo. En una media de seguimiento de 50,5 meses, la pérdida del injerto fue más frecuente en pacientes DSA positivos (36.1% vs 12.7%, $p=0.0013$), con un riesgo relativo de 2.85 y una OR de 3.9. La presencia de MAT no mostró diferencias 16.7% vs 10.1% ($p=0.36$). La inflamación de la microcirculación ($g+cpt \geq 2$) se observó en el 63.5% de los casos. El tiempo medio al desarrollo del rechazo fue de 1.56 ± 2.9 meses, predominando el tipo temprano (≤ 3 meses, 90.4%).

Conclusiones:

En esta cohorte, en el 68.7% de los casos de rechazo humoral agudo no se detectaron anticuerpos donante específico. Los pacientes con DSA positivo mostraron mayor pérdida del injerto, sin embargo no se encontraron diferencias significativas en los fenotipos histopatológicos, estos hallazgos apoyan la heterogeneidad del rechazo humoral, en el que la presencia de DSA se asocia con peor pronóstico, pero no define un patrón histológico distintivo.

O-168

Melideo, HM⁽¹⁾;
Maisano, C⁽¹⁾;
Anticura, D⁽¹⁾;
Rodríguez Medrano, C⁽¹⁾;
Medina Peña, L⁽¹⁾;
Castro, D⁽¹⁾;
Hasdeu, S⁽²⁾;
Ramírez, M⁽¹⁾

(1)Trasplante Renal,
Hospital Castro Rendon,
Neuquén, Argentina

(2)Evaluación de Tecnologías Sanitarias,
Ministerio de Salud de Neuquén,
Neuquén, Argentina

Financiamiento: No

Reducción de las Brechas de Desigualdad en Trasplante Renal: Creación de una Unidad de Trasplante Renal Pública de Trasplante en una Provincia Argentina

Objetivo: describir la reducción de las brechas de desigualdad en la accesibilidad al trasplante renal (TR) en un país de ingresos bajos/medios con la creación de un centro de trasplantes en salud pública (SP)

Introducción: En esta provincia se registra una de las tasas más altas de incidencia y prevalencia de pacientes en diálisis de la Argentina. Hasta 2017 solo existía un centro privado de TR, con accesibilidad limitada para pacientes de SP. Entre 2014 y 2016, solo se realizaron 5 TR con este financiador.

Material y Métodos: Se realizó un estudio cuasiexperimental de antes y después, calculando las tasas ajustadas para pacientes en diálisis, con base en registros oficiales

Resultados: Se observó un aumento el número y la tasa de TR para pacientes con esta cobertura SP, pero también para pacientes con financiador privado (tabla 1). El porcentaje de pacientes en lista de espera también aumentó significativamente. En el gráfico 1, vemos el cambio en las tasas ajustadas de trasplante de órganos para pacientes en diálisis. Los gráficos muestran la tasa promedio nacional y la de cada provincia. La flecha indica la provincia en estudio, que siempre estuvo por debajo del promedio nacional, alcanzando últimamente la tasa promedio nacional. No se muestra en el gráfico, pero en 2024, por primera vez, la provincia (con 5,22 personas expuestas al riesgo) superó la tasa promedio nacional de trasplantes de riñón (4,6 personas-año). Hasta marzo del 2025, de los 110 TR realizados, el 77 % se realizaron en pacientes con HP. Como otros factores que aumentaron la tasa de TR en nuestra provincia fue el aumento de asignación de órganos provenientes de donante de criterio expandido que anteriormente presentaban una alta tasa de descarte en nuestra provincia y la creación por Incucaí del programa de Hipersensibilizados.

Conclusiones: Dado que las tasas de supervivencia renal y de pacientes no difirieron de los estándares nacionales, se concluye que la implementación de un centro público de TR aumentó el número y la tasa de trasplantes, reduciendo las brechas de desigualdad y barreras de accesibilidad, manteniendo estándares de calidad adecuados

P-25

Perfil Inmunológico del Rechazo Intestinal: Pérdida de TREGS y Activación de Vías Proinflamatorias

Santillan, M⁽¹⁾;
Arriola, C⁽¹⁾;
Fuxman, C⁽²⁾;
Ramisch, D⁽³⁾;
Rumbo, M⁽⁴⁾;
Fainboim, L⁽¹⁾;
Gondolesi, CE⁽⁵⁾;
Gentilini, MV⁽¹⁾

(1) Instituto de Medicina Trasplacional,
Trasplante y Bioingeniería, IMETTYB-
CONICET, Universidad Favaloro.
CABA, Argentina

(2) Servicio Gastroenterología,
Hospital Universitario Fundación
Favaloro, CABA, Argentina

(3) Servicio de Cirugía, Hospital Uni-
versitario Fundación Favaloro, CABA,
Argentina

(4) Instituto de Estudios Inmunológi-
cos y Fisiopatológicos, IIFP- CONICET,
Universidad Nacional de La Plata,
La Plata, Argentina

(5) MedStar Georgetown
Transplantation Institute,
Georgetown University Hospital,
Washington, EE.UU.

Financiamiento: No

Introducción: El trasplante intestinal (TxI) constituye la única alternativa terapéutica para pacientes con insuficiencia intestinal irreversible. No obstante, su supervivencia a largo plazo continúa siendo significativamente inferior a la de otros trasplantes de órganos sólidos, principalmente debido a la elevada incidencia de rechazo celular agudo (RCA). A diferencia de lo ampliamente estudiado en trasplante renal y hepático, los mecanismos reguladores en TxI permanecen poco caracterizados, lo que limita el desarrollo de intervenciones inmunomoduladoras efectivas.

Objetivo: Evaluar el equilibrio entre poblaciones reguladoras (CD4⁺CD25⁺FoxP3⁺ Tregs y CD8⁺HLA-DR⁺) e inflamatorias en el aloinjerto intestinal durante el RCA, con el propósito de identificar potenciales blancos terapéuticos que favorezcan la supervivencia del injerto y del paciente.

Métodos: Se aislaron células de lámina propia a partir de biopsias y explantes intestinales de receptores de TxI con rechazo (RCA, n=3), sin rechazo (NR, n=16) y controles no trasplantados (NTxI, n=12). Las frecuencias de Tregs CD4⁺CD25⁺FoxP3⁺ y de linfocitos CD8⁺HLA-DR⁺, así como la expresión de CCR5 y PD-1, fueron analizadas por citometría de flujo. En biopsias adicionales (RCA=4; NR=6; NTxI=8) se cuantificó mediante qRT-PCR la expresión de genes asociados a Tregs (FoxP3, TGF-β, IL-10), Th22/17 (RORγ, IL-22, IL-17A) y a respuestas inflamatorias (IL-1, IL-6). El infiltrado celular (CD4⁺, CD8⁺, FoxP3⁺) y su localización tisular fueron evaluados por inmunohistoquímica (RCA=16; NR=40).

Durante el RCA se observó una reducción significativa de Tregs CD4⁺CD25⁺FoxP3⁺ (p=0,039) y de la expresión tisular de FoxP3 (p=0,04), junto con una tendencia a la disminución de la relación IL-10/IL-17 (p=0,06). La relación RORγ/FoxP3 no mostró diferencias relevantes entre los grupos (p=0,9). En concordancia con un perfil efector, las células CD8⁺ se encontraron incrementadas en RCA (p=0,026), con una reducción relativa de la subpoblación CD8⁺HLA-DR⁺CCR5⁺PD-1⁺. Asimismo, la expresión de IL-1 (p=0,04) e IL-6 (p=0,01) estuvo significativamente aumentada en los injertos rechazados, confirmando un microambiente proinflamatorio dominante.

Conclusión: El rechazo intestinal se asocia a un marcado desbalance entre mecanismos inmunorreguladores e inflamatorios, definido por la pérdida de Tregs y la activación de vías proinflamatorias. Estos hallazgos respaldan la exploración de estrategias terapéuticas orientadas a expandir poblaciones Treg como una vía innovadora con potencial impacto en la supervivencia del injerto y de los pacientes con TxI.

P-28

Resultados del Trasplante Hepático en Pacientes Pediátricos con Síndrome de Alagille

Selzer Soria, EM⁽¹⁾;
Gonzalez Campaña, A⁽²⁾;
Iolster, T⁽³⁾;
Fauda, M⁽²⁾;
Malla, I⁽¹⁾

(1) Hepatología y trasplante hepático
pediátrico, Hospital Universitario
Austral, Pilar, Argentina

(2) Cirugía hepatobiliar y trasplante
hepático, Hospital Universitario
Austral, Pilar, Argentina

(3) Unidad de terapia intensiva pediá-
trica, Hospital Universitario Austral,
Pilar, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: El síndrome de Alagille (ALGS) es una colestasis genética autosómica dominante, asociada a un compromiso extrahepático variable. Dado el amplio desarrollo de investigaciones sobre esta patología en los últimos años, nuestro objetivo es aportar la experiencia de un centro de alto volumen en cuanto a las indicaciones y resultados del trasplante hepático (TH) en niños con ALGS.

Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de las historias clínicas digitales de pacientes con diagnóstico de ALGS que recibieron TH entre los años 2001 y 2024. Se evaluó el compromiso cardíaco asociado, las indicaciones de TH, las complicaciones tempranas y a largo plazo, y la sobrevida del injerto y del paciente.

Resultados: Entre 2001 y 2024, se realizaron 11 trasplantes hepáticos pediátricos en pacientes con ALGS, sobre un total de 287 (3,8%). Nueve pacientes presentaron compromiso cardíaco asociado (90%), de los cuales ocho tenían estenosis leve de ramas pulmonares que no requirió tratamiento. Ocho pacientes (80%) fueron trasplantados debido a prurito intratable. La mediana de edad al momento del TH fue de 22 meses, y la mediana de peso fue de 8 kg (solo uno de los pacientes pesaba más de 10 kg). Dos trasplantes se realizaron con donante fallecido; los restantes (81,8%) fueron con donante vivo relacionado.

En el período post-trasplante, cuatro pacientes presentaron complicaciones biliares que se resolvieron mediante radiología intervencionista. Un paciente desarrolló trombosis de la arteria hepática, que requirió retrasplante hepático. Otro paciente presentó una enfermedad linfoproliferativa post-trasplante (PTLD) gastrointestinal, que se resolvió con reducción de la inmunosupresión. Un paciente alcanzó tolerancia operacional al año del TH. Se registró un fallecimiento por sepsis a los 7 meses del trasplante. La mediana de internación en cuidados intensivos fue de 6 días, y la mediana de internación total fue de 16 días.

Conclusión: Nuestra serie muestra que el prurito es una causa frecuente de indicación de TH en pacientes con ALGS. Los resultados obtenidos son comparables a los observados en otras etiologías, y el TH representa una alternativa terapéutica válida en este grupo de enfermedades colestásicas hepáticas.

Malla, I⁽¹⁾;
Gonzalez Campaña, A⁽²⁾;
Selzer Soria, EM⁽¹⁾;
Iolster, T⁽³⁾;
Fauda, M⁽²⁾

(1)Hepatología y Trasplante Hepático
Pediátrico, Hospital Universitario
Austral. Pilar, Argentina

(2)Cirugía Hepatobiliar y Trasplante
Hepático, Hospital Universitario
Austral. Pilar, Argentina

(3)Unidad de Terapia Intensiva Pediatría,
Hospital Universitario Austral.
Pilar, Argentina

Financiamiento: No

Introducción/Objetivo: el paro cardíaco intraoperatorio (PCI) es una complicación grave, mayormente reportada en receptores adultos de trasplante hepático (TH) y usualmente relacionada con hiperpotasemia post-reperusión. Presentamos un caso de PCI previo a la reperusión en una paciente pediátrica de nuestro centro.

Descripción del caso: niña de un año con atresia biliar (AB) sin restitución del flujo biliar luego de la cirugía de Kasai realizada a los 45 días de vida. Fue evaluada para TH con donante vivo relacionado (DV). Presentaba desnutrición severa, ascitis refractaria y antecedente de infecciones múltiples probablemente originadas en un quiste biliar. Durante la hepatectomía presentó fiebre y, antes del implante del lóbulo hepático izquierdo de su madre, presentó un PCI de 4 minutos de duración que fue revertido con maniobras de reanimación y drogas vasoactivas. Durante la anastomosis de la vena suprahepática, presentó un segundo PCI que duró 17 minutos. Durante el mismo se decidió continuar con el TH, mientras un cirujano del equipo realizaba maniobras de reanimación y se indicaban drogas vasoactivas. No se observó hiperpotasemia durante el episodio. Los niveles de ácido láctico eran elevados y presentó hipocalcemia que requirió correcciones. Posteriormente, la reperusión fue bien tolerada. Los cultivos del período intraoperatorio fueron negativos. Recibió drogas inotrópicas durante 48 horas y ventilación mecánica durante 4 días. Debido a la isquemia intraoperatoria, presentó múltiples episodios de perforación intestinal que requirieron varias laparotomías, ostomía duodenal, yeyunal e ileal y antibióticos de amplio espectro por las complicaciones infectológicas asociadas.

Recibió nutrición parenteral exclusiva durante un mes. Luego continuó con una combinación de nutrición enteral y parenteral. A los 3 meses del trasplante hepático, la paciente se encontraba internada en sala general, recibiendo soporte nutricional enteral y rehabilitación de la deglución. Las ostomías fueron cerradas y se restableció el tránsito intestinal sin complicaciones.

Al cuarto mes postrasplante pudo otorgarse el egreso con soporte nutricional exclusivamente por vía oral.

Las pruebas de función hepática son normales y se encuentra bajo tratamiento inmunosupresor con Tacrolimus.

Conclusión: gracias a un importante esfuerzo interdisciplinario, nuestra paciente sobrevivió y se recuperó luego de dos episodios de paro cardíaco intraoperatorio no relacionados con el síndrome de reperusión. Consideramos importante reportar estos casos complejos y desafiantes para contribuir a la toma de decisiones durante el trasplante hepático pediátrico.

Figura:



Caldano, J⁽¹⁾;
Aleman, S⁽¹⁾

Objetivo: Describir diagnóstico, evolución clínica, tratamiento y hallazgos genéticos en una paciente con síndrome hemolítico urémico atípico (SHUa) posterior a un trasplante renal.

Métodos: Se revisaron antecedentes y evolución clínica del paciente a partir de su historia médica.

Resultados: Se trata de una mujer de 43 años con antecedente de enfermedad renal crónica secundaria a una microangiopatía trombótica gestacional, quien recibió un trasplante renal de un donante cadavérico de 31 años. Presentaba un panel reactivo de anticuerpos del 8%, sin anticuerpos anti-HLA preformados (DSA) y con un mismatch de 5. La inducción inmunosupresora se realizó con globulina antitímocítica (2 mg/kg), y el mantenimiento con micofenolato, corticoides y tacrolimus. Inicialmente presentó función retardada del injerto, alcanzando una creatinina de 1,1 mg/dL al mes postrasplante. En el seguimiento desarrolló infecciones urinarias recurrentes. A los tres meses, la creatinina se elevó y la biopsia reveló rechazo mixto. Se indicó tratamiento con pulsos de corticoides, plasmaféresis y rituximab, con respuesta parcial (descenso de creatinina de 3,9 a 2,3 mg/dL). Cinco meses después, presentó anemia severa, un nuevo episodio de infección urinaria, hipertensión arterial, LDH elevada y descenso de complemento C3, sin trombocitopenia ni esquistocitos. Una nueva biopsia evidenció rechazo agudo mixto sin DSA. Fue tratada con plasmaféresis e inmunoglobulina intravenosa (2 g/kg), sin mejoría, evolucionando hacia insuficiencia renal con necesidad de diálisis. A los siete meses, otra biopsia confirmó microangiopatía trombótica (MAT) y rechazo agudo mediado por anticuerpos. Se indicó plasmaféresis, sin respuesta. Dos meses más tarde, se inició tratamiento con eculizumab (inducción 900 mg; mantenimiento 1200 mg/mes), logrando mejoría clínica: descenso progresivo de creatinina, suspensión de diálisis, mejor control de la presión arterial y normalización de LDH a los 15 días de iniciado el tratamiento. El estudio genético identificó una variante missense rara (frecuencia poblacional 0,0001%) que altera la interacción entre C3 y la proteína cofactor de membrana (MCP/CD46), reduciendo la inactivación de C3b mediada por el factor I y predisponiendo al SHUa.

Debido a irregularidades en la provisión de eculizumab por parte de la cobertura médica, el fármaco se administró de manera intermitente, con intervalos de 2 a 3 meses entre dosis. A pesar de ello, a los 18 meses del trasplante la paciente mantiene función renal estable (creatinina 2,1 mg/dL), sin recurrencia de infecciones urinarias.

Conclusión: El SHUa es una enfermedad poco frecuente que debe sospecharse en todo paciente con microangiopatía trombótica. En este caso, el eculizumab fue fundamental para estabilizar la función del injerto, incluso a pesar de retrasos en la terapia. El análisis genético resultó clave para confirmar el diagnóstico.

(1)Trasplante, Crai Norte - Cucaiba.
Bs As, Argentina

Financiamiento: No

Importancia del Examen Clínico en la Confirmación de Muerte Encefálica y Activación del Proceso de Procuración

Vasile, FD^(1,2),
Barroso, L^(1,2),
Contreras, M^(1,2),
Andrada, C^(1,2),
Aquino Lee, V^(1,2)

(1)Terapia Intensiva,
Nuevo Hospital San Roque,
Córdoba, Argentina

(2)Unidad Hospitalaria de Procuración
y Transplante,
Nuevo Hospital San Roque,
Córdoba, Argentina

Financiamiento: No

Objetivo: Describir el proceso diagnóstico que permitió confirmar la muerte encefálica a pesar de las limitaciones para realizar el test de apnea, resaltando el valor del examen clínico como herramienta fundamental en el contexto de la procuración de órganos.

Caso: Paciente femenina de 50 años, con antecedentes de hipertensión arterial, insuficiencia venosa crónica de miembros inferiores e histerectomía. Ingresó el 19/06/2025 al servicio de guardia central, trasladada por emergencias, por cuadro de pérdida de conocimiento súbita. Al ingreso presentaba un score de coma de Glasgow 11/15 y paresia braquiocrural derecha, pupilas mióticas simétricas y reactivas, facies simétrica y reflejos de tronco conservados. Los signos vitales eran: Tensión arterial 160/100 mmHg, FC 72 Latidos por minuto, SatO₂ 85% en aire ambiente, T° 36.1°C. Al resto del examen físico, la auscultación pulmonar presentaba roncus bilaterales. La Tomografía Computada de cerebro inicial evidenció hemorragia subaracnoidea difusa (HSA) con leve abalanzamiento ventricular y vuelco de sangre a sistema ventricular, clasificándose como HSA Hunt & Hess 2 – Fisher 4. Posteriormente evolucionó con requerimiento de intubación orotraqueal y conexión a asistencia ventilatoria mecánica, así como también antibioticoterapia empírica por desaturación y sospecha de broncoaspiración. En angiografía cerebral se observa aneurisma en arteria comunicante anterior y el Servicio de Neurocirugía interviene con colocación de 5 coils.

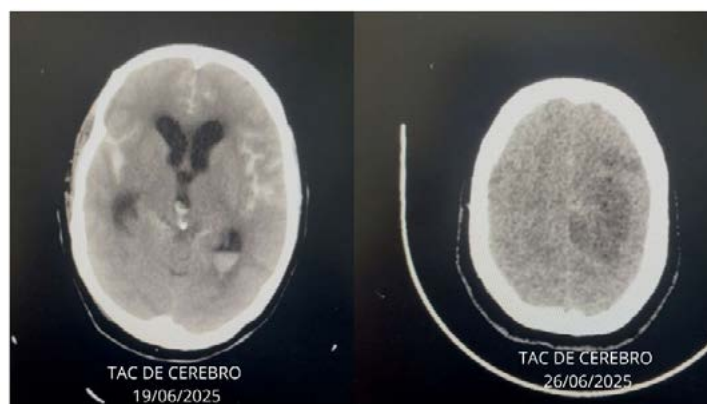
Durante su estadía en UTI, la paciente se complica con neumonía asociada a broncoaspiración, vasoespasmio cerebral con múltiples áreas de isquemia en controles tomográficos y convulsiones focales tónico-clónicas. El examen neurológico durante ventana de analgosedación mostró: ausencia de respuesta a órdenes simples, pupilas mióticas hipo-reativas, reflejo corneal positivo, tusígeno positivo, oculocefálico positivo, y respuesta motora limitada a retiro ante estímulos nociceptivos.

El 26/06 evolucionó con pérdida progresiva de reflejos de tronco encefálico, sin respuesta motora, con pupilas arreactivas, reflejos corneal, oculocefálico y tusígeno ausentes. Una nueva TC cerebral objetiva Isquemia Masiva. La nueva situación obliga a pensar en un deterioro cognitivo con muerte encefálica por lo que se procede a realizar estudios pertinentes: el 27/06 se realizó test de apnea que tuvo que ser suspendido por desaturación e inestabilidad. No obstante, por sospecha clínica persistente se avanza con otros estudios, donde el electroencefalograma evidenció silencio bioeléctrico y confirmó muerte encefálica.

Se comunicó a la familia, quien aceptó la donación de órganos, se notificó a ECODAIIC y se continúa procedimiento de procuración. A las 00:30 hs se concreta la ablación.

Conclusión: Se presenta un caso de hemorragia subaracnoidea aneurismática con complicaciones neurológicas y respiratorias, cuya evolución adversa culminó en muerte encefálica por ACV maligno por vasoespasmio (isquemia cerebral tardía). Se resalta el valor diagnóstico del examen clínico en la continuidad del proceso de procuración. La intervención oportuna permitió activar el protocolo de control electroencefalográfico y dar diagnóstico certero de muerte encefálica a pesar de las contraindicaciones para la realización del test de apnea.

Figura:



Reporte de Situación Relacionada con Enfermedad Renal Crónica Estadio V En la Provincia de Tierra Del Fuego, Antártida e Islas Del Atlántico Sur. Una Mirada sobre las Cifras de Diálisis, Procuración y Trasplante.

Berhongaray Kenny, E^(1,2);
Granillo, C⁽³⁾;
Nobre, M⁽²⁾;
Arguello, L⁽²⁾;
Borda, C^(4,5)

(1)Jefa Guardia Operativa, ITAC.
CABA, Argentina

(2)Medica Servicio de Nefrologia,
Hospital Regional Rio Grande,
Rio Grande, Argentina

(3)Jefe Servicio Nefrologia, Hospital
Regional Rio Grande,
Rio Grande, Argentina

(4)Procuracion Rio Grande, Hospital
Regional Rio Grande,
Rio Grande, Argentina

(5)Medica Servicio de Terapia Intensi-
va, Hospital Regional Rio Grande,
Rio Grande, Argentina

Objetivo: Describir las características de la población con Enfermedad Renal Crónica (ERC) estadio V en Tierra del Fuego, considerando indicadores de calidad en diálisis, acceso a trasplante y actividad de procuración desde 2011.

Métodos: Estudio retrospectivo observacional de datos provinciales provenientes del Registro Argentino de Diálisis Crónica y CRESI (INCUCAI).

Resultados: La provincia presenta una de las tasas más altas de ingreso a diálisis crónica del país, con una edad promedio de 57,9 años. Tierra del Fuego obtuvo la mejor puntuación nacional en calidad de ingreso a hemodiálisis, y muestra la tasa de mortalidad ajustada más baja del país en pacientes en diálisis. Como posibilidad de mejora se presenta el Ktv, con asociación directa a la alta incidencia de accesos vasculares transitorios, signo de la ausencia de especialistas, también se evidencia una alta tasa de HPT secundario, directamente relacionado al acceso a la dieta en la zona.

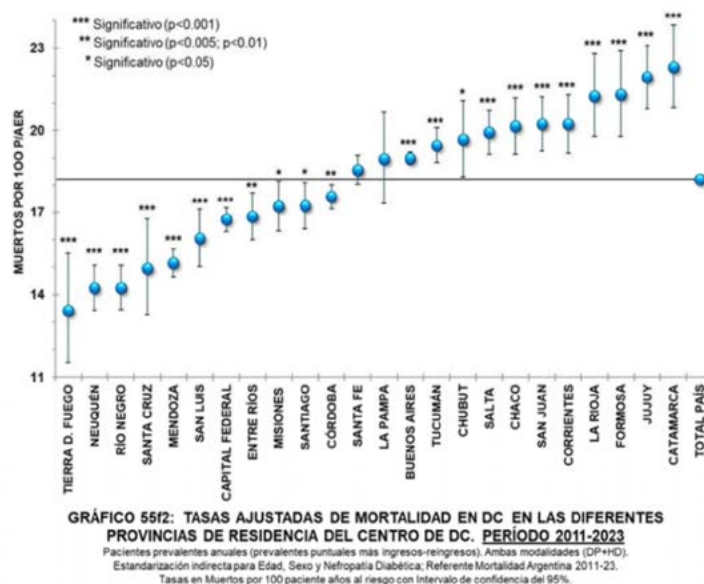
El 27,5% de los pacientes fueron considerados no candidatos a evaluación pretrasplante, valor superior al 11% nacional, probablemente asociado a barreras logísticas con centros de trasplante ubicados a más de 3.000 km.

A pesar de ello, la tasa ajustada de trasplante fue de 1871 PMH, la tercera más alta del país, representando el 4,5% del impacto nacional con solo el 0,4% de la población. La actividad de procuración creció significativamente desde 2024, duplicando registros previos.

Conclusión: El aislamiento geográfico y la falta de especialistas son desafíos clave, parcialmente compensados por una atención sanitaria centralizada y equitativa, con resultados destacados en supervivencia y acceso al trasplante. Se destaca el potencial de la región como modelo de eficiencia en contexto adverso, sostenido por el compromiso de los equipos locales.

Figura:

Financiamiento: No



Muerte Encefálica y Donación de Órganos en Contexto de Hidrocefalia Secundaria a Meningitis en Paciente Cirrótico: Importancia del Examen Infectológico y la Antibioticoterapia Dirigida.

Vasile, FD^(1, 2);
Barroso, L^(1, 2);
Contreras, M^(1, 2);
Andrada, G^(1, 2);
Aquino Lee, V^(1, 2)

(1)Terapia Intensiva, Nuevo Hospital
San Roque. Córdoba, Argentina

(2)Unidad Hospitalaria de Procuración
y Transplante,
Nuevo Hospital San Roque.
Córdoba, Argentina

Objetivo: Reportar un caso de meningitis con hidrocefalia en paciente cirrótico, enfatizando el valor del examen infectológico para orientar la antibioticoterapia y la relevancia de la terapéutica dirigida en el contexto de una evolución desfavorable hacia muerte encefálica y procuración de órganos.

Caso: Paciente masculino de 43 años, con antecedente de cirrosis alcohólica es derivado desde hospital de origen por excitación psicomotriz atribuida a abstinencia alcohólica. Familiar refiere cefalea intensa de tres semanas, vómitos y escalofríos, sin fiebre. El 15/05 presenta depresión del sensorio (GCS 7/15), pupilas isocóricas hiporreactivas y desaturación con disnea, por lo que requiere intubación orotraqueal y antibioticoterapia. El 17/05 se deriva a nuestro centro. Al ingreso inestabilidad hemodinámica con noradrenalina 0,5 µg/kg/min, tendencia a bradicardia, ritmo diurético conservado. TAC cerebral: dilatación ventricular generalizada con edema peripendimario. Punción lumbar: líquido amarillo, turbio, 200 GR, 60% neutrófilos, glucosa 12 mg/dl, proteínas 327 mg/dl; filmarray negativo. En ventana neurológica: pupilas anisocóricas (midriasis derecha, izquierda intermedia) fijas arreactivas, sin respuesta motora, reflejo corneal y tusígeno presentes, oculocefálico ausente (GCS 3/15). Neurocirugía descarta intervención por contexto clínico. Evoluciona con hidrocefalia en contexto de meningitis y neumonía adquirida en la comunidad grave, inestable hemodinámicamente, en asistencia ventilatoria mecánica. Presenta deterioro neurológico progresivo con pérdida de reflejos neurológicos, excepto drive respiratorio, por lo que se inicia protocolo de potencial donante.

El 21/05 se constata ausencia total de reflejos de tronco; test de apnea positivo para muerte encefálica. EEG muestra silencio bioeléctrico durante 20 min. Se confirma muerte encefálica a las 19:45 h.

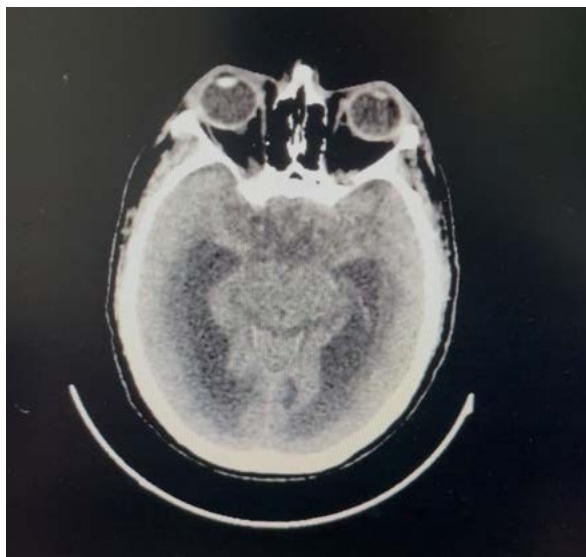
La familia es informada y acepta la donación de órganos.

Se programa procedimiento de ablación para el 22/05 a las 07:00 hs.

Conclusión: Caso de hidrocefalia secundaria a meningitis en paciente con cirrosis alcohólica, con evolución a muerte encefálica pese a tratamiento intensivo. Se destaca la intervención multidisciplinaria, métodos diagnósticos tempranos y la concreción del proceso de procuración de órganos

Financiamiento: No

Figura:



P-39

Prevalencia de Alelos HLA en Pacientes Lúpicos con Enfermedad Renal Crónica Terminal.

Di Pietrantonio, S⁽¹⁾;
Aran, MN⁽²⁾;
Ciappa, M⁽³⁾;
Berhongaray Kenny, E⁽⁴⁾;
Jaurrette, S⁽⁵⁾

(1)Jefa Servicio de Trasplante,
Hospital El Cruce.
Florencio Varela, Argentina

(2)Medica Servicio de Nefrología,
Hospital El Cruce.
Florencio Varela, Argentina

(3)Medico Servicio de Nefrología,
Hospital San Martín CRAI Sur.
La Plata, Argentina

(4)Jefa Guardia Operativa & Htal de
Dia, Instituto Trasplante Alta Comple-
jidad -ITAC-. CABA, Argentina

(5)Servicio Nefrología, Sanatorio
Parque. Rosario, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: Lupus eritematoso sistémico (LES) es una enfermedad autoinmune severa multiorgánica. Nefritis lúpica (NL) es una complicación del LES asociada a alta mortalidad. Estudios genómicos han una cierta susceptibilidad a desarrollar LES y, entre los pacientes con LES y NL, ha sido descrita una mayor frecuencia de moléculas HLA. Mientras que HLA-DR4, DR5, DR11 y DR14 fueron identificados protectores contra LES, HLA-DR3, DR9 y DR15 son factores de riesgo para LES. En pacientes con LES: i) los alelos DR4 y DR11 son protectores para el desarrollo de NL y ii) DR3 y DR15 se asocian a NL.

Objetivo: describir la frecuencia de moléculas HLA presentes en una población de pacientes con LES y enfermedad renal crónica terminal (ERCT) que fueron evaluados como candidatos para trasplante renal (TR) en cuatro centros de Argentina.

Métodos: estudio longitudinal con recolección retrospectiva de datos

Resultados: Se incluyeron 123 pacientes; 112 mujeres (91.1%) y 11 varones (8.9%). La edad media de la población de estudio fue de 47.0 ± 11.5 años. El 91.3% de los sujetos de estudio realizaba hemodiálisis y el 8.7 % diálisis peritoneal al momento de la inclusión. La frecuencia de HLA factores de riesgo para LES y NL fue la siguiente: DR30/123 (0.0%), DR9 6/123 (4.87%) y DR15 42/123 (34.14%). La frecuencia de HLA protectores para LES y NL fue la siguiente: DR4 33/123 (26.82%), DR5 0/123 (0.0%), DR11 15/123 (12.19%) y DR14 7/123 (5.69%). No se encontraron asociaciones estadísticamente significativas entre la presencia de ninguno de los HLA y el % de reactividad contra panel para antígenos HLA de clase I y II.

Conclusión: si bien nuestro estudio incluyó un n adecuado de pacientes, su principal limitación metodológica es la falta de una población de pacientes sin LES para realizar pruebas estadísticas inferenciales. Las pruebas estadísticas descriptivas en nuestra población de estudio mostraron que DR15 es prevalente, un resultado esperado, similar a lo reportado por otros autores; sin embargo, en nuestra población en estudio DR3, una molécula HLA considerada factor de riesgo para NL en pacientes con LES, no estuvo presente en ningún paciente. La misma tendencia estadística fue reportada por nosotros, en un estudio previo, en 54 pacientes.

P-47

Causas de Exclusión de Donantes Renales Vivos en Tres Centros de Trasplante

Di Pietrantonio, S⁽¹⁾;
Aran, MN⁽¹⁾;
Mir, G⁽²⁾;
Ciappa, M⁽²⁾;
Jaurrette, S⁽⁵⁾

(1)Servicio de Nefrología y Trasplante,
Hospital El Cruce.
Florencio Varela, Argentina

(2)Servicio de Nefrología y Trasplante,
Hospital San Martín CRAI Sur.
La Plata, Argentina

(3)Servicio de Nefrología y Trasplante,
Sanatorio Parque.
Rosario, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: El trasplante renal (TR) es el tratamiento de elección para la enfermedad renal crónica. El TR de donante vivo es una excelente alternativa, que ofrece mejores resultados en términos de morbilidad y mortalidad en comparación con el trasplante de donante fallecido o la permanencia en diálisis. Aunque la nefrectomía es de bajo riesgo, con el tiempo pueden desarrollarse hipertensión arterial, microalbuminuria y disminución de la tasa de filtrado glomerular. La evaluación del donante potencial implica un estudio exhaustivo y estandarizado, con el objetivo de valorar función y anatomía renal, descartar patologías tumorales, infecciosas, y otras condiciones prevalentes y frecuentemente subdiagnosticadas.

Objetivo: Caracterizar la población de potenciales donantes vivos descartados, conocer las razones de exclusión y calcular la tasa de descarte.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo en tres centros de trasplante, que incluyó pacientes que se postularon como potenciales donantes renales entre 2017 y julio de 2024. Se analizaron datos demográficos, relación con el receptor, número de consultas realizadas antes del descarte y causas de exclusión. Se calculó y comparó la tasa de descarte.

Resultados: Se evaluaron 535 donantes potenciales, de los cuales 395 fueron descartados. No se observaron diferencias significativas entre centros ($p=0.112$). De los descartados, 212 eran mujeres (53,6%). La edad promedio fue $43,8 \pm 12,3$ años, sin diferencias entre géneros ($p=0.862$). La relación donante-receptor más frecuente fue pariente de primer grado (59%) La principal causa de exclusión fue no médica (17%), seguida de crossmatch positivo o anticuerpos anti-HLA específicos (17%), y obesidad (14%). El número promedio de consultas médicas antes del descarte fue $3,31 \pm 2,86$. Se encontró una correlación directa entre el número de consultas y la edad del donante ($p=0.001$; $R^2=0.032$). No hubo diferencias significativas respecto al número de consultas previas según género ($p=0.372$) ni tipo de relación donante-receptor ($p=0.215$).

Conclusión: La tasa de descarte fue del 73,83%. Se observó una tendencia a mayor tasa de donación efectiva en el único centro privado incluido, aunque con la limitación del bajo número de centros. Se encontraron diferencias significativas en la relación donante-receptor, siendo más frecuentes los donantes de primer grado. La correlación entre edad del donante y mayor número de consultas podría deberse a la mayor dificultad para evaluar los riesgos en donantes de mayor edad. Se concluye que la salud y seguridad del donante son pilares fundamentales en los programas de donación renal de donante vivo.

P-48

Valor Predictivo del Índice de Respuesta Inmune-Inflamatoriasistémica en Pre-Trasplante Renal

Jaurretche, S⁽¹⁾,
Di Pietrantonio, S⁽²⁾,
Aran, MN⁽²⁾,
Mir, G⁽³⁾,
Berhongaray Kenny, E⁽⁴⁾;

(1)Servicio de Nefrología y Trasplante,
Sanatorio Parque,
Rosario, Argentina

(2)Servicio de Nefrología y Trasplante,
Hospital El Cruce,
Florencio Varela, Argentina

(3)Servicio de Nefrología y Trasplante,
Hospital San Martín CRAI Sur,
La Plata, Argentina

(4)Servicio de Guardia Operativa,
ITAC, CABA, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: La enfermedad cardiovascular (ECV) es una causa principal de morbi-mortalidad en la población general y en particular, en pacientes con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) en diálisis y trasplante (TX). La base fisiopatológica de la ECV es la arteriosclerosis (AS), un proceso íntimamente ligado a la respuesta inflamatoria-inmune. Las células leucocitarias desarrollan diferentes roles en la AS: i) neutrófilos: pueden acelerar la AS por activación de macrófagos, quimiotaxis de monocitos y citotoxicidad, ii) linfocitos: regulan la respuesta inflamatoria, con un probable efecto anti-AS y, iii) plaquetas: inician la AS por adherencia y agregación a la pared vascular, provocando quimiotaxis de leucocitos. El índice de respuesta inflamatoria-inmune sistémica (neutrófilos x plaquetas) / (linfocitos) (IRIIS), es un índice simple, de bajo costo, reproducible en la práctica clínica, que ha demostrado correlación con el riesgo de ECV.

Objetivo: determinar el IRIIS en una población de pacientes en evaluación pre-TX renal de 4 centros de Argentina y su correlación con el desenlace del paciente, luego de la evaluación pre-Tx.

Métodos: estudio de diseño retrospectivo.

Resultados: 1534 pacientes fueron incluidos: [(671 mujeres (43.7%) y 862 varones (56.2%)]; edad media: 51.6 +/- 15.0. El 84.4% de los pacientes estaban en HD, 10.7% en DP, 3.9% en HDFy el 1.0% fueron Tx preemptive. Glomerulonefritis: 21.0%; Desconocida: 16.1%, NAE: 14.0%, desconocida: 12.7%, Poliquistosis: 9.1%, Otras: 7.2%, DBT: 10.5%, Obstructiva: 3.6%, LES: 2.7%. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre IRIIS y las variables: "edad" ($p < 0.015$) y "desenlace del paciente luego de la evaluación pre-TX" ($p < 0.001$). No se encontró asociación entre el IRIIS versus "género", "causa de ERCT" y "modalidad de diálisis".

Discusión/Conclusiones: En revisión previas habíamos reportado, en 763 pacientes, que los pacientes que tenían > IRIIS permanecían más tiempo en LE, versus pacientes con < IRIIS, los cuáles resultaban NO aptos para TX o bien, accedían más rápidamente al TX. Al aumentar el tamaño poblacional, confirmamos que el IRIIS es significativo predictor del desenlace de la evaluación pre-Tx renal. Si bien en n de nuestra población es importante, el diseño retrospectivo es una importante limitación metodológica de nuestra investigación.

P-55

Innovación en el Trasplante de Órganos a Través del Monitoreo Inalámbrico en Tiempo Real de la Temperatura

Santillán Pazmiño, MD⁽¹⁾;
Moreira, JE⁽¹⁾;
Gondolesi, I⁽²⁾;
Buitrago, E⁽³⁾;
Barros Schelotto, P⁽⁴⁾;
Giannou, A⁽⁵⁾;
Gentilini, MV⁽¹⁾;
Gondolesi, GE^(1, 4, 6)

(1) Instituto de Medicina Trasplacional,
Trasplante y Bioingeniería (IMETyB),
Universidad Favaloro,
Buenos Aires, Argentina

(2) Facultad de Medicina, Universidad
Favaloro, Buenos Aires, Argentina

(3) H + Trace, Co-fundador & CSO,
Buenos Aires, Argentina

(4) Servicio de Cirugía General, Tras-
plante Hepático, Pancreático e Intes-
tinal, Hospital Universitario Fundación
Favaloro, Buenos Aires, Argentina

(5) Department of General, Visceral
and Thoracic Surgery, University
Medical Center, Hamburg Eppendorf,
Hamburg, Alemania

(6) Medstar Georgetown Transplanta-
tion Institute, Georgetown University
Hospital, Washington DC, United
States of America

Introducción y Objetivos: La preservación y el transporte de órganos sólidos son etapas determinantes para la viabilidad del injerto y el éxito del trasplante. La temperatura y el tiempo de isquemia constituyen variables críticas que impactan en la integridad celular y en el daño por isquemia-reperusión. Sin embargo, los cambios térmicos intraorgánicos no han sido caracterizados con precisión, desconociéndose cómo fluctúan realmente las temperaturas en el parénquima ni en qué medida las mediciones externas reflejan dichas condiciones. El objetivo de este estudio fue evaluar, mediante una innovación tecnológica basada en sensores inalámbricos con transmisión continua vía Bluetooth, la temperatura interna y externa de injertos sólidos durante extracción, almacenamiento y transporte en un modelo porcino experimental, generando por primera vez un registro dinámico y en tiempo real la evolución térmica intraorgánica.

Materiales y Métodos: Se utilizaron cinco cerdas Landrace (3 meses, 30–35 kg) para la extracción de riñones e hígado, preservados en solución HTK en contenedores con hielo según práctica clínica. Se colocaron sensores internos (vena porta e intrarrenales a 5 cm) y externos en las bolsas de preservación. Las temperaturas se registraron durante 6–7 h (riñones) y 4–5 h (hígado) en isquemia fría. El estudio contó con aprobación ética del CICUAL.

Resultados: Se observó una discrepancia crítica entre temperaturas internas y externas. En riñones, la temperatura interna alcanzó el rango óptimo (~4 °C) a los 30 min pero descendió hasta ~0 °C a las 2 h; las mediciones externas mostraron un enfriamiento más rápido con valores negativos (-1,1 °C a las 5 h). En hígado, la temperatura interna llegó a 4 °C de forma tardía (60–100 min) y cayó por debajo de 0 °C tras las 3 h, mientras que la externa descendió a -1,6 °C a las 2 h. Estos hallazgos demuestran que la preservación convencional no mantiene condiciones térmicas estables y favorece el congelamiento tisular.

Conclusiones: Este modelo experimental evidencia de manera consistente que la temperatura externa sobrestima la eficacia del enfriamiento, mientras que el parénquima alcanza valores por debajo de 0 °C, con riesgo de daño celular e isquémico. La monitorización interna en tiempo real mediante sensores inalámbricos constituye una innovación tecnológica que ofrece un método objetivo para evaluar la condición real del injerto y abre la posibilidad de implementar intervenciones proactivas de control térmico. Su aplicación es indispensable para optimizar la viabilidad de los órganos y mejorar los resultados clínicos en trasplante de órganos sólidos.

Figura:

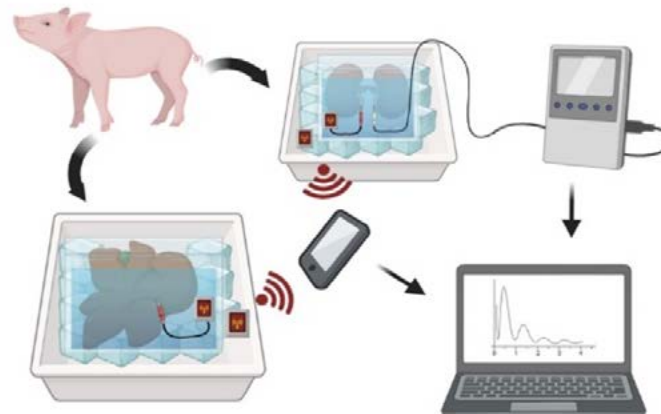


Figura: Representación esquemática del diseño experimental. Monitorización en tiempo real de la temperatura interna y ambiental del hígado y riñones en cerdos, usando sensores inalámbricos internos, externos y multiparamétrico. Los órganos se conservan en bolsa con solución preservante dentro de una caja térmica de poliestireno. Imágenes con ©BioRender - biorender.com.

Financiamiento: No

P-56

Edad y Trasplante Hepático: ¿Un Factor Clave en los Resultados Clínicos? Estudio de un sólo Centro en Argentina.

Santillán Pazmiño, MD⁽¹⁾,
Arriola Benítez, PC⁽²⁾,
Pérez Illige, L⁽¹⁾,
Descalzi, V⁽³⁾,
Yantorno, S⁽³⁾,
Barros Schelotto, P⁽³⁾,
Gondolesi, GE⁽⁴⁾,
Gentilini, MV⁽¹⁾

(1) Instituto de Medicina Trasplacional,
Trasplante y Bioingeniería (IMeTTyB),
Universidad Favaloro,
Buenos Aires, Argentina

(2) Cancer Immunobiology Laboratory,
Facultad de Ciencias Biomédicas,
Instituto de Investigaciones en Medi-
cina Trasplacional (IMT), Universidad
Austral, Buenos Aires, Argentina

(3) Cirugía General, Hepatología y
Trasplante Hepático, Hospital Univer-
sitario Fundación Favaloro,
Buenos Aires, Argentina

(4) Medstar Georgetown Transplanta-
tion Institute, Georgetown University
Hospital, Washington DC,
United States of America

Financiamiento: No

Introducción: El trasplante hepático constituye la única alternativa terapéutica para pacientes con insuficiencia hepática terminal y determinadas enfermedades agudas. El progresivo aumento en la demanda de órganos, sumado al envejecimiento poblacional y a la necesidad de ampliar criterios de aceptación de donantes, ha incrementado el uso de hígados de donantes mayores. Sin embargo, el impacto de la edad del donante sobre los resultados clínicos continúa siendo motivo de debate. En particular, los mecanismos biológicos asociados al envejecimiento —como la inmunosenescencia, la inflamación crónica y la acumulación de daño celular— podrían condicionar la función del injerto y la sobrevida de los receptores. A pesar de su relevancia, en Argentina no existen estudios que evalúen de manera sistemática los efectos de la edad del donante en trasplante hepático.

Objetivo: Evaluar la influencia de la edad del donante sobre la evolución clínica, la función del injerto y la sobrevida del receptor en una cohorte de trasplante hepático en un centro de referencia de Argentina.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo que incluyó 494 trasplantes hepáticos consecutivos realizados en el Hospital Universitario Fundación Favaloro entre septiembre de 2009 y mayo de 2020. Tras aplicar criterios de exclusión (donantes y receptores <18 años, re-trasplantes, trasplantes combinados o multiviscerales, falla hepática fulminante, mortalidad precoz y datos incompletos), se analizaron 267 pares donante-receptor. Los donantes fueron categorizados en adultos (18–59 años; n=222) y mayores (>60 años; n=45). Se evaluaron sobrevida global y del injerto mediante curvas de Kaplan–Meier y modelos de Cox multivariados. La función hepática se determinó con pruebas bioquímicas de laboratorio; en un subgrupo se analizaron marcadores proinflamatorios y de senescencia (IL-1 β , IL-6, TNF- α , p21 y CCND1) mediante RT-qPCR, y se cuantificó lipofusina como indicador de envejecimiento celular.

Resultados: Los receptores de injertos mayores presentaron menor sobrevida global (p<0,001) y del injerto (p=0,002) en comparación con los receptores de donantes adultos, independientemente de la edad del receptor. El análisis de Cox confirmó la edad del donante como predictor independiente de mortalidad (HR: 3,84; IC95%: 1,93–7,60; p=0,0001) y de falla del injerto (HR: 2,53; IC95%: 1,37–4,67; p=0,028). Los injertos de donantes >60 años mostraron mayor frecuencia de rechazo celular agudo (42,9% vs. 28,2%), menor función hepática inicial (ALT, AST, bilirrubina total; p<0,05), mayor expresión de citocinas proinflamatorias y genes de senescencia, así como acumulación de lipofusina. En receptores adultos, los niveles de lipofusina disminuyeron significativamente durante el primer año post-TH, lo que sugiere capacidad de remodelado tisular.

Conclusión: La edad avanzada del donante se asocia con menor sobrevida del paciente y del injerto, mayor expresión de marcadores inflamatorios y senescentes, y mayor rechazo agudo. Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar la edad biológica del órgano en la selección de donantes para diseñar estrategias personalizadas de trasplante orientadas a mejorar los resultados en un contexto de población y pool de donantes envejecidos.

P-61

Rescates Bacteriológicos en Hemocultivos de Donantes Cadavéricos y Líquido de Transporte: Alta Prevalencia con Predominio de Contaminantes.

Tito, SK⁽¹⁾,
Coisson, PE;
Veracierto, F;
Villamil, FG

(1) Trasplante hepático,
Hospital Británico,
CABA, Argentina

Las infecciones bacterianas en receptores de trasplante hepático (TH) son causa frecuente de morbimortalidad, especialmente las debidas a gérmenes multiresistentes (GMR).

Objetivo: Evaluar: 1) La prevalencia de rescate y tipo de gérmenes en los hemocultivos del donante (HCD) y el líquido de transporte del órgano (LT) y 2) El riesgo de transmisión de la infección al receptor.

Materiales y Métodos: El estudio incluyó 153 adultos consecutivos trasplantados con donantes cadavéricos. La edad media de los receptores fue de 59 años con predominio del sexo masculino (90/153, 59%). La indicación más frecuente de TH fue la cirrosis en 145 pacientes (95%) siendo las etiologías más prevalentes el consumo de alcohol (38/145, 26%) y la esteatohepatitis metabólica (27/146, 19%). La media del MELD al TH fue de 26 puntos. Los HCD (dos muestras) se obtuvieron inmediatamente antes de la ablación y las del LT (histidina-triptófano-cetoglutarato, HTK) al inicio del TH. El régimen standard de antibióticos (ampicilina-ceftioxona/piperacilina-tazobactam) se corrigió según el rescate de los HCD o LT.

Resultados: La prevalencia de rescate de gérmenes fue de 48% (70/145, bacterias 68 y hongos 2) en HCD y 56% en LT (85/152, bacterias 83, hongos 2). El % de contaminantes, GMR y otros gérmenes fue de 56%/12%/32% y 71%/7%/22% respectivamente. Los rescates de los HCD y LT (n=149) fueron concordantes en el 56% de los pacientes (Pos/Pos 45, Neg/Neg 39) y discordantes en el 44% (Pos/Neg 40, Neg/Pos 25). En 10/45 casos del grupo Pos/Pos (22%) se aisló el mismo germen en HCD y LT. Excluyendo los contaminantes, los gérmenes aislados con mayor frecuencia en los HCD fueron *K. pneumoniae*, *S. aureus* y *A. baumannii* y en los LT *E. coli*, *K. pneumoniae* y *S. aureus*. En 85 pacientes (56%) se modificó el esquema antibiótico (18 en base a los HCD, 30 por el LT y 37 por la combinación de ambos). Durante la internación inicial post-TH, el 30% (46/153) de los receptores desarrollaron infecciones bacterianas siendo los focos más frecuentes el respiratorio (37%) y abdominal (28%). En ningún receptor se rescataron gérmenes aislados de HCD o LT.

Conclusiones: Se aislaron gérmenes en alrededor de la mitad de los cultivos del donante, pero la mayoría fueron considerados contaminantes rescatándose GMR en <10% de los casos. Ningún receptor presentó complicaciones infecciosas asociadas a la bacteriología de los HCD o del LT, no pudiéndose aclarar si eso se debió a la baja transmisión donante-receptor o a la modificación del esquema antibiótico en la mitad de los pacientes.

Financiamiento: No

P-64

Solimano, FM⁽¹⁾;
Bonetto, ME⁽¹⁾;
Berenguer, OC⁽¹⁾

(1) Laboratorio Central,
Hospital Dr. Guillermo Rawson.
San Juan, Argentina

Prevalencia de Pacientes Hipersensibilizados a Antígenos de Histocompatibilidad Detectados por Métodos de Fase Sólida en un Centro de Referencia de la Provincia

Introducción: El sistema de antígenos leucocitarios humanos tiene como función presentar antígenos a los linfocitos T e identificar las células del organismo y diferenciarlas de las extrañas. Éste posee elevado polimorfismo genético, generando un gran número de combinaciones de estas moléculas y muy bajas probabilidades de que dos individuos tengan los mismos determinantes antigénicos. En los pacientes en lista de espera para un injerto renal, es de gran relevancia investigar la presencia de anticuerpos anti-HLA en suero, siendo estos pacientes uno de los mayores desafíos que enfrentan los equipos de trasplante. El INCUCAI clasifica a los pacientes que se encuentran en lista de espera según su valor de Porcentaje de panel (PRA) determinado por método de fase sólida, y aquellos que tengan un valor mayor o igual a 85% son denominados hipersensibilizados. Esta condición reduce las posibilidades en los pacientes de recibir un trasplante de riñón.

Objetivos: El objetivo del trabajo es mostrar la prevalencia que tenemos en la provincia de pacientes en lista de espera en condición de hipersensibilizados, y enfatizar la importancia del uso de métodos de fase sólida.

Materiales y Métodos: Se realizó estudio cuantitativo, transversal, observacional y descriptivo. En éste se incluyeron todas las muestras de pacientes hipersensibilizados que habían sido incluidos en los registros de SINTRA, sistema informático del INCUCAI, desde marzo del 2019 hasta abril del 2024. Los datos se obtuvieron del dicho registro informático, y fueron procesados mediante el programa Microsoft Excel.

Resultados: De un total de 281 pacientes estudiados en el período de tiempo, el 8,2% (n.23) fueron pacientes hipersensibilizados. De éstos, el 78,2% (n.18) fueron de sexo femenino y el 21,8% (n.5) fueron de sexo masculino. El gráfico 1 muestra la distribución de las edades según sexo femenino o masculino, y sus respectivas medianas. Para los valores de PRA obtenidos (expresados en porcentajes) la mediana fue de 97 (Q1: 92; Q2: 97,5). La distribución de porcentajes positivos para los distintos PRA fue de 35% y 39% para PRA I y II respectivamente. El 26% restantes tuvieron positividad para ambos. Actualmente, algunos de esos pacientes ya no continúan en lista de espera, por diversas causas descritas en el gráfico 2, y otros siguen esperando un riñón. De los pacientes que todavía están (12), el tiempo promedio que llevan en lista de espera es de 1448 días.

Conclusiones: La prevalencia obtenida de pacientes hipersensibilizados para el periodo de tiempo estudiado fue del 8,2%, coincidiendo con los datos que actualmente aporta SINTRA (8%) a nivel provincial. Además, la prevalencia observada a nivel provincial es similar a la observada a nivel nacional (9%). Respecto a los pacientes, se vio que la mayoría de ellos fueron de sexo femenino. Esto podría tener relación con el hecho que las pacientes de sexo femenino tuvieron mayores eventos sensibilizantes tales como embarazos y abortos. También se observó que el uso de los métodos de fase sólida para la medición de PRA permitió recategorizar pacientes que, previo a la implementación de esta metodología, no habían sido detectados como hipersensibilizados.

Financiamiento: No

Figura:

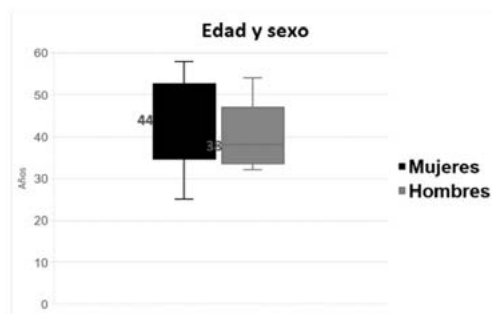


Gráfico 1: Box Plot Edad diferenciada en sexos.

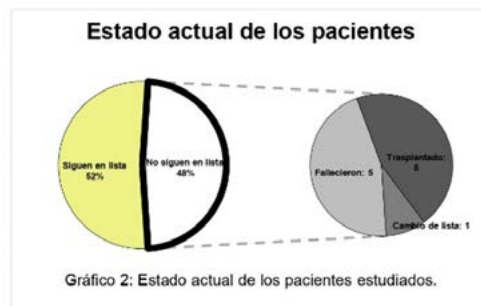


Gráfico 2: Estado actual de los pacientes estudiados.

P-69

Evaluation of Different Lactate-Based Interventions in an Intestinal Ischemia-Reperfusion Injury Murine Model

Stringa, PL^(1,2),
Rumbo, M⁽²⁾,
Errea, AJ⁽²⁾

Background: Intestinal ischemia/reperfusion (I/R) injury is a common clinical event with high mortality in patients undergoing surgery, trauma or transplantation and is often associated with multi-organ dysfunction.

Lactate, previously considered a metabolic waste product, has shown several biological properties including beneficial effects in pathology models involving inflammatory and oxidative stress, both implicated in gut damage induced by I/R. The aim of this study was to evaluate the effect of different lactate supplementation-based interventions on pathology induced by gut I/R in a murine model.

Methods: Adult male BALB/c mice were subjected to intestinal ischemia-reperfusion injury by reversible occlusion of the superior mesenteric artery, consisting of 45 minutes of ischemia followed by 30 minutes or 4h of reperfusion. Lactate was administered either by intraluminal injection at the onset of ischemia (1ml, 100mM; Lac IL) or in a preconditioning regime by administration in drinking water (200mM; Lac oral) for 96h prior to ischemia. Intestine samples were collected for histological analysis and evaluation of inflammatory markers. For oral intervention lung and kidney samples were also collected to assess remote organ histological damage.

Results: Intraluminal lactate did not significantly ameliorate intestinal histological damage evaluated by Park/Chiu score neither at 30min nor at 4h after reperfusion, where I/R induced damage tended to decrease. Assessment of cytokines showed a mild increase in gut IL-6 and IL-1 β 30 minutes after reperfusion but this was not statistically significant. Similarly, intestinal preconditioning by oral lactate supplementation did not induce a statistically significant improvement in gut histological damage neither at 30min nor at 4h post-reperfusion. Nevertheless, assessment of gut cytokines at 4h after reperfusion showed a significant increase in IL-6, TNF- α and IL-10 in the I/R group compared with sham-operated group ($p < 0.05$). Lactate preconditioning significantly decreased gut IL-6 ($7.50 \text{ ng} \pm 1.33$ vs $2.45 \text{ ng} \pm 2.18$; I/R vs I/R + oral lactate; $p < 0.0005$) and IL-10 ($101.21 \text{ pg} \pm 24.17$ vs $43.72 \text{ pg} \pm 18.47$; I/R vs I/R + oral lactate; $p < 0.0005$) whereas only 2/5 mice showed detectable levels of TNF- α compared to 5/5 in the I/R group. Moreover, histological analysis showed lower lung histopathological damage (I/R vs. I/R+oral lactate, $p < 0.0001$) and renal histopathological damage (I/R vs. I/R+ oral lactate, $p < 0.0001$).

Conclusions: Our preliminary results indicate that intraluminal lactate supplementation did not have a protective effect on gut I/R injury. However, lactate preconditioning by oral administration reduced inflammatory status of gut mucosa reflecting milder injury and potentially contributing to improved outcomes and reduced remote organ damage. Further studies are needed to elucidate the underlying mechanisms.

Financiamiento: No

P-70

ADN Libre de Donante como Biomarcador Temprano de Mal Pronóstico del Injerto Renal: Presentación de Dos Casos

Trucco Boggione, C^(1,2),
Lema, S⁽³⁾,
Cotorruelo, CM^(1,2),
Acosta, F⁽³⁾

En las últimas décadas, los avances tanto en las terapias inmunosupresoras como en el cuidado integral del paciente con trasplante de riñón han contribuido significativamente a mejorar los resultados a largo plazo. Sin embargo, las estrategias de monitoreo actuales presentan limitaciones para detectar precozmente una injuria en el órgano trasplantado. El ADN libre derivado del donante (dd-cfDNA) resulta un biomarcador temprano y de detección no invasiva para inferir daño del injerto. El dd-cfDNA consiste en pequeños fragmentos de ADN doble hebra que se liberan a la circulación sanguínea a través de la apoptosis, necrosis o secreción activa de las células del órgano trasplantado. Posee una vida media corta (30–150 minutos), lo que permite una evaluación en tiempo real del daño celular en curso. Se ha reportado que, aproximadamente 15 días post-trasplante renal cuando el órgano ya se encuentra relativamente estabilizado, una fracción de dd-cfDNA superior al 1% indicaría daño del injerto. El objetivo de este trabajo fue reportar el caso de dos pacientes con trasplante renal que mostraron valores elevados de dd-cfDNA. Se estudiaron muestras de sangre periférica provenientes de dos pacientes obtenidas dentro de las 24 horas de realizada la cirugía. De la fracción plasmática se obtuvo el ADN libre total. Se realizó la cuantificación del dd-cfDNA a través de una estrategia de PCR digital en gotas analizando polimorfismos de Inserción-Delección. Las fracciones de dd-cfDNA halladas en los dos casos estudiados fueron 31,25% y 41,00%, respectivamente. Dichos valores resultaron significativamente superiores respecto de los hallados en pacientes trasplantados con tejidos cadavéricos (5%-10%) dentro de las 24 horas del trasplante. En ambos casos, se constató una mala evolución clínica del injerto que derivó en una trombosis vascular. Los resultados preliminares obtenidos indicarían que cuando la fracción de dd-cfDNA es superior al 10% en pacientes dentro de las 24 horas post-trasplante, este biomarcador podría ser utilizado como un indicador específico de daño tisular grave, incluyendo eventos como la trombosis del injerto renal. Un umbral del 10% podría establecerse como punto de corte para determinar la significancia clínica que posee un valor aumentado del dd-cfDNA, sugiriendo mayor riesgo de complicaciones graves. La trombosis del injerto renal asociada a niveles elevados de dd-cfDNA debe ser evaluada en conjunto con otros hallazgos clínicos como la disminución del flujo sanguíneo renal y el deterioro de la función del órgano. La interpretación de este cuadro requiere el abordaje de un equipo multidisciplinario de profesionales de la salud capaces de identificar las causas subyacentes de las fracciones elevadas de dd-cfDNA y establecer un plan terapéutico preventivo adecuado.

(1) Laboratorio de Inmunohematología, Facultad de Ciencias Bioquímicas-UNR. Rosario, Argentina

(2) Instituto de Inmunología Clínica y Experimental de Rosario, CONICET. ROSARIO, Argentina

(3) Servicio de Trasplante Renal, Hospital Provincial del Centenario. ROSARIO, Argentina

Financiamiento: No

P-71

Desafíos y Estrategias Interdisciplinarias ante Urgencias en Salud Mental en Pacientes Pediátricos Trasplantados Renales en un Centro de Alta Complejidad

Cecotti Chaves, E⁽¹⁾;
Stadlin, F⁽¹⁾;
Varela, E⁽¹⁾;
Rodríguez Rilo, L⁽¹⁾

(1)Servicio de trasplante renal pediátrico, ITAC. caba, Argentina

Objetivos: Presentar el diseño e implementación de una guía de intervención interdisciplinaria ante urgencias en salud mental en pacientes pediátricos transplantados renales, en un centro de alta complejidad, con el objetivo de garantizar una respuesta oportuna, contener la situación crítica y, de ser necesario, articular la derivación hacia dispositivos especializados para su adecuado seguimiento.

Materiales y Métodos: Se realizó una descripción sistematizada del abordaje interdisciplinario aplicado ante urgencias en salud mental en pacientes pediátricos transplantados renales, atendidos en un centro especializado en trasplante de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Se documentaron y analizaron intervenciones clínicas y psicosociales aplicadas en contextos de alto riesgo, a partir de experiencias concretas abordadas por equipos integrados por profesionales de nefrología pediátrica, salud mental (psicología, psiquiatría y trabajo social) y coordinación institucional.

Descripción: Los pacientes pediátricos transplantados renales pueden atravesar situaciones críticas cuando factores emocionales o sociales desencadenan un padecimiento subjetivo que genera una urgencia en salud mental. Estas crisis agudas pueden implicar riesgos inminentes para la vida del paciente o de terceros, manifestándose a través de sufrimiento psíquico intenso, pensamiento alterado o conductas potencialmente peligrosas. Las causas pueden ser múltiples: descompensaciones clínicas, antecedentes psiquiátricos, historias de vida con traumas o vulneraciones de derechos, desarraigo o falta de redes de apoyo. En todos los casos, se requiere una evaluación articulada entre salud mental y nefrología pediátrica, a fin de definir la conducta terapéutica más adecuada. El protocolo establece estrategias clínicas basadas en: Evaluación médica y psicosocial temprana del riesgo. Identificación de riesgos específicos del paciente y su contexto: se consideran factores clínicos y psicosociales, presencia de trastornos mentales preexistentes y disponibilidad de redes de apoyo. Contención emocional y toma de decisiones clínicas: según el nivel de riesgo, se definen intervenciones terapéuticas a corto y mediano plazo. Coordinación con obras sociales y dispositivos externos. Registro en historia clínica: toda intervención se documenta conforme a los marcos normativos. Elaboración de informes considerando los marcos legales vigentes: derechos de infancia, salud mental y del paciente. Este protocolo busca brindar una respuesta inmediata, ética y coordinada ante situaciones de alto riesgo, resguardando la salud integral y los derechos de pacientes altamente vulnerables, y asegurando la continuidad del seguimiento post-trasplante.

Conclusiones: La atención de urgencias en salud mental en pacientes pediátricos transplantados renales representa un desafío clínico y psicosocial complejo que exige abordajes sensibles, éticos y técnicamente adecuados. La aparición de crisis subjetivas en este grupo de alta vulnerabilidad demanda respuestas que integren la dimensión médica con los aspectos emocionales, familiares y contextuales del proceso de trasplante. La guía interdisciplinaria implementada en nuestro centro constituye una estrategia novedosa y replicable, que asegura intervención oportuna, coordinación institucional, cumplimiento normativo y mitigación de riesgos, contribuyendo a la seguridad y el bienestar del paciente.

Financiamiento: No

P-72

El Abordaje Interdisciplinario Nefropsicosocial en un Paciente Pediátrico Trasplantado Renal y su Coyuntura Socio-Familiar

Stadlin, F⁽¹⁾;
Cecotti Chaves, E⁽¹⁾;
Rodríguez Rilo, L⁽¹⁾;
Varela, E⁽¹⁾

(1)Servicio de trasplante renal pediátrico, ITAC. caba, Argentina

Objetivos: Presentar la estrategia utilizada para el abordaje interdisciplinario nefro-psico-social pretrasplante en un paciente pediátrico en un contexto socio-familiar complejo.

Materiales y Métodos: Estudio exploratorio descriptivo, de carácter cualitativo y centrado en un único caso de un paciente pediátrico derivado a este instituto de alta complejidad para la realización de un trasplante renal con donante cadavérico. El proceso de intervención se desarrolló a lo largo de cinco meses, realizándose entrevistas semiestructuradas de cada disciplina e interdisciplinarias con el paciente y su familia, abordando aspectos médicos, emocionales y sociales.

Descripción: La enfermedad renal crónica terminal en pacientes pediátricos presenta desafíos médicos y socio-familiares complejos. Más aún cuando este contexto se encuentra condicionado por las dificultades económicas de vulnerabilidad y las redes de apoyo se encuentran desarticuladas, afectando la adherencia al tratamiento y la efectividad del mismo. En el presente trabajo, exploramos posibles intervenciones interdisciplinarias con un paciente pediátrico y su contexto socio-familiar, para abordar estas complejidades en el proceso de evaluación y preparación para el trasplante renal pediátrico con donante cadavérico. Integrando perspectivas de trabajo social, nefrología pediátrica y psicología, se diseñaron estrategias colaborativas para garantizar el acceso a condiciones adecuadas en pos de atender las necesidades médicas, emocionales y sociales del paciente y su red afectiva para llevar adelante el proceso de trasplante. Se llevaron a cabo intervenciones que incluyeron la psicoprofilaxis quirúrgica, la planificación del cuidado pre y post trasplante y el apoyo emocional durante todo el proceso. En el caso del paciente A.E., el abordaje permitió identificar limitaciones en el núcleo familiar, lo que evidenció la necesidad de conformar e integrar una red ampliada de apoyo familiar y socio-comunitario. Esta estrategia favoreció el adecuado cumplimiento del proceso de evaluación pretrasplante, optimizando la organización familiar durante el operativo de trasplante y la internación, y sosteniendo un acompañamiento adecuado en el seguimiento ambulatorio post trasplante, el cual se mantiene de manera sostenida hasta la actualidad.

Conclusiones: El modelo de intervención integral del equipo, que combina estrategias médicas y psicosociales, constituye un enfoque replicable y de alto impacto para trasplante renal pediátrico. Este abordaje interdisciplinario permite enfrentar la complejidad del tratamiento y la situación socio-familiar del paciente, asegurando preparación óptima, adherencia al tratamiento y la continuidad del cuidado. Los resultados clínicos y la mejora en la calidad de vida del paciente evidencian que la intervención coordinada y centrada en el paciente es un modelo eficaz. Se propone la implementación de este tipo de estrategias de intervención que, además de fundamentarse en conocimientos académicos y evidencia clínica, incorporan habilidades interpersonales como la empatía, la sensibilidad y la creatividad, esenciales para el abordaje integral de pacientes pediátricos.

Financiamiento: No

P-73

Más Allá del Trasplante: Abordaje del Desarraigo en Niños/As y Adolescentes

Cecotti Chaves, E⁽¹⁾;
Stadlin, F⁽¹⁾;
Rodríguez Rilo, L⁽¹⁾;
Varela, E⁽¹⁾

Objetivos: Describir el abordaje interdisciplinario implementado ante el impacto social y emocional del desarraigo en pacientes pediátricos trasplantados renales y sus redes de apoyo, como estrategia para sostener la adherencia al tratamiento y el bienestar emocional durante todo el proceso pre y post trasplante.

Materiales y Métodos: Se describieron estrategias implementadas en un centro privado de alta complejidad ante situaciones de desarraigo en pacientes pediátricos en lista de espera o post-trasplante renal. El abordaje interdisciplinario incluyó evaluación nefro-psicosocial, intervenciones centradas en el paciente y su red afectiva, articulación institucional y uso de herramientas remotas de comunicación y gestión. Se utilizaron entrevistas semiestructuradas y análisis contextual para diseñar intervenciones adaptadas a cada caso.

Descripción: LEI desarraigo ocurre cuando pacientes pediátricos y sus redes de apoyo deben trasladarse desde sus lugares de origen hacia ciudades con centros de atención especializada, interrumpiendo vínculos afectivos, escolares y sociales, y aumentando la carga emocional del proceso de tratamiento. Muchas familias migran temporalmente, alejándose de escuelas, trabajos y redes, lo que implica reorganizar completamente su cotidianeidad. La procedencia puede condicionar el acceso al tratamiento. Las familias deben permanecer cerca del centro de salud por largos períodos, lo que genera desafíos familiares, emocionales y económicos. Nuestro instituto implementa un abordaje interdisciplinario que combina atención médica y psicosocial, contención emocional, preparación para el trasplante y participación activa de la red afectiva. La evaluación e intervención nefropsicosocial permite identificar factores de riesgo y recursos del entorno. La coordinación con escuelas, efectores locales y redes institucionales y comunitarias asegura continuidad del cuidado y minimiza interrupciones en las rutinas del paciente.

Estrategias implementadas: Entrevistas interdisciplinarias presenciales como instancia inicial de abordaje. Evaluación de redes sociales de apoyo familiar, comunitaria e institucional. Entrevistas virtuales para incluir a referentes afectivos que no puedan trasladarse. Diseño de estrategias para acompañamiento y organización de la red afectiva. Articulación con profesionales intervinientes (nefrología, salud mental, pediatría, centros de diálisis). Coordinación con escuelas, centros de salud de referencia e instituciones gubernamentales. Implementación de escuela hospitalaria y domiciliaria en Buenos Aires. Gestión de recursos para estadias prolongadas de pacientes del interior. Uso de herramientas remotas de comunicación y gestión (videollamadas, firma digital). Este enfoque busca atender el impacto emocional del desarraigo, prevenir riesgos vinculados a la falta de adherencia y favorecer una preparación integral para el trasplante.

Conclusiones: El desarraigo representa un desafío para niños/as y adolescentes trasplantados renales y sus familias, especialmente aquellas provenientes de contextos regionales y socioeconómicos diversos. El modelo interdisciplinario implementado en nuestro instituto, centrado en la atención emocional y la participación familiar, busca mitigar los efectos del desarraigo, fortalecer la adherencia y optimizar la preparación pre y post trasplante.

(1)servicio de trasplante renal pediátrico, ITAC. caba, Argentina

Financiamiento: No

P-75

Telecomunicación y Abordaje Mixto en la Evaluación Pretrasplante Renal Pediátrico: un Modelo Interdisciplinario para Disminuir el Desarraigo y Mejorar la Accesibilidad

Stadlin, F⁽¹⁾;
Cecotti Chaves, E⁽¹⁾;
Rodríguez Rilo, L⁽¹⁾;
Varela, E⁽¹⁾

Objetivos: Describir la incorporación de herramientas de telecomunicación como parte de un abordaje mixto (virtual y presencial) en la atención interdisciplinaria nefro-psico-social de un paciente pediátrico en evaluación pretrasplante renal, destacando su impacto en la reducción del desarraigo, la mejora de la accesibilidad y la adherencia al tratamiento.

Materiales y Métodos: Se llevó a cabo una intervención interdisciplinaria durante la evaluación pretrasplante de un paciente pediátrico con enfermedad renal crónica terminal, atendido en un centro privado de alta complejidad especializado en trasplante renal. Se implementó un modelo mixto que combinó entrevistas virtuales y encuentros presenciales, coordinados por los equipos de nefrología, psicología y trabajo social. La metodología incluyó el uso de herramientas de telesalud para la evaluación clínica, contención emocional, psicoprofilaxis quirúrgica y articulación con efectores locales, adaptando la frecuencia y modalidad de contacto según las necesidades de la familia.

Descripción: La enfermedad renal crónica terminal en pediatría presenta desafíos médicos y psicosociales complejos. En Argentina, la concentración de centros de trasplante en grandes ciudades obliga a muchas familias a trasladarse desde provincias lejanas, generando desarraigo, sobrecarga económica y fragmentación del cuidado, comprometiendo la continuidad del seguimiento y la adherencia al tratamiento. Nuestro equipo interdisciplinario implementa un modelo mixto que combina telecomunicación (telesalud) y atención presencial durante la evaluación pretrasplante de un paciente pediátrico. A través de entrevistas virtuales coordinadas por nefrología, psicología y trabajo social se realizan evaluaciones clínicas y psicosociales, psicoprofilaxis quirúrgica y acompañamiento familiar, complementadas con encuentros presenciales según necesidad clínica y logística familiar. La modalidad virtual permitió: Incluir activamente en la participación de los cuidados a referentes afectivos que no podían trasladarse por distancia, salud o recursos económicos. Favorecer la articulación con efectores de salud locales, escuelas y organismos de protección de derechos. Fortalecer la preparación prequirúrgica, la comunicación con el equipo y la adherencia al tratamiento del paciente y sus referentes afectivos. Disminuir el impacto del desarraigo y mitigar la sobrecarga emocional y económica asociada a los traslados. El modelo mixto evidencia que la telesalud complementa la atención presencial, garantizando la continuidad del cuidado y la evaluación interdisciplinaria integral.

Conclusiones: La integración de telecomunicación y atención presencial en la evaluación pretrasplante renal pediátrico constituye una estrategia innovadora, replicable y de alto impacto clínico y social. Este enfoque mixto permite acortar distancias, reducir el desarraigo y mejorar la accesibilidad, asegurando una preparación integral y equitativa de pacientes y familias. La experiencia demuestra que combinar herramientas de telesalud con atención presencial fortalece la adherencia, optimiza resultados clínicos y promueve un cuidado centrado en el niño y su entorno familiar.

(1)servicio de trasplante renal pediátrico, ITAC. caba, Argentina

Financiamiento: No

P-78

Validation of a Droplet Digital PCR Method for Quantification of Donor-Derived Cell-Free DNA in Pediatric Liver Transplant Recipients

Arrigone, A⁽¹⁾;
Trezeguet Renatti, G^(1,2);
Moragas, M^(2,3);
Fernandez Souto, D⁽⁴⁾;
Gamba, C⁽⁴⁾;
Dip, M⁽⁵⁾;
Halac, E⁽⁵⁾;
Schaiquevich, P^(1,2)

(1)Unidad de Tratamientos Innovadores, Hospital de Pediatría Garrahan. CABA, Argentina

(2)CONICET. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

(3)Unidad de Virología y Epidemiología Molecular, Hospital de Pediatría Garrahan. CABA, Argentina

(4)Laboratorio de Histocompatibilidad. Centro Regional de Hemoterapia, Hospital de Pediatría Garrahan. CABA, Argentina

(5)Servicio de Trasplante Hepático, Hospital de Pediatría Garrahan. CABA, Argentina

Introduction / Objective: Donor-derived cell-free DNA (dd-cfDNA) quantification has emerged as a promising non-invasive biomarker for allograft monitoring and transplant surveillance. However, in Argentina no clinically validated methods are currently available. Next-generation sequencing (NGS), while accurate, is costly and time-consuming. Droplet digital PCR (ddPCR) offers a rapid, cost-effective alternative for dd-cfDNA measurement. This study aimed to develop and validate a ddPCR-based method for dd-cfDNA quantification in pediatric liver transplant recipients (PLTR) and to compare its performance with NGS.

Materials and Methods: Donor and recipient genomic DNA (gDNA) were genotyped using biallelic deletion/insertion polymorphisms (DIPs). gDNA from healthy volunteers was sonicated and mixed in different proportions to simulate donor-derived (dd-cfDNA) and recipient-derived cfDNA (rd-cfDNA). DNA input, primer concentration, and annealing temperature were optimized. Analytical performance was evaluated in terms of sensitivity, precision, and linearity, with a coefficient of variation (CV) <30% considered acceptable. The method was subsequently applied to 20 clinical samples from PLTR for comparison with an NGS-based method. Following validation, ddPCR for dd-cfDNA and rd-cfDNA was implemented in 8 patients

Results: Informative alleles were identified in 44 of 45 donor-recipient pairs (97.8%). The limit of quantification was 0.084 ng (0.47% dd-cfDNA), with an optimal input of 18 ng per reaction. Precision was acceptable across all dd-cfDNA levels, with strong linearity between dd-cfDNA percentage and donor gDNA ($R^2 > 0.99$). In PLTR samples, ddPCR and NGS results were highly correlated ($p = 0.88$, $p < 0.0001$, $n = 20$), with a mean bias of 0.34% and limits of agreement from -1.96 to +2.63. During the implementation phase, dd-cfDNA quantification was successfully performed in 8 samples from PLTR. In one case, dd-cfDNA results along with clinical observations and biochemical results allowed avoidance of a protocol biopsy.

Conclusions: This validated ddPCR assay provides a reliable and cost-effective alternative to NGS for dd-cfDNA quantification. Initial implementation in PLTR demonstrated feasibility in real-world clinical settings and supports the potential use of dd-cfDNA to optimize the indication of protocol biopsies and reduce unnecessary invasive procedures.

Financiamiento: No

P-85

Pérdida de Obra Social: Como Asegurar Continuidad en los Cuidados del Paciente Trasplantado de Órganos Sólidos en la Provincia de Buenos Aires

Petrone, H⁽¹⁾;
Remazzina, M⁽¹⁾;
Aguila, M⁽²⁾;
Benitez, JM⁽²⁾;
Vallejos, G⁽³⁾;
Leone, F⁽⁴⁾

(1) Dirección de Redes de Trasplante,
CUCAIBA. La Plata, Argentina

(2) Trabajo Social, Cucaiba.
La Plata, Argentina

(3) Subsidios, CUCAIBA.
La Plata, Argentina

(4) Presidente, CUCAIBA.
La Plata, Argentina

Financiamiento: No

Introducción / Objetivos: El éxito del trasplante de órganos sólidos, medido como sobrevida del injerto y paciente depende de varios factores. Dentro de los más significativos se encuentra el acceso al seguimiento por el Equipo de salud y la adherencia al tratamiento indicado. Ambos aspectos se alteran de manera muy negativa cuando el paciente pierde la cobertura por la Obra Social o Prepaga con el agravante de la no existencia de un Protocolo estandarizado para transferir pacientes del sistema privado al sistema público. Para evaluar la magnitud del problema se realizó un análisis de pacientes bonaerenses trasplantados de órganos sólidos que perdieron la cobertura y que tuvieron que ser absorbidos por el EFTO (Ente de Financiamiento de Trasplantes de Órganos) y derivados a la Red Pública de Unidades de Trasplante de la Provincia de Buenos Aires

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de los pacientes que debieron ser cubiertos por el EFTO a partir del 1/1/2023 hasta el 30/06/2025. Los años previos (2020 al 2022) no fueron analizados para evitar el sesgo que generó la pandemia en los procesos. Además se realizó un relevamiento comparativo del primer semestre de los años 2023, 2024 y 2025 con la finalidad de evaluar la tendencia tanto en la cantidad de pacientes transferidos como en el tipo de trasplante según órgano.

Resultados: Las causas más importantes de pérdida de la cobertura fueron despidos laborales y pérdida de la cobertura por el familiar a cargo. La forma de ingreso al EFTO más frecuente fue la autogestión de los pacientes ante el Servicio Social de la Institución Provincial, seguido por la derivación directa entre Equipos de Trasplantes privados a públicos. En la tabla y figura siguientes se exponen la cantidad de pacientes transferidos al sistema público y los tipos de trasplantes así como la tendencia. Del análisis realizado surge que 136 pacientes fueron absorbidos por la Red Pública de Trasplante de la Provincia de Buenos Aires por la pérdida de la cobertura representando el 9,43% del total de pacientes bajo el Programa (1442 pacientes). Analizado por periodos, el incremento entre el primer semestre de los años 2023, 2024 y 2025 fue: 8,3% y 26,9% respectivamente

Conclusiones: La pérdida de la cobertura por los seguros sociales de pacientes trasplantados es una situación que pone en riesgo la evolución y resultados del trasplante. En el análisis realizado se nota un incremento de esta problemática, lo que obligó a la Institución a adoptar nuevas estrategias para enfrentarla.

Figura:



P-86

Rol del Eje IL-33/St2 en la Patogenia Inmunológica del Rechazo Crónico del Aloiinjerto Hepático Humano como Mecanismo Causal y Posible Blanco Terapéutico

Santillán Pazmiño, MD⁽¹⁾;
Arriola Benítez, PC⁽²⁾;
Moreira, JE⁽¹⁾;
Fasolo, J⁽³⁾;
Novellis, L⁽³⁾;
Iturria, J⁽³⁾;
Gondolesi, C^(3, 4);
Gentilini, MV⁽¹⁾

(1)Instituto de Medicina Traslacional,
Trasplante y Bioingeniería (IMETTYB),
Universidad Favaloro.
Buenos Aires, Argentina

(2)Instituto de Investigaciones en Me-
dicina Traslacional (IIMT), Universidad
Austral. Buenos Aires, Argentina

(3)Cirugía General, Hepatología y
Trasplante Hepático, Hospital Univer-
sitario Fundación Favaloro.
Buenos Aires, Argentina

(4)Medstar Georgetown Transplanta-
tion Institute, Georgetown University
Hospital. Washington DC, United
States of America

Financiamiento: No

Introducción: El rechazo crónico (RC) tras el trasplante hepático es la principal causa de disfunción del injerto, caracterizado por una activación inmunológica persistente que conduce a fibrosis progresiva, pérdida de función y eventual necesidad de re-trasplante. Aunque el eje molecular IL-33/ST2 ha sido implicado en procesos fibrogénicos hepáticos, su rol específico en el rechazo crónico post-trasplante en humanos aún no está claramente definido. Por ello, este estudio investigó la contribución del eje IL-33/ST2 a la fibrosis hepática y su implicancia en el desarrollo del RC.

Materiales y Métodos: Se analizaron biopsias hepáticas y tejido explantado de pacientes trasplantados mediante inmunohistoquímica (IHC) [No Rechazo (NR), n = 8; Rechazo Crónico (RC), n = 10] y perfil de expresión génica [NR, n = 12; RC, n = 6; controles, n = 9], estos últimos obtenidos de tejido hepático de donante histológicamente normal. Las poblaciones celulares inmunes se cuantificaron por IHC, la fibrosis se evaluó con tinción tricrómica de Masson y la deposición de colágeno mediante tinción de Rojo Sirius. La expresión génica se midió por qPCR en tiempo real, y la frecuencia y distribución de células positivas para ST2 se determinaron por inmunofluorescencia (IF). Los parámetros clínicos, inmunológicos y la puntuación METAVIR fueron analizados estadísticamente con la prueba de Kruskal-Wallis, y las correlaciones se evaluaron mediante el coeficiente de Spearman, considerando p < 0,05 como nivel de significancia. El protocolo del estudio fue aprobado por el Comité Institucional de Revisión de HUFF (DDI 2419).

Resultados: Los pacientes con rechazo crónico (RC) mostraron un aumento significativo en la frecuencia de linfocitos intrahepáticos CD3⁺, CD4⁺ y CD20⁺ en la región periportal, comparado con pacientes sin rechazo (NR) (p < 0,05). La expansión de estas poblaciones inmunes correlacionó significativamente con fibrosis avanzada, incremento en la deposición de colágeno y alteraciones bioquímicas indicativas de deterioro funcional hepático, evidenciado por niveles elevados de AST, ALT y FAL (p < 0,05). Los niveles de expresión de IL-33 y su receptor ST2 se hallaron incrementados en RC respecto a controles. Además, la expresión de ST2 correlacionó positivamente con las alteraciones en marcadores funcionales hepáticos (AST, ALT, FAL y Bilirrubina Total; p < 0,05), sugiriendo una regulación en respuesta al daño hepatocelular y colestásico. Los genes fibrogénicos α -SMA y TGF- β mostraron sobreexpresión significativa en RC en comparación con NR y controles, y correlacionando positivamente con el grado de fibrosis METAVIR (p < 0,05). Finalmente, el análisis por inmunofluorescencia confirmó un aumento significativo en la expresión de ST2 en el tejido hepático de pacientes con RC frente a muestras NR (p < 0,05).

Conclusiones: Nuestros hallazgos sugieren que el eje IL-33/ST2 se encuentra finamente regulado durante el rechazo crónico posterior al trasplante hepático. La inhibición de esta vía molecular representa una estrategia terapéutica potencialmente innovadora para limitar la progresión de la fibrosis y mejorar el pronóstico de los pacientes trasplantados que desarrollan rechazo crónico.

P-87

Reporte de Caso Clínico: Histoplasmosis Diseminada

Céspedes Poquechoque, IL⁽¹⁾;
Caldano, JF⁽¹⁾;
Alemán, SA⁽¹⁾

(1)Trasplante renal, Centro Regional
de Ablación e Implante Norte.
GBA, Argentina

Introducción: La histoplasmosis diseminada es una infección producida por *H. capsulatum*, poco frecuente en receptores de trasplante de órgano sólido en áreas endémicas, presentándose habitualmente dentro los 2 primeros años con manifestaciones clínicas variables. Existen pruebas diagnósticas rápidas y sensibles, pero con limitada disponibilidad; el aislamiento en cultivo es el método de referencia.

Objetivo: Describir la presentación, diagnóstico y tratamiento de un caso de histoplasmosis diseminada en paciente con 12 años de trasplante renal en Argentina.

Descripción: Paciente masculino de 39 años con antecedente trasplante renal en 2010 por nefropatía lúpica, en tratamiento con FK, MMF y prednisona. Consultó por disfagia, disfonía y febrícula de 15 días de evolución, asociado a pérdida de peso. La endoscopia alta mostró lesiones eritoplásicas de laringe a subglotis y lesiones inespecíficas en duodeno. Evolucionó con úlceras en paladar que no respondieron a antibióticos. Se indicó nutrición enteral domiciliar por desnutrición.

Se internó por síndrome de impregnación asociado a AKI III, requiriendo diálisis. Los cultivos iniciales de sangre, orina y esputo fueron negativos. Serologías negativas para VIH, HCV, HBV y VDRL. TC de tórax mostró infiltrados intersticiales bilaterales de base a vértice. La fibrobroncoscopia evidenció lesiones ulcerativas en laringe. Se realizó biopsia de la lesión palatina. La PCR para CMV fue 4.75 log. Evolucionó con insuficiencia respiratoria, shock y FMO. Se decidió tratamiento empírico con meropenem, vancomicina, ganciclovir, TMP-SMX, tuberculostáticos y anfotericina B liposomal (AmB-L). La biopsia palatina confirmó histoplasmosis y se aisló SAMS en BAL, por lo que se continuó con AmB-L, vancomicina y ganciclovir, interpretándose el cuadro como histoplasmosis diseminada, reactivación de CMV y neumonía por SAMS.

Durante la internación de 56 días, requirió diálisis durante 48 días y ventilación mecánica por 37 días. Se suspendió MMF, se rotó FK a CsA por dificultad en alcanzar niveles terapéuticos adecuados. Completó 26 días de ganciclovir y 47 días de AmB-L, continuando con itraconazol por 12 meses. Se reinició MMF previo al alta y continuó con CsA y prednisona. Finalmente, el micológico del BAL evidenció *H. capsulatum* tras 60 días de incubación. La evolución clínica fue favorable.

Conclusión: La histoplasmosis diseminada en receptores de trasplante renal ocurre habitualmente en los primeros 2 años, aunque puede presentarse años después, como en este caso. La inespecificidad clínica y la escasa disponibilidad de pruebas rápidas retrasan el diagnóstico y tratamiento. En este caso, el diagnóstico se logró a los 30 días y la confirmación definitiva a los 84 días. Es importante remarcar la complejidad diagnóstica y terapéutica en pacientes trasplantados de larga evolución.

Financiamiento: No

P-88

Variabilidad Anatómica en Trasplante Renal: Desafíos Quirúrgicos y Oportunidades en la Reconstrucción de Múltiples Arterias

Fanega, Y⁽¹⁾;
Aguirre, N⁽¹⁾;
Cabrera, J⁽¹⁾;
Glorioso, P⁽¹⁾;
Walther, J⁽¹⁾

(1)Trasplante renal, Instituto de
trasplante y alta complejidad.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
ARGENTINA

Introducción: Las arterias renales múltiples se encuentran en hasta el 40% de los injertos e, históricamente, se han considerado un factor de riesgo para complicaciones. Sin embargo, estudios recientes demuestran que, con la técnica quirúrgica adecuada, los resultados a largo plazo de estos injertos son comparables a los de riñones con arteria única.

Estas variantes se consideran ramas terminales, sin anastomosis entre ellas. La lesión de cualquier arteria renal, independientemente de su diámetro, origen o destino llevará a isquemia y necrosis del parénquima al que irriga. La prevalencia de arterias renales múltiples varía notablemente entre poblaciones, siendo más común en grupos de ascendencia africana y caucásica, y menos frecuente en poblaciones asiáticas.

Estas consideraciones nos obligan a optimizar y adaptar las estrategias de reconstrucción arterial.

Objetivos: Describir las principales técnicas quirúrgicas de reconstrucción arterial utilizadas en nuestra práctica para manejar las variaciones anatómicas con arterias renales múltiples, y así optimizar los resultados del trasplante renal

Materiales y Métodos: Se describen y esquematizan las siguientes variantes anatómicas y técnicas de reconstrucción arterial, seleccionadas según la anatomía específica del injerto:

Variantes anatómicas:

Una arteria hiliar

Dos o más arterias hiliares.

Arteria hiliar, asociada a arteria polar superior.

Arteria hiliar, asociada a arteria polar inferior.

Arteria hiliar, asociada a arteria polar superior e inferior.

Dos o más arterias hiliares asociadas a arterias polares.

Tipos de anastomosis y reconstrucciones.

Anastomosis de más de una arteria en un parche cuando se encuentran próximas entre sí.

Anastomosis de una o más arterias en un parche reconstruido.

Anastomosis termino lateral de una arteria de pequeño calibre sobre una de mayor calibre (reno-renal).

Anastomosis en caño de escopeta o latero lateral.

Conclusiones: La variabilidad anatómica es una realidad clínica que afecta a un porcentaje significativo de donantes de riñón. Este desafío subraya la importancia crítica del conocimiento detallado y el dominio técnico de las estrategias quirúrgicas de reconstrucción arterial. Lejos de ser un obstáculo, estas variaciones anatómicas se convierten en una oportunidad para el cirujano de demostrar habilidad y precisión para mejorar los resultados postoperatorios y la calidad de vida de los pacientes.

Financiamiento: No

P-96

Diálisis Peritoneal como Estrategia de Soporte en el Retardo de la Función del Injerto Renal Post - Trasplante: Serie de Casos

Hernandez, MA⁽¹⁾;
Fragale, GD⁽¹⁾;
Avallay, FP⁽¹⁾

(1)Nefrología y trasplante renal,
Hospital Universitario Austral.
Pilar, Argentina

Introducción: La Diálisis peritoneal (DP) ha cobrado relevancia en la última década como modalidad de soporte renal. Una proporción significativa de pacientes sometidos a trasplante renal puede requerir terapia dialítica en el contexto de retardo en la función del injerto (RFI). Sin embargo, la evidencia disponible sobre el uso de DP en el periodo postrasplante es limitada, y su seguridad y eficacia aún deben ser mejor definidas.

Objetivo: Describir el manejo con DP de pacientes que desarrollaron RFI tras un trasplante renal.

Materiales y Métodos: Se revisaron retrospectivamente los casos de 6 pacientes que presentaron RFI y fueron tratados con DP tras el trasplante renal. Se excluyeron del análisis aquellos pacientes con falla primaria del injerto. Se documentaron las características demográficas, el tiempo hasta el inicio de la DP, la duración del tratamiento y la evolución de la función renal al año del trasplante.

Resultados: Se analizaron un total de 6 pacientes, con edades entre 28 y 62 años, con una mediana de 58. La DP se inició entre los días 3 y 5 post trasplante, con una duración media de 12.5 días. 5 pacientes mostraron recuperación de la función renal al año. Un paciente falleció por sepsis a bacilo gram negativo al día 14 del trasplante. Ninguno presentó complicaciones asociadas al uso de DP.

Conclusión: En pacientes seleccionados cuidadosamente, la DP puede emplearse de manera segura como terapia de soporte en el manejo del RFI postrasplante, sin comprometer los resultados del trasplante a corto ni largo plazo. Se necesitan estudios prospectivos para poder definir qué pacientes se benefician con el uso de DP post trasplante para el manejo del RFI.

Financiamiento: No

P-97

Causas de Egreso del Programa de Diálisis Peritoneal: Experiencia de un Centro en Argentina.

Hernández, MA⁽¹⁾;
Nicora, C⁽¹⁾;
Avallay, F⁽¹⁾;
Fragale, GD⁽¹⁾

Introducción: La diálisis peritoneal (DP) es una modalidad efectiva de tratamiento sustitutivo renal para pacientes con enfermedad renal crónica (ERC) en estadio terminal. Ofrece ventajas significativas en términos de autonomía del paciente, calidad de vida y preservación de la función renal residual. Según la literatura internacional, las causas más frecuentes de egreso de los programas de DP son la falla de la técnica y las infecciones. No obstante, también se registran otros motivos relevantes, como el trasplante renal, factores psicosociales y el fallecimiento, entre otros.

Objetivo: Describir las causas de egreso del programa de DP en una cohorte de pacientes tratados en nuestro centro.

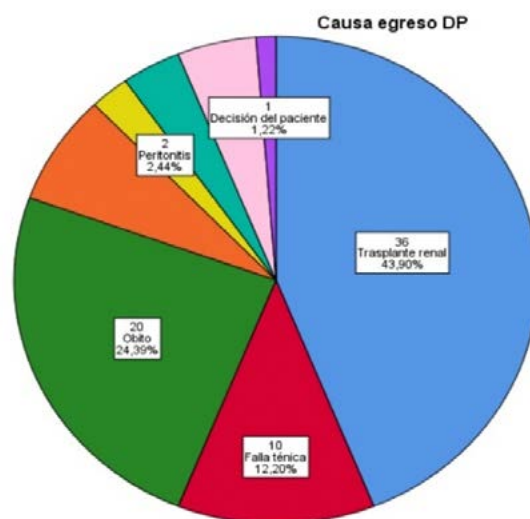
(1)Nefrología y Trasplante renal,
Hospital Universitario Austral,
Pilar, Argentina

Materiales y Métodos: Estudio observacional, descriptivo y retrospectivo realizado en pacientes adultos del programa de DP de nuestro centro entre el 01/06/2010 hasta 1/06/2025. Se registraron variables demográficas, clínicas y motivo de egreso. Se excluyeron los pacientes en hemodiálisis crónica y menores de 18 años que hayan ingresado al programa de DP en nuestro centro.

Resultados: Se incluyeron 111 pacientes. La mediana de edad al trasplante fue de 45, el 49.5% fueron hombres y el 50.5% mujeres y la principal causa de enfermedad renal crónica fue glomerulopatías 22.5% seguido de la enfermedad renal diabética con 20.7%. Las causas de egreso más frecuentes fueron: trasplante renal 43.9%, fallecimiento 24.4%, falla técnica 12.2%, cambio de centro 7.3%, recuperación de función renal 4.9%, complicaciones infecciosas 2.4%.

Conclusiones: En nuestra cohorte, el trasplante renal fue la principal causa de egreso del programa, hallazgo infrecuente con lo descrito en la literatura, donde las complicaciones infecciosas como la peritonitis y la falla de la técnica son las causas principales. Si bien el fallecimiento constituyó una causa relevante de egreso, nuestra cohorte presentó una proporción menor en comparación con estudios multicéntricos.

Figura:



Financiamiento: No

P-100

Enfermedad Linfoproliferativa Difusa Post Trasplante en Receptores de Trasplante Renal de un Mismo Donante

Alvarez Tejerina, VS⁽¹⁾;
Pidoux, R⁽¹⁾;
Alochis, MT⁽¹⁾;
Bassani, CE⁽²⁾

(1)Nefrología, Hospital Oñativia,
Salta, Argentina

(2)Nefrología, Trasplante Renal Salta,
Salta, Argentina

Financiamiento: No

Objetivos: Analizar la participación de PTLD de tipo difuso en receptores de trasplante renal provenientes de un mismo donante cadavérico.

Evaluar los factores comunes que podrían haber contribuido al desarrollo, que incluyen

- Serología de VEB en D/R

- Grado de inmunosupresión administrada

- Tiempo de aparición de los síntomas post Trasplante renal

Determinar si existe una relación causal o epidemiológica entre el donante y la aparición de PTLD en los receptores

Descripción: Ambos pacientes recibieron un trasplante renal de un mismo donante en Octubre de 2006, con el mismo esquema de inducción inmunosupresora (Metilprednisolona y Micofenolato Sódico) y mantenimiento con Deltisona, Tacrolimus y Micofenolato Sódico. Sin embargo, sus trayectorias clínicas divergen significativamente en cuanto a evolución, complicaciones y desenlace.

El Paciente 1, trasplantado a los 37 años, mantuvo una función renal conservada durante casi dos décadas. A partir de 2015 presentó cuadros respiratorios recurrentes, se realizó biopsia renal que informaba glomeruloesclerosis global del 70% y descarta rechazo, y en 2025 ingresó con síntomas generales inespecíficos. Se detectaron múltiples lesiones hepáticas compatibles con proceso neoproliferativo. La biopsia confirmó un linfoma no Hodgkin B, CD20 positivo, con serología IgG positiva para Epstein-Barr. La evolución fue rápidamente desfavorable pero función renal normal, con coagulopatía, hemorragia digestiva y falla multiorgánica, culminando en óbito sin posibilidad de tratamiento quimioterápico.

Por otro lado, el Paciente 2, trasplantado a los 22 años, tuvo una evolución más prolongada y compleja. Desde 2013 presentó cuadros virales y lesiones genitales, y en 2016 se rotó la inmunosupresión de Micofenolato a Azatioprina por deseo de embarazo. En 2020 fue diagnosticado con linfoma no Hodgkin B de alto grado tras una cirugía ginecológica (masa palpable en ovario derecho), iniciando tratamiento con quimioterapia (Vincristina + Ciclofosfamida) y autotrasplante de células madre hematopoyéticas, con buena respuesta. Posteriormente, en 2023, presentó rechazo renal crónico inactivo y linfadenitis granulomatosa necrotizante, con sospecha de sarcoidosis, tratada exitosamente con rituximab. Actualmente, cursa con deterioro progresivo de la función renal y se encuentra en evaluación para un re trasplante.

Ambos pacientes con serología positiva para VEB, se desconoce la serología del donante. Al momento del diagnóstico de PTLD ambos con PCR negativa para VEB

Conclusión (impacto clínico): La aparición de PTLD difuso en dos receptores de un mismo donante renal sugiere una posible asociación epidemiológica, aunque no causal, dada la serología VEB positiva en ambos y la falta de datos del donante. La inmunosupresión prolongada y el tiempo tardío de aparición refuerzan la necesidad de vigilancia postrasplante extendida, incluso en ausencia de replicación viral activa. Este caso destaca la importancia de considerar factores compartidos y trayectorias individuales en la evaluación de riesgos, así como de implementar estrategias de monitoreo adaptadas a largo plazo.

P-101

Paciente Trasplantado Renal con Cáncer de Mama Avanzado: Manejo Complejo

Alvarez Tejerina, VS⁽¹⁾;
Pidoux, R⁽¹⁾;
Alochis, MT⁽¹⁾;
Monteros Alvi, M⁽²⁾

(1)Nefrología, Hospital Oñativia,
Salta, Argentina

(2)Anatomía Patológica,
Hospital Oñativia,
Salta, Argentina

Financiamiento: No

Objetivos: Describir la evolución clínica de un paciente trasplantado renal con cáncer de mama BRCA2 positivo, enfocando en las complicaciones derivadas del tratamiento oncológico y el impacto de la inmunosupresión.

Descripción: Paciente de 48 años con ERC diagnosticado en 2002, debutando con síndrome nefrótico tratado con corticoides. Ingresó a diálisis en 2003, permaneciendo 14 años hasta recibir trasplante renal de donante cadavérico joven en 2016, con recuperación rápida de función renal. Hizo inducción con Basiliximab, Micofenolato Sódico y Corticoides. Presentó interurrencias infecciosas leves entre 2016 y 2019. En 2019, biopsia renal por caída de filtrado glomerular mostró daño crónico sin rechazo (glomeruloesclerosis focal y global). Se rota de tacrolimus a ciclosporina.

Antecedentes relevantes incluyen enfermedad celíaca (2006), hiperparatiroidismo secundario con paratiroidectomía (2013), y hepatitis C post-trasplante (2016), sin tratamiento por negativa a estudios. En 2020 cursó neumonía con buena evolución y COVID leve sin internación.

En julio de 2022 se detecta nódulo mamario derecho, con diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante GII con metástasis ganglionares (pT2pN2a). Se identifica mutación patogénica BRCA2 (c.5681dup, p.Tyr1894Ter) en heterocigosis. Se realiza mastectomía con vaciamiento ganglionar e inicia quimioterapia con Doxorubicina y Ciclofosfamida. Tras cada ciclo, desarrolla neutropenia febril, mucositis grave y deterioro renal, requiriendo internaciones. Se suspende quimioterapia por toxicidad severa y se opta por radioterapia. Se diagnostica cáncer de mama en hermana melliza con características similares. Durante este periodo, se observa aumento progresivo de creatinina. Se minimiza inmunosupresión (Corticoides + Ciclosporina + Sirolimus).

Por problemas con la obra social, no accede a Olaparib indicado por oncología, manteniéndose bajo controles estrictos. En diciembre de 2024 aparecen lesiones verrugosas en región anterior de tórax, sospechadas como metástasis cutáneas, sin lograr biopsia hasta siete meses después. En julio de 2025 ingresa por deshidratación, caída de FG e infección de piel y partes blandas. Examen físico revela múltiples lesiones verrugosas en tórax y dorso. Se realiza amputación de tercer dedo del pie derecho y primero del pie izquierdo, con buena evolución post-antibióticos y recuperación parcial de función renal. Biopsia de piel confirma metástasis cutáneas de carcinoma mamario. Se deriva nuevamente a oncología, pendiente de valoración.

Actualmente, la paciente presenta creatinina de 2.5 mg/dL y recibe inmunosupresión con meprednisona 8 mg/día, sirolimus 1 mg/día y micofenolato sódico 720 mg/día.

Conclusión: El caso evidencia cómo la inmunosupresión post-trasplante renal condiciona la evolución y el tratamiento del cáncer de mama BRCA2 positivo. La toxicidad oncológica, la progresión metastásica cutánea y la imposibilidad de acceder a terapias dirigidas subrayan la necesidad de estrategias personalizadas, monitoreo estrecho y articulación efectiva entre especialidades para preservar función renal y controlar la enfermedad.

P-102

Influencia del Mismatch Kir Inhibitorio/Ligando en la Sobrevida del Injerto y del Paciente Trasplantado Renal

Sinchi, JL⁽¹⁾;
Marinic, SK⁽¹⁾;
Lopez, MdlÁ⁽¹⁾;
Bojanich, MV⁽²⁾;
Mas, L⁽³⁾

(1) Laboratorio de Histocompatibilidad, Hospital Dr. Julio C. Perrando, Resistencia, Argentina

(2) Instituto de Medicina Regional, UNNE, Resistencia, Argentina

(3) Laboratorio de Histocompatibilidad, Hospital Privado de Córdoba, Córdoba, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: Luego de un trasplante renal, las células Natural Killers (NK) del receptor infiltran el injerto respondiendo a antígenos del donante. Su actividad está regulada por receptores KIR activadores e inhibidores, que requieren un ligando específico para ejercer su función. La falta de interacción debido a la presencia del KIR en el receptor y ausencia de ligando en el donante (Mismatch) podría tener impacto en la sobrevida del injerto y del paciente.

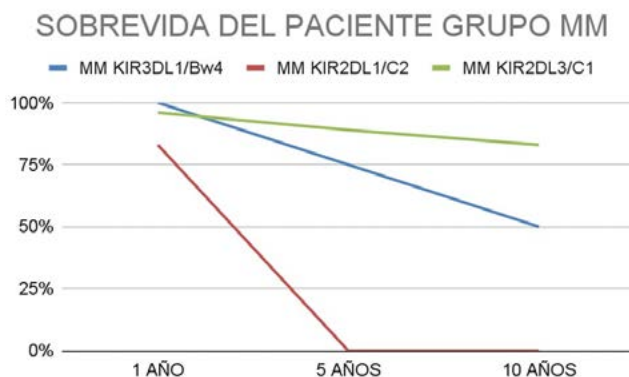
Objetivos: Relacionar el Mismatch (MM) KIR inhibitorios/Ligando (KIR2DL1/HLA-C2, KIR2DL3/HLA-C1 y KIR3DL1/BW4) con la sobrevida del injerto y del paciente trasplantado renal.

Materiales y Métodos: Se estudiaron 46 parejas dador-receptor (primer trasplante renal) con donante fallecido (Chaco, 2007-2024), con sobrevida del injerto mayor a tres meses. Se detectó KIR2DL1, KIR2DL3, KIR3DL1, HLA-C1 y HLA-C2 por in-house PCR-SSP (PCR con primers de secuencia específica) y ligando HLA-Bw4 de tipificaciones previas. Los datos clínicos fueron obtenidos del SINTRA (Sistema Nacional de Información de Procura-ción y Trasplante de la República Argentina). Se establecieron grupos con Mismatch (MM) KIR/ligando y controles con Match, considerando sólo receptores con presencia de ligando para el KIR investigado.

Resultados: Analizando el par KIR3DL1/Bw4, los pacientes con MM presentaron sobrevida del 100% (7/7) al primer año post trasplante, que descendió a 75% (3/4) a los 5 años y a 50% (2/4) a los 10. En cambio, en pacientes con Match, la sobrevida fue 92% (23/25), 88% (14/16), 77% (10/13) respectivamente. No hubo pérdida de órgano en ninguno de los pacientes con MM y en el grupo control la disminución de sobrevida del injerto fue de 100% (25/25), 85% (12/14), 75% (10/13) para el mismo tiempo. En el par KIR2DL1/HLA-C2, la sobrevida del paciente trasplantado fue 83% (5/6) al primer año en los MM, cayendo a 0% (0/1) a los 5 y 10 años. En pacientes con Match se observó 95% (18/19), 89% (8/9) y 67% (6/9) en los mismos plazos. La sobrevida del injerto se mantuvo en 100% al año en ambos grupos, sin posibilidad de comparar a mayor tiempo por bajo número de casos. Para KIR2DL3/HLA-C1, la sobrevida del paciente en el grupo MM fue 100% al 1er (5/5) y 5to (4/4) año post trasplante y 50% (2/4) a los 10 años, comparado con 96% (26/27), 89% (8/9) y 83% (5/6) en los que tenían el ligando. La sobrevida del injerto no disminuyó en los pacientes con MM vs 100% (27/27), 80% (8/10) y 55% (5/9) en el grupo control.

Conclusiones: La sobrevida del injerto no se mostró afectada para los pares KIR inhibitorio/ligando estudiados. Sin embargo la supervivencia de los pacientes fue menor en aquellos con MM en los 3 pares KIR/ligando en comparación con el grupo control. La menor sobrevida se vio para los MM en KIR2DL1/HLA-C2, seguidos por KIR3DL1/Bw4 y por último KIR2DL3/HLA-C1.

Figura:



P-103

Enfermedad Venoclusiva Hepática Severa Post-Trasplante de Células Progenitoras Hematopoyéticas Haploideéntico en Paciente Pediátrico.

Vega, C⁽¹⁾,
Wilberger, S⁽²⁾,
Della Latta, MP⁽³⁾,
Martínez, G⁽⁴⁾

Objetivos: -Describir un caso de Enfermedad Venoclusiva Hepática (EVOH) severa en un paciente pediátrico post-Trasplante de Células Hematopoyéticas (TCHP)
-Presentar la evolución clínica y la respuesta al tratamiento con Defibrotide.
-Analizar las complicaciones asociadas y el manejo integral en este contexto.

Descripción del Caso: Paciente masculino de 7 años con Leucemia Linfoblástica Aguda se le realizó TCHP haploideéntico (donante: padre). El acondicionamiento incluyó Fludarabina y TBI, seguido de Ciclofosfamida post-trasplante, con inmunosupresión con Tacrolimus y Micofenolato, y profilaxis con Ursodesoxicólico.

La infusión de CHP (90 ml) se realizó sin complicaciones

En la evolución post-trasplante, el paciente desarrolló neutropenia febril, que requirió cultivos y tratamiento anti-biótico, con buena evolución. Todos los cultivos fueron negativos.

Al día +19 presentó un cuadro de Enfermedad Venoclusiva Hepática (EVOH) caracterizado por un aumento de peso significativo (2,5 kg en 48hs, peso de ingreso 22 kg, actual 24,5 kg), con ascitis marcada y aumento del perímetro abdominal, dolor a la palpación, aumento de bilirrubina y marcada elevación de enzimas hepáticas (Bt 2,5, GOT: 2022, GPT: 1060 al día +20). Alteración del coagulograma. La ecografía confirmó ascitis y hepatomegalia congestiva.

Al día + 22 inició tratamiento con Defibrotide a 6,5 mg/kg/dosis cada 6 hs y diuréticos, obteniendo una respuesta favorable.

Al día +23 el paciente presentó episodio convulsivo con compromiso del sensorio posterior. TAC de cerebro descartó sangrado y se realizó punción lumbar que fue normal. Se realiza también Resonancia Nuclear magnética de cerebro con contraste sin lesiones. Este cuadro neurológico presentó evolución favorable. El paciente se mantuvo en todo momento estable hemodinámicamente con presiones arteriales normales.

El engraftment de neutrófilos se logró al día +19 y el de plaquetas al día +24.

El paciente completó el tratamiento con Defibrotide total de 10 días, mostrando normalización de enzimas hepáticas, descenso de peso y resolución de la ascitis

Conclusión: Este caso destaca la aparición de EVOH como una complicación crítica temprana post-TCHP haploideéntico. La detección oportuna y el inicio precoz de Defibrotide, junto con el manejo de sostén hidroelectrolítico (diuréticos, control estricto del manejo de líquidos) fueron fundamentales para lograr una recuperación completa de la función hepática. La resolución de las complicaciones permitió el egreso del paciente al día +44. Total de días de internación 52 con controles en forma ambulatoria. Este caso subraya la importancia de un monitoreo estrecho y un abordaje terapéutico intensivo en el periodo post-trasplante.

Financiamiento: No

P-104

Paniculitis Relacionada a Histoplasmosis en Receptor de Trasplante Renal

Maiz, C⁽¹⁾,
Bologna, A^(2, 3),
Raimondi, JC^(2, 3, 4),
Tanús, R^(2, 3),
Cobos, M^(1, 2, 3)

La paniculitis es una inflamación inespecífica del tejido celular subcutáneo producida como respuesta secundaria a diferentes estímulos, entre ellos infecciosos.

Presentamos un caso de paniculitis ampliamente diseminada relacionada a Histoplasmosis.

Receptor de segundo trasplante renal con donante fallecido hace 13 años. En tratamiento inmunosupresor con everolimus, micofenolato y meprednisona. Presenta lesiones tipo paniculitis en dorso de ambas manos y escaras con dolor neurálgico en miembros superiores e inferiores, las cuales inicialmente fueron paniculitis. Como antecedentes presenta: artritis en articulación de tobillos y codos que se autolimitan y recurren, durante meses, por lo cual consulta con reumatología en varias oportunidades y traumatología, cumpliendo tratamiento con ciprofloxacina, AINE, alopurinol, metotrexato, sin diagnóstico y sin respuesta; neumonía bilateral, sin rescate microbiológico y con buena respuesta a antibióticos dos meses previos al inicio de las lesiones de piel.

Dentro de los estudios específicos solicitados se encuentran: Hemocultivos negativos; TC de tórax con infiltrados pulmonares biapicales en región de neumonía previa; BAL con cultivos para gérmenes comunes, hongos, BAAR y GeneXpert negativos. Estudio de las lesiones: Anatomía patológica paniculitis mixta (lobular/septal) tipo vasculitis nodular / eritema indurado de bazin-whitfield; cultivo de lesiones: escasas levaduras intracelulares identificado como Histoplasma capsulatum; detección de galactomananos para Histoplasma positivo. Se inicia itraconazol con respuesta completa. A los 3 meses suspende tratamiento por parestesias en ambas manos. Recurren lesiones de piel por lo cual se proponen alternativas terapéuticas que el paciente rechaza y reinicia Itraconazol. Cumple 6 meses de tratamiento hasta el momento, con reparación de las lesiones, sin presencia de nuevas ni artritis, buen estado general y sin efectos adversos de la medicación.

La histoplasmosis es una micosis endémica producida por el hongo dimórfico Histoplasma capsulatum.

En Argentina la prevalencia es de hasta el 40 % en áreas húmedas y templadas, región muy frecuentada por nuestro paciente.

Los casos reportados de paniculitis asociadas a esta enfermedad, en receptores de trasplantes de órganos sólidos, son escasos y la mayoría implica una infección diseminada. Las lesiones cutáneas descritas varían desde celulitis, paniculitis, nódulos subcutáneos, úlceras, pápulas y púrpuras.

La aparición de paniculitis en este grupo de pacientes nos obliga a pensar en varios diagnósticos diferenciales, donde las micosis endémicas deberían ocupar un lugar principal

Financiamiento: No

P-121

Recidiva de Glomeruloesclerosis Focal y Segmentaria (GEFS) Postrasplante Renal en un Paciente Pediátrico: Experiencia Terapéutica a Propósito de un Caso

Ortiz, N⁽¹⁾;
Morrone, G⁽¹⁾;
Fauda, V⁽¹⁾;
Varela, E⁽¹⁾;
Rodríguez Rilo, L⁽¹⁾

Introducción: Los pacientes con Enfermedad renal crónica (ERC) secundaria a GEFS tienen un riesgo de recurrencia postrasplante renal de hasta 60%, con mayor pérdida del injerto comparada con otras etiologías. La prevención y tratamiento de la GEFS mediante rituximab y/o plasmaféresis (PF) se ha evaluado en múltiples trabajos con resultados contradictorios. Diversos estudios sugieren realizar hasta 15 recambios plasmáticos, aunque la bibliografía no es concluyente

Objetivos: Describir la experiencia de nuestro centro en el tratamiento de la recidiva de GEFS en un paciente pediátrico, con rituximab y un número de PF superior al sugerido en la bibliografía vigente.

Métodos: Paciente que evoluciona con recidiva de enfermedad de base en el postrasplante y se realizan 27 sesiones de plasmaféresis

Resultados: Varón de 10 años de edad al momento del trasplante (Peso 20.7 kg, DS-2; Talla 117 cm, DS -2.6) con diagnóstico de Síndrome Nefrótico (SN), que evoluciona a la cronicidad con requerimiento de terapia de reemplazo renal desde abril 2021. Biopsia renal: GEFS. Genético negativo. Recibe su primer trasplante renal con donante fallecido en enero 2025. Donación multiorgánica, sin infecciones en curso, con creatinina (Cr) pre ablación de 0.5 mg/dl. Mismatch 121. Tiempo de isquemia fría 14 horas. Crossmatch contra panel 0% clase I y II. Presenta recurrencia clínica y humoral de SN a las 48 horas postrasplante, con proteinuria de 15 gr/día y albúmina (alb) de 2.4 gr/dl. Cr 0.6 mg/dl. Biopsias a los 4 y 33 días postrasplante sin signos de rechazo, C4d negativo. Inmunosupresión: Timoglobulina (2.5 mg/k), Rituximab 375 mg/m2 dos dosis a los 35 y 49 días postrasplante y PF 27 sesiones totales (desde el segundo día hasta 3 meses postrasplante). Al momento de la PF número 15 presentaba una proteinuria de 0.9 gr/día (45 mg/k). Actualmente proteinuria 0.08 gr/día, alb 4.3 gr/dl, Cr 0.5 mg/dl. Filtrado glomerular estimado: 96 ml/min/1.73m2.

Conclusiones: En casos de recidivas de GEFS de difícil manejo se recomienda tratamiento combinado con rituximab y plasmaféresis. La evidencia disponible sugiere que los mejores resultados se obtienen cuando la PF se inicia de manera temprana, aunque aún no existe consenso respecto al número óptimo de sesiones (la mayoría de las series reportan entre 10 a 15 PF totales). En el caso presentado, el paciente alcanzó la remisión con injerto funcionando tras recibir dos dosis de rituximab y 27 sesiones de PF. Se mantiene a la fecha sin SN, con Cr entre 0.5-0.6 mg/dl. Se requieren estudios adicionales que permitan optimizar los protocolos de tratamiento de la recidiva de GEFS postrasplante renal.

(1)Trasplante renal pediátrico, ITAC.
CABA, Argentina

Financiamiento: No

P-123

Pielonefritis Aguda del Injerto Renal: ¿Es la Resonancia Magnética Nuclear una Herramienta de Utilidad Práctica en la Estadificación y Control Evolutivo Postrasplante?

Giraud, M⁽¹⁾;
Villafañez, CC⁽¹⁾;
Gomez, PF⁽¹⁾;
Escobar, RA⁽¹⁾;
Quintero, MA⁽¹⁾;
Buthet, MP⁽¹⁾;
Rodríguez, M⁽¹⁾;
Maldonado, RA⁽¹⁾

Objetivo: La pielonefritis del injerto es la complicación infecciosa más frecuente en el primer año posterior al trasplante renal. Para mejorar el pronóstico es clave confirmar con rapidez y evaluar la magnitud del compromiso, detectando complicaciones que cambien la conducta terapéutica. Evaluamos la utilidad de la resonancia magnética multiparamétrica sin contraste con difusión (RM DWI) y mapas del coeficiente de difusión aparente realizada dentro de las primeras 48 hs. desde la sospecha clínica, y su impacto en la decisión terapéutica y en la evolución del injerto

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo en servicio de Nefrología y Trasplante realizado entre 11/2023 hasta 9/2025. Se incluyeron 45 ptes en total con sospecha clínica de Pielonefritis. La indicación de RM DWI fue establecida con los siguientes criterios de inclusión: 1) infección urinaria recurrente, 2) deterioro de función del injerto y/o estado clínico general 3) persistencia sintomática luego de tratamiento ATB instaurado (fiebre o dolor del injerto y falta respuesta clínica al tratamiento), 4) estudios ecográficos no concluyentes o sospecha de absceso 5) gérmenes multirresistentes 6), presentación en el primer trimestre postrasplante, 7) hemocultivos positivos. Se estableció la presencia de 3 o más criterios de inclusión para realizar la RMN DWI. Todos los pacientes tuvieron ecografía Doppler, urocultivo y hemocultivos, e inicio de ATB IV precozmente al ingreso del pte. Se considera RM DWI positiva para pielonefritis del injerto, la presencia de al menos un foco con restricción a la difusión + cambios perinérfricos en contexto clínico-microbiológico compatible. El tratamiento estándar fue de al menos 3 semanas extendido a 6 semanas si presenta multifocalidad, recidiva o recurrencia.

Resultados: Se realizó RMN con DWI al 46,7% (IC95%: 32,9–60,9) de los pacientes ; entre quienes recibieron DWI, el 95,2% (IC95%: 77,3–99,2) resultó positivo y, entre los estudios positivos, el 95,0% (IC95%: 76,4–99,1) evidenció multifocalidad. Predominaron bacilos gramnegativos en 55,6% (IC95%: 41,2–69,1), con mecanismos de resistencia en 68,0% (IC95%: 48,4–82,8) de los aislamientos gramnegativos. La bacteriemia se observó en 46,7% (IC95%: 32,9–60,9) y la lesión renal aguda en 64,4% (IC95%: 49,8–76,8). El 44,4% (IC95%: 30,9–58,8) no requirió cuidados intensivos. A 90 días se registraron eventos en 15,6% (IC95%: 7,7–28,8), desagregados en mortalidad 6,7% (IC95%: 2,3–17,9) y pérdida del injerto 8,9% (IC95%: 3,5–20,7).

Conclusiones: La RM DWI, aplicada precozmente y sin contraste, añadió exactitud diagnóstica y visibilidad de la extensión real del proceso infeccioso. Esto ayudó a la estratificación de gravedad y nos permitió definir el tiempo de tratamiento, transformándose en una herramienta útil en el manejo de la pielonefritis post trasplante renal.

(1)Nefrología y Trasplante,
Clínica Privada Velez Sarsfiel,
Córdoba, Argentina

Financiamiento: No

P-124

Linfoma Post Trasplante Limitado al Riñón: Presentación de un Caso Clínico

Flores, EM⁽¹⁾;
Trimarchi Jurado, HM⁽¹⁾;
Monkowski, M⁽¹⁾;
Borda Galindo, SL⁽¹⁾;
Díaz Gongora, JE⁽¹⁾

(1)Nefrología, Hospital Británico.
Ciudad Autónoma de Buenos Aires,
Argentina

Objetivo: Describir la presentación clínica, estrategias diagnósticas y el manejo terapéutico en un caso de linfoma postrasplante renal con afectación exclusiva del injerto.

Caso Clínico: Paciente masculino de 67 años con antecedentes de hipertensión arterial, diabetes mellitus e IRC estadio V. Se realiza trasplante renal donante vivo no relacionado (esposa) el 16/02/2022. Realizo inducción con timoglobulina y corticoides. Inmunosupresión de mantenimiento: micofenolato sodico, meprednisona y belatacept, presentando serología positiva IgG para virus del Epstein-barr previo al inicio del belatacept. En abril del año 2022 intercurrió con disfunción del injerto secundario a estenosis de arteria renal, por lo que requirió angioplastia con colocación de stent, con posterior mejoría de la función renal (creatinina serica 1.5 mg/dl). En septiembre del 2024 presenta infección urinaria con deterioro progresivo en la función del injerto secundario a nefropatía obstructiva por hiperplasia prostática benigna. Se realiza tratamiento antibiotico efectivo más prostatectomía radical, sin descenso posterior en la creatinina sericalos meses subsiguientes (valores entre 1.8-2 mg/dl), motivo por el cual se decide realizar biopsia renal que evidencio: infiltrado de células mononucleares de núcleo grande hiper cromático monomorfo a nivel tubulointerstitial, que genera destrucción tubular. Se realizo inmunomarcación del infiltrado mononuclear de tipo linfocito siendo positivo en el 75% con CD3 y un 25% con CD20, e intensamente positivo con EBER ALU tanto en el componente que existe en la zona cortical como en el otro pequeño de zona medular. Hay negatividad con BCL2 y con CD138. Se interpretan hallazgos como enfermedad linfoproliferativa post trasplante secundario a infección por virus del Epstein-Barr. Con dicho resultado se presenta paciente a servicio de hematología, se solicitó, además, proteinograma y PET TC que no evidenciaron alteraciones, iniciando posteriormente tratamiento con rituximab 700 mg EV por 4 infusiones, con buena tolerancia. Posterior al tratamiento instaurado presento descenso en valores serico de creatinina con un valor actual de 1.5 mg/dl. Se decidio suspender el belatacept y micofenolato. Actualmente se halla en tratamiento inmunosupresor de mantenimiento con sirolimus y meprednisona. En plan de realizarse nueva PBR para control de tratamiento

Conclusión: El linfoma post trasplante renal constituye una complicación poco frecuente, pero de elevada morbimortalidad, vinculada principalmente a la inmunosupresión prolongada y a la reactivación del virus de Epstein-Barr, como es el caso de nuestro paciente. Su presentación clínica suele ser inespecífica, lo que hace difícil el diagnóstico precoz, siendo fundamental la confirmación histológica para orientar el tratamiento.

Realizar un diagnóstico temprano y trabajar de forma multidisciplinaria es importante para mejorar el pronóstico y preservar la función del injerto renal. En el caso de nuestro paciente, remarcamos la importancia de la biopsia renal temprana ante una disfunción del injerto aunque sea leve (incremento de 0.3 mg/dl) o ante la no mejoría tras la resolución de una aparente causa de disfunción del injerto. En este caso el diagnostico histologico cobra aun mayor importancia debido a la afectación del linfoma limitado al riñón.

Financiamiento: No

P-126

Reurrencia de Glomeruloesclerosis Focal y Segmentaria Postrasplante: Una Presentación Inusual.

De Rose, E⁽¹⁾;
Pereyra, P⁽¹⁾;
Gogorza, M⁽¹⁾;
Lombardi, L⁽¹⁾;
Spizzirri, AP⁽¹⁾

(1)Nefrología Infantil, Hospital de
Niños Sup. Sor Maria Ludovica.
La Plata, Argentina

Introducción: La glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GEFS) es una de las principales causas de enfermedad renal crónica (ERC) en pediatría. La recurrencia postrasplante oscila entre 30- 50%, llevando a una significativa morbilidad y potencial pérdida del injerto. Se presenta usualmente como proteinuria masiva temprana. La demora en la función del injerto con anuria constituye una presentación poco frecuente.

Objetivo: Describir una presentación inusual de recurrencia de glomeruloesclerosis focal y segmentaria postrasplante renal.

Descripción: Se describe paciente masculino de 17 años de edad con diagnóstico de ERC secundaria a GEFS. Debutó a los 14 años con síndrome nefrótico corticorresistente inicial. Cursó rápido deterioro de la función renal, llevando al requerimiento de terapia de reemplazo renal a los 11 meses del diagnóstico. Paciente anúrico, realizando hemodiálisis trisemanal por fístula arteriovenosa. Ingresa en operativo de trasplante renal con donante cadavérico, MM 121. Recibió inmunosupresión de inducción con Basiliximab y Metilprednisolona. Tiempo de isquemia total 18 horas, 46 minutos.

Presentó retardo en la función del injerto con anuria y requerimiento de hemodiálisis. Comenzó esquema inmunosupresor con micofenolato sódico, meprednisona y tacrolimus (incorporado al séptimo día). Al día 10 postrasplante por persistencia de la anuria se realiza biopsia renal con diagnóstico de injuria tubular aguda, descartando rechazo del injerto.

Al día 15 postrasplante presenta diuresis de 10 ml donde se evidencia proteinuria ++++ y se informa índice proteinuria/creatininuria de 7 mg/mg (normal < 0.2). A pesar de que los valores de albúmina, proteínas totales y perfil lipídico mostraban ausencia de síndrome nefrótico humoral, dada la proteinuria masiva se asume como recurrencia de GEFS postrasplante.

Se decide comenzar plasmaféresis diaria presentando respuesta inmediata, con aumento progresivo de la diuresis, alcanzando 1300 ml al 4° día, con proteinuria de 4,5 gr/día y valores de creatinina en descenso (de 11,4 mg/dl a 2,8 mg/dl). Con las subsiguientes sesiones de plasmaféresis desciende la proteinuria (300 mg/día) y normaliza creatinina (0.96 mg/dl). Dado que se comporta como dependiente de la plasmaféresis, aumentando la proteinuria al espaciar las sesiones, se progresa en el tratamiento y se administran 4 dosis de rituximab. Al cumplir 18 años se deriva a hospital de adultos continuando con plasmaféresis 2 veces por semana.

Conclusión: La GEFS es una glomerulopatía con alto índice de recurrencia en el postrasplante. Para su diagnóstico se requiere de la pesquisa de proteinuria. La presentación con anuria y demora en la función del injerto es extremadamente infrecuente. En este contexto, un alto índice de sospecha es necesario para su diagnóstico e instauración temprana del tratamiento.

Financiamiento: No

P-127

Rendimiento Cognitivo y Calidad de Vida en Receptores de Trasplante Renal: Un Análisis Exploratorio Pre y Post Intervención

Portillo, F^(1,2),
Alvarez, G⁽³⁾,
Acuña, C⁽¹⁾,
Gallardo, M⁽¹⁾,
Martín, M⁽¹⁾,
Yañez, J⁽¹⁾,
Bruno, D⁽¹⁾

Introducción: El trasplante renal constituye una intervención de primera línea para el tratamiento de la insuficiencia renal crónica (IRC) y se asocia con mejoras en la salud de los pacientes. No obstante, el impacto sobre el funcionamiento cognitivo y psicosocial posterior al procedimiento ha sido menos estudiado. Existe evidencia que indica que la IRC puede asociarse con alteraciones cognitivas y con una menor calidad de vida. En este marco, resulta pertinente indagar si el trasplante renal se vincula con mejoras en estas dimensiones y con una recuperación integral.

Objetivos: Analizar los cambios en el rendimiento cognitivo y calidad de vida en los pacientes pre y post trasplante renal, y explorar la asociación entre estas variables

Materiales y Métodos: Estudio observacional, longitudinal y prospectivo, con un diseño de medidas repetidas. La muestra estuvo conformada por 8 pacientes en lista de espera de trasplante renal en la provincia de San Juan, evaluados antes de la intervención y nuevamente a los 14,9 meses (de=2.4) posteriores al procedimiento. La edad promedio fue 50.3 (de=14), 6 mujeres y 2 hombres, con una media de escolaridad de 14.5 (de=3.6). Se administró una batería neuropsicológica: Ineco Frontal Screening (IFS), Hayling Test, Test de Aprendizaje Auditivo Verbal de Rey (RAVLT), Figura Compleja de Rey-Osterrieth, Trail Making Test (TMT), Subtest de Matrices, Vocabulario, Dígitos, Búsqueda de Símbolos y Claves del WAIS IV, Wisconsin Sorting Card Test y Fluencia Verbal. Además, se aplicó un Cuestionario de Calidad de Vida (SF-36) y una entrevista semiestructurada. Los análisis estadísticos se realizaron con pruebas no paramétricas

Resultados: En el cuestionario SF-36 se observaron mejoras significativas post-intervención. En particular, se hallaron diferencias significativas en: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, función social, rol emocional y salud mental ($p<0.05$). Mientras que en la escala de vitalidad no se encontraron diferencias significativas. En el rendimiento cognitivo, se observaron diferencias significativas en la puntuación de memoria de trabajo visual, pensamiento abstracto y puntuación total del IFS ($p<0.05$). Además, se hallaron diferencias significativas en el Índice de Velocidad de Procesamiento (IVP) del WAIS-IV ($p<0.05$) y en control inhibitorio verbal (Hayling Test) ($p<0.01$). En el resto de las pruebas que evalúan otros dominios cognitivos no se encontraron diferencias significativas. Cuando se analizaron correlaciones entre variables, se encontró una correlación positiva y significativa entre el IVP y la dimensión de salud general del SF-36 ($r=0.380$, $p=0.035$), indicando que mayores puntajes en velocidad de procesamiento se asociaron con una mejor percepción de la salud general y viceversa.

Conclusiones: Los resultados preliminares de este estudio exploratorio sugieren que el trasplante renal se asocia a mejoras tanto en el rendimiento cognitivo como en múltiples dimensiones de la calidad de vida percibida. Estos hallazgos refuerzan la importancia de integrar las evaluaciones cognitivas y de calidad de vida en el seguimiento de los pacientes trasplantados, promoviendo un abordaje integral. Si bien deben interpretarse con cautela debido al tamaño reducido de la muestra, los resultados ofrecen un marco prometedor para futuras investigaciones y para el diseño de intervenciones que consoliden estas mejoras, favoreciendo la recuperación funcional y la reintegración social.

Financiamiento: No

P-129

Trasplante Renal en Bloque en Pediatría: Serie de 5 Casos

Gardarian, I⁽¹⁾,
Di Pinto, D⁽¹⁾,
Ibañez, J⁽¹⁾

Introducción: El trasplante renal en bloque (TxR-EB) a partir de donantes pediátricos pequeños constituye una estrategia para ampliar el pool de órganos disponibles. Su utilización en receptores infantiles es limitada, principalmente por el riesgo de trombosis vascular y complicaciones urológicas tempranas. No obstante, estudios recientes han demostrado que, mediante técnicas quirúrgicas especializadas y un adecuado manejo perioperatorio, el TxR-EB ofrece resultados comparables en términos de función y supervivencia del injerto a largo plazo. Dada la escasa evidencia en pediatría, resulta relevante comunicar nuestra experiencia.

Objetivo: Describir las características clínicas de receptores y donantes, y analizar la evolución, complicaciones y sobrevida de pacientes e injertos en una serie de 5 TxR-EB pediátricos realizados en un hospital de alta complejidad (2011-2025).

Casos Clínicos: Caso 1: Varón, 11 años (Peso 20 kg, DS-3,4, talla 119 cm, DS-3,14), Poliquistosis renal en hemodiálisis (HD). Recibe TxR donante fallecido (DF) donante de 6 años, peso 18 kg, talla 101 cm. Tiempo de isquemia fría (TIF) 11h. Anastomosis Arteria Aorta a aorta nativa, vena cava inferior (VCI) a VCI nativa. Evolución del filtrado glomerular (FGe) 215 y 156 ml/min/1.73m² al mes y a los 6 meses respectivamente. Caso 2: Mujer, 7,4 años (Peso 21 kg DS-0,79, talla 118 cm DS-0,54), Nefronoptosis en Diálisis peritoneal (DP) previa. Recibe TxR DF donante de 2 años, peso 15 kg, talla 88 cm. TIF 21h. Anastomosis Arteria polar y Aorta a la aorta nativa, VCI a VCI nativa. Evolución del FGe 110 y 118 ml/min/1.73m² al mes y a los 6 meses. Caso 3: Mujer, 11 años (Peso 24 kg DS-2,4, talla 128 cm DS-1,7). Glomeruloesclerosis focal y segmentaria (GEFS) que realizó combinación de HD y DP previo al trasplante. Recibe TxR DF donante de 4 años, peso 21 kg, talla 114 cm. TIF 22h. Anastomosis arteria Aorta a iliaca, VCI a VCI nativa. Evolución del FGe 45 y 64 ml/min/1.73m² al mes y a los 6 meses. Caso 4: Varón, 17,3 años (Peso 56 kg DS-3,2, talla 129,5 cm DS 3,8). CAKUT en HD previa. Recibe TxR DF donante de 3 años, peso 15 kg, talla 95 cm. TIF 13h. Anastomosis Aorta a iliaca, VCI a VCI nativa. Evolución del FGe 36 y 49 ml/min/1.73m² al mes y a los 6 meses. Caso 5: Mujer, 13,8 años (Peso 30,5 kg DS-0,8, Talla 172 cm DS 0). CAKUT realizó combinación de HD y DP. Recibe TxR DF donante de 3 años, peso 19 kg, talla 92 cm. TIF 15h. Anastomosis Aorta a iliaca, VCI a VCI nativa (3 venas). Pérdida del injerto a los 7 días post TxR por trombosis de vena renal. Todos los pacientes recibieron inducción con Timoglobulina y Metilprednisolona; en un caso (GEFS) se añadió rituximab. El tratamiento de mantenimiento incluyó Tacrolimus, micofenolato sódico y esteroides. Las complicaciones fueron: fistula urinaria autolimitada e ITU (caso 2), colección abdominal con drenaje (caso 4) e ITU (caso 5). No hubo episodios de rechazo durante el seguimiento. Al final del período evaluado, cuatro pacientes conservaron el injerto funcional, uno presentó pérdida temprana del mismo y no se registraron fallecimientos.

Conclusiones: El TxR-EB en receptores pediátricos pequeños representa una alternativa válida para ampliar el pool de órganos disponibles. En nuestra serie, pese a complicaciones quirúrgicas y urológicas, la sobrevida del injerto y del paciente fue favorable, sin episodios de rechazo ni fallecimientos.

Financiamiento: No

(1)Servicio de Nefrología, diálisis y trasplante renal, Hospital J. P. Garrahan, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

P-131

Microangiopatía Trombótica Asociada a Rechazo Mediado por Anticuerpos. Un Desafío Diagnóstico y Terapéutico en Argentina

Villafañez, CC;
Giraud, M;
Gomez, P;
Quintero, A;
Rodriguez, M⁽¹⁾

(1)Nefrología y trasplante,
Clínica Privada Velez Sarsfield.
Córdoba, Argentina

Objetivo: Presentar un caso de microangiopatía trombótica (MAT) post-trasplante renal, destacando la discordancia entre la evolución clínica favorable con daño histológico, en un contexto de acceso limitado a terapias biológicas en Argentina.

Descripción: Paciente femenina hipersensibilidad (PRA 88%) de 66 años, con ERC EV secundaria a PQR en HD desde 2002 y antecedente de primer trasplante renal perdido por rechazo crónico.

Se realiza trasplante con donante masculino de 68 años (KDPI 75%). Recibe inducción con ATG, rituximab e inmunoglobulina intravenosa y mantenimiento con tacrolimus, MMF y esteroides.

Evoluciona con DGF post tx inmediato, alta al día +7 con Cr 2.7 mg/dl. Reingresa el día 15 con Cr 7.1 mg/dl, se realiza biopsia del injerto, que mostró inflamación microvascular (MVI), mesangiólisis, microtrombos y C4d +1. La paciente no presentaba analítica de MAT sistémica (anemia, trombocitopenia ni esquistocitos). Se realiza ADAMTS-13 normal y Ac anti-ADAMTS-13, descartando PTT y C5b9 elevado 234 U/ml. Se diagnostica MAT asociado por rechazo humoral agudo (RHA). El estudio de Ac anti-HLA dónde no evidencio Ac Donante específicos (DSA) por luminex.

Se realizó tratamiento de RHA según protocolo con plasmaféresis (5 sesiones) más IVIG a dosis de 500 mg/kg, con respuesta parcial con Cr 1.5mg/dl, Pr/Cr 0.3. Se solicita terapia anti-C5 (eculizumab/ravulizumab), no logrando autorización por cobertura social y a pesar de ello logra estabilizar la función del injerto con Cr 1 mg/dl.

Evoluciona al año con deterioro de la función renal Cr 1.7mg/dl. Se realizó biopsia por indicación, que mostró signos de MAT crónica (proliferación concéntrica de íntima arterial y dobles contornos glomerulares) con C4d fue negativo. La ME mostró signos de isquemia glomerular y edema subendotelial.

Conclusión: Este caso refleja las dificultades diagnósticas y terapéuticas de la MAT post-trasplante en nuestro medio para el uso oportuno de los esquemas inhibidores del complemento que podrían mejorar la evolución y supervivencia del injerto en ptes de alto riesgo inmunológico.

Financiamiento: No

P-133

Situación Laboral en Población Trasplantada Renal y su Impacto en la Adherencia y Calidad de Vida

Melideo, HM⁽¹⁾;
Miranda, C⁽²⁾;
Maisano, C⁽³⁾;
Acuña, ME⁽³⁾;
Noli, V⁽³⁾

(1)Trasplante renal,
Hospital Castro Rendon.
CIPOLLETTI, Argentina

(2)Servicio Social,
Hospital Castro Rendon.
Neuquen, Argentina

(3)Trasplante renal,
Hospital Castro Rendon.
Neuquen, Argentina

Objetivo primario: Caracterizar las condiciones laborales actuales de los pacientes trasplantados renales.

Objetivo secundario: Determinar si las variables sociolaborales influyen en la adherencia y sobrevida renal.

Introducción: Nuestra unidad realiza el seguimiento de aproximadamente 200 pacientes trasplantados de los cuales el 65% se realizó en nuestro equipo de Hospital público y el resto proviene del sector privado y realizó cambio de equipo de seguimiento.

El trasplante renal mejora la calidad de vida, pero esta se ve afectada por los factores sociolaborales que atraviesan a los pacientes. Por ello, la Ley 26928 prevé derechos de esa índole.

Nos propusimos indagar sobre cómo afecta la dimensión sociolaboral en la calidad de vida y adherencia al tratamiento, debido a que desconocíamos la situación en nuestra población transplantada renal.

Material y Métodos: Se realizó un trabajo cuali-cuantitativo de tipo exploratorio, a partir del relevamiento de datos con una encuesta semiestructurada autoadministrada a población transplantada renal en seguimiento por nuestro equipo.

Resultados: La edad promedio fue de 40 +/- 13, 52% hombres y un 49% mujeres. Más del 50% trasplantados entre el 2023-2025. Con un 83% de población económicamente activa El 59,3% se trasplantaron en nuestra unidad.

En relación a los ingresos el 46% se encuentra trabajando con 58,1% de trabajo informal. Un 14% realiza trabajos de riesgo para su trasplante. De los que cuentan con obra social, un 27,02% cuenta con prepagas u obras sociales nacionales, el porcentaje restante con la obra social provincial. Un 24,3% percibe asignaciones, mientras que el 29,7% se encuentra jubilado. El 70% sostiene su actividad laboral desde antes del trasplante. En relación al acceso a la medicación, en un 80%, reciben la misma en tiempo y forma. El 20% restante describe que tienen dificultades por falta de medicación en el hospital o retraso por burocracia de la obra social. Todos se encuentran con riñón funcionando

Conclusión: Observamos que existe una alta demanda en torno a la accesibilidad laboral formal.

En relación a las asignaciones, en casi su totalidad, se corresponde con la pensión no contributiva por invalidez laboral y no han accedido a la asignación por trasplante. Por otra parte, el 70% sostiene su actividad laboral desde antes del trasplante, observando que el trasplante no representó un cambio favorable para la accesibilidad laboral. Además, un porcentaje realiza trabajos insalubres para el trasplante, que por su vulnerabilidad no pueden dejar de realizar. Con relación al acceso a medicación se evidencian barreras de accesibilidad poniendo en riesgo la adherencia al trasplante. Como limitación no pudimos concluir en el efecto del trabajo sobre la adherencia, la cual es compleja de determinar por ser multifactorial. Es necesario en siguientes estudios determinar el impacto económico del trabajo en la población transplantada renal.

Financiamiento: No

P-134

Microangiopatía Trombótica (MAT) Secundaria a Pielonefritis del Injerto

Reque Panozo, AH^(1,2);
Monkowski, M^(1,2);
Flores, E^(1,2);
Trimarchi, H^(1,2);
Lombi, F⁽¹⁾

(1)Nefrología, Hospital Británico.
CABA, Argentina

(2)Trasplante renal, Hospital Británico.
CABA, Argentina

Financiamiento: No

Objetivo: Presentar un caso poco frecuente de MAT secundaria a pielonefritis del injerto renal

Presentación: Paciente femenina de 46 años, con antecedentes de lupus eritematoso sistémico (LES) e IRC estadio V en hemodiafiltración trisemanal desde 2016 secundario a nefritis lúpica. Asociado a su LES presentó como complicaciones síndrome antifosfolipídico, y trombosis a repetición (por lo que estaba crónicamente anticoagulada), episodio de isquemia arterial en miembro superior derecho secundario a vasoespasmio severo y fenómeno de Raynaud.

El 24 de enero de 2025 recibió un trasplante renal de donante cadavérico. Se realizó inducción con timoglobulina y corticoides, y mantenimiento con micofenolato sódico, corticoides y belatacept.

Evolucionó con adecuada función del injerto renal sin requerimiento de diálisis en el post trasplante (creatinina sérica 1.1 mg/dl). Al primer mes post trasplante curso internación por infección urinaria secundaria a Klebsiella Pneumoniae BLEE (KPN BLEE) por lo que realizó 7 días de ertapenem con buena evolución. En marzo de 2025 se reinternó con fiebre y deterioro de función renal (creatinina sérica 1.8 mg/dl al ingreso). Se interpreta el cuadro como síndrome febril a foco urinario, con rescate del mismo germen por lo que reinicia tratamiento con ertapenem. Por presentar deterioro progresivo de la función renal (creatinina hasta 3.5 mg/dl) asociado a fiebre persistente intratratamiento antibiótico, se decide aumentar esquema a meropenem. Se realiza ecografía y tomografía de abdomen evidenciando como único hallazgo positivo edema del injerto.

Por la no mejoría de la función renal se decide realizar punción biopsia renal que evidencia: 2/11 glomérulos necróticos con abundantes polimorfonucleares (PMN) en capilares, necrosis tubular aguda extensa con abundantes PMN y eosinofilia, edema e infiltración PMN en intersticio y vasos. Inmunofluorescencia negativa para Inmunoglobulinas, C4d y SV40. Se interpreta el cuadro como pielonefritis severa del injerto como causa del deterioro severo de su función. Se decide suspender micofenolato y belatacept y aumentar dosis de corticoides a dexametasona 8 mg cada 8 horas debido al edema severo del injerto en la biopsia.

La paciente evoluciona desfavorablemente, con deterioro progresivo en la función del injerto, presentando anemia, plaquetopenia, haptoglobina 4, hipocomplementemia, LDH elevada y frotis con presencia de esquistocitos. Finalmente requiere de hemodiálisis aguda, evolucionando los días subsiguientes con complicaciones trombóticas y hemorrágicas que derivaron en la pérdida del injerto con posterior óbito.

Conclusión: Las causas de microangiopatía trombótica en el trasplante renal no son infrecuentes. Lo más habitual de ver es recaída de cuadros primarios como en el síndrome urémico hemolítico atípico, MAT secundarias a rechazos humorales y las de causa farmacológica (inhibidores de calcineurina, inhibidores del mtor). En nuestro caso el cuadro microangiopático se interpretó secundario a un cuadro severo diagnosticado por biopsia renal de pielonefritis del injerto. En los cuadros de MAT secundarias el tratamiento es de la causa primaria. En este caso, la pielonefritis, que se trató con esquema antibiótico ajustado a antibiograma, fue no solo refractario sino que gatilló un cuadro microangiopático secundario.

P-135

Acidosis Metabólica Post Trasplante Renal: ¿Es un Factor Pronóstico?

Schierloh, G⁽¹⁾;
Miauro, C⁽¹⁾;
Garcilazo, E⁽¹⁾;
Soler Pujol, G⁽¹⁾;
Sleiman, J⁽¹⁾;
Laham, G⁽¹⁾

(1)Nefrología, CEMIC.
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: La acidosis metabólica (AM) es una condición frecuente en pacientes con Enfermedad Renal Crónica avanzada. El Trasplante Renal (TR) suele mejorar el estado ácido base; sin embargo, un subgrupo de pacientes continúa afectado por dicha condición. Esta discutido en la literatura las implicancias que tiene la AM sobre la evolución en TR.

Objetivos: **Primario:** Evaluar la prevalencia de AM, caracterizar los tipos de AM: Con Anión GAP elevado (AMGE) o normal (Acidosis tubular renal (ATR)) y sus subtipos. **Secundario:** Correlacionar AM con variables relacionadas al receptor, donante y al trasplante. Estimar en los subgrupos la supervivencia de pacientes y del injerto renal. Correlacionar AM con hallazgos histológicos de biopsias renales (I-IFTA).

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo y observacional de corte transversal con seguimiento longitudinal en el Servicio de Nefrología de CEMIC. Se incluyeron 100 pacientes adultos mayores de 18 años con TR y al menos 6 meses post trasplante desde abril 2022 a marzo 2024 con seguimiento hasta septiembre de 2025. Se excluyeron pacientes internados, con diarrea, enfermedades infecciosas activas al momento del estudio o que hayan cursado algún evento de rechazo en los 6 meses previos. Para el análisis, se dividió a la población en subgrupos según la ausencia de AM, AMGE o ATR.

Resultados: La edad media fue 54 años, el 63% eran de sexo masculino. El 68% de los TR fueron de donantes fallecidos. El tiempo hasta la inclusión en el estudio fue de 43 (11,5-115,5) meses. El 64% recibía IS de mantenimiento con FK+GC+MF. El 39% tuvo un evento de rechazo previo. El 32% presentaba AM; de los cuales 47% tenían AMGE y 53% ATR. De las ATR, 58% (n=10) fueron tipo II y 42% (n=7) tipo I. Al comparar los subgrupos se encontró que la Creatinina (p<0,001), TFG (p<0,001), DGF (p<0,01), PTHi (p<0,0001), Hgb (p=0,02) y proteinuria (p=0,02) fueron significativamente mayores en el grupo AMGE. Respecto a la supervivencia, la AMGE se asoció a mayor mortalidad y tasa de pérdida del injerto en comparación con ausencia de AM y ATR (Log Rank Test: p=0,008; p=0,017 respectivamente). En el análisis multivariado solo DGF (OR: 6,1 CI 1,077-34,73 (p=0,017) y Creatinina (OR 5,4 CI 1,23-24,0 p=0,026) fueron predictores de AMGE.

Conclusiones: La AM post trasplante fue un hallazgo frecuente en nuestra población (32%). La AMGE y ATR tuvieron similar prevalencia. Solo encontramos variedades tipo I y II de ATR. Comparativamente a pacientes sin AM y con ATR, el grupo AMGE fue asociado a mayor mortalidad y menor supervivencia del injerto renal. Solo DGF y la función renal fueron predictores de AMGE en nuestra población. No encontramos correlación histológica de AM con I-IFTA en biopsias renales.

P-136

Anemia Severa por Parvovirus B19 en Receptor de Trasplante Renal

Palti, F⁽¹⁾;
Caldano, J⁽¹⁾;
Aleman, S⁽¹⁾

(1)Trasplante renal, CRAI Norte.
Buenos Aires, Argentina

Objetivo: Evaluar y documentar el manejo de un caso de anemia severa post-trasplante renal secundaria a infección por Parvovirus B19 (PVB19), correlacionando el enfoque clínico con la evidencia científica actual para optimizar la estrategia terapéutica.

Descripción: La infección por PVB1 es una complicación significativa en receptores de trasplante renal (RTR), presentándose típicamente en los primeros meses post-trasplante. El tratamiento inmunosupresor facilita la replicación viral, causando principalmente anemia severa o aplasia pura de células rojas (APCR). La incidencia de ADNemia por PVB19 en RTR es de aproximadamente 10.3%, aumentando al 27.4% en aquellos pacientes que presentan anemia. Se presenta el caso de un individuo de 28 años con un segundo trasplante renal de donante cadavérico. Recibió terapia de inducción con Timoglobulina y Basiliximab y mantenimiento con Tacrolimus, Micofenolato Mofetilo (MMF) y Meprednisona.

A las 8 semanas post-trasplante, el paciente presentó astenia, fatiga y una caída de 20 puntos del hematocrito con reticulocitos ausentes. Se descartaron otras causas de anemia. Ante la alta sospecha clínica, se confirmó el diagnóstico mediante una PCR positiva para ADN de PVB19. La PCR es el método de elección en esta población debido a la baja fiabilidad de la serología; hasta un 29% de los casos activos pueden tener IgM negativa.

Una vez confirmado el diagnóstico, se inició tratamiento con Inmunoglobulina Intravenosa (IVIg) a dosis de 400 mg/kg/día durante 5 días, acorde a las guías de la Sociedad Americana de Trasplantes (AST). El paciente reportó mejoría clínica y el hematocrito aumentó progresivamente, pasando de un nadir de 20 a 35 en aproximadamente un mes, recuperándose completamente de la astenia. La evolución es consistente con la literatura, que reporta un tiempo medio de recuperación de la hemoglobina de 16 a 21 días. No se documentaron recurrencias durante el seguimiento, aunque estas son frecuentes (17.5-35%) y pueden requerir profilaxis secundaria.

Conclusión: La infección por PVB19 debe sospecharse en todo RTR con anemia arregenerativa inexplicada en el post-trasplante temprano. La PCR es la herramienta diagnóstica fundamental. El tratamiento con IVIg, combinado con la modulación de la inmunosupresión (especialmente la reducción de antiproliferativos como el MMF), es una estrategia altamente efectiva para la resolución clínica y hematológica. Este caso resalta la importancia del diagnóstico precoz para un manejo exitoso.

Financiamiento: No

P-137

Infección por Nocardia en Trasplante Renal: Un Desafío Clínico

Anticura, D⁽¹⁾;
Melideo, HM⁽²⁾;
Maisano, C⁽¹⁾;
Schinchirimi, MM⁽³⁾;
Iacono, M⁽⁴⁾

(1)Trasplante Renal, Hospital Castro
Rendon. Neuquen, Argentina

(2)Trasplante Renal, Hospital Castro
Reendon. Neuquen, Argentina

(3)Microbiología, Hospital Castro
Rendon. Neuquen, Argentina

(4)Infectología, Hospital Castro
Reendon. Neuquen, Argentina

Objetivo primario: Describir una serie de casos de infección por Nocardia en pacientes trasplantados renales su dificultad diagnóstica, evolución y tratamiento.

Introducción: La nocardia es una bacteria del grupo actinomyces, se encuentra en suelo y agua. La incidencia en receptores de Trasplante de órgano sólido (TOS) notificada varía entre 0.7 y 3.5 %, así mismo la mortalidad es de 25 % y asciende a 44 % en los pacientes con compromiso cerebral.

Material y Métodos: Caso 1

Hombre de 42 años, 3 años de trasplante renal donante cadavérico (TRDC), inducción con timoglobulina, mantenimiento con triple terapia (tacrolimus). Ingresó para lobectomía de nódulo pulmonar izquierdo, con PET hipercaptante con sospecha inicial de cáncer pulmonar, a los 20 días se aisló Nocardia s/p en cultivo de muestra quirúrgica e inició tratamiento dirigido con buena evolución clínica.

Caso 2

Hombre de 67 años, 2 años de TRDC, inducción con Timoglobulina, mantenimiento con triple terapia (tacrolimus). Ingresó por síndrome confusional con afasia de expresión y hemoptisis. En tomografía computada (TC) de tórax se evidencia consolidación de bordes delimitados en lóbulo medio derecho; en resonancia magnética de encéfalo lesión focal bilobulada a nivel temporoparietal izquierdo de 4x3x3 cm con edema vasogénico y realce en anillo, compatible con absceso. En líquido pleural desarrolla Nocardia Cyriacigeorgica. Realizó tratamiento dirigido más corticoterapia sin conducta neuroquirúrgica para absceso cerebral con mejoría neurológica del cuadro. A las 5 semanas de tratamiento decide el alta voluntaria, quedando pendiente el drenaje neuroquirúrgico. Posteriormente reingresa luego de paro cardiorespiratorio en contexto de convulsión febril y taquiarritmia ventricular. Ingresó a UTI donde fallece a los 7 días por sepsis con fallo multiorgánico.

Caso 3

Mujer de 45 años con trasplante renal (TR) donante vivo de 3 años de evolución, inducción con timoglobulina, mantenimiento con triple esquema (tacrolimus). Presentó 1 mes de dolor torácico, omalgia derecha, sudoración nocturna y tos escasa. Consultó inicialmente a traumatología que en TC de tórax objetiva consolidación pulmonar con realce heterogéneo con signo del halo. Se realiza punción diagnóstica e inicia tratamiento empírico antimicótico y antibiótico. A los 15 días desarrolla en cultivos pulmonares Nocardia abscessus se readecua tratamiento y evoluciona favorablemente (sin lesiones en neuroimagen).

Conclusión: La infección por Nocardia en trasplante renal es un desafío diagnóstico, ya que sus síntomas pueden simular tumores, micosis profundas o TBC. La presencia de abscesos cerebrales mayores a 6 cm plantea dudas sobre la indicación de drenaje, lo que subraya la necesidad de un abordaje interdisciplinario y diagnóstico precoz para mejorar el pronóstico en este grupo vulnerable. El único paciente que falleció fue el que presentó disseminación en sistema nervioso central, que concuerda con la literatura con mayor mortalidad en esta situación clínica.

Financiamiento: No

P-139

Abordaje Laparoscópico para Selección de Donantes de Hígado

Eckhardt Morales, CA⁽¹⁾;
Villavicencio Fornaciari, S⁽²⁾;
Alanis, GA⁽²⁾;
Alvarez Tolaba, ME⁽¹⁾;
Juarez Carrizo, AM⁽¹⁾

(1)Unidad de Procuracion, Hospital
Angel C. Padilla.
San Miguel de Tucuman, Argentina

(2)Departamento Procuracion y
Trasplante, Hospital Angel C. Padilla.
San Miguel de Tucuman, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: La procuración de órganos es el eje fundamental para incrementar las tasas de trasplante hepático, único tratamiento curativo para muchas enfermedades hepáticas terminales. El principal desafío sigue siendo la escasez de órganos viables. En este contexto, la laparoscopia diagnóstica previa a la ablación puede constituir una herramienta útil para la evaluación macroscópica del hígado y la optimización del proceso de selección de donantes.

Objetivo: Presentar la experiencia del Hospital Ángel C. Padilla (Tucumán, Argentina) en tres casos de procuración hepática en los que se realizó evaluación laparoscópica bedside pre-ablación, analizando su utilidad diagnóstica, su impacto logístico y su aporte en la toma de decisiones.

Materiales y Métodos: Se evaluaron tres donantes (uno en muerte encefálica y dos con limitación del esfuerzo terapéutico) entre diciembre de 2024 y agosto de 2025. En todos los casos se realizó laparoscopia diagnóstica con observación directa de coloración, superficie y grado de esteatosis hepática.

Resultados: La laparoscopia permitió confirmar la viabilidad de un hígado (implante exitoso) y descartar dos órganos no aptos por esteatosis macroscópica severa. La práctica evitó el traslado innecesario de equipos y redujo los costos operativos.

Conclusiones: La laparoscopia bedside pre-ablación es un método seguro, accesible y eficaz para la selección de donantes hepáticos, que optimiza recursos y mejora la calidad del proceso de procuración. Su implementación requiere entrenamiento quirúrgico y disponibilidad técnica, pero representa una valiosa herramienta para los equipos de procuración regionales.

Palabras clave: procuración de órganos – laparoscopia – donante hepático – trasplante de hígado – viabilidad hepática

P-141

Complicación Postrasplante en un Centro de Trasplante Pediátrico. Estenosis de Arteria Renal.

Diaz Moreno, RA⁽¹⁾;
Di Pinto, D⁽²⁾;
Ibañez, J⁽²⁾;
Sierre, S⁽³⁾;
Alonso, J⁽⁴⁾;
Adragna, M⁽⁵⁾;
Busolo Mambrin, R⁽²⁾;
Steinbrun, S⁽¹⁾

(1)Trasplantante Renal,
Pediatria Garrahan. CABA, Argentina

(2)Trasplante Renal,
Pediatria Garrahan. CABA, Argentina

(3)Intervencionismo,
Pediatria Garrahan. CABA, Argentina

(4)Hemodinamia,
Pediatria Garrahan. CABA, Argentina

(5)Nefrología, Diálisis y Trasplante,
Pediatria Garrahan. CABA, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: La estenosis de la arteria renal (EAR) es una complicación vascular del trasplante renal (TxR) que puede provocar hipertensión arterial (HTA), disfunción del injerto y en algunos casos, su pérdida. En pediatría, la prevalencia es del 5 al 15%, generalmente asociada a la técnica quirúrgica. El diagnóstico temprano y la intervención oportuna permiten detener o incluso revertir la progresión de la EAR, mejorando los resultados clínicos. El abordaje es multidisciplinario, desde fármacos hasta intervenciones endovasculares o quirúrgicas.

Objetivos: Comunicar nuestra experiencia en el manejo de la EAR en receptores pediátricos de TxR, describiendo características clínicas, tratamientos realizados y evolución.

Materiales y Métodos: Estudio observaciones, retrospectivo y descriptivo realizado en un único centro pediátrico. Se incluyeron pacientes ≤ 18 años trasplantados entre 10/2016 y 08/2025. Se estimó la prevalencia de EAR y se analizaron variables clínicas y relacionadas con el trasplante, hallazgos de imágenes, tratamiento y evolución.

Resultados: Durante el período analizado se realizaron 338 TxR, 6 presentaron EAR confirmada por angiotomografía (prevalencia 1,7%), diagnosticada a una mediana de 2,5 meses postrasplante (r: 1,51-4,4). La mediana de edad al TxR fue de 14,1 años (r: 9,5-15,8). Etiologías de enfermedad renal crónica incluyeron glomerulopatías (n=3), síndrome urémico hemolítico (n=1), vejiga neurogénica (n=1) y nefronoptosis (n=1). Todos recibieron diálisis previa (mediana: 36 meses, r: 9-73) y tres presentaban HTA. Los donantes fueron fallecidos (mediana de edad 21,5 años; r: 14-38). El tiempo de isquemia fría fue de 17,9 h (r: 16,4-24) y de anastomosis 42,5 min (r: 20-70). Se anastomosaron a arteria ilíaca primitiva 4 injertos que presentaban 1 arteria y 1 injerto con 2. Uno en herradura con 2 arterias y 1 polar se anastomosó a aorta. Se registraron complicaciones intraoperatorias en 4 pacientes (67%): laceración arterial, sangrado arterial, sangrado en napa y cirugía de banco en el injerto en herradura. Todos presentaron función retardada del injerto e HTA de novo o incremento $\geq 30\%$; uno de ellos desarrolló encefalopatía hipertensiva. El 67% requirió ≥ 3 drogas hipotensoras. Los estudios doppler mostraron aumento de velocidad del flujo y patrón parvus tardus; la angiotomografía confirmó el diagnóstico. Las angiografías evidenciaron EAR con obstrucción $>50\%$ de la luz arterial. Un paciente se controló con fármacos y cinco fueron sometidos a angioplastia transluminal percutánea (ATP) con buena respuesta en cuatro. Tras la intervención, la TAS descendió un 23% (r: 16-28, $p=0,03$) y la TAD un 21% (r: 10-30, $p=0,03$). El filtrado glomerular estimado de 34 ml/min/1,73m² (r: 19-62) antes de la ATP mejoró a 51 ml/min/1,73m² (r: 24-74) después del procedimiento ($p=0,09$). Los fármacos hipotensores se redujeron de 3,5 a 2.

Conclusiones: La prevalencia de EAR postrasplante fue de 1,7%. La ATP permitió un control significativo de la HTA y una reducción en el número de fármacos, con tendencia a mejorar el filtrado glomerular. Se confirma como una estrategia segura y eficaz.

P-142

Evolución Inmunológica y Manejo Terapéutico Secuencial en una Paciente Hipersensibilizada con Rechazo Mediado por Anticuerpos

Miauro, CV;
Soler Pujol, G;
Christiansen, S;
Teper, S; Laham, G

Objetivo: El rechazo mediado por anticuerpos (ABMR) constituye una de las causas principales de pérdida del injerto renal. La identificación temprana de los DSA y la implementación de terapias dirigidas son fundamentales para preservar la función renal a largo plazo.

Se presenta el caso de una paciente con enfermedad renal crónica terminal (ERCT) e hipersensibilizada que, posterior al trasplante renal, desarrolló ABMR activo y crónico pese a un abordaje inmunosupresor intensivo.

Caso Clínico: Paciente femenina de 49 años, con antecedentes de síndrome nefrótico en la infancia, HTA y ERCT en hemodiálisis desde febrero de 2022, sin antecedentes de trasplante previo ni transfusiones.

Presentaba un panel reactivo de anticuerpos (PRA) previo al trasplante de 70% para clase I y 100% para clase II, por lo que se encontraba en lista de espera como paciente hipersensibilizada. En febrero de 2024 recibió un trasplante renal de donante fallecido de 63 años, con MM 6/8, DSA DR14 (MFI 3530) y crossmatch por citometría de flujo negativo. Previo al implante se tomó muestra de suero para realizar nueva determinación de anticuerpos anti HLA del receptor y se utilizó el bazo del donante para re-tipificar los antígenos de clase II con moderada resolución.

Evolución terapéutica cronológica: **Fase 1.** Inducción y desensibilización. Dado su perfil inmunológico de alto riesgo, se implementó inducción con timoglobulina, micofenolato sódico y metilprednisolona, y como estrategia de desensibilización se administró rituximab junto a 5 sesiones de plasmaféresis (PF) e inmunoglobulina intravenosa (IVIg). **Fase 2.** ABMR activo temprano. A los 7 días del trasplante se reciben los resultados de la re-tipificación del donante y de la determinación de anticuerpos del receptor, que evidenció un incremento significativo del título de DSA clase II, con DR14 en MFI 7803 y DQ4 en MFI 22.700, lo que determinó una evolución inmunológica de alto riesgo. Ante dichos hallazgos, se realizó punsión biopsia renal (PBR) que demostró ABMR agudo, por lo que se inició tratamiento con eculizumab, asociado a PF/IVIg. Tras cuatro semanas del trasplante, se observó estabilización de la función renal, por lo que se controla de forma ambulatoria. **Fase 3.** ABMR crónico activo. Durante el seguimiento presentó nuevamente deterioro funcional, por lo que ante la refractariedad al tratamiento se implementó bortezomib y se agregó belatacept sin nueva PBR por plaquetopenia, logrando así una estabilización parcial de la función renal. A los 3 meses del trasplante se realizó PBR que evidenció ABMR crónico activo, por lo que realizó tratamiento con tocilizumab por 6 meses. Luego de este se logra estabilización de la función renal y descenso de los niveles de DQ4 a 12911 MFI. Posteriormente se realizó PBR a los 12 meses del trasplante que evidenció nuevamente ABMR crónico activo, actualmente en tratamiento con rituximab e IVIg.

No se registraron efectos adversos significativos.

Conclusión: Este caso destaca la necesidad de un abordaje terapéutico integral y dinámico en pacientes hipersensibilizados. En estos, la evolución de DSA requiere un monitoreo estrecho y estrategias adaptativas. El uso de eculizumab, seguido de terapias dirigidas como bortezomib, belatacept y tocilizumab, permitió controlar la respuesta humoral y estabilizar la función renal. Este enfoque secuencial representa una estrategia prometedora en el manejo del ABMR activo y crónico refractario.

Financiamiento: No

P-144

Perfiles HLA Poco Frecuentes en Pacientes Renales: Evaluación del Grado de Mismatch y Desarrollo de una Herramienta Informática para su Detección.

Ibañez Corral, LG⁽¹⁾;
 Bianco, ME⁽²⁾;
 Paulos, MS⁽²⁾;
 Alejandria, N⁽²⁾;
 Piccinelli, C⁽²⁾

(1)Residencia Bioquímica,
 El Cruce. Florencio Varela, Argentina

(2)Centro Provincial
 de Histocompatibilidad, CUCAIBA.
 La Plata, Argentina

Financiamiento: No

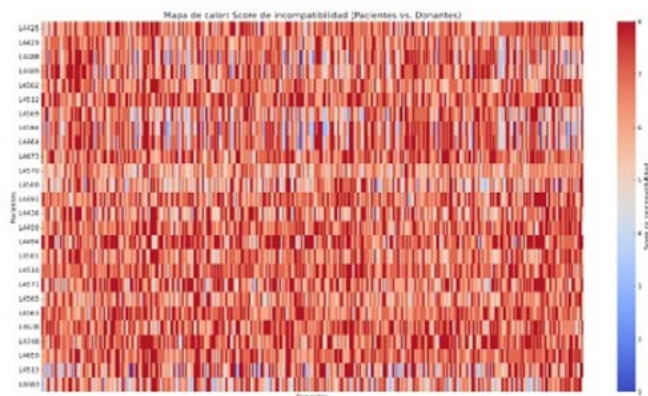
Introducción/Objetivo: La asignación de órganos para trasplante renal basada en la compatibilidad HLA busca mejorar la sobrevida del injerto. Sin embargo, este criterio puede generar disparidad, ya que pacientes con combinaciones alélicas poco frecuentes tienen menor probabilidad de hallar un donante con bajo grado de mismatch, quedando sistemáticamente desfavorecidos. El objetivo fue diseñar una herramienta informática capaz de evaluar de manera automatizada el mismatch HLA frente a una cohorte real de donantes y detectar pacientes con alto grado de mismatch, como criterio potencial de priorización.

Materiales y Métodos: Se analizaron 26 pacientes en lista de espera (13 mujeres y 13 varones) y 324 donantes cadavéricos tipificados en 2023. Se consideraron los loci A, B, DR y DQ. Se calculó un score de mismatch entre cada paciente y todos los donantes, asignando 1 punto por cada alelo no compartido (rango: 0 a 8). Se implementó un algoritmo en Python que automatiza el cálculo del score, la distribución de percentiles y simulaciones Monte Carlo (n=1000) con alelos al azar para estimar p-valores empíricos. Se identificaron pacientes en el cuartil superior de score y con p<0.05. Finalmente, se compararon las frecuencias alélicas observadas con el Registro Nacional de Donantes de CPH para validar la consistencia poblacional.

Resultados: Los scores promedio por paciente oscilaron entre 6.07 y 6.93. Cuatro pacientes mostraron p<0.05, ubicándose además en el cuartil superior, lo que respalda la existencia de un alto grado de mismatch significativamente mayor al esperado por azar, compatible con la hipótesis de que portan alelos poco frecuentes. La comparación con datos poblacionales del registro nacional mostró alta concordancia en las frecuencias de alelos A, B, DR y DQ. Los alelos poco frecuentes en dicho registro coincidieron con los que generaron mayor mismatch en la cohorte analizada, validando la consistencia externa del análisis.

Conclusiones: El estudio demostró la existencia de pacientes con alto grado de mismatch no atribuible al azar, sino a la baja representación de sus alelos en el pool de donantes. La herramienta informática desarrollada permite implementar este análisis de manera rápida y reproducible, convirtiéndose en un recurso potencial para identificar de forma temprana a pacientes con escasas probabilidades de hallar donantes con bajo mismatch. La coincidencia de p-valores bajos y la ubicación de estos pacientes en el cuartil superior del score aportan evidencia robusta de su desventaja, lo que respalda la utilidad de este enfoque como criterio para fundamentar decisiones de priorización en la asignación de órganos.

Figura:



P-147

Frecuencias de los Antígenos HLA-A, B, DR y DQ en Donantes Fallecidos de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires

Russo, MA⁽¹⁾;
Bernacchia, A⁽¹⁾;
Wildfeuer, G⁽¹⁾;
Rodríguez, MP⁽¹⁾;
Balekjian, MB⁽¹⁾;
Abovich, M⁽¹⁾;
Aranda, C⁽¹⁾

Introducción: En el trasplante de órganos sólidos, la tipificación de los genes HLA-A, B, DRB1 y DQB1 es esencial para seleccionar receptores compatibles, reducir el riesgo de rechazo y mejorar la sobrevida del injerto. Contar con información local actualizada es clave para caracterizar la población, establecer referencias confiables y fortalecer la calidad en los laboratorios de histocompatibilidad.

Objetivos: Describir las frecuencias antigénicas de los loci HLA-A, B, DR y DQ obtenidos a partir de donantes fallecidos de procesos de donación (PD) realizados en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA); evaluar la frecuencia de homocigosis por locus y analizar los desequilibrios de ligamiento HLA-DRB1~DQB1

Materiales y Métodos: Se analizaron los resultados de la tipificación HLA de los donantes de 151 PD estudiados en nuestro laboratorio, entre julio de 2023 y junio de 2025. El ADN se obtuvo a partir de muestras de sangre periférica utilizando QIAcube DNA Mini Kit (Qiagen) y se tipificaron los genes HLA por PCR-SSP (One Lambda®). Las frecuencias antigénicas se calcularon por conteo directo y los haplotipos DRB1~DQB1 por máxima verosimilitud (EM). Las comparaciones de frecuencias se hicieron con prueba exacta de Fisher y corrección FDR. El equilibrio de Hardy-Weinberg se evaluó con test exacto por cadena de Markov.

Resultados: Del total de donantes, el 74,8% fueron argentinos; el 14,6% se correspondió con nacionalidades de países limítrofes, y en el 10,6% restante no se conoció el dato de la nacionalidad.

Se analizaron un total de 1208 antígenos HLA, los más frecuentes fueron: A2 (6,79%), DR4 (5,38%), DQ7 (5,30%), DQ5 (4,97%) y DQ8 (4,80%). También se destacaron B35, DQ2, A24, DQ6 y B44 (4,3% - 2,98%). Del total, 63 individuos (41,7%) fueron homocigotos en al menos un locus. La frecuencia de homocigosis por antígenos fue: A (15,2%), B (8,6%), DR (10,6%) y DQ (21,9%), sin diferencias significativas respecto al equilibrio de Hardy-Weinberg. El análisis de desequilibrio de ligamiento mostró como haplotipos más frecuentes: DR4~DQ8 (16,9%), DR11~DQ7 (11,1%), DR7~DQ2 (10,3%) y DR1~DQ5 (8,9%). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas al comparar los resultados obtenidos en este grupo de donantes con datos publicados para población argentina. Algunos desequilibrios de ligamiento descritos como frecuentes en la bibliografía no se observaron en nuestra muestra, lo cual podría deberse al tamaño muestral limitado.

Conclusiones: Las distribuciones antigénicas halladas en este estudio para los loci HLA-A, B, DR y DQ fueron consistentes con publicaciones previas de población argentina.

Los resultados obtenidos respaldan la homogeneidad en el patrón de distribución de antígenos HLA en la población de la CABA, lo que refuerza la validez de la muestra analizada como representativa de dicha población. Esta consistencia justifica el uso de tablas de referencia serológicas como una herramienta complementaria fundamental para resolver ambigüedades antigénicas durante la tipificación HLA de donantes fallecidos, que se presentan debido a las limitaciones inherentes a la técnica empleada.

Financiamiento: No

P-148

Trasplante Renal con Donante Vivo Relacionado en Angioedema Hereditario: Un Enfoque Multidisciplinario

Varela, EM⁽¹⁾;
Morrone, GH⁽¹⁾;
Ortiz, N⁽¹⁾;
Guardia, OE⁽²⁾;
Rodríguez Rilo, L⁽¹⁾

Objetivos: Presentamos el caso de un trasplante renal en un receptor masculino de 19 años y su madre, donante vivo relacionado, ambos con diagnóstico de angioedema hereditario (AEH) tipo I. Este caso destaca los desafíos perioperatorios únicos del trasplante renal en pacientes con AEH y subraya la importancia de un enfoque de manejo interdisciplinario.

Descripción: El paciente fue diagnosticado con AEH tipo I en 2011 (mutación del gen SERPING1 confirmada) y experimentó episodios de abdomen agudo recurrentes que requirieron tratamiento de emergencia. Sus antecedentes incluían un doble sistema pielocalicial, vesicostomía temprana, reimplante ureteral bilateral y nefrectomía izquierda, con infecciones urinarias recurrentes y cálculos renales (hipocitruuria, hipomagnesuria). Su función renal se deterioró progresivamente, alcanzando la enfermedad renal terminal (ERT) a principios de 2024 (CrS 4,2 mg/dL, TFG 19 ml/min/1,73 m²). Dado el alto riesgo de complicaciones perioperatorias relacionadas con el AEH, un equipo interdisciplinario que incluyó profesionales de nefrología pediátrica, cirugía de trasplante, terapia intensiva pediátrica, alergia e inmunología (especialista experto en AEH), psicología infantojuvenil, trabajo social pediátrico y enfermería, desarrolló un protocolo perioperatorio personalizado.

El trasplante se realizó con éxito utilizando la siguiente estrategia perioperatoria centrada en el AEH: 1. Profilaxis a corto plazo: Estanozolol 2 mg diarios tanto para la donante como para el receptor, iniciado 5 días antes de la operación y continuado 5 días después. 2. Manejo preextubación: Plasma fresco congelado (10 mL/kg) tanto para la donante como para el receptor. 3. Preparación para emergencias: Icatibant subcutáneo disponible intraoperatoriamente para ambos. 4. Inmunosupresión: Protocolo de inducción cuádruple secuencial según los estándares institucionales. Tanto el donante como el receptor tuvieron una evolución perioperatoria y postoperatoria sin complicaciones relacionadas con el AEH. El receptor mantuvo una función estable del injerto y continuó con el seguimiento ambulatorio regular.

Conclusión: Este caso demuestra la viabilidad del trasplante renal en una pareja donante-receptor con angioedema hereditario, destacando el papel crucial de la planificación preoperatoria, la profilaxis perioperatoria y un enfoque de equipo interdisciplinario. Hasta donde sabemos, este es el primer caso documentado de un trasplante renal con donante vivo relacionado entre una madre y su hijo, ambos afectados por AEH.

Financiamiento: No

(1)Servicio de Trasplante Renal Pediátrico, ITAC Nephrology, CABA, Argentina

(2)Servicio de Pretrasplante Renal Adultos, ITAC Nephrology, CABA, Argentina

P-149

Impacto del Riesgo Inmunológico en los Resultados del Trasplante Renal: Análisis Retrospectivo en una Cohorte Local

Andrade, A⁽¹⁾;
Cordoba, A⁽¹⁾;
Laham, G⁽¹⁾;
Soler Pujol, G⁽¹⁾

(1)Nefrología, CEMIC.
CABA, Argentina

Introducción: El trasplante renal constituye el tratamiento de elección para los pacientes con enfermedad renal crónica terminal, al ofrecer una mejor calidad y expectativa de vida frente a la diálisis. No obstante, la supervivencia del injerto a largo plazo continúa condicionada por factores inmunológicos que determinan el riesgo de rechazo y pérdida del injerto. Entre ellos, destacan la presencia de anticuerpos anti-HLA preformados, el desarrollo de anticuerpos específicos contra el donante (DSA) de novo, el grado de incompatibilidad HLA, el número de trasplantes previos entre otros. La identificación de estos factores permite estratificar el riesgo inmunológico y adaptar las estrategias de inducción y monitoreo inmunológico. Sin embargo, la evidencia proveniente de cohortes latinoamericanas o locales sigue siendo limitada, lo que motiva la necesidad de estudios que evalúen su impacto en los resultados clínicos postrasplante.

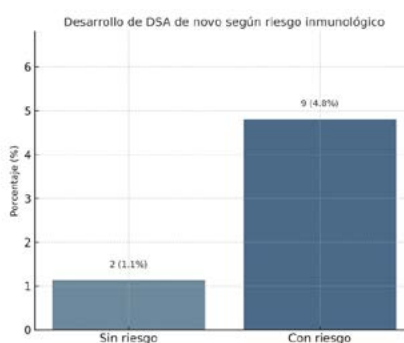
Objetivos: Analizar el impacto de los factores de riesgo inmunológico en el desarrollo de DSA, presencia de rechazo, la supervivencia del injerto renal y la supervivencia de receptores de riesgo inmunológico incrementado vs aquellos con bajo riesgo inmunológico en el período comprendido entre 2012 y 2019 en CEMIC.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio observacional retrospectivo que incluyó 200 receptores de trasplante renal en un único centro entre 2012 y 2019. Los pacientes se clasificaron en grupos de riesgo inmunológico incrementado y bajo riesgo inmunológico. Se analizaron la supervivencia del injerto y de los receptores, la función renal mediante tasa de filtrado glomerular (TFG), la proteinuria, los hallazgos de biopsias de protocolo e indicación, y la incidencia de DSA de novo.

Resultados: Se analizaron 362 biopsias, correspondientes a 176 receptores sin riesgo inmunológico y 186 con riesgo. Los hallazgos histológicos mostraron diferencias significativas entre ambos grupos. Los episodios de rechazo celular agudo o lesiones borderline fueron más frecuentes en el grupo de bajo riesgo (30,1% vs 21,0%; $p = 0,04$), mientras que el rechazo humoral agudo predominó en los receptores con riesgo inmunológico incrementado (4,8% vs 0,6%; $p = 0,03$). Asimismo, se observó una mayor proporción de rechazos crónicos en el grupo con riesgo inmunológico incrementado (7,0% vs 1,7%; $p = 0,014$). Al comparar el desarrollo de anticuerpos específicos contra el donante (DSA) de novo, la incidencia fue significativamente superior en los pacientes con riesgo incrementado (4,8% vs 1,1%; $p = 0,041$). De los nueve casos del grupo con riesgo, tres correspondieron a receptores con DSA preformados previos al trasplante.

Conclusión: El riesgo inmunológico incrementado se relaciona con mayor incidencia de DSA y rechazo humoral/crónico, mientras que el rechazo celular y borderline predomina en receptores sin riesgo. A pesar de estas diferencias, la supervivencia del injerto y de los receptores, así como la función renal y la proteinuria, se mantuvieron comparables a lo largo del seguimiento. Estos hallazgos, provenientes de una cohorte local, resaltan la complejidad de los desenlaces postrasplante y la necesidad de estudios multicéntricos y prospectivos que optimicen la caracterización inmunológica y el monitoreo postrasplante.

Figura:



comparativos de hallazgos en biopsias renales según el riesgo inmunológico

Hallazgo	Bajo riesgo (n=176)	Riesgo incrementado (n=186)	Valor de p
RCA + Borderline	53 (30.1%)	39 (21.0%)	0.04
Rechazo humoral agudo (RHA)	1 (0.6%)	9 (4.8%)	0.03
NTA	19 (10.8%)	15 (8.1%)	0.36
Rechazos crónicos	3 (1.7%)	13 (7.0%)	0.014
Normales	17 (9.7%)	27 (14.5%)	0.15
Otros hallazgos	83 (47.2%)	83 (44.6%)	0.88
Total rechazos	57 (32.4%)	61 (32.8%)	0.93

P-159

Contaminación del Líquido de Preservación en Trasplante Renal y su Impacto Clínico en Receptores Pediátricos

Salazar Pineda, NL⁽¹⁾,
Di Pinto, D⁽¹⁾,
Busolo, R⁽¹⁾,
Bendersky, L⁽¹⁾,
Sarkis, C⁽²⁾,
Isasmendi, A⁽³⁾,
Otero, S⁽³⁾,
Ibañez, J⁽¹⁾

(1)Servicio de Nefrología, Diálisis y
Trasplante renal,
Hospital J. P. Garrahan.
Ciudad Autónoma de
Buenos Aires, Argentina

(2)Servicio de Infectología, Hospital
J. P. Garrahan. Ciudad Autónoma de
Buenos Aires, Argentina

(3)Servicio de Microbiología, Hospital
J. P. Garrahan. Ciudad Autónoma de
Buenos Aires, Argentina

Introducción: La contaminación del líquido de preservación (LP) en el trasplante renal (TxR) constituye una potencial vía de transmisión de infecciones al receptor. Los gérmenes aislados más frecuentemente son *Staphylococcus coagulasa negativo* y bacilos Gram negativos (BGN). En nuestro país, la prevalencia de contaminación del LP en receptores adultos de trasplante de órgano sólido es del 21,7% al 27,1%. La incidencia de transmisión de infecciones a través del LP contaminado es poco frecuente, aunque los microorganismos multirresistentes pueden causar complicaciones de relevancia clínica.

Objetivos: Describir la prevalencia de contaminación del LP en TxR pediátrico con donante cadavérico, identificar los microorganismos y analizar su impacto clínico.

Materiales y Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y descriptivo en pacientes ≤ 18 años que recibieron un TxR de donante cadavérico en un único centro pediátrico entre 10/2022 y 08/2025. Se analizaron los microorganismos aislados en cultivos de LP, tratamiento instaurado, desarrollo de infecciones y evolución clínica de los receptores en los primeros 30 días postrasplante.

Resultados: Se analizaron 102 cultivos de LP correspondientes a 102 TxR. Mediana de edad al trasplante: 12,2 años (RIQ 8,9–15), 50% de varones. En 25 cultivos de LP (24,5%) se aisló al menos un microorganismo. El 76% (n:19) fueron monomicrobianos, principalmente Gram positivos (52%); predominó *Staphylococcus coagulasa negativo* (n:10, 40%); luego BGN (n:6, 24%): *Klebsiella pneumoniae* (n:4, 15%) y polimicrobianos 6 (24%). Tabla 1.

En 2 aislamientos se identificaron enterobacterias productoras de resistencia antibiótica: una con producción de BLEE (β -lactamasa de espectro extendido) y otra MBL (metalo- β -lactamasa). Todos los pacientes recibieron profilaxis antibiótica postrasplante; en 4 se adecuó a las 72 horas y en 1 a los 7 días.

En 1 caso hubo coincidencia entre el cultivo del LP y los hemocultivos del donante, sin transmisión de la infección al receptor. Otro paciente desarrolló infección urinaria por *Candida albicans* coincidente con el hallazgo en el LP y en el urocultivo del donante. Hubo 1 pérdida de injerto y 1 fallecido, ninguno atribuible a infección.

Conclusiones: En nuestra serie pediátrica, la contaminación del LP alcanzó el 24,5%, con predominio de *Staphylococcus coagulasa negativo*. A pesar de la detección de mecanismos de resistencia en algunos aislamientos, la transmisión efectiva fue excepcional y no se asoció a pérdida de injerto ni a mortalidad relacionada con infección. Estos hallazgos refuerzan la importancia de la vigilancia microbiológica del LP y aportan evidencia en una población pediátrica donde los datos aún son limitados.

Financiamiento: No

Figura:

Tabla 1. Microorganismos aislados en cultivos de líquido de preservación (n=25)

Tipo de cultivo	n (%)	Microorganismos	n (%)
Monomicrobianos	19 (76)	Gram positivos	13 (52)
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Staphylococcus coagulasa negativo</i> • <i>Streptococcus pneumoniae</i> • <i>Bacillus spp</i> • <i>Cutibacterium acnes</i> 	10 (40) 1 (4) 1 (4) 1 (4)
Polimicrobianos	6 (24)	Gram negativos	6 (24)
		<ul style="list-style-type: none"> • <i>Klebsiella pneumoniae</i> • <i>Pantoea agglomerans</i> • <i>Proteus mirabilis</i> 	4 (16) 1 (4) 1 (4)
Polimicrobianos	6 (24)	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Staphylococcus coagulasa negativo</i> + <i>Corynebacterium simlans</i> • <i>Staphylococcus coagulasa negativo</i> + <i>Enterococcus faecium</i> • <i>Staphylococcus aureus</i> + <i>Streptococcus mitis</i> oralis • <i>E. coli</i> + <i>Enterococo faecium</i> • <i>E. coli</i> + <i>Candida albicans</i> • <i>Serratia marcescens</i> + <i>Peptoniphilus asaccharolyticus</i> 	1 (4) 1 (4) 1 (4) 1 (4) 1 (4) 1 (4)

P-161

Peritonitis Esclerosante Post-Trasplante Renal: Reporte de Caso

Sarmantano, D⁽¹⁾;
Illanes, G⁽¹⁾;
Caro, ML⁽¹⁾;
Cruz, A⁽¹⁾

(1)Unidad de Trasplante Renal,
Hospital Pablo Soria,
San Salvador de Jujuy, Argentina

La peritonitis esclerosante encapsulante (PEE) es una complicación infrecuente y potencialmente grave asociada al tratamiento prolongado con diálisis peritoneal (DP). Su presentación posterior al trasplante renal es excepcional, aunque debe considerarse ante cuadros de obstrucción intestinal en pacientes con antecedentes de DP, incluso sin peritonitis previas.

Se presenta el caso de un paciente de 28 años con enfermedad renal crónica terminal secundaria a síndrome de Alport. Inició hemodiálisis en 2019 y cambió a DP en 2020, sin episodios de peritonitis (PET alto transportador, 27/09/2021). El 10/02/2025 recibió trasplante renal con donante cadavérico (panel 0%, mismatch 2-2-0, isquemia fría de 12 horas), con inducción mediante globulina antilinfocítica y metilprednisolona. Evolucionó inicialmente con adecuado ritmo diurético y descenso progresivo de creatinina. Al séptimo día posoperatorio presentó disminución brusca de la diuresis y dolor abdominal intenso en fosa iliaca derecha, coincidiendo con la reducción de esteroides. La ecografía fue normal. Se realizó recambio de sonda vesical y extracción del catéter peritoneal. Posteriormente se observó ascenso de creatinina y se efectuó reintervención quirúrgica con colocación de pigtail y biopsia renal sin evidencia de rechazo.

En los días siguientes presentó vómitos recurrentes, ascitis y dolor abdominal, con aislamiento de Staphylococcus epidermidis multiresistente en líquido peritoneal. Ante persistencia de los síntomas, la tomografía reveló asas intestinales con sufrimiento y se realizó laparotomía con adhesiolisis. Los hallazgos clínicos e imagenológicos fueron compatibles con PEE post-trasplante. Se administraron pulsos de metilprednisolona con marcada mejoría clínica y descenso de creatinina.

Actualmente, a ocho meses del trasplante, el paciente mantiene buena función del injerto, recibe 8 mg diarios de metilprednisolona y permanece asintomático. Este caso resalta la importancia de sospechar PEE post-trasplante en pacientes con antecedente de DP y la relevancia del tratamiento precoz con corticoides en altas dosis para mejorar el pronóstico clínico y funcional.

Financiamiento: No

P-162

“Ventana de Vulnerabilidad Crítica”: Dengue en Receptores de Trasplante Renal en el Hospital El Cruce en 2024

Fuentes Gutierrez, Y⁽¹⁾;
Novas, M⁽¹⁾;
Russo, Y⁽¹⁾;
Zoppi, E⁽¹⁾;
Aran, N⁽¹⁾;
Di Pietrantonio, S⁽¹⁾;
Curcio, D⁽¹⁾;
Coppotelli, S⁽¹⁾

(1)Trasplante Renal,
Hospital El Cruce,
Florencio Varela, Argentina

Introducción: El trasplante renal (TR) mejora la sobrevida y calidad de vida en pacientes con enfermedad renal crónica terminal. El periodo postrasplante temprano, caracterizado por inmunosupresión intensiva, estrés quirúrgico y alteraciones hemodinámicas, constituye una ventana de vulnerabilidad crítica para infecciones virales como el dengue. En Argentina, el dengue (DEN) es una infección endémica, que durante el año 2024, vivió uno de sus mayores brotes documentados, lo que incrementó la exposición al virus. En este grupo, el DEN puede presentarse en formas atípicas y transmitirse de forma autóctona o, aunque infrecuente, a través de órganos sólidos.

Objetivos: • Describir las características clínicas, de laboratorio y evolutivas de los receptores de TR con DEN diagnosticados en el hospital El Cruce (HEC) durante 2024.

• Estimar la incidencia y mortalidad de DEN en receptores de TR durante el mismo periodo
• Analizar las diferencias clínicas y evolutivas según el periodo postrasplante

Metodología: Estudio retrospectivo observacional basado en 274 historias clínicas de receptores de TR en seguimiento en el HEC, hasta diciembre de 2024. Se incluyeron receptores mayores de 18 años, con diagnóstico confirmado de DEN (PCR+) entre enero a diciembre de 2024 y se agruparon según el momento postrasplante: inmediato (0-3 meses), mediano (4-11 meses) y tardío (>12 meses). Variables: demográficas, vías de transmisión, manifestaciones clínicas, hallazgos de laboratorio, necesidad de internación y mortalidad.

Resultados: Se identificaron 11 casos de dengue en receptores de TR, incidencia del 4%.

La media de edad fue de 44.18 (20-75) años; 4 (36,4%) hombres y 7 (63,6%) mujeres, todos receptores con donante cadavérico.

- Vías de transmisión: autóctona en 10 (90,9%) y por el donante 1 (9,1%)
- Presentación clínica: Fiebre en 9 (81,8%), síntomas gastrointestinales en 1 (9,1%) y shock en 1 (9,1%).
- Laboratorio: plaquetopenia en 10 (90,9%); leucopenia aislada en 1 (9,1%).
- Internación: 7 (63,6%) pacientes: 4 (57,1%) en sala general y 3(42,9%) en UCI.
- Mortalidad global: 3 (27,27%).

POR PERIODO POSTRASPLANTE:

-Inmediato (n=3, media de 70.3 años), MORTALIDAD (100%), presentaron encefalitis, shock séptico y disfunción renal con requerimiento de UCI y soporte dialítico. 2 casos fueron autóctonos y 1 transmitido por órgano donado. Inducción con Basiliximab (1), timoglobulina (2).

-Mediano (n=1, 44 años): curso leve, sin mortalidad

-Tardío (n=6, media de 33 años): 4 con internación en sala general, sin mortalidad ni requerimiento dialítico.

Conclusiones: La incidencia de dengue en 2024 fue de 4%, con una mortalidad el 27,27%, concentrada en el periodo postrasplante inmediato, donde la mortalidad alcanzó el 100%, constituyendo una “ventana de vulnerabilidad crítica”; caracterizada por alta inmunosupresión, exposición viral y formas de presentación graves y atípicas comparadas con etapas tardías.

El caso de transmisión a través de la donación resalta la importancia de protocolos de tamizaje en donantes y receptores, así como estrategias preventivas durante circulación viral elevada.

Financiamiento: No

P-165

Oxigenación por Membrana Extracorpórea (ECMO) Puente a Trasplante Cardíaco Pediátrico.

De Maio, NS;
Balestrini, M;
Pilan, ML;
Haag, D;
García de Lucis, P

Introducción/Objetivo: El trasplante cardíaco es una opción terapéutica para niños con cardiopatías congénitas o adquiridas en etapa terminal con una buena sobrevida. Sin embargo la escasez de donantes y la mortalidad en la lista de espera entre los candidatos pediátricos a trasplante cardíaco siguen siendo elevadas. La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) se presenta como una herramienta para la estabilización y puente al trasplante. El objetivo de este estudio es evaluar la experiencia del uso del ECMO como puente al trasplante en nuestro centro.

Materiales y Métodos: Se realizó un análisis retrospectivo de pacientes pediátricos que recibieron un trasplante cardíaco y requirieron soporte con ECMO como puente al mismo en una unidad de cuidados intensivos de recuperación cardiovascular pediátrica entre 2021 y 2024.

Se evaluaron como puntos finales el tiempo de soporte circulatorio mecánico, las complicaciones y la supervivencia al alta hospitalaria.

Resultados: Se incluyeron 7 (siete) pacientes pediátricos que recibieron un trasplante cardíaco y requirieron soporte con ECMO previo al trasplante. El diagnóstico de ingreso fue en todos los casos Miocardiopatía. La canulación de ECMO fue mayoritariamente periférica (70 %), con descompresión de aurícula izquierda en el 57,1% de los casos. La mediana de edad fue de 9,5 años (IC 95% 1-13,9 años) y el 85,7% de los casos eran de sexo masculino. La mediana de duración del soporte con ECMO pre trasplante cardíaco fue de 10 días (IC 95%: 2 -14 días); y la mediana de internación en UCI fue de 45 días (IC 95%: 10 - 182 días). Las complicaciones más frecuentes fueron: infecciones (28%) y trombosis arterial (10%).

La supervivencia fue del 90 % en pacientes que recibieron ECMO como puente al trasplante. Sólo un paciente falleció post trasplante y post salida de asistencia en ECMO, en relación a la complicación trombosis arterial y sme compartimental que requirió fasciotomía.

Conclusiones: El uso de ECMO en trasplante cardíaco pediátrico es una opción terapéutica eficaz para pacientes que requieren asistencia cardíaca o respiratoria. Aunque se observaron complicaciones, la supervivencia fue aceptable en pacientes que recibieron ECMO como puente al trasplante. Estos resultados sugieren que el uso de ECMO puede ser una herramienta valiosa en el manejo de pacientes pediátricos en insuficiencia cardíaca pre trasplante cardíaco.

Financiamiento: No

P-167

Nocardiosis Cerebral y Pulmonar en Paciente con Trasplante Renal: Reporte de Caso Clínico

Céspedes Poquechoque, IL⁽¹⁾;
Caldano, JF⁽¹⁾;
Alemán, SA⁽¹⁾

Introducción: La nocardiosis es una infección infrecuente y potencialmente mortal que afecta a pacientes inmunosuprimidos, como los receptores de trasplante renal. Está causada por bacterias del género *Nocardia*, habitualmente adquiridas por inhalación y, con menor frecuencia, por inoculación cutánea. Suele presentarse en los primeros dos años postrasplante, en el contexto de inmunosupresión (IS) intensa y prolongada. Sus manifestaciones clínicas son heterogéneas e inespecíficas, localizadas o diseminadas, con compromiso principalmente pulmonar, neurológico y cutáneo. El diagnóstico requiere estudios imagenológicos y confirmación microbiológica. El tratamiento combina antibioticoterapia prolongada (6–12 meses), drenaje quirúrgico cuando está indicado y ajuste de la IS en casos graves.

Objetivo: Describir la presentación clínica, el proceso diagnóstico y el tratamiento de un caso de nocardiosis en una paciente con trasplante renal.

Caso Clínico: Paciente femenina de 28 años con antecedentes de enfermedad renal crónica secundaria a síndrome de Goodpasture quien recibe un trasplante renal de donante cadavérico. Se realiza inducción con anti-CD20 y corticoides, y mantenimiento con tacrolimus, micofenolato y prednisona. Evoluciona con excelente función del injerto. Al mes presentó rechazo humoral subclínico tratado con corticoides, IVIG y anti-CD20.

A los tres meses postrasplante presenta síndrome febril con compromiso pulmonar, sin respuesta a antibióticos empíricos. La TC de tórax mostró una masa en lóbulo medio derecho. Se aisló SCN y *Candida* en el lavado broncoalveolar, por lo que se agrega fluconazol. Evoluciona a los veinte días con cefalea, fotofobia y vértigo. La TC de encéfalo con contraste evidenció una lesión hipodensa con realce anular y edema perilesional en hemisferio cerebeloso derecho. El LCR fue normal. Ante la sospecha de nocardiosis se inició trimetoprim-sulfametoxazol (TMS). El día planificado para realizar exéresis de la lesión, presentó ruptura espontánea de la FAV y shock hemorrágico, con intervención quirúrgica de urgencia, sin retraso de la neurocirugía. El cultivo del absceso confirmó *Nocardia*. La paciente evolucionó favorablemente, sin secuelas, y fue dada de alta tras 39 días de internación con plan de completar 12 meses de TMS.

Conclusión: La nocardiosis en transplantados renales es poco frecuente pero potencialmente grave. En este caso, la presentación inicial inespecífica y los cultivos negativos retrasaron el diagnóstico. La sospecha temprana, el inicio oportuno de tratamiento dirigido y un abordaje multidisciplinario son claves para mejorar el pronóstico en esta población.

(1)Trasplante renal, Centro Regional de Ablación e Implante (CRAI) Norte. Gran Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

P-169

Glomerulopatías Post-Trasplante Renal: En un Centro de Trasplante Renal en Argentina.

Gomez, PF⁽¹⁾;
Rodríguez, M;
Giraud, M;
Villafañez, C;
Quintero, MA;
Butteth, MP;
Maldonado, R

(1)Nefrología y trasplante renal,
Clínica Privada Velez Sarsfield.
Córdoba capital, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: Las glomerulonefritis (GN) post-trasplante renal constituyen una causa relevante de pérdida de injerto. La recidiva suele ser más frecuente que la aparición de novo y su impacto depende del subtipo histológico, el tiempo post-trasplante y la respuesta terapéutica. La identificación temprana de GN permite ajustar la inmunosupresión y optimizar la sobrevida del injerto. El conocimiento de la enfermedad renal crónica terminal (ERC) de base y el estudio histológico completo de las biopsias con microscopía óptica (MO), inmunofluorescencia (IF) y microscopía electrónica (ME) son esenciales para un diagnóstico certero.

Objetivo: Describir la frecuencia, características histológicas y evolución de las GN post-trasplante renal (recidiva y de novo) en una cohorte de biopsias de un único centro.

Materiales y métodos: Estudio observacional retrospectivo de 145 biopsias de injerto renal (por protocolo y por indicación clínica) realizadas entre 2019 y 2025 en un Servicio de Nefrología y Trasplante Renal. Todas fueron evaluadas con MO e IF; ME se empleó en casos seleccionados. Se relevaron datos demográficos, etiología de la ERC, hallazgos histológicos, tratamientos y evolución clínica.

Resultados: Edad media, 59 años (41-78). Sexo femenino 50%, masculino 50%. Se identificaron GN post-trasplante en 6 pacientes (4,1%); Recidiva confirmada: 1 GN membranosa (0,69%; IC95% 0,02–3,78) en paciente con igual GN como causa de ERC; recidiva altamente sospechada: 4 casos (2 GN membranosa y 2 nefropatía IgA) (2,76%; IC95% 0,76–6,91); GN de novo: 1 membranoproliferativa (0,69%; IC95% 0,02–3,78) en paciente con poliquistosis renal. El tiempo medio desde el trasplante hasta la biopsia fue de 47 meses (rango 3–156). Todos recibieron renoprotección y ajuste de inmunosupresión. Un caso con GN membranoproliferativa recibió rituximab; uno con GN membranosa recibió pulsos de metilprednisolona; otro se le indicó rituximab no autorizado por cobertura. Mortalidad: 2/6 pacientes (33,3%; IC95% 4,3–77,7%) por COVID-19 y complicación relacionada a CVC; el resto presentó función renal estable al cierre del seguimiento. En las demás biopsias 139/145 predominaron rechazo agudo celular, nefropatía crónica del injerto y lesiones tubulointersticiales.

Conclusiones: Las GN post-trasplante fueron infrecuentes pero clínicamente relevantes, con mayor frecuencia de recidiva (confirmada o sospechada) frente a GN de novo. El conocimiento preciso de la enfermedad de base que motivó la ERC y la evaluación sistemática de todas las biopsias con MO, IF y ME son claves para un diagnóstico oportuno. Esto permite implementar estrategias terapéuticas individualizadas —incluida la optimización de inmunosupresión y el uso de agentes inmunosupresores específicos como rituximab— para preservar la función del injerto y mejorar resultados a largo plazo.

P-170

Preliminary Characterization of Podocyuria in Kidney Transplantation: Primary Focal Segmental Glomerulosclerosis

Costales-Collaguazo, C^(1,2,3),
Lituma, AM⁽¹⁾,
Scalise, D⁽⁴⁾,
Fortunato, RM⁽¹⁾,
Raffaele, P⁽¹⁾,
Ochoa, F^(2,3),
Zotta, E^(2,3)

(1)Department of Nephrology, University Hospital Fundación Favaloro, Buenos Aires, Argentina

(2)Cathedral of Physiopathology, Faculty of Pharmacy and Biochemistry, Buenos Aires, Argentina

(3)Department of Physiological Sciences IFIBIO Houssay Conicet, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

(4)Department of Nephrology, Clinical Hospital, Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

Introduction: Focal segmental glomerulosclerosis (FSGS) is a common glomerular disorder that manifests clinically with nephrotic syndrome and >80% sloughing or loss of primary foot cells. After renal transplantation, recurrence of primary GSFS occurs in 30% to 50% of adults. The objective of our study is to analyze the presence of podocyuria in the evolution of proteinuric nephropathies and its characterization in the kidney transplant.

Methods: Descriptive observational study with prospective registration with continuous incorporation of patients. 11 patients are currently registered with sample analysis within the first year after kidney transplant. Indirect immunofluorescence techniques with primary antibody was made. Podocytes were identified by immunofluorescence using anti-synaptopodin as the primary antibody (1:100, Abcam, Cambridge, MA, USA). Following our standardized technique, podocytes were counted in 10 randomly chosen x20 fields. Results were corrected based on the urinary creatinine concentration.

Results: Our study consisted of a total of 11 patients, of whom 8 (73%) were male and 3 (27%) were female. In relation to the recurrence of the disease, 54.5% did not experience recurrence, while 27% presented proteinuric recurrence, and 18% had recurrence with initial anuria. No graft losses were observed in the patients at follow-up within the first-year post-transplant.

In the 11 patients the average podocyuria within the first week after transplant was 18 (± 10.7) cells/gr urinary creatinine, at one month it was 5.3 (± 4.91) cells/gr urinary cr, at 2 months the value obtained was 10.1 (± 16.7) cells/gr urinary cr, at 4 months 4.5 (± 6.04) cells/gr urinary cr, at 6 months 4.5 (± 6.2) cells/gr urinary cr, in the interval from 8 to 12 months the podocyuria value was 5.6 (± 8.8) cells/gr urinary cr

Regarding the proteinuria of the 11 patients in the post-transplant, the values within the first week were 2.8 (± 3.5) gr / 24 hrs., within the first month it was 1.9 (± 4.6) gr / 24 hrs, in the second month it was 2.3 (± 5.8) gr / 24 hrs., in the fourth month it was 2 (± 5.8) gr / 24 hrs., in the sixth month it was 1.6 (± 4.6) gr / 24 hrs., while from 8 to 12 months the average was 1.06 (± 2.6) gr / 24 hrs.

A paired t-test was performed to compare podocyuria of the 11 patients in the first week with a mean of 18.06 (± 3.2) and the last follow-up sample within 8 to 12 months post-transplant with a mean of 5.6 (± 2.6). A significant difference was observed between the two conditions ($t(df) = 2.6$, 95% CI [2.13, 22.7], $p = 0.02$)

Of the 5 patients with recurrence, 2 presented with recurrence with initial anuria, and all 3 had proteinuric recurrence.

Podocyuria in the recurrence group within the first week was 18.5 (SD 13.8) cells/g of urinary cr, decreasing at the last follow-up period within 8–12 months to a value of 2.3 (± 2) cells/g of urinary cr.

Conclusions: Podocyuria could be a useful marker in the post-transplant follow-up of patients with focal segmental glomerulosclerosis, maintaining the tendency to decrease its quantification as the disease stabilizes, with the value found being lower towards the last follow-up period of the first year post-transplant. More studies are needed to reduce the dispersion and determine what happens with podocyuria in the long term and in cases of rejection.

Figure:

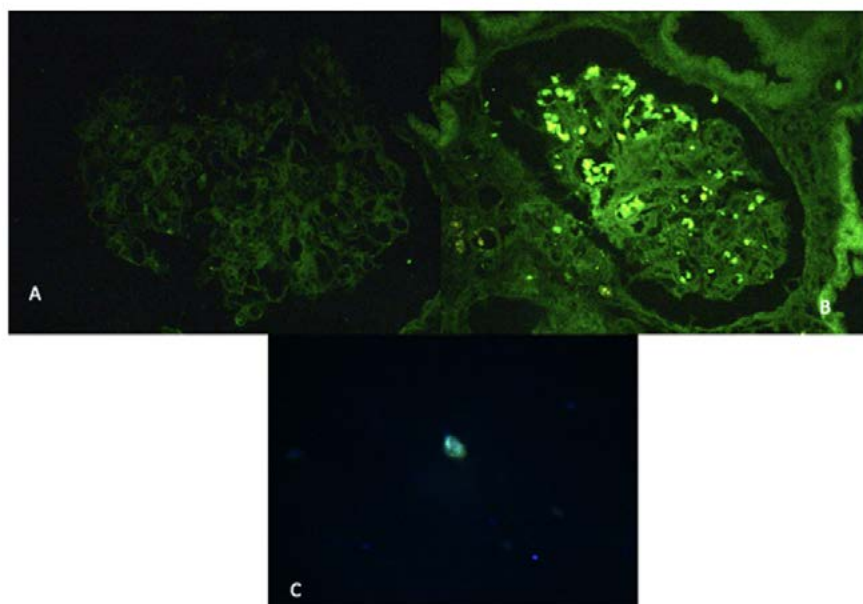


Figure 2.- A NEGATIVE CONTROL. B. SINAP +. C. PODOCYTE

P-171

Glomeruloesclerosis Focal y Segmentaria en Trasplante Renal Pediátrico

Rodríguez Rilo, L⁽¹⁾;
 Toniolo, F⁽²⁾;
 Morrone, GH⁽¹⁾;
 Ortiz, N⁽¹⁾;
 Castillo Maldonado, A⁽¹⁾;
 Cabrera, I⁽³⁾;
 Werber, G⁽⁴⁾;
 Varela, EM⁽¹⁾

(1)Servicio de Trasplante Renal
 Pediátrico,
 ITAC Nephrology. CABA, Argentina

(2)Anatomía Patológica,
 ITAC Nephrology. CABA, Argentina

(3)Servicio de Cirugía,
 ITAC Nephrology. CABA, Argentina

(4)Dirección Médica,
 ITAC Nephrology. CABA, Argentina

Financiamiento: No

Introducción/Objetivos: La Glomeruloesclerosis Focal y Segmentaria (GEFS) es la principal causa de corticorresistencia en el síndrome nefrótico pediátrico y presenta un alto índice de recurrencia luego del trasplante renal (Tx) lo que condiciona una alta tasa de morbilidad y una menor sobrevida del injerto. Reportamos la experiencia de nuestro centro a lo largo de treinta y dos años (1994-2025).

Materiales y Métodos: Se evaluaron en forma retrospectiva, entre 1994 y 2025 los pacientes portadores de GEFS trasplantados en nuestro centro.

Se consideraron además de los factores demográficos, la presencia de recidiva o no de la GEFS, el uso de plasmáféresis y/o rituximab y la respuesta a dichos tratamientos.

Se reportan hallazgos anatomopatológicos.

Resultados: En el periodo referido se realizaron 356 trasplantes renales, en los cuales la GEFS representó el 11.51 % (41 del total) de los mismos. La media de edad al Tx fue de 10.7 años (rango 3-18 años), repartidos entre 22 varones (53.65 %) y 19 mujeres (46.34 %). Se realizaron 17 trasplantes con donante vivo relacionado y 24 con donante cadavérico, todos recibieron como inmunosupresión el protocolo de inducción cuádruple secuencial según estándares institucionales (con modificaciones según el período considerado); de mantenimiento todos recibieron inhibidores de la calcineurina, micofenolato y corticoides. La recidiva de la GEFS se produjo en 23 casos (56.1 %) y la misma se evidenció dentro de la primera semana post trasplante por laboratorio (sangre y orina) y anatomía patológica.

Los 23 casos recibieron en su totalidad tratamiento con plasmáféresis (entre 1 y 100 sesiones) y 6 recibieron rituximab (26.08 %). Del total, 18 (78.26 %) presentaron buena respuesta, observándose remisión total de la recidiva. En el seguimiento a largo plazo se perdieron 7 injertos, siendo la falta de cumplimiento del tratamiento (non compliance), COVID, PTLT y la trombosis los principales motivos.

Se reporta el hallazgo de lesiones histológicas típicas de recidiva en biopsias renales inmediatas post desclampeo que se correlacionan con la evolución clínica.

Conclusiones: La recidiva de la GEFS postrasplante continúa representando un desafío por su alta prevalencia y su efecto en la sobrevida del injerto pese a las opciones terapéuticas. La combinación de plasmáféresis y rituximab representa la opción terapéutica de elección para su tratamiento. La presencia de lesiones típicas precoces (biopsia post desclampeo) en la anatomía patológica serían una herramienta de peso a la hora de decidir estrategias de tratamiento previo a la aparición de manifestaciones clínicas y/o bioquímicas.

P-172

Tuberculosis y Trasplante Renal. Experiencia en un Centro de Trasplante de la Provincia de Buenos Aires, Argentina, Durante dos Décadas.

Patterer, A⁽¹⁾

(1)Crai Sur, HIGA
 San Martín de La Plata,
 La Plata, Argentina

Introducción: El trasplante renal constituye el tratamiento de elección para pacientes con enfermedad renal terminal. Sin embargo, las infecciones después del trasplante continúan siendo una limitación significativa para la supervivencia del injerto y del paciente, entre ellas, la tuberculosis destaca por su elevada prevalencia asociada a una alta mortalidad y riesgo de pérdida del injerto.

Objetivos: Evaluar episodios de infección por tuberculosis y sus características (género, inmunosupresores asociados, sitios de infección, formas de diagnóstico, tratamiento, función renal, requerimiento de diálisis, pérdida del injerto, letalidad) en pacientes trasplantados renales, en un centro público de trasplante renal, de la provincia de Buenos Aires, Argentina durante los 20 años.

Materiales y Métodos: Estudio descriptivo, retrospectivo, transversal desde 2005-2025, en un centro de trasplante renal de la provincia de Buenos Aires. Se incluyeron pacientes con diagnóstico de infección por Tuberculosis.

Se analizaron las siguientes variables: edad en el evento sexo, tiempo de trasplante, tipo de donante, inducción recibida, tratamiento de mantenimiento, asociación con episodio de mayor inmunosupresión, PPD en periodo pre trasplante, tratamiento tuberculostático indicado, función renal basal y en el evento, requerimiento de diálisis posterior y letalidad.

Resultados: La prevalencia en nuestra población fue de 2,72 %. Sobre un total de 1030 pacientes en el periodo mencionado se diagnosticaron 28 casos de tuberculosis.

Del total de casos analizados 60,7% recibieron inducción con timoglobulina, 21,4 % no tuvo inducción y basiliximab 14,2 %. El 14,2 % (4/28) presentó PPD positiva en la evaluación pretrasplante. El 25% eran donantes vivos y 75% donantes cadavéricos. El 71,4 % (19/28) recibió esquema de triple inmunosupresión. El 25% recibió tratamiento por rechazo previamente al evento. Las formas de presentación fueron: pulmonar 46,4% (13/28), 35,7 % (10/28) diseminadas y otras formas 21,4%. Se observaron manifestaciones poco habituales como nasal, sacroileitis, osteomielitis sacra, renal, úlceras y nódulos cutáneos e intestinal. El 82% recibió tratamiento tuberculostático de primera línea. 46,4% (13/28) presentó injuria renal; de éstos 38,4% (5/13) requirió diálisis. Obito en los primeros 30 días del diagnóstico (4/28) 14,2%.

Conclusiones: Se observó un alto porcentaje de pacientes que recibieron inducción con timoglobulina.

Más del 70% tenían esquemas con tacrolimus y 80% recibió tratamiento tuberculostático de primera línea, existe evidencia que la rifampicina altera los niveles de anticalcineurínicos.

El 14,2% óbito en los primeros 30 días del diagnóstico, presentándose como casos de shock séptico. Esto concuerda con la literatura en cuanto a la potencial letalidad.

Financiamiento: No

P-173

Mortalidad y Factores de Riesgo Asociados a Neoplasias de Novo en Receptores de Trasplante Renal en Hospital El Cruce. Experiencia en 10 Años

Fuentes Gutierrez, YdR⁽¹⁾;
 Novas, M⁽¹⁾;
 Russo, Y⁽¹⁾;
 Aran, N⁽¹⁾;
 Di Pietrantonio, S⁽¹⁾;
 Curcio, D⁽¹⁾;
 Williams, F⁽¹⁾;
 Zoppi, E⁽¹⁾

(1)Trasplante Renal, Hospital El Cruce.
 Florencio Varela, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: En los pacientes con ERC terminal, el trasplante renal (TR) mejora significativamente la supervivencia y calidad de vida respecto a la diálisis. Sin embargo, la inmunosupresión (IS) prolongada, necesaria para preservar la función del injerto, aumenta el riesgo de infecciones y neoplasias de novo, causa de morbilidad y mortalidad tardía. La incidencia y patrones tumorales varían según factores geográficos, ambientales y genéticos. Este trabajo busca aportar evidencia local para fortalecer estrategias de prevención y seguimiento oncológico.

Objetivos: Determinar la incidencia y mortalidad por neoplasias de novo en receptores de trasplante renal (TR) del Hospital El Cruce (HEC) en un periodo de 10 años y analizar factores de riesgo asociados.

Materiales y Métodos: Estudio retrospectivo y observacional en 388 trasplantados renales entre diciembre de 2014 a diciembre de 2024 en HEC. Se incluyeron: receptores de TR que desarrollaron neoplasia de novo, con diagnóstico histológicamente confirmado. Se evaluaron variables demográficas, tiempo de diálisis, esquema inmunosupresor (inducción, mantenimiento), infecciones virales, tipo de neoplasia y evolución clínica.

Resultados: -La incidencia de neoplasia de novo fue de 2.58% (10). La edad media al diagnóstico fue de 51.8 años (20.9-72.2), 60% (6) mujeres 40%(4) varones.

El tiempo medio en diálisis fue de 6.42 años (2.38-6.42) y el intervalo medio entre el TR y diagnóstico oncológico fue de 2.1 años (0.5-4.9).

-Los tipos tumorales incluyeron: linfoma MALT (n=1), glioblastoma (1), carcinoma epidermoide de amígdala (1), cuello uterino (1), sarcoma de Kaposi (1), carcinoma renal de células claras (1), melanoma (1), carcinoma de páncreas (1), mama (1) y pulmón (1).

Los tumores de alto grado de malignidad se concentraron en mayores de 60 años.

-Posterior al trasplante, 60%(6) tuvo infección por CMV y 40%(4) presentó asociación con virus oncogénicos. Todos los receptores con serología VEB positiva previo al TR.

-El 60%(6) recibió inducción con Basiliximab y el 40%(4) Timoglobulina, la corte incluye 3 preventivos (2 hepato-renales y 1 con donante vivo).

-Al momento del diagnóstico, el 90%(9) tomaba tacrolimus y solo 10%(1) inhibidor de mTor. Las estrategias de manejo posterior fueron: 40%(4) suspendió la IS, 40%(4) rotó a inhibidor de mTOR, y 20%(2) redujo la dosis, sin diferencias significativas en sobrevida.

-La mortalidad de los receptores de TR con cáncer fue de 70%, todos con injerto funcional al momento del óbito, con un riesgo relativo (RR) de muerte de 4.2.

La sobrevida media del injerto en pacientes fallecidos con cáncer fue de 2.54 años (0.56- 5.04).

Conclusiones: Las neoplasias de novo post TR, aunque infrecuentes (2.58%), representan una complicación crítica, con un riesgo de muerte 4.2 veces mayor que en receptores sin cáncer especialmente en tumores de alto grado y mayores de 60 años, pese a injertos funcionantes y al ajuste de inmunosupresión.

La prolongada exposición a diálisis (6.4 años) asociado a la coexistencia de virus oncogénicos e infección por CMV bajo inmunosupresión prolongada, podría favorecer la carcinogénesis, justificando la necesidad de implementar estrategias de vigilancia oncológicas activa y personalizada en pacientes trasplantados.

V-66

Retrasplante Hepático de Urgencia por Trombosis Arterial Aguda en Paciente con Múltiples Trasplantes de Hígado

Begue Pons, P⁽¹⁾;
Diego, CL⁽²⁾;
Salgado, S⁽¹⁾;
Pekolj, J⁽²⁾

(1)Cirugía general,
Hospital Italiano de Buenos Aires,
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

(2)Cirugía Hepatobiliopancreática y
trasplante hepático,
Hospital Italiano de Buenos Aires,
Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

Presentamos el caso de una mujer de 25 años con antecedente de tres trasplantes hepáticos previos: dos en la infancia por atresia biliar y rechazo crónico, y un tercero en la adultez por cirrosis del injerto. Su historia clínica incluía complejidades médicas y sociales, con controles irregulares.

El tercer trasplante fue realizado en nuestro centro con un MELD de 27. El donante resultó óptimo según criterios clínicos y anatómicos. La cirugía en la receptora fue desafiante debido a un hígado cirrótico con múltiples adherencias y una severa colateralización portosistémica. La arteria hepática y la vena porta eran hipoplásicas e inadecuadas para anastomosis.

Tras confirmar la tolerancia al clampeo, se efectuó una hepatectomía total con resección de cava. La reconstrucción de la vena cava se realizó mediante anastomosis término-terminal en los segmentos proximal y distal. El flujo portal se reestableció a través de un injerto venoso cadavérico desde la raíz mesentérica hasta la vena porta de la receptora. La vena esplénica y múltiples colaterales fueron ligadas para reducir el síndrome de "flow steal". La reconstrucción arterial se llevó a cabo entre el tronco celiaco del donante y la arteria esplénica de la receptora, la cual fue seccionada y rotada en sentido antihorario hacia el hilio hepático. Debido a un marcado desajuste de calibres, se realizó una anastomosis término-lateral (Fig. 1).

La paciente recibió terapia antiagregante temprana por el alto riesgo de trombosis. El monitoreo estricto incluyó laboratorio y Doppler cada 12 horas. Al tercer día postoperatorio, las pruebas hepáticas mostraron ausencia de mejoría y el Doppler no detectó flujo en la arteria hepática (Fig. 2a). Una angiotomografía computada de urgencia reveló una oclusión proximal de la arteria hepática con múltiples áreas parenquimatosas hipodensas, compatibles con hipoperfusión e infarto (Fig. 2b). Ante el cuadro de fallo agudo del injerto, la paciente fue listada para retrasplante de urgencia. El proceso de procuración comenzó dentro de las 12 horas.

El hígado explantado se observó aumentado de tamaño, heterogéneo, con necrosis periférica (Fig. 3). La vena porta y el injerto mesentérico-portal previamente construido se encontraban permeables. La arteria hepática estaba trombada en todo su trayecto (Fig. 4). La trombectomía arterial evidenció un coágulo extenso que se prolongaba hacia la arteria esplénica. Se continuó la disección proximal hasta encontrar paredes arteriales sanas y flujo adecuado.

Tras el clampeo total y la explantación hepática, la reconstrucción venosa replicó la técnica previa: cava a cava y porta a injerto mesentérico (Fig. 5). La reconstrucción arterial se realizó término-terminal entre el tronco celiaco del donante con parche de Carrel y el origen de la arteria esplénica de la receptora (Fig. 6), utilizando dos suturas continuas de polipropileno 8-0. El nuevo hígado presentó reperfundición uniforme (Fig. 7) y el Doppler intraoperatorio confirmó flujo pulsátil. La cirugía tuvo una duración de 3,5 horas sin complicaciones.

La paciente cursó una estadía postoperatoria en UTI y hospitalaria sin eventos adversos significativos, y fue dada de alta en condiciones estables, con evolución favorable al día 15 postoperatorio.

Figura:

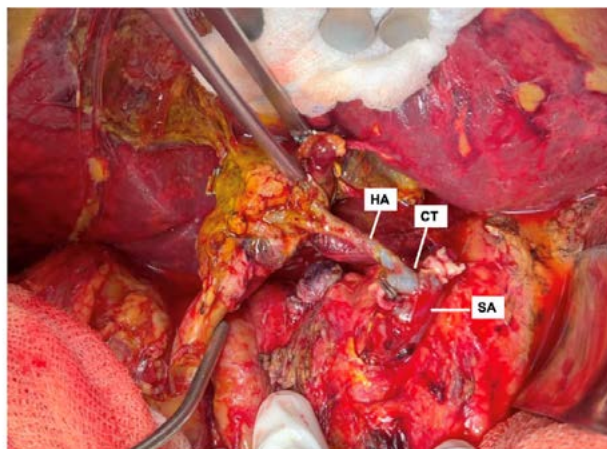


Fig. 4: Intraoperative view showing thrombosed hepatic artery (HA) with anastomotic dilation and thrombus extension into the splenic artery (SA).

V-79

Donante Cadavérico a Corazón Batiente para Trasplante de Órganos: Técnica de Canulación y Perfusión Aorto-Portal para Ablación Hepatorrenal

Baz Gallego, JJ⁽¹⁾;
Principe, JJ⁽¹⁾;
Manuel, N⁽¹⁾;
Dreifuss, N⁽¹⁾;
McCormack, L⁽¹⁾

(1) Cirugía General,
Hospital Aleman,
CABA, Argentina

Financiamiento: No

Introducción: La ablación de órganos abdominales constituye un eslabón clave dentro del proceso de procuración y trasplante. Este procedimiento requiere una coordinación precisa entre los procuradores y los equipos quirúrgicos, así como también la estabilidad hemodinámica del donante en el pre e intra operatorio. Una técnica quirúrgica sistemática optimiza los tiempos y minimiza los errores. Presentamos nuestra técnica de canulación y perfusión aorto-portal durante la ablación hepatorrenal.

Técnica Quirúrgica: Incisión mediana desde la horquilla esternal hasta el pubis, con prolongaciones laterales a nivel umbilical. Se efectúa una exploración sistemática de la cavidad abdominal para descartar patologías. Confirmada la viabilidad del injerto hepático, se divide el ligamento redondo y se incide el ligamento falciforme hasta la vena cava inferior suprahepática. Palpación del pedículo hepático e inspección de ligamento gastrohepático en busca de variantes anatómicas arteriales. Disección de ligamento triangular izquierdo. Maniobra de Cattell-Braasch. Se continúa con la maniobra de Kocher. Heparinización sistémica 5 minutos antes de canular. Disección circunferencial de vena mesentérica inferior, reparo proximal y distal con ligaduras de seda. Palpación de porción terminal de aorta abdominal y bifurcación de las iliacas. Disección de aorta abdominal infrarrenal por su cara anterior para su exposición. Identificación, reparo y ligadura de arteria mesentérica inferior. Disección lateral de la aorta, reparo con ligaduras. Ligadura distal de la vena mesentérica inferior, venotomía sobre cara anterior y canulación de vena mesentérica inferior. Ligadura de la aorta abdominal inmediatamente por encima de su bifurcación. Toma de hemocultivos por punción aortica. Arteriotomía e introducción de cánula aortica 3-4 cm (por debajo de nacimiento de arterias renales, para adecuado lavado renal). Ligadura proximal firme. Se liga la vena cava inferior infrarrenal. En condiciones de estabilidad hemodinámica del donante, puede realizarse en caliente la disección de las estructuras del pedículo hepático para facilitar su identificación. El pedículo hepático se diseca de derecha a izquierda. Identificación, disección y ligadura distal de colédoco. Se identifica arteria hepática arteria hepática común, arteria pilórica y arteria gastroduodenal. Ligadura de arteria pilórica. Disección y reparo de arteria gastroduodenal. Se realiza clampeo de la misma y búsqueda del pulso arterial hepático para confirmación. Se continúa con esternotomía mediana con sierra Gigli, colocación de separador costal, apertura bilateral de las pleura y pericardiotomía longitudinal, exponiendo el corazón. Se identifica, diseca y repara la aorta descendente en el hemitórax izquierdo para su clampeo. Se realiza el clampeo aórtico (aorta torácica descendente o aorta abdominal supraceliaca) y se realiza venteo de aurícula derecha. Simultáneamente, se inicia el lavado portal/aórtico y el enfriado de los órganos con hielo estéril. Perfusión de soluciones de preservación (HTK o Wisconsin). Se registra con precisión el horario de clampeo.

Conclusión: La sistematización de los pasos en la técnica quirúrgica de ablación nos brinda una cirugía segura para la preservación y transporte del órgano a trasplantar.

V-80

Técnica Optimizada para el Trasplante Multivisceral Experimental.

Abate, JC^(1,2,3),
Stringa, P^(1,2,4),
Largo, C⁽⁵⁾,
Hernández Oliveros, F^(1,6),
Andrés Moreno, AM^(1,6)

(1)Área de malformaciones congénitas y trasplante, IdiPaz - Hospital Universitario La Paz. Madrid, España

(2)Cátedra-Laboratorio de Trasplante de órganos, Facultad de Ciencias Médicas - UNLP. La Plata, Argentina

(3)Cirugía, Hospital Gutiérrez. La Plata, Argentina

(4)Instituto de estudios inmunológicos y fisiopatológicos (IIFP), Facultad de Ciencias Exactas, UNLP - CONICET. La Plata, Argentina

(5)Cirugía experimental, IdiPaz - Hospital Universitario La Paz. Madrid, España

(6)Cirugía pediátrica, Hospital Universitario La Paz. Madrid, España

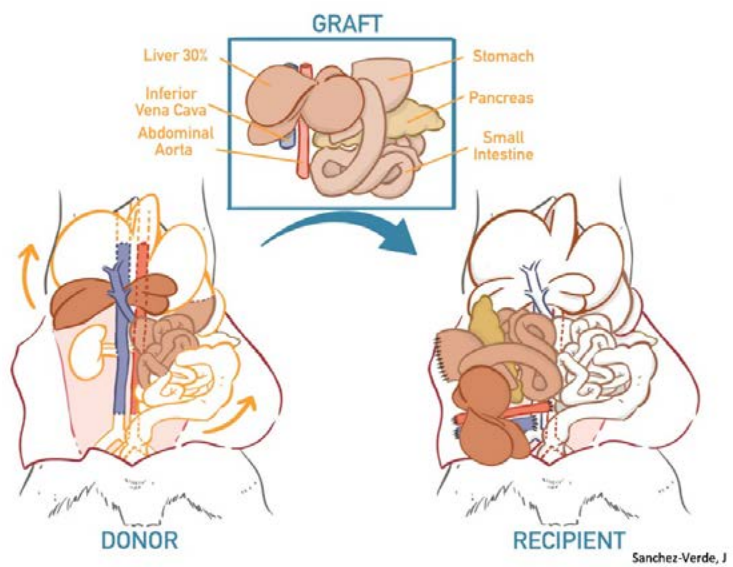
Financiamiento: No

En los últimos años, el trasplante multivisceral (TMV) se ha convertido en un procedimiento cada vez más importante en el campo del trasplante visceral, reemplazando en parte al trasplante intestinal aislado. En respuesta a este panorama clínico en constante evolución, se están desarrollando modelos experimentales para replicar con mayor precisión las condiciones reales y abordar los desafíos presentes, como el rechazo del injerto, los efectos perjudiciales de la inmunosupresión a largo plazo y la enfermedad de injerto contra huésped. Este trabajo describe en formato de video, un protocolo quirúrgico perfeccionado para realizar un TMV heterotópico en ratas, el cual está conformado por el hígado, estómago, páncreas e intestino delgado. Este podría proporcionar una plataforma para avanzar en la comprensión mecanística y fundamentar estrategias para superar estos obstáculos clínicos críticos. Se seleccionaron ratas Sprague-Dawley, peso promedio $268,8 \pm 12$ g para el donante; y $435,8 \pm 63$ g para el receptor (total $n=10$). El protocolo cumplió con la normativa vigente en la Unión Europea (63/2010) y el RD 53/2013. Los animales se alojaron individualmente en una habitación climatizada (21 ± 2 °C y una humedad relativa del 45 ± 15 %) con un ciclo de luz-oscuridad de 12 horas. Se les proporcionó alimento y agua ad libitum durante una semana de adaptación. Los procedimientos quirúrgicos se realizaron con anestesia inhalatoria, sevoflurano al 8% para la inducción y al 2,5% para el mantenimiento, se suministró oxígeno a una velocidad de 0,5-1 l/min. La antibióterápia posquirúrgica consistió en ceftriaxona (65 mg/kg/24 h). Se utilizaron buprenorfina (0,04 mg/kg/12 h) y meloxicam (2 mg/kg/24 h) para la analgesia. Tras el cierre de la laparotomía, se administró bupivacaína tópica a 5 mg/ml. Se llevó adelante un seguimiento periódico riguroso del score clínico de los animales en el posoperatorio durante un total de diez días.

Realizamos con éxito los procedimientos de TMV, logrando una tasa de supervivencia del 100 %. Las puntuaciones de malestar clínico aumentaron durante las primeras 48 horas, pero mejoraron gradualmente, coincidiendo la recuperación del peso y la normalización del comportamiento hacia los días seis y siete del posoperatorio. Un examen histológico mostró que el estómago, el páncreas y los órganos nativos mantuvieron su estructura. El tejido intestinal permaneció prácticamente inalterado, con solo edema leve de la punta de las vellosidades en un caso, score de Park-Chiu = 1. Uno de los hígados trasplantados mostró signos de necrosis y hemorragia, pero los demás fueron viables, con solo una congestión leve en dos de ellos. Además, la evaluación bioquímica previa al trasplante no reveló diferencias significativas en los niveles séricos de bilirrubina total ($0,14$ vs $0,14$ mg/dl), gamma glutamil transpeptidasa (6 vs $6,9$ UI/L), lipasa (45 vs 13 UI/L), urea ($6,1 \pm 0,1$ vs $36,25 \pm 8,4$ mg/dl), creatinina ($1,1 \pm 0,04$ vs $0,44 \pm 0,1$ mg/dl), aspartato aminotransferasa ($114,75 \pm 97,7$ vs $175,25 \pm 19,5$ UI/L), alanina aminotransferasa ($64,5 \pm 8,9$ vs $55,75 \pm 36,1$ UI/L), fosfatasa alcalina ($256,6 \pm 15,9$ vs $235,6 \pm 148,2$ UI/L) y lactato deshidrogenasa ($390 \pm 17,4$ vs $292 \pm 66,3$ UI/L) al finalizar el estudio.

En conclusión, este estudio proporciona una descripción detallada de un procedimiento experimental complejo de TMV, con excelentes resultados de supervivencia y podría ofrecer una valiosa plataforma para avanzar en el conocimiento del trasplante de órganos sólidos.

Figura:



Sanchez-Verde, J

V-82

Maidana, LM⁽¹⁾;
Sauhing, P⁽¹⁾;
Sanchez, N⁽¹⁾;
Mosna, L⁽²⁾;
Cichero, CF⁽³⁾

(1)Cirugía, Ente Autárquico
Instituto de trasplante.
Capital Federal, Argentina

(2)Jefe de sección de Cirugía,
Ente Autárquico
Instituto de trasplante.
Capital Federal, Argentina

(3)Presidente, Ente Autárquico
Instituto de trasplante.
Capital Federal, Argentina

Financiamiento: No

Ablación en Asistolia con Técnica Ultrarapida, Maastrich III: Rol del Equipo Quirúrgico.

Objetivo: Presentar la técnica quirúrgica de ablación renal en donante en asistolia controlada (Maastricht III), destacando la estrategia de canulación arterial rápida y su impacto en la reducción del tiempo de isquemia caliente.

Descripción: Se presenta el rol del equipo quirúrgico desde el ingreso del potencial donante a quirófano, se expone la preparación de los campos quirúrgicos, armado de la mesa operatoria, colocación de líquidos de preservación, y luego el procedimiento de ablación renal. El abordaje consistió en laparotomía media xifo-púbica, identificación y disección rápida de aorta abdominal, con canulación arterial para instaurar perfusión fría lo antes posible. luego apertura del torax para realizar el clampeo de la aorta torácica y venteo a nivel de la aurícula derecha. La maniobra de canulación arterial rápida permitió iniciar precozmente la perfusión de preservación. Se enfatiza la coordinación entre cirujanos y el rol del equipo quirúrgico en minimizar los tiempos críticos del procedimiento.

Conclusión: La ablación renal en donantes Maastricht III exige rapidez, precisión técnica, coordinación y trabajo en equipo. La canulación arterial rápida constituye una herramienta fundamental para optimizar la preservación del injerto y mejorar los resultados en trasplante renal.

V-83

Baz Gallego, JJ⁽¹⁾;
Barros Sosa, JJ⁽¹⁾;
Manuel, N⁽¹⁾;
Dreifuss, N⁽¹⁾;
McCormack, L⁽¹⁾

(1)Cirugía General,
Hospital Aleman.
CABA, Argentina

Financiamiento: No

Cirugía en Donante Cadavérico a Corazón Batiente de Hígado y Riñones para Trasplante: Tiempo Frío de la Extracción Del Injerto

Introducción: El tiempo de isquemia fría es determinante en el trasplante hepático, con un límite de seguridad ampliamente reconocido de 12 horas. Sin embargo, se ha demostrado que reducir este tiempo mejora la función del injerto trasplantado. En este contexto, la técnica quirúrgica durante la fase fría de la ablación cumple un rol crucial, ya que el tiempo comienza a contabilizarse desde el clampeo inicial. La ejecución precisa y metódica de la cirugía es fundamental para optimizar la preservación del órgano.

Técnica Quirúrgica: Tras la canulación de la vena mesentérica inferior y la aorta, previa heparinización, se realiza el clampeo aortico lo que da inicio a la isquemia fría. Comenzamos con la perfusión con solución de preservación a 4°C, y hielo molido para enfriar los órganos abdominales. Se procede a la apertura del fondo vesicular, lavado con solución fisiológica, y también del conducto colédoco. Identificación y disección de vena cava inferior. Identificación de la desembocadura de las venas renales. Sección de la vena cava inferior por encima del nacimiento de las venas renales. Tracción proximal y hacia cefálico de todo el intestino delgado. Identificación de la arteria mesentérica superior por encima de vena renal izquierda. Disección de la arteria mesentérica superior hasta su nacimiento en la aorta. Sección de la aorta inmediatamente por debajo del origen de la arteria mesentérica superior con cuidado de no lesionar arterias renales. Traccionando el riñón derecho hacia abajo se secciona la glándula suprarrenal derecha y todo el tejido retroperitoneal entre la aorta y la cava. Apertura del gastro-cólico hasta el pilar izquierdo. Disección por la curvatura menor gástrica desde piloro hasta pilar derecho incluyendo toda la grasa del epiploon menor con el block por si hay presencia de arteria hepática izquierda de la coronaria. Sección de la arteria y vena mesentérica superior a nivel del mesenterio, aproximadamente 5-10 cm por debajo del borde inferior del páncreas. Se corta la vena mesentérica inferior y se tracciona de la cánula hacia cefálico que saldrá con el block. Disección de páncreas por su borde inferior. Tracción del riñón izquierdo hacia distal para su separación de la cola pancreática. Sección de la cola del páncreas junto a la arteria y vena esplénica. Se separa completamente la cabeza del páncreas del marco duodenal. Sección del diafragma hacia el hiato aórtico. Sección de la aorta torácica descendente. Se secciona el hemidiafragma derecho y el izquierdo. Sección de vena cava inferior suprahepática a la altura de la entrada en la aurícula derecha. Tracción hacia el techo de la aorta y vena cava para seccionar todas las adherencias posteriores. Sección pegado a la columna. La pieza se extrae en bloque (hígado y su pedículo, aorta descendente/abdominal hasta la arteria mesentérica superior, cabeza/cuerpo páncreas) se realiza perfusión portal ex situ con 1 L de solución de preservación. Embolsado del hígado con 3 bolsas. Colocación en heladera con hielo

Conclusión: Una técnica quirúrgica metódica durante esta etapa permite la extracción del hígado en condiciones óptimas de seguridad y esterilidad, lo que impacta directamente en la viabilidad del órgano y en su función posterior al trasplante.

V-110

Avendaño-Noguera, J⁽¹⁾;
Gonzalez Campaña, A⁽¹⁾;
Fauda, M⁽¹⁾;
Podesta, G⁽¹⁾;
Barbero, F⁽¹⁾

(1)Cirugía HPB y Trasplante,
Hospital Universitario Austral.
Pilar, Buenos Aires, Argentina

Financiamiento: No

Reconstrucción Vascular Compleja del Inflow y Outflow en Trasplante Hepático con Donante Vivo Relacionado. Colangitis Esclerosante Primaria. Lóbulo Derecho.

Paciente masculino con diagnóstico de Colangitis Esclerosante Primaria.

MELD 34. Child Pugh: C.

Se procede a realizar Trasplante hepático con Donante vivo Relacionado. Lobulo derecho. Abordaje abierto.

En vista de Hipertensión portal clínicamente significativa, es necesario realizar modulación del flujo portal en el receptor. Además, el injerto de donante de lobulo derecho, presenta múltiples venas suprahepáticas accesorias por lo que se realiza reconstrucción venosa compleja del outflow.

Evolución favorable en ambos pacientes.

Presentamos esta experiencia en centro de alta complejidad en Trasplante y cirugía HPB de alta complejidad, en Argentina

Indice de Autores

- Abate, Juan Cruz: V-80
Abovich, Mariel Andrea: O-114
Abovich, Mariel: P-147
Acosta, Fabio: P-70
Acuña, Camila: P-127
Acuña, Magali Esther: P-133
Adragna, Marta: P-141
Aguerre, Laura: O-52
Aguerre, Maria Alejandra: O-106
Aguila, María Viviana: P-85
Aguirre, Nicolas Francisco: O-99
Aguirre, Nicolas: P-88
Alanis, German Antonio: P-139
Alanis, German: O-145
Alcaraz, Alvaro: O-05, O-12
Alejandria, Nahir: P-144
Alemán, Silvina Alejandra: P-87, P-167
Aleman, Silvina: O-65, O-68, O-93, O-107, P-35, P-136
Alfonso, José Emiliano: O-163
Alochis, Maria Teresa: P-100, P-101
Alonso, Jose: P-141
Alvarez Tejerina, Valeria Samanta: P-100, P-101
Alvarez Tolaba, Maria Eugenia: O-145, P-139
Alvarez, Gastón: P-127
Alvarez, Héctor José María: O-163
Alvarez, Juan Pedro: O-156
Amorin, Juliana: O-118
Andrada, German: P-36, P-38
Andrade, Andres: O-62, P-149
Andraus, Wellington: O-115
Andreani, Oscar: O-84
Andrés Moreno, Ane Mirén: V-80
Anticura, Daniela: O-168, P-137
Antik, Ariel: O-51
Aquindo Lee, Verónica: P-36, P-38
Aran, Maria Nieves: P-39, P-47, P-48
Aran, Nieves: P-162, P-173
Aranda, Claudio: O-114, P-147
Ardiles, Victoria: O-130
Aredes, Diego: O-153, O-158
Arguello, Laura: P-37
Ariganello, Leonel Julian: O-118
Arrigone, Agostina: O-76, O-90, P-78
Arriola Benitez, Paula Constanza: P-56, P-86
Arriola, Constanza: P-25
Asprea, Marcelo: O-150
Avallay, Flavia Paola: P-96
Avallay, Flavia: P-97
Avendaño-Noguera, Juan: V-110
Avendaño, Juan: O-30, O-31, O-32, O-33, O-34
Ayala, Liezeth: O-138
Balekjian, Maria Belen: P-147
Balestrini, Maria: P-165
Ball Bustos, Sofía: O-118
Baravalle, Manuel: O-84
Barbero, Florencia: O-31, O-32, O-33, O-34, V-110
Barcan, Laura: O-24
Barrera, German: O-53
Barros Schelotto, Pablo: O-54, O-108, O-120, O-122, P-55, P-56
Barros Sosa, Jose: V-83
Barroso, Laura: P-36, P-38
Basilotta, Valentina: O-118
Bassani, Carlos Eduardo: P-100
Bayardo Garcia, Susana: O-113
Baz Gallego, Juan Jose: V-79, V-83
Begue Pons, Priscila: V-66
Beleño, Álvaro: O-40
Benavides, Romina: O-65, O-93
Bendersky, Luz: P-159
Benitez Perez, Julio: O-46
Benitez, Carlos: O-115
Benitez, Jose María: P-85
Benitez, Maria Laura: O-53
Berenguer, Ofelia Claudia: P-64
Berhongaray Kenny, Esperanza: P-37, P-39, P-48
Bernacchia, Agustin: P-147
Bianco, Maria Emilia: P-144
Bisigniano, Liliana: O-51
Blazquez, Juliana: O-154
Bojanich, María Viviana: P-102
Boldrini, Gustavo: O-156
Bologna, Adrián: P-104
Bonetto, María Elisa: P-64
Bonilla, Paulina: O-138
Borda Galindo, Sandra Liliana: P-124
Borda, Cinthia: P-37
Bosch, Graciela Irene: O-18, O-49
Broeders, Cecilia: O-54, O-120
Bruno, Diana: P-127
Buitrago, Emiliano: P-55
Busolo Mambrin, Rocio: P-141
Busolo, Rocio: P-159
Butera, Jose: O-145
Buthet, Ma. Paz: P-169
Buthet, Maria Paz: O-125, P-123
Cabrera, Ignacio Carlos: O-146
Cabrera, Ignacio: O-99, P-88, P-171

- Cairo, Fernando: O-112, O-115
Caldano, Johana: O-93
Caldano, Johanna Florencia: P-87, P-167
Caldano, Johanna: O-53, O-107, P-35, P-136
Cambaceres, Carlos: O-152
Canesin, Camilo: O-68
Cárdenas Ramírez, Bertha Eliana: O-46
Carletti, Agostina: O-89, O-91, O-92
Carmignani, Pablo: O-63
Caro, Maria Laura: P-161
Castillo Maldonado, Angélica: P-171
Castro Narro, Graciela Elia: O-112, O-115
Castro- Narro, Graciela: O-46
Castro, Daniel: O-168
Catena, Enzo: O-42, O-98
Cecotti Chaves, Eliana: O-74, P-71, P-72, P-73, P-75
Celi, Ana: O-116
Céspedes Poquechoque, Ingrid Lucía: P-87, P-167
Chavez Choque, Oscar Orlando: O-157
Chiurchiu, Carlos: O-89, O-92
Christiansen, Silvia: O-166, P-142
Chuluyan, Eduardo: O-146
Ciappa, Julio Martín: O-119
Ciappa, Martin: P-39, P-47
Cicchero, Carlos: O-18
Cichero, Carlos Fernando: O-41, V-82
Cichero, Fernando: O-150
Cobeñas, Carlos: O-22
Cobos, Marisa: P-104
Coccia, Paula: O-154, O-156
Coisson, Paola Evangelina: P-61
Conci, Sofia Edith: O-67
Conde, Stefania: O-152
Contreras, Mauricio: P-36, P-38
Coppotelli, Sergio: P-162
Cordoba, Auriel: O-62, P-149
Coronel, Roberto: O-42, O-98
Corsini, Valentina: O-154
Costa, Lara: O-163
Costales-Collaguazo, Cristian: P-170
Cotorruelo, Carlos Miguel: P-70
Cruz, Azucena: P-161
Curcio, Demian: P-162, P-173
Dal Lago, Silvana: O-41
De Franc, Agustina: O-151
De la A, Patricia: O-164
De la Fuente, Jorge Luis: O-89, O-92
De la Fuente, Jorge: O-53
De Maio, Noelia Soledad: P-165
De Rose, Emanuel: P-126
Decuzzi, Emiliano: O-93, O-107
Degrave, Florencia: O-128
Delfino, Cecilia María: O-52
Della Latta, Maria Paula: P-103
Demian, Procopio: O-52
Descalzi, Valeria: O-54, O-112, O-115, O-120, O-122, P-56
Deutsche, Ilse: O-22
Di Giusto, Gisela: O-116
Di Pietrantonio, Silvia: P-39, P-47, P-162, P-173
Di Pietroantonio, Silvia: P-48
Di Pinto, Diana: O-128, P-129, P-141, P-159
Diaz Moreno, Roxana Alexia: P-141
Diaz Gongora, Jose Eribert: P-124
Diaz, Carlos: O-42, O-62
Diego, Carolina Lucía: V-66
Dip, Marcelo: O-76, O-90, O-128, O-150, O-152, O-153, O-158, O-160, P-78
Dreifuss, Nicolas: V-79, V-83
Duek, Fernando: O-108
Eckhardt Morales, Carlos Adolfo: O-145, P-139
Emiliano, Decuzzi: O-65
Errea, Agustina J.: P-69
Escobar, Rocio Anahi: O-125, P-123
Esperon, Guillermina: O-42, O-98
Espíndola, Veronica Vanesa: O-106
Etchandy, Paula: O-41
Eymann, Alfredo: O-22
Fainboim, Leonardo: P-25
Fanega, Yanina: O-99, P-88
Fasolo, Juan: P-86
Fauda, Martin: O-30, O-31, O-32, O-33, O-34, O-40, O-44, O-45, P-28, P-29, V-110
Fauda, Vanesa: P-121
Federico, Palti: O-65
Fernandez Souto, Daniela: O-76, P-78
Fernandez, Pehuen: O-89, O-92
Ferraris, Jorge: O-22
Ferraris, Verónica: O-22, O-154, O-156
Fescina, Tomás Eduardo: O-109, O-111
Fescina, Tomas: O-166
Figueroa, Mario Rodrigo: O-63, O-140
Fiore, Esteban: O-58
Flores, Eugenia Marlene: P-124
Flores, Eugenia: P-134
Fortunato, Rita Marcela: P-170
Fraga, Maria Gabriela: O-114
Fragale, Guillermo Daniel: P-96, P-97
Fraile, Andres: O-120
Fregenal, Yuliana: O-138

Fuentes Gutierrez, Yenisei del Rocio: P-173
 Fuentes Gutierrez, Yenisei: P-162
 Fusco, Ángeles Carolina: O-118
 Fuxman, Claudia: P-25
 Gadano, Adrian: O-112, O-113, O-130
 Gago, Rocio: O-24
 Galarza, Pablo: O-52
 Gallardo, Marcos: P-127
 Gamba, Cecilia: O-76, P-78
 Garcia de Lucis, Pablo: P-165
 Garcias, Lucas: O-05, O-12
 Garcilazo, Emiliano: P-135
 Gardarian, Ivanna: O-128, P-129
 Garrido, Maria Alejandra: O-113
 Gentilini, María Virginia: O-23, O-118, P-25, P-55, P-56, P-86
 Ghezzi, Lidia: O-154
 Giannou, Anastasios: P-55
 Gil, Luis: O-160
 Giordani, Cora: O-53
 Giordani, María Cora: O-109, O-111, O-166
 Giordano, Enzo: O-05, O-12
 Giorgio, Patricia: O-24
 Giraudo, Martin: O-125, P-123, P-131, P-169
 Glorioso, Pia: P-88
 Gogorza, María José: P-126
 Gomez Perdiguero, Gonzalo: O-113, O-130
 Gomez, Gonzalo: O-60
 Gómez, Mónica: O-53
 Gomez, Paulo Francisco: O-125, P-123, P-169
 Gomez, Paulo: P-131
 Gomez, Sabrina Abigail: O-145
 Gomez, Tomas: O-93
 Gondolesi, Gabriel E: P-25
 Gondolesi, Gabriel Eduardo: P-55, P-56
 Gondolesi, Gabriel: O-23, O-95, P-86
 Gondolesi, Ignacio: P-55
 Gonzales Pereira, Jimena Luz: O-119
 Gonzalez Campaña, Ariel: O-31, O-32, O-33, O-34, O-40, O-44, O-45, P-28, P-29, V-110
 González Davis, Maria: O-108
 Granillo, Claudio: P-37
 Gregorietti, Vanesa: O-42, O-98
 Grillo, María Agostina: O-22, O-154
 Grupo Trabajo, Comision TOS: O-24
 Guardia, Olga E: O-164
 Guardia, Olga Elena: P-148
 Haag, Dora: P-165
 Halac, Esteban: O-76, O-90, O-150, O-152, O-153, O-158, O-160, P-78
 Halty, Margarita: O-22
 Hansen Krogh, Daniela: O-51, O-52
 Hasdeu, Santiago: O-168
 Hernadez Oliveros, Francisco: O-95
 Hernández Oliveros, Francisco: V-80
 Hernandez, Maria Angelica: P-96, P-97
 Hidalgo, Gabriela: O-52, O-68
 Iacono, Marisa: P-137
 Ibañez Corral, Luis Germán: P-144
 Ibañez, Juan: O-128, P-129, P-141, P-159
 Ibañez, Nora: O-93
 Illanes, Gabriel: P-161
 Illanes, Julia: O-155
 Imperiali, Nora Cristina: O-109, O-166
 Imperiali, Nora: O-111
 Imventarza, Oscar: O-95, O-108, O-153, O-158
 Iolster, Tomás: P-28, P-29
 Isasmendi, Adela: P-159
 Iturria, Joaquin: O-120, O-122, P-86
 Ivanoff, Ivana: O-23
 Jacobo Dillon, Agustina: O-153
 Jaurretche, Sebastian: P-39, P-47, P-48
 Johana, Caldano: O-65
 Juarez Carrizo, Alicia Maricel: P-139
 Julian, Larriba: O-166
 Labaronnie, Eugenia: O-130
 Lago, María Luz: O-41
 Lago, Néstor: O-151
 Laham, Gustavo: O-62, P-135, P-142, P-149
 Largo, Carlota: V-80
 Lauferman, Leandro: O-150, O-153, O-158
 Lausada, Natalia Raquel: O-95
 Lausada, Natalia: O-23
 Lazzeri, Silvio Nicolas: O-106
 Lema, Silvina: P-70
 Lendoire, Javier: O-108
 Lendoire, Mateo: O-108
 Leon, Luis R: O-164
 Leone, Francisco: O-117, P-85
 Lituma, Adriana M: P-170
 Lombardi, Laura: P-126
 Lombi, Fernando: P-134
 Loor, Nicolas: O-155
 Loor, Paula: O-138
 Lopez, María de los Ángeles: P-102
 Lopez, Mariano: O-107
 Lopez, Susana: O-152
 Lordi, Laura: O-156
 Lubieniecki, Fabiana: O-90
 Mahuads, Danbiel: O-84

Maidana, Leonardo Martin: O-68, V-82
 Maisano, Cecilia: O-168, P-133, P-137
 Maiz, Clara: P-104
 Malan, Richard: O-52
 Maldonado, Rafael Alberto: O-125, P-123
 Maldonado, Rafael: P-169
 Malla, Ivone: O-152, P-28, P-29
 Maluf, Daniel: O-90
 Manuel, Nadia: V-79, V-83
 Marani, Marcos: O-05, O-12
 Maraschio, Martin: O-05, O-12
 Marciano, Sebastian: O-112, O-113, O-115, O-130
 Marcos, Martin: O-58
 Marich, Silvia Marcela: O-106
 Marinic, Silvia Karina: P-102
 Marino Aguirre, Mercedes: O-118
 Marinoff, Jacobo: O-163
 Martin Rollan, Lucila: O-89, O-91, O-92
 Martín, Milagros: P-127
 Martinez Morales, Jorge Carlos: O-112, O-115
 Martínez Morales, Jorge: O-130
 Martinez, Gabriela Lilian: O-65, O-93
 Martinez, Gabriela: P-103
 Martinez, Jorge Carlos: O-113
 Martínez, Melisa: O-24
 Martinitto, Roxana: O-152
 Mas, Luciana Anahi: O-89, O-91, O-92
 Mas, Luciana: P-102
 Massa, Mariano: O-160
 Mattos, Angelo Z.: O-46
 McCormack, Lucas: V-79, V-83
 Medina Peña, Lourdes: O-168
 Melideo, Hector Matias: O-168, P-133, P-137
 Menditto Lehner, Sofia Belen: O-63
 Menditto lehner, Sofia: O-140
 Mendizabal, Manuel: O-30, O-40, O-44, O-45, O-46, O-115
 Menna, Jose Luis: O-68
 Merino, Daniel: O-60
 Merkier, Andrea Karina: O-114
 Mess, Ana Paula: O-116
 Miauro, Cynthia Victoria: P-142
 Miauro, Cynthia: P-135
 Mieres Estigarribia, Maria Florencia: O-50, O-143
 Mignone, Veronica: O-113
 Minetto, Julia: O-90, O-150, O-152, O-153, O-158
 Minetto, Maria Julia: O-128
 Mir Sábato, Germán: O-119
 Mir, German: P-47, P-48
 Miranda, Cintia: P-133
 Miranda, Mariela: O-60
 Molina, Claudia: O-138
 Molina, Diego: O-91
 Monkowski, Matias: O-157, P-124, P-134
 Montal, Silvina: O-30, O-31, O-32, O-33, O-34, O-45
 Monteros Alvi, Marcelo: P-101
 Montes, Leonardo: O-108, O-122
 Montevarde, Marta: O-51
 Moragas, Matias: P-78
 Morales, Miriam Edit: O-50
 Morales, Miriam Edith: O-143
 Moreira, Jeremías Elías: O-118, P-55, P-86
 Moreira, Jeremías: O-23, O-95
 Morici, Andres: O-63, O-140
 Morrone, Gabriela Haydeé: P-148, P-171
 Morrone, Gabriela: P-121
 Mosler, Claudia: O-41
 Mosna, Leandro Carlos: O-68
 Mosna, Leandro: O-150, O-151, V-82
 Muino, Gustavo: O-05
 Naiman, Gerardo: O-98
 Nicora, Catalina: P-97
 Niveyro, Carla: O-24
 Nobre, Marta: P-37
 Noli, Victor: P-133
 Nora, Ibañez: O-65
 Novas, Marina: P-162, P-173
 Novellis, Lucia: P-86
 Novellis, Maria Lucia: O-120, O-122
 Novoa, Pablo Antonio: O-67
 O Connor, Juan Manuel: O-84
 Ochoa, Federico: P-170
 Ojeda Flores, Lilian: O-163
 Orozco Niño, José A.: O-130
 Orozco, Francisco: O-34
 Ortiz, Nadia: P-121, P-148, P-171
 Oscar, Imventarza: O-160
 Osella, Francisco: O-53, O-99
 Otero, Silvina: P-159
 Ovejero, Lucas: O-160
 Pacienza, Natalia Alejandra: O-58
 Paez, Maria de los Angeles: O-54
 Pages, Josefina: O-30, O-40, O-44, O-45, O-46
 Pallitto, Belen: O-156
 Palti, Federico: P-136
 Panelli, María Lourdes: O-49
 Paredes, Connie: O-138, O-155
 Paredes, Michelle: O-155
 Pascual, Franco Raul: O-63, O-140
 Patterer, Ayelen: P-172, P-172
 Pattin, Francisco: O-108

Paulos, Maria Soledad: P-144
 Pekolj, Juan: O-111, V-66
 Pereira Borguet, Irina: O-44
 Pereyra, Cecilia: O-42, O-98
 Pereyra, Priscila: P-126
 Pérez Illige, Luis: P-56
 Petrone, Hugo: O-117, P-85
 Piccinelli, Gustavo: P-144
 Pidoux, Raul: P-100, P-101
 Pieni, Liliana Mabel: O-41
 Pilan, Ma. Luisa: P-165
 Pilotti, Roxana: O-146
 Piñero, Federico: O-30, O-40, O-44, O-45, O-46
 Pisarello, Camila: O-163
 Podesta, Gustavo: O-30, O-31, O-32, O-33, O-34, O-40, O-44, O-45, V-110
 Portillo, Florencia: P-127
 Poveda Parraga, Gilmar: O-111
 Principe, Josefina: V-79
 Priotti, Veronica Ines: O-113
 Quarin, Carlos: O-158, O-160
 Quintero, Alejandra: P-131
 Quintero, Ma. Alejandra: P-169
 Quintero, Maria Alejandra: O-125, P-123
 Quiroga, Luis: O-42, O-98
 Quiroga, Romina: O-91
 Raddavero, Claudia: O-154, O-156
 Raffaele, Pablo: P-170
 Raffin, Gabriel: O-158, O-160
 Raimondi, J Clemente: O-95
 Raimondi, J. Clemente: P-104
 Ramirez, Ariel: O-163
 Ramirez, Maximiliano: O-168
 Ramisch, Diego: O-120, O-122, P-25
 Ramos, Lucas: O-166
 Raño, Julieta: O-116, O-151, O-155
 Reid, Claudia: O-41
 Reijenstein, Hayellen: O-153
 Reimondez, Santiago: O-05, O-12
 Reinoso, Sandra: O-53
 Remazzina, María Jimena: O-117, P-85
 Reque Panozo, Alvaro Hector: P-134
 Reyes Toso, Laura: O-122
 Reyes Toso, Maria Laura: O-54
 Rial, Maria del Carmen: O-164
 Ríbori, Anabella: O-22
 Rilo Rodriguez, Laila: P-73
 Rivera, Florencia: O-155
 Rivera, Lilian: O-54
 Rivera, María Florencia: O-116
 Roca, Ignacio: O-46
 Rodriguez Gomez, Ivan: O-67
 Rodriguez Medrano, Cecilia: O-168
 Rodríguez Rilo, Laila: O-74, P-71, P-72, P-75, P-121, P-148, P-171
 Rodriguez, Maria Paula: P-147
 Rodriguez, Marisol: O-125, P-123, P-131, P-169
 Roses, Josefina: O-116, O-146
 Roses, Maria Josefina: O-151
 Rossi, Florencia Maria: O-89, O-91, O-92
 Ruf, Andres: O-84
 Ruiz, Macarena: O-91
 Rumbo, Martí: O-23
 Rumbo, Martín: P-25, P-69
 Rush, David: O-53
 Russo, Micaela Ayelen: P-147
 Russo, Yamila: P-162, P-173
 Salazar Pineda, Natalia Lorena: P-159
 Salgado, Sol: V-66
 Sanchez, Nicolas: O-68, O-116, O-150, O-151, V-82
 Santa Cruz, Diego Mario: O-58
 Santillán Pazmiño, Marco David: P-55, P-56, P-86
 Santillan, Marco: O-23, P-25
 Sarkis, Claudia: P-159
 Sarmantano, Daniela: P-161
 Sauhing, Paul: O-68, V-82
 Scalise, Diego: P-170
 Schaiquevich, Paula: O-76, O-90, P-78
 Schiavelli, Ruben: O-60, O-116, O-138, O-151, O-155
 Schierloh, Gonzalo: P-135
 Schinchirimini, Maria Martha: P-137
 Schreck, Carlos Manuel Nicolás: O-109
 Segovia, José: O-163
 Selva, Veronica Silvana: O-50, O-143
 Selzer Soria, Erika Maria: P-28, P-29
 Seminara, Claudia Del Valle: O-50, O-143
 Serradilla, Javier: O-95
 Sierre, Sergio: P-141
 Silva, Marcelo: O-30, O-40, O-44, O-45
 Silvera, Luis: O-166
 Sinchi, Jessica Lorena: P-102
 Sleiman, Jihan: O-53, O-62, P-135
 Smud, Astrid: O-24
 Soler Pujol, Gervacio: P-142
 Soler Pujol, Gervasio: P-135, P-149
 Soler, Gervasio: O-62
 Solimano, Fernanda Mariana: P-64
 Solimine, Jorge Horacio: O-114
 Soratti, Carlos: O-51, O-52
 Sotelo, Vanessa: O-91

- Spizzirri, Ana Paula: P-126
 Stadlin, Florencia: O-74, P-71, P-72, P-73, P-75
 Steinbrun, Silvina: P-141
 Stringa, Pablo L.: P-69
 Stringa, Pablo: O-23, O-95, V-80
 Tagliafichi, Viviana: O-51
 Tanús, Roberto: P-104
 Taylor, Marcelo Fabian: O-119
 Temporiti, Elena: O-24
 Teper, Sara: P-142
 Tito, Sandra Karina: P-61
 Toconas, Valeria: O-54
 Tomas, Gomez: O-65
 Toniolo, Fernanda: O-164, P-171
 Toniolo, María Fernanda: O-146
 Traverso, Rogelio: O-63, O-140
 Trezeguet Renatti, Guido: O-76, O-90, P-78
 Trimarchi Jurado, Hernan Marcelo: P-124
 Trimarchi, Hernan: O-157, P-134
 Trucco Boggione, Carolina: P-70
 Uño Tala, Jimmy: O-130
 Urioste, Alejandra: O-114
 Uva, Pablo Daniel: O-146
 Uva, Pablo: O-155
 Vallejos, Gabriela: P-85
 Varela, Ezequiel Martín: P-148, P-171
 Varela, Ezequiel: O-74, P-71, P-72, P-73, P-75, P-121
 Vargas, Gustavo Jseús: O-109
 Vasile, Fabricio Daniel: P-36, P-38
 Vecchiarelli, Nicolás: O-18, O-49
 Vega, Carina: P-103
 Veracierto, Federico: P-61
 Vergés, Jorge José: O-41
 Vergés, Jorge: O-18
 Vexenat, Betiana Ginette: O-67
 Vilatobá, Mario: O-112
 Villafañe, Ernesto Moises: O-67
 Villafañez, Carlos Cesar: O-125, P-123, P-131
 Villafañez, Carlos: P-169
 Villamil Cortes, Susana Karen: O-111
 Villamil Cortéz, Susana Karen: O-109, O-166
 Villamil, Federico Guillermo: P-61
 Villavicencio Fornaciari, Santiago: O-145, P-139
 Villordo, Nadia Celeste: O-106
 Vogelfang, Horacio: O-42, O-98
 Walther, Javier: O-164, P-88
 Werber, Gustavo: O-99, O-146, O-164, P-171
 Wilberger, Silvina: P-103
 Wildfeuer, Gustavo: P-147
 Williams, Flor: P-173
 Williams, Florencia: O-119
 Yance, Maximiliano Ángel: O-63
 Yance, Maximiliano: O-140
 Yannarelli, Gustavo Gabriel: O-58
 Yantorno, Silvina: O-54, O-120, O-122, P-56
 Yañez, José: P-127
 Yaunguzian, Maria Fernanda: O-76
 Zarega, Alina: O-63
 Zerega, Alina: O-112
 Zoppi, Eugenia: P-162, P-173
 Zotta, Elsa: P-170

Reglamento de publicaciones

La REVISTA ARGENTINA DE TRASPLANTES es la publicación oficial de la Sociedad Argentina de Trasplantes. Se edita desde el año 2009, de forma cuatrimestral y está indexada en Latindex. La Revista publica artículos en español e inglés de medicina clínica o experimental relacionados a la procuración y trasplante, de órganos y tejidos en todas las especialidades.

La Revista publica en sus secciones: Artículos originales, revisiones, editoriales, comunicaciones breves, casuísticas, artículos especiales, cartas al editor, comentarios bibliográficos, guías de tratamiento, reuniones de consenso y notas técnicas, imágenes en trasplantología, educación médica continua y otros temas de interés.

Los artículos a publicar deberán ser originales o inéditos, aunque también podrán ser aceptados aquellos que hubieran sido comunicados en sociedades científicas o publicados como resúmenes, en cuyo caso corresponderá mencionarlo en sus indicaciones para la preparación de manuscritos, la revista se ha adecuando a los requerimientos definidos por la International Committee of Medical Journal Editor (iCmJe) en su versión más reciente (Ann intern med 1997; 126: 36-47) y a su actualización del diciembre de 2019 disponible en: <http://www.icmje.org>.

Proceso de revisión

La **Revista Argentina de Trasplantes** es una revista científica con arbitraje. Los artículos originales, artículos especiales, comunicaciones breves, casuísticas y otros que los editores consideren pertinentes, serán examinados por el Comité Editorial y por al menos dos revisores externos. La identidad de los revisores es confidencial. Luego de esa revisión, la Secretaría Editorial informará el dictamen (aceptación, aceptación con correcciones, no aceptación) al autor responsable del manuscrito.

La Dirección Editorial se reserva el derecho de rechazar manuscritos que por razones técnicas o científicas no se ajusten al reglamento, o en el caso que no posean el nivel de calidad mínimo exigible acorde con la publicación. El Comité Editorial se reserva el derecho de introducir, con conocimiento de los autores, todos los cambios editoriales exigidos por las normas gra-

maticales y las necesidades de compaginación, siempre que no afecten los conceptos o conclusiones del artículo.

Una vez aprobada la publicación del trabajo, la **Revista Argentina de Trasplantes** se reserva los derechos para su reproducción total o parcial, aceptando los autores de antemano esta condición al momento de enviar los trabajos. La reproducción total o parcial del material publicado en la revista estará permitida citando la fuente.

Para incluir material de otras fuentes con derechos de autor, se deberá obtener el correspondiente permiso, y adjuntar copia del mismo al artículo propuesto para publicación.

La responsabilidad de las opiniones vertidas en los trabajos será exclusivamente de los autores y éstas no reflejarán necesariamente el pensamiento del Comité Editorial o de la **Sociedad Argentina de Trasplantes**.

Presentación de manuscritos

a. Instrucciones generales

Los manuscritos deberán enviarse por correo electrónico a la Secretaría Editorial de la revista: editorial@sat.org.ar indicando en el asunto "Solicitud de publicación".

En el cuerpo del mensaje se indicará el nombre del autor principal con los siguientes datos de contacto: nombre y apellido completos, institución de trabajo, teléfono, y correo electrónico. El autor principal es el responsable por el contenido vertido en el artículo y por todos los autores que figuran en el mismo.

En la primera página del manuscrito se consignarán los siguientes datos:

- Título del trabajo (informativo y conciso, máximo 100 caracteres para el título, incluyendo espacios);
- Título corto o abreviado (no más de 8 palabras o no más 40 caracteres, incluyendo espacios);
- Nombre completo de los autores;
- Unidades o instituciones donde se desempeñan (consignando ciudad y país);
- Sección propuesta a la que corresponde el artículo;
- Los autores deberán consignar si existe o no conflicto de interés.

Para los distintos tipos de artículos se utilizará, preferentemente, el idioma castellano. En su defecto, se podrá usar el inglés con un resumen en castellano.

Los trabajos se presentarán en formato editables (.doc, .docx, rtf, .txt o .pdf), dispuesto en una hoja medida A4 (210 x 279 mm), con márgenes de al menos 25 mm y no más de 30 mm, en tipografía Arial o Times (o similares), cuerpo 12p. interlineado normal. Las páginas deberán estar numeradas de forma consecutiva, comenzando por la que lleva el título.

Resumen

Cada manuscrito se enviará con un resumen, evitando la mención de tablas y figuras. El resumen es independiente del texto del artículo y deberá ser escrito en castellano y en inglés, incluyendo 4 palabras clave, en ambos idiomas.

Unidades de peso y medida

Se empleará el sistema métrico decimal. Las medidas hematológicas y de química clínica se podrán hacer en los términos del Sistema internacional de Unidades (Si) o no según sea de uso en su práctica de uso, utilizando puntos para los decimales.

Abreviaturas, siglas y símbolos

Sólo se emplearán abreviaturas estandarizadas. Se evitará su uso en el título y en el resumen. La primera vez que se use una abreviatura o sigla, deberá ser precedida por el término completo, a excepción de las unidades de medida estándar.

Bibliografía

Todas las referencias deberán ser verificadas por los autores sobre la base de los documentos originales, evitando en lo posible las citas representadas por comunicaciones o resúmenes.

Las referencias bibliográficas se numerarán consecutivamente, según el orden de aparición en el trabajo. Se incluirán todos los autores cuando sean 6 o menos. Si fueran más, el tercero será seguido de la expresión et al. Los títulos de las revistas serán abreviados según el index medicus (www.ncbi.nlm.nih.gov/nlmcatalog/journals/). En el texto, las referencias serán identificadas con números arábigos entre corchetes. En el listado de referencias, los artículos en revistas, libros, capítulos de libros y artículos en internet, se presentarán de acuerdo a los siguientes ejemplos.

Artículos en revistas

Pfeffer MA, Lamas GA, Vaughan De, Parisi AF, Braunwald E. Effect of captopril on progressive ventricular dilatation after anterior myocardial infarction. N Engl J Med. 1988;319:(80-86).

Libros

Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. Harrison's principles of internal medicine. vol I. 17th ed. New York: McGraw Hill; 2008.

Capítulos de libros

Philips DJ, Whisnant P. Hypertension and stroke. In Laragh JH, Brenner BM (eds). Hypertension: pathophysiology, diagnosis, and management. Raven Press, Ltd, New York: 1995, p 465-78

Artículos de revistas en internet

Vitoria JC, Bilbao JR. Novedades en enfermedad celíaca. An Pediatr 2013;78(1):I-5 [Consulta 14 Feb 2013]. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1695403312003815>

Tablas y figuras

Tablas y figuras se presentarán al final del manuscrito, una por página. Las tablas se presentarán numeradas con números romanos, según su orden de aparición en el texto. Deberán ser indispensables y comprensibles por sí mismas y poseer un título explicativo de su contenido. Las notas aclaratorias y las abreviaturas irán al pie de cada tabla. No deberán emplearse líneas verticales de separación entre columnas ni líneas horizontales, salvo tres: las que separan el título de la tabla, los encabezamientos del resto y las que indican la terminación de la tabla.

Las figuras (dibujos o fotografías) se presentarán numeradas con números romanos, según su orden de aparición en el texto. Deberán permitir una reproducción adecuada (escala 1:1 a 300DPI) y poseer un título explicativo de su contenido y una leyenda explicativa al pie (epígrafe).

Agradecimientos

Se redactarán precediendo a la bibliografía. Si cabe se citarán: reconocimiento por apoyo técnico, aportes financieros y contribuciones que no lleguen a justificar autoría. En estos casos, los autores serán responsables de contar con el consentimiento escrito de las personas nombradas.

b. Instrucciones particulares para la preparación de los manuscritos

Artículos Originales

Son trabajos de investigación con un diseño específico. Tendrán una extensión máxima de 7000 palabras (excluyendo título, resúmenes, bibliografía, tablas y figuras), no más de 50 referencias bibliográficas y hasta 10 tablas y/o figuras. El manuscrito se dividirá en las siguientes secciones: resumen, introducción, materiales y métodos, resultados, discusión, y conclusiones.

El resumen estructurado, ubicado a continuación de la primera página, no deberá exceder las 250 palabras.

En la **introducción** se presentarán los objetivos del trabajo y se resumirán las bases para el estudio o la observación. No deberá incluir resultados o conclusiones del trabajo.

Materiales y métodos incluirá una descripción de la selección de los sujetos estudiados y sus características; los métodos, aparatos y procedimientos; (c) guías o normas éticas seguidas; (d) descripción de métodos estadísticos, con detalles suficientes para poder verificarlos.

En los **resultados** se incluirá una secuencia lógica de la información recolectada durante el trabajo.

En la **discusión** se resaltarán aspectos nuevos e importantes del estudio y la comparación con otros trabajos y meta-análisis del tema. No deberán incluirse informaciones que ya figuren en otras secciones del trabajo.

Revisiones

Para ser consideradas como tales, las revisiones deben tratar sobre tópicos o temáticas cuya actualización resulte pertinente y deberán fundamentarse con una excelente revisión bibliográfica.

Tendrán una extensión máxima de 6000 palabras (excluyendo título, resúmenes, bibliografía, tablas y figuras), no más de 50 referencias bibliográficas y hasta 6 tablas y/o figuras.

El resumen no deberá exceder las 250 palabras, y no es necesario que sea estructurado. El manuscrito tendrá una organización libre.

Editoriales

Tanto los editoriales como las revisiones, serán escritos a solicitud del Comité editor de la revista.

Tendrán una extensión máxima de 1500 palabras (excluyendo título, bibliografía y tablas y figuras), no más de 30 referencias bibliográficas y hasta 1 tabla y/o figura.

Los editoriales no incluirán resumen y el manuscrito tendrá una organización libre.

Comunicaciones Breves

Corresponden a resultados que, aunque preliminares, justifican una temprana difusión.

Tendrán una extensión máxima de 1500 palabras (excluyendo título, resúmenes, bibliografía, tablas y figuras), no más de 15 referencias bibliográficas y hasta 2 tablas y/o figuras. El resumen no deberá exceder las 150 palabras. Se prescindirá de la división en secciones; sin embargo, el manuscrito mantendrá la secuencia consignada para los Artículos originales.

Casuísticas

Corresponden a casos singulares con nueva información y observaciones, y serán considerados no sólo por su rareza u originalidad, sino también por su interés clínico. Tendrán una extensión máxima de 2500 palabras (excluyendo título, resúmenes, bibliografía y tablas y figuras), no más de 15 referencias bibliográficas y hasta 5 dos tablas y/o figuras.

El resumen, no deberá exceder las 150 palabras y el manuscrito se dividirá en: Introducción, Caso Clínico y Discusión.

Artículos Especiales

Se trata de monografías, artículos o traducciones que por decisión exclusiva del Comité editorial de la revista, son considerados de gran trascendencia o cuyo avance científico justifique su difusión entre la comunidad médica.

Tendrán una extensión máxima de 6000 palabras (excluyendo el título, resúmenes, bibliografía, tablas y figuras), no más de 50 referencias bibliográficas y hasta 6 tablas y/o figuras.

El resumen, no deberá exceder las 250 palabras y el manuscrito tendrá una organización libre.

Cartas al Editor/ Comité de Redacción

Estarán referidas a comentarios de naturaleza editorial, preferentemente vinculados a artículos publicados previamente en la revista. Tendrán una extensión máxima de 1000 palabras, no más de 6 referencias bibliográficas y una tabla y/o figura.

Comentarios Bibliográficos

Los Comentarios Bibliográficos estarán referidos a artículos de la bibliografía internacional, cuyo aporte sea significativo, con énfasis en su aplicación clínica. Serán

La REVISTA ARGENTINA DE TRASPLANTES es la publicación oficial de la Sociedad Argentina de Trasplantes. Se edita desde el año 2009, de forma cuatrimestral y está indexada en Latindex. La Revista publica artículos en español e inglés de medicina clínica o experimental relacionados a la procuración y trasplante, de órganos y tejidos en todas las especialidades.

La Revista publica en sus secciones: Artículos originales, revisiones, editoriales, comunicaciones breves, casuísticas, artículos especiales, cartas al editor, comentarios bibliográficos, guías de tratamiento, reuniones de consenso y notas técnicas, imágenes en trasplantología, educación médica continua y otros temas de interés.

Los artículos a publicar deberán ser originales o inéditos, aunque también podrán ser aceptados aquellos que hubieran sido comunicados en sociedades científicas o publicados como resúmenes, en cuyo caso corresponderá mencionarlo en sus indicaciones para la preparación de manuscritos, la revista se ha adecuando a los requerimientos definidos por la International Committee of Medical Journal Editor (iCmJe) en su versión más reciente (Ann intern med 1997; 126: 36-47) y a su actualización del diciembre de 2019 disponible en: <http://www.icmje.org>.

Proceso de revisión

La **Revista Argentina de Trasplantes** es una revista científica con arbitraje. Los artículos originales, artículos especiales, comunicaciones breves, casuísticas y otros que los editores consideren pertinentes, serán examinados por el Comité Editorial y por al menos dos revisores externos. La identidad de los revisores es confidencial. Luego de esa revisión, la Secretaría Editorial informará el dictamen (aceptación, aceptación con correcciones, no aceptación) al autor responsable del manuscrito.

La Dirección Editorial se reserva el derecho de rechazar manuscritos que por razones técnicas o científicas no se ajusten al reglamento, o en el caso que no posean el nivel de calidad mínimo exigible acorde con la publicación. El Comité Editorial se reserva el derecho de introducir, con conocimiento de los autores, todos los cambios editoriales exigidos por las normas gramaticales y las necesidades de compaginación, siempre que no afecten los conceptos o conclusiones del artículo.

Una vez aprobada la publicación del trabajo, la **Revista Argentina de Trasplantes** se reserva los derechos para

su reproducción total o parcial, aceptando los autores de antemano esta condición al momento de enviar los trabajos. La reproducción total o parcial del material publicado en la revista estará permitida citando la fuente.

Para incluir material de otras fuentes con derechos de autor, se deberá obtener el correspondiente permiso, y adjuntar copia del mismo al artículo propuesto para publicación.

La responsabilidad de las opiniones vertidas en los trabajos será exclusivamente de los autores y éstas no reflejarán necesariamente el pensamiento del Comité Editorial o de la **Sociedad Argentina de Trasplantes**.

Presentación de manuscritos

a. Instrucciones generales

Los manuscritos deberán enviarse por correo electrónico a la Secretaría Editorial de la revista: editorial@sat.org.ar indicando en el asunto "Solicitud de publicación".

En el cuerpo del mensaje se indicará el nombre del autor principal con los siguientes datos de contacto: nombre y apellido completos, institución de trabajo, teléfono, y correo electrónico. El autor principal es el responsable por el contenido vertido en el artículo y por todos los autores que figuran en el mismo.

En la primera página del manuscrito se consignarán los siguientes datos:

- Título del trabajo (informativo y conciso, máximo 100 caracteres para el título, incluyendo espacios);
- Título corto o abreviado (no más de 8 palabras o no más 40 caracteres, incluyendo espacios);
- Nombre completo de los autores;
- Unidades o instituciones donde se desempeñan (consignando ciudad y país);
- Sección propuesta a la que corresponde el artículo;
- Los autores deberán consignar si existe o no conflicto de interés.

Para los distintos tipos de artículos se utilizará, preferentemente, el idioma castellano. En su defecto, se podrá usar el inglés con un resumen en castellano.

Los trabajos se presentarán en formato editables (.doc, .docx, rtf, .txt o .pdf), dispuesto en una hoja medida A4 (210 x 279 mm), con márgenes de al menos 25 mm y no más de 30 mm, en tipografía Arial o Times (o similares), cuerpo 12p. interlineado normal. Las páginas deberán estar numeradas de forma consecutiva, comenzando por la que lleva el título.

escritos a solicitud del Comité Editor de la revista. Tendrán una extensión máxima de 1500 palabras (excluyendo el título, resúmenes, bibliografía, tablas y figuras), no más de 15 referencias bibliográficas y hasta 2 tablas y/o figuras.

El texto estará precedido por el resumen original del artículo comentado.

Guías de Tratamiento, Reunión de Consenso, Notas Técnicas.

Guías de Tratamiento, Reunión de Consenso y Notas Técnicas, se orientarán a brindar una actualización del conocimiento de temas específicos, especialmente en aspectos diagnósticos y terapéuticos. En la primera página del manuscrito se deberá especificar:

a) el Comité, Grupo de Trabajo, o Comisión responsable del documento;

b) Autores y vínculo con el Comité, Grupo de Trabajo, o Comisión de cada uno de ellos.

El resumen no deberá exceder las 250 palabras y el manuscrito deberá incluir una introducción con los fundamentos del documento.

Imágenes en Trasplantología

Presenta imágenes ilustrativas de distintos aspectos vinculados a la trasplantología y la conducta seguida en el caso. Tendrán un máximo de 1500 palabras (excluyendo el título, bibliografía, tablas y figuras), no más de 15 referencias bibliográficas y hasta 2 tablas y/o figuras. No incluirán resumen y el manuscrito se organizará en Caso Clínico y Comentarios.

Números Extraordinarios

Se elaborarán siempre tras la oportuna valoración del Comité Editorial, que determinará su extensión y características y valorará las fuentes de financiación.

La preparación del número monográfico será realizada por uno o varios editores especiales, designados por el Comité Editorial, y que serán los responsables de todo el proceso.

Los números extraordinarios serán sujetos al proceso de revisión por pares.

La REVISTA ARGENTINA DE TRASPLANTES sigue los lineamientos expuestos por el International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE, www.icmje.org) sobre otros aspectos que no este mencionado en este reglamento y también en lo referido a conflicto de intereses de revisores, autores y editores; a las relacio-

nes con la industria y el apoyo percibido por ella; a la confidencialidad de los manuscritos y a las relaciones entre las revistas médicas y los medios de difusión.

Buenos Aires, Noviembre de 2025.-



inicia

Un camino más rápido hacia el trasplante

Ingresar a la lista de espera del **INCUCAI** solía demorar casi un año, entre autorizaciones, estudios, turnos e interconsultas.

Hoy, con **INICIA** - el programa de evaluación pre-trasplante de **RED BASA** - ese recorrido se completa en un promedio de 60 días.

Con **INICIA**, más pacientes pueden avanzar hacia el trasplante que necesitan.



Más info en:
www.redbasa.com.ar

HEMOMEDICA

tecnología **que** da **nueva** vida



LifePort Kidney Transporter

*Precision monitoring and tracking to
Protect Every Gift*



LifePort Liver Transporter

*Hypothermic Machine Preservation for
Liver Transplantation **coming soon***



Lumilight The offline photopheresis system



Ex-stream Extracorporeal oxygenation perfusion device

HEMOMEDICA Representante exclusivo de

LifePort®
Kidney Transporter

**LUMI
LIGHT**

TRANSBIOTECH