CIR ESP. 2015;93(Espec Congr):791

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

P-544 - TRASPLANTE HEPÁTICO POR LESIONES IATROGÉNICAS TRAS COLECISTECTOMÍA

Rioja Conde, Paula; Bermello, Carlos; Pérez, Jorge; Cobo, Cristina; Marcacuzco, Alberto; García Aroz, Sandra; Caso, Óscar; Jiménez, Carlos

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción: El trasplante hepático por lesión iatrogénica de vía biliar tras colecistectomía, representa al 0.2% de todos los trasplantes hepáticos. Existen 46 casos publicados en la literatura. La causa más frecuente es la cirrosis biliar secundaria a lesiones estenóticas, y menos frecuente es el fallo hepático fulminante (5%) el cual suele asociar lesiones vasculares concomitantes.

Casos clínicos: Presentamos los 5 casos derivados a nuestro servicio en los últimos 3 años, de pacientes con lesión iatrogénica de vía biliar que son incluidos en la lista de espera para trasplante hepático. Caso 1: mujer de 52 años sometida a colecistectomía laparoscópica programada, con lesión iatrogénica biliar tipo E2 de Strasberg y realización inmediata de coledocoyeyunostomía. Presenta shock hipovolémico por lesión concomitante de arteria hepática derecha, por lo que es traslada a nuestra UVI y trasplantada 12 días después por fallo hepático fulminante. Caso 2: varón de 66 años intervenido mediante colecistectomía abierta por colecistitis aguda, con diagnóstico tardío de lesión iatrogénica biliar tipo D, tratada mediante esfinterotomía y colocación de prótesis biliar inicial, y posterior hepatectomía derecha y coledocoyeyunostomía. Es derivado a los 5 meses por insuficiencia hepática por colestasis, e incluido lista en urgencia cero. Se practica un primer trasplante con trombosis de la arteria hepática, por lo que se le realiza retrasplante a los 15 días. Caso 3: mujer de 48 años intervenida mediante colecistectomía laparoscópica programada, con lesión iatrogénica biliar tipo E2, con realización inmediata de coledocoyeyunostomía. Reintervención por dehiscencia de la anastomosis y úlcera gástrica, precisando reparación y gastrectomía atípica. Estenosis de la vía biliar posterior tratada mediante dilataciones endoscópica poco efectivas, con desarrollo a los 2 años de cirrosis biliar secundaria, por lo que se realiza trasplante hepático. Caso 4: mujer de 60 años intervenida mediante colecistectomía laparoscópica con lesión de vía biliar E2 y sección de arteria hepática derecha simultánea. Presenta fallo hepático fulminante por lo que es trasladada a nuestro centro, incluyéndose en lista para trasplante en urgencia cero, pero falleciendo a las 48 horas, sin donante. Caso 5: varón de 45 años sometido a colecistectomía abierta por colecistitis aguda, con lesión iatrogénica biliar tipo D, con reparación primaria y colocación de tubo de Kehr. Presenta estenosis de la vía biliar y colangitis de repetición, tratado mediante dilataciones endoscópica, desarrollando a los 12 años cirrosis biliar secundaria, por lo que se practica trasplante hepático. El paciente del caso 2 falleció tras el retrasplante por shock séptico secundario a candidemia. La paciente del caso 4 no llegó a ser trasplantada, por fallecimiento previo. El resto de los paciente evolucionaron de forma satisfactoria tras el trasplante.

Discusión: La morbimortalidad de los pacientes trasplantados por lesión iatrogénica de vía biliar es mayor, debido a las múltiples intervenciones previas con intención reparativa, y a las complicaciones sépticas secundarias. Los pacientes con este tipo de lesiones deberían de ser trasladados de forma precoz a los centros con experiencia en cirugía hepática, para evitar en lo posible la necesidad de un trasplante hepático, y sobre todo la mortalidad del paciente.

See front matter © 2015. Asociación Española de Cirugía. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados