



www.elsevier.es/cirugia

P-011 - PRIMER TRASPLANTE HEPÁTICO PROCEDENTE DE DONANTE EN ASISTOLIA TIPO III DE MAASTRICH CON TÉCNICA DE PRESERVACIÓN MEDIANTE ECMO

C. San Miguel Méndez, Y. Fundora Suárez, K. Muffak Granero, T. Villegas Herrera, A. Becerra Massare, D. Garrote Lara y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: Presentar los resultados del primer caso en nuestra experiencia en la realización de un trasplante hepático procedente de donación después de muerte cardiocirculatoria controlada tipo Maastrich III, con técnica de preservación con circuito de recirculación normotérmica ECMO (Extracorporeal Membrane Oxygenation).

Métodos: Características donante: paciente ingresado en UCI de Politraumatizados de nuestro centro (estancia 5 días). Varón. 43 años IMC: 29,4 kg/m² (sobrepeso). Diagnóstico: ictus vertebrobasilar. Drogas vasoactivas: noradrenalina 0,1 ?g/Kg/min. Serología: AntiHBs (-); Anticore (-); CMV (+); AcVHC (-). Analítica pretrasplante: GOT 20; GPT 30; GGT 47; BIL 1; FA 44. Proceso de donación y preservación: desconexión: 1:20 am. TAM inferior a 50 mmHg: 1:44 am. Parada mecánica: 1:48 am. Parada eléctrica: 1:50 am. Diagnóstico de muerte: 1:56 am. TIC (tiempo isquemia caliente): 12 minutos. Canulación femoral previa por cirujano vascular. Utilización de ECMO (preservación mediante entrada en recirculación normotérmica). Extracción convencional. TIF (tiempo isquemia fría): 270 minutos. Características receptor: edad: 64 IMC: 31 (obesidad clase I); peso 90 kg; talla 1,69 m. Etiología: cirrosis enólica (ascitis refractaria). MELD real 10; MELD Na 18; Child Pugh B8. Cirugía de trasplante hepático: hepatectomía con preservación de vena cava. Anastomosis portocava: no. Anastomosis VSH receptor-cava donante. Anastomosis portal (trombosis parcial: trombectomía) término-terminal con factor crecimiento (GF). Anastomosis arterial: HP receptor-TC donante. Anastomosis biliar terminoterminal sin tubo en T. Drenaje aspirativo.

Resultados: Postoperatorio inmediato sin incidencias. Terapia inmunosupresora: inducción con basiliximab por insuficiencia renal; mantenimiento con tacrolimus, mofetil micofenolato y corticoides. Anatomía patológica explante: cirrosis hepática micro-macronodular con escasa actividad. Biopsia tiempo 0-donante: esteatosis macro-microvacuolar 40%. Eco-doppler días +1, +7 y +90 sin alteraciones significativas. Seguimiento 90 días: función hepática normal.

Conclusiones: Aunque la utilización de injertos hepáticos procedentes de donantes después de muerte cardiocirculatoria han de ser utilizados racionalmente, y sin entrar nunca en competencia con los donantes convencionales por su mayor tasa de complicaciones, resultan prometedores en la expansión de la fuente de donantes dada la creciente demanda de injertos por la expansión en la lista de indicaciones del trasplante hepático. Presentamos los resultados del primer caso de donante en asistolia tipo Maastrich III con utilización de preservación con circulación normotérmica (ECMO); técnica que permite determinar la viabilidad y

acondicionar la isquemia del injerto disponible y que ha constituido uno de los cuatro casos realizados a nivel nacional con esta técnica hasta la fecha.