



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**

Revista Oficial de la Asociación Española de Cirujanos

Volumen 92, Especial Congreso, Noviembre 2014

30 Congreso Nacional de Cirugía

Madrid, 15-17 de noviembre de 2014



www.elsevier.es/cirugia

P-020 - Retrasplante hepático programado. Nuestra experiencia

S. Barber Millet¹, A. Boscà Robledo², P. Granero Castro¹, Á. Moya Herraiz¹, Á. Sala Hernández¹, Á. Rubín Suárez¹, E. Montalvá Orón¹ y R. López Andújar¹

¹Hospital La Fe, Valencia. ²Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.

Resumen

Introducción: El retrasplante hepático (RH) programado está actualmente aceptado en pacientes con fallo hepático irreversible causado por rechazo crónico o trombosis de la arteria hepática tardía (TAHT); y sigue siendo controvertido en casos de recurrencia de cirrosis por virus hepatitis C (VHC). La supervivencia del paciente y del injerto son menores que en caso de primer trasplante.

Objetivos: Presentar los resultados del retrasplante programado en nuestro centro en términos de morbilidad y supervivencia global.

Métodos: Estudio retrospectivo que incluye 86 pacientes sometidos a RH programado en nuestro centro, desde noviembre de 1993 a diciembre de 2013. Se estudiaron variables demográficas del receptor-donante y variables relacionadas con la técnica quirúrgica, con el objetivo de analizar la morbilidad relacionada con el RH y la evolución a largo plazo de injerto y paciente.

Resultados: La mediana de edad de los pacientes fue 51 años (rango 18-69). El 62,8% (n = 54) eran varones, y el 37,2% (n = 32) mujeres. Presentaban un índice MELD mediano de 21,43 (6,6-40). En cuanto a las indicaciones, 23 fueron retrasplantados por cirrosis secundaria a VHC, 23 por TAHT, 15 por rechazo crónico, 4 por hepatitis fibrosante colestásica, y 14 debido a otras causas. La tasa de disfunción primaria del injerto tras el retrasplante fue del 42,35%, según la definición de Olthoff. Existió rechazo celular en 17 pacientes (19,28%), 11 agudos y 6 crónicos, que se resolvieron con medicación excepto uno que requirió un tercer trasplante programado. En cuanto a las complicaciones postoperatorias, según la escala de Clavien-Dindo, se dividieron de la siguiente forma: 29,06% grado 2 (n = 25), 11,6% grado 3 (n = 10), 11,6% grado 4 (n = 10) y 20,9% grado 5 (n = 18). Un total de 17 pacientes (19,8%) precisaron reintervención urgente, 15 de ellas por hemoperitoneo, 1 por evisceración, y otra por perforación intestinal. Fue necesario un tercer trasplante en 6 pacientes (3 por fallo primario, 1 por TAHT, 1 por rechazo crónico, y 1 por estenosis biliar no anastomótica). La supervivencia global al primer, tercer y quinto año del retrasplante es de 64%, 52% y 45% respectivamente. El 44,2% de los pacientes están vivos actualmente. Del 55,8% de defunciones (n = 48), 12 fueron en el postoperatorio inmediato por complicaciones, y 21 por fallo hepático, en los primeros 90 días tras el trasplante.

Conclusiones: El RH programado puede ser un procedimiento válido en pacientes con rechazo inmunológico tardío, cirrosis por recidiva VHC, o TAHT, aunque conlleva una importante morbilidad.