



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## P-018 - Síndrome de Budd-Chiari crónico con variante arterial en receptor de trasplante hepático procedente de donante en asistolia

C. San Miguel, Y. Fundora Suárez, A. García Navarro, 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 un caso interesante de trasplante hepático (TH) procedente de donación después de muerte cardiocirculatoria controlada tipo Maastrich III en paciente con síndrome de Budd-Chiari crónico y descubrimiento de variación arterial intraoperatoria: arteria hepática común (junto a arteria esplénica y gástrica izquierda) procedente de arteria mesentérica superior.

**Métodos:** Características donante: paciente ingresado en UCI de Politraumatizados de nuestro centro. Varón. 63 años. IMC: 29,2 kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso). Diagnóstico: parada cardiorrespiratoria, asistolia. AP: Cardiopatía isquémica. IAM 2005, 5 stents. Serología: AntiHBs (-); Anticore (+); CMV (+); AcVHC (-). Analítica pretrasplante: GOT 25; GPT 12; GGT 8; BIL 0,5; FA 51. Proceso de donación y preservación: desconexión: 18h10. TAS inferior a 50 mmHg: 18h13. Diagnóstico de muerte: 18h21. Conexión a recirculación normotérmica: 18h22. TIC (tiempo isquemia caliente) total: 12 minutos. Preservación mediante perfusión fría. HTK. Extracción clásica. TIF (tiempo isquemia fría): 200 minutos. Características receptor: edad: 56 IMC: 24,3 kg/m<sup>2</sup>. Etiología: síndrome de Budd-Chiari crónico (varices esofágicas, ascitis refractaria). MELD real 12; MELD Na 23; Child Pugh B8. Cirugía de trasplante hepático: hepatectomía con preservación de vena cava. Anastomosis portocava: NO. Anastomosis cavo-cava latero-lateral. Anastomosis portal termino-terminal con factor crecimiento (GF). Variación arterial: arteria hepática común de tronco común con AMS donante. Anastomosis arterial: HC receptor-HC donante. Anastomosis biliar terminoterminal sin tubo en T. Desde el punto de vista anestésico, hipotensión muy severa que precisa de dosis crecientes de vasopresores, además de bolos de efedrina y fenilefrina. Recuperación satisfactoria. Drenaje aspirativo.

**Resultados:** Postoperatorio inmediato sin incidencias. 1. Terapia inmunosupresora: tacrolimus y corticoides. 2. Eco-doppler día +1 y +7 sin alteraciones significativas. 3. Seguimiento inmediato con función hepática normal.

**Conclusiones:** Los recientes cambios en el marco legal, en la línea del proyecto de ley 121/000132, han posibilitado el desarrollo y la utilización de injertos hepáticos procedentes de donantes de asistolia controlada. El caso realizado en nuestra unidad presentó varios aspectos técnicos relevantes. En primer lugar, la utilización de la recirculación normotérmica previa a la perfusión con HTK. El receptor presentaba síndrome de Budd-Chiari crónico, por lo que fue necesario realizar la anastomosis venosa cavo-cava latero lateral debido al escaso calibre de la cava y las venas suprahepáticas fibrosadas no permeables. Además, el donante presentó una rara variante arterial: Arteria hepática procedente de la arteria mesentérica superior, en tronco común con la arteria esplénica y gástrica, que no determinó problemas en la anastomosis arterial

durante el procedimiento. Aunque todavía no presentemos un seguimiento a largo plazo, los resultados en el postoperatorio a corto y medio plazo han sido muy satisfactorios, lo que determina el éxito de la cirugía. Nuestra intención, al igual que la mayoría de los grupos trasplantadores de nuestro país, es potenciar y desarrollar este tipo de donación para ampliar el pool de donantes.