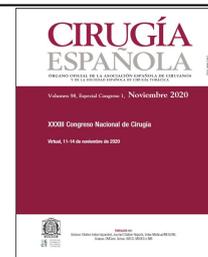




# Cirugía Española



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

## P-557 - RETRASPLANTE HEPÁTICO CON TRASPLANTE RENAL SIMULTÁNEO. SERIE DE CASOS

González González, Lucía<sup>1</sup>; Caso Maestro, Óscar<sup>1</sup>; García Caspueñas, Sandra<sup>1</sup>; Fernández Fernández, Clara<sup>1</sup>; Marcacuzco Quinto, Alberto<sup>1</sup>; Justo Alonso, Iago<sup>1</sup>; Martínez Caballero, Javier<sup>2</sup>; Loinaz Seguro, Carmelo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid; <sup>2</sup>Hospital Comarcal los Santos Reyes, Aranda de Duero.

### Resumen

**Objetivos:** Evaluar los resultados del trasplante hepático (TH) con trasplante renal simultáneo (RTHR) en un hospital con alto volumen de trasplante de órganos.

**Métodos:** Revisión retrospectiva de los pacientes que recibieron trasplante simultáneo hepatorenal siendo el hepático un trasplante (RTHR), entre los años 1986 que se inició el programa de trasplante y enero de 2020. La información es obtenida y analizada de forma anónima desde las historias clínicas de los pacientes.

**Resultados:** Desde el comienzo del programa de TH se realizan 9 RTHR. Se trata de 7 varones y 2 mujeres con rango de edades entre 37-70 años. La indicación del primer TH fue en 4 casos cirrosis VHC, 4 casos cirrosis alcohólica y 1 caso de cirrosis criptogénica. El re-TH fue motivado en un 44% a infección VHC (de novo y recidivas), un 33% secundario a rechazo crónica del TH, un 11% por colangiopatía isquémica y cirrosis de causa desconocida el caso restante. La causa de fallo renal fue en un 44% la toxicidad por ICN, un 33% el síndrome hepatorenal y el resto por GN membranoproliferativa y nefropatía amiloidótica (11,1% cada uno). El 67% de los pacientes precisaron diálisis antes del RTHR. En cuanto a la indicación del RTHR estuvo marcada en el 88% de los casos por la enfermedad hepática, solo 1 de los casos se debía a fallo renal. Como complicaciones tempranas hay que destacar que se reintervino a dos pacientes por sangrado y a un tercero por fístula biliar (33%); y fallecieron dos pacientes por sepsis, MELD de 33 y 38 respectivamente, (22% mortalidad). A largo plazo dos pacientes requirieron trasplante renal, por tumor de novo uno y disfunción crónica del injerto el otro; tres pacientes presentaron episodios de rechazo hepático agudo; y uno estenosis de vía biliar. Los datos de los donantes, la intervención, la inmunosupresión y complicaciones se muestran en la tabla.

Tabla 1.		n=9 (abril 1986-ene 2020)				
Técnica quirúrgica	Tipo donante	Muerte encefálica 9 (100%)		Donante	Edad (años)	49±12 (29-66)
	Mismo donante hepático/renal	9 (100%)			Peso (kg)	79±9 (65-95)
	Diálisis intraoperatoria	9 (100%)			Incompatibilidades HLA	5±1 (4-6)
	Compatibilidad ABO (isogrupo)	9 (100%)			Creatinina (mg/dl)	0,9±0,4 (0,5-1,7)
	Tiempo isquemia fría hepática (min)	309±100 (180-498)			GOT (UI/l)	83±37 (41-148)
	Tiempo isquemia caliente hepática (min)	57±20 (45-110)			GPT (UI/l) (mediana)	31 (64)
	Cocentrados hematíes (mediana)	9 (20)			Tipo donante	Muerte encefálica 9 (100%)
	Plasma fresco congelado (mediana)	13 (13)			Mismo donante ambos injertos	9 (100%)
	Pool plaquetas (mediana)	2 (4)			Causa éxito	TCE 6 (66,6%) ACVA 2 (22,2%) Anoxia 1 (11,2%)
	Localización riñón	FII 6 (66,6%) FID 4 (33,4%)				
Complicaciones	Complicaciones quirúrgicas	3 (33,3%)		Inmunosupresión	Inducción IMS	No 5 (55,5%) Timoglobulina 3 (33,3%) Simulect 1 (11,2%)
	Tipo complicaciones quirúrgicas	Hemorragia 2 (22,2%) Fistula biliar 1 (11,1%) Estenosis biliar 1 (11,1%)			IMS mantenimiento	Tacro+MMF+esteroides 8 (88,8%) CsA+AZA+esteroides 1 (11,1%)
	Complicaciones infecciosas	3 (33,3%)				
	Reintervención	3 (33,3%)				
	Rechazo agudo	3 (33,3%)				
	Retrasplante hepático	0				
	Retrasplante renal	2 (22,2%)				
	Causas retrasplante renal	1 disfunción crónica 1 tumor de novo en el injerto renal				
	Éxito	2 (22,2%) ...los dos se producen por complicaciones infecciosas inmediatas en el primer mes...ambos tienen MELD de 33 y 38 respectivamente.				
	Causas de éxito	2 sepsis				
Seguimiento (mediana)	16 (140)					

**Conclusiones:** En una población como la nuestra, con una elevada supervivencia a largo plazo de los trasplantados hepáticos, el número de retrasplante y de insuficiencia renal postrasplante aumenta año tras año. Se ha observado que la insuficiencia renal y el tratamiento con diálisis aumenta el riesgo de morbilidad y mortalidad comparado con el trasplante hepatorenal. El retrasplante hepático con trasplante renal simultáneo se trata de una intervención técnicamente más compleja, lo que puede verse reflejado en las necesidades de transfusión de hematíes, plaquetas y plasma intraoperatorio, así como en la morbimortalidad precoz. En estos casos es particularmente importante la correcta indicación quirúrgica que en nuestro centro se realiza según consenso de comité multidisciplinar de trasplante, y la elección correcta del donante. De no ser así, tanto la bibliografía como nuestros datos demuestran unas elevadas tasas de morbimortalidad. Una vez superados los primeros 30 días en los pacientes que hemos seguido a largo plazo los resultados son superponibles al retrasplante hepático habitual. Se precisa una n mayor, así como un seguimiento a largo plazo de todos nuestros pacientes para extraer conclusiones estadísticamente significativas.