



# Cirugía Española



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

## P-546 - SHUNT ESPLENORENAL GIGANTE EN PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA

Revollo, Ivía; Gallarín Salamanca, Isabel; Blanco, Gerardo; Barzola, Ernesto

Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

### Resumen

**Objetivos:** No existe un algoritmo para el manejo de los shunt esplenorrenales antes, durante o después del trasplante hepático y la eficacia de los distintos tratamientos es limitada. El objetivo es presentar un caso clínico de shunt esplenorrenal gigante tratado con ligadura intraoperatoria. Se realiza búsqueda bibliográfica con palabras clave "Shunt" y "esplenoportal", "gigante" "cirrosis hepática", "trasplante hepático". Se describe un caso clínico con apoyo de imágenes.

**Caso clínico:** Varón de 54 años con cirrosis hepática alcohólica, varices esofágicas grado I y gastropatía hipertensiva, MELD 17. TAC abdominal pretrasplante mostró trombosis parcial de vena porta. Marcado desarrollo de circulación colateral shunt esplenorenal espontáneo y esplenomegalia. El paciente fue sometido a trasplante hepático ortotópico. La edad del donante fue de 56 Años y la calidad de órgano fue calificado como "Valido" por el cirujano extractor. Hallándose trombosis completa portal hasta el confluencia esplenomesentérica y gruesos shunts esplenorenal el mayor de 3 cm. Se realiza tromboendovenectomía con eversion portal consiguiendo flujo escaso por lo cual se realiza ligadura de shunt esplenorenal con mejoría del flujo portal. Tiempo de isquemia total fue 7 horas 37 min. Y el tiempo de isquemia caliente fue de 37 min. La ecografía doppler postoperatoria (día +1), mostro buen flujo portal.

**Discusión:** La presencia de shunt esplenorrenal (14 al 21% de los pacientes con cirrosis hepática) puede conducir a flujo portal insuficiente tras el trasplante hepático ortotópico que se asocia con hipoperfusión hepática y disminución de la supervivencia del aloinjerto. En pacientes con shunt esplenorrenal y bajo flujo portal se debe intentar la ligadura directa o ligadura de la vena renal izquierda en la vena cava inferior para optimizar la perfusión portal del hígado. La elección del tratamiento debe basarse no sólo en la capacidad de identificar y ligar los vasos de derivación sino también de las características especiales del paciente y de la experiencia del cirujano.