



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

## V-009 - TRASPLANTE HEPÁTICO AUXILIAR INFANTIL POR METABOLOPATÍA CON EXTRACCIÓN PURAMENTE LAPAROSCÓPICA DE DONANTE VIVO RELACIONADO

Ciria Bru, Rubén; López Cillero, Pedro; Gómez Luque, Irene; Ayllón Terán, María Dolores; Luque Molina, Antonio; Gómez Serrano, Joaquín; Rodríguez Salas, Mónica; Briceño Delgado, Javier

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

### Resumen

**Objetivos:** El trasplante hepático auxiliar para metabolopatías no cirróticas es una indicación poco realizada. No obstante, sus ventajas son principalmente la mejor recuperación del enfermo, la posibilidad de retirada del injerto en caso de fallo primario y la potencial supresión de la inmunosupresión en caso de éxito de las terapias génicas a largo plazo. Presentamos el primer caso realizado en España de trasplante hepático auxiliar por metabolopatía procedente de extracción puramente laparoscópica de donante vivo relacionado.

**Métodos:** Se presentan los aspectos técnicos más relevantes de un caso de donación de vivo hepática puramente laparoscópica y su posterior implante en posición ortotópica tras hepatectomía izquierda en un paciente de 11 años diagnosticada de metabolopatía (déficit de OTC).

**Resultados:** El injerto hepático (sector lateral izquierdo) procedía de donante vivo-relacionado (madre) extraído por abordaje puramente laparoscópico sin complicaciones. La edad de la receptora fue de 11 años, ingresada por empeoramiento de su función hepática por desorden metabólico que consistía en el déficit de la enzima OTC, con impedimento casi total para la ingesta proteica. El tiempo quirúrgico del implante fue de 560 min. Se realizó hepatectomía izquierda y el injerto fue colocado en posición ortotópica con anastomosis arterial con injerto criopreservado, y anastomosis hepato-yeyunal. Se realizó modulación portal en el mismo acto quirúrgico para evitar un secuestro de flujo portal del hígado nativo. Dado que las cifras de amonio en el postrasplante inmediato presentaban niveles por encima del rango de normalidad, se realizó nueva modulación portal hasta conseguir una ratio en torno a 6/9-6/10 mmHg y así poder derivar la mayor parte del flujo hacia el injerto. La donante fue dada de alta al 4º día postoperatorio y la receptora a los 23 días con buena función del injerto y sin complicaciones tras la remodulación portal. Actualmente la receptora puede hacer una ingesta normal de proteínas en su dieta.

**Conclusiones:** El trasplante hepático auxiliar actúa como un puente que proporciona una función hepática correcta hasta la regeneración del hígado nativo del receptor. La modulación portal del hígado nativo debe ser realizada para evitar el robo del flujo portal al injerto implantado. Este tipo de trasplante está indicado en el fallo hepático fulminante (si existe oportunidad de recuperación del hígado nativo) y diversas metabolopatías. El trasplante hepático auxiliar debe ser considerado como una opción terapéutica de trasplante hepático en los casos en los que este indicado. Además de la técnica en los receptores, la extracción puramente laparoscópica para donante vivo hepático es el procedimiento estándar en nuestro centro.