



www.elsevier.es/cirugia

P-203 - USO DE LAS DERIVACIONES PERITONEO-VENOSAS PARA EL MANEJO DE LA ASCITIS REFRACTARIA DE ORIGEN HEPÁTICO

Ciria Bru, Rubén; Gómez Luque, Irene; Ayllón Terán, María Dolores; Alconchel Gago, Felipe; Luna Herreras, Miguel; Luque Molina, Antonio; López Cillero, Pedro; Briceño Delgado, Javier

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Resumen

Introducción y objetivos: La ascitis refractaria (AR) es una complicación de las etapas finales de la cirrosis hepática. Las guías de manejo de la ascitis contemplan dos modalidades de tratamiento: la colocación de TIPS o el tratamiento intensivo con diuréticos junto con paracentesis repetidas. La colocación de TIPS no está exenta de riesgos y está contraindicada en enfermos con cirrosis avanzada y antecedentes de encefalopatía. Las paracentesis repetidas dan lugar a numerosos ingresos, desnutrición importante, insuficiencia renal y complicaciones como hemoperitoneo, perforación intestinal e infecciones, así como una merma en la calidad de vida muy significativa. Las derivaciones peritoneo-venosas (DPV), bien con shunt de Denver (sD), bien con derivación safeno-peritoneal (dSP), son técnicas antiguas en desuso que deberían ser contempladas como alternativas válidas, especialmente en la actualidad, con el avance importante del manejo anestésico y la técnica quirúrgica.

Métodos: En nuestro centro, se ofrece la realización de DPV en pacientes con insuficiencia hepática crónica, AR y resistencia a tratamiento diurético con contraindicación para TIPS. Todos los procedimientos se realizan bajo anestesia general y con control radiológico. Se accede a la cavidad peritoneal mediante una incisión subcostal extrayendo la ascitis; tras ello un túnel subcutáneo se coloca hasta la vena subclavia donde el shunt es emplazado (acceso a aurícula derecha). En el caso de dSP, se realiza anastomosis término-lateral entre el peritoneo inguinal izquierdo y la vena safena izquierda desfuncionalizada.

Resultados: Se realizaron 7 procedimientos sobre 5 pacientes (6 implantaciones de sD y una dSP desde el año 2013. La edad media fue de 61 años (54-68). La indicación fue establecida en pacientes con AR, no candidatos a TIPS, sin opción a trasplante hepático en 3 casos y en 2 para mejora de la función renal y de la calidad de vida en estado activo en lista de espera. En un caso la cirugía se acompañó de hernioplastia inguinal por hernia gigante que impedía una calidad de vida aceptable. Un caso presentó episodio de insuficiencia renal aguda postoperatoria que remitió con tratamiento médico. La estancia media fue de 6,5 días (3-12). Un caso requirió colocación de shunt contralateral por obstrucción del mismo a los 8 meses y una posterior dSP con fallecimiento durante el postoperatorio por descompensación hepática tras paracentesis traumática con hemoperitoneo. Otra paciente falleció por empeoramiento de la función hepática con posterior fallo multiorgánico a los 24 meses de su colocación. La ascitis fue bien controlada en 4 de los 5 pacientes en revisiones hasta los 48 meses. Se observó una reducción de dosis de diuréticos, paracentesis ocasionales, estabilidad de peso y mejora de calidad de vida medida por el test específico de ascitis refractaria (ASI-7).

Conclusiones: Las DPV son una opción terapéutica útil para la resolución de los pacientes con AR que presentan resistencia a terapias conservadoras, existiendo una significativa reducción de las necesidades de dosis diuréticas a la vez que una reducción drástica de paracentesis posteriores y una mejora muy importante de la calidad de vida.