



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

## P-690 - TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTE CON TROMBOSIS PORTAL, CAVERNOMATOSIS Y SHUNTS PORTO-SISTÉMICOS

Fernández Cepedal, Lara; Gastaca Mateo, Mikel; Ventoso, Alberto; Ruiz, Patricia; Palomares, Ibone; Prieto, Mikel; Fernández Gómez Cruzado, Laura; Colina, Alberto

Hospital de Cruces, Barakaldo.

### Resumen

**Introducción:** La prevalencia de la trombosis portal durante la evaluación pretrasplante se encuentra entre un 5-26%, siendo en la mayor parte de los casos una trombosis parcial. Un buen estudio de imagen, basado en el angioTAC, es esencial para una correcta planificación. La presencia de una trombosis portal aumenta las dificultades técnicas, no siendo una contraindicación para el trasplante, ya que existen distintas opciones quirúrgicas en función de las características del trombo y de su extensión.

**Caso clínico:** Paciente de 56 años cirrosis VHC Child A6 con HTP, respuesta viral sostenida e imagen nodular en SVI sin criterios estrictos de HCC. En TAC pretrasplante se apreciaba una trombosis portal (grado II de Yerdel) con cavernomatosis, múltiples varices en región periesofágica dependientes de variz de vena coronaria y un shunt mesocava entre vena mesentérica y vena gonadal derecha. Durante el trasplante hepático se confirmaron los hallazgos radiológicos. Se realiza hepatectomía con preservación de cava. Anastomosis superior a las tres suprahepáticas, con anastomosis portal entre la porta del donante, en su confluencia con la VMS y esplénica, y la confluencia de VMS y esplénica del receptor previa extirpación del segmento trombosado. Tras la anastomosis, el flujo portal fue 409 ml/min, subiendo hasta 922 ml/min tras el clampaje de la vena coronaria y la vena gonadal derecha. Al finalizar la intervención y tras ligadura de la vena coronaria y el cierre mediante sutura mecánica de la vena gonadal, los flujos arterial y venoso fueron 282 ml/min y 1.540 l/min, respectivamente. El diagnóstico preoperatorio de la trombosis es esencial para iniciar un tratamiento que permite repermeabilizar la porta hasta un 60% si se inicia precozmente. Según el grado de trombosis existen distintas opciones técnicas. En caso de grado I la anastomosis con o sin realización de una trombectomía suele tener buenos resultados. En casos de grado II o III podemos intentar una trombectomía para realizar una anastomosis porto-portal si la vena porta es utilizable. En caso de vena porta atrófica, podemos resecar la vena y sustituirla por la vena porta donante o por un injerto. Si no fuera posible, debemos conseguir flujo mediante anastomosis meso-portal o reno-portal si existe shunt esplenorenal. Las trombosis grado IV suponen un gran reto quirúrgico con necesidad, en ocasiones de hemitransposiciones de cava o de trasplante multivisceral. Los resultados son peores cuando el flujo portal final no es fisiológico. La realización de un shunt porto-cava temporal puede ayudarnos a estudiar los flujos con antelación a la reperfusión del injerto. Es aconsejable cerrar los shunts porto-sistémicos de gran calibre para asegurar el flujo. Resulta indispensable un medidor de flujo para controlar la adecuada perfusión del injerto.

**Discusión:** La trombosis portal es una complicación frecuente en cirróticos. Aunque no es una contraindicación para el trasplante, supone una mayor exigencia diagnóstica y técnica. La presencia de shunts porto-sistémicos debe ser estudiada y valorar su cierre en función de su magnitud.