



## O-380 - TROMBOSIS ARTERIAL TARDÍA EN EL TRASPLANTE HEPÁTICO, ¿RETRASPLANTE O MANEJO CONSERVADOR?

García Picazo, Alberto; Caso Maestro, Óscar; Justo Alonso, Iago; Vega Novillo, Viviana; Fernández Noël, Silvia; Navarro Fajardo, David; Lavín Montoro, Lucía; Loinaz Segurola, Carmelo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** La trombosis de la arteria hepática (TAH) es una complicación poco frecuente (10%) del trasplante hepático (TH). Cuando ocurre de forma precoz y se asocia a fallo hepático (FH), la única alternativa terapéutica es el retrasplante (RTH) urgente, sin embargo, si ocurre de forma tardía o sin asociarse a FH el tratamiento puede variar desde el manejo conservador hasta el retrasplante. El objetivo del estudio es analizar las diferencias entre pacientes que desarrollan una TAH tardía con evolución favorable y otros con tórpida.

**Métodos:** Estudio observacional y retrospectivo de pacientes transplantados en nuestra unidad entre enero 2010 y diciembre 2019 que tuvieron una TAH no asociada a FH y por lo tanto fueron subsidiarios de tratamiento conservador. Identificamos un total de 45 pacientes. De ellos, 27 (grupo A) tuvieron una evolución favorable con el tratamiento conservador y 18 (grupo B) requirieron la realización de un retrasplante o fallecieron a causa de las complicaciones desencadenadas por la TAH. Se analizaron múltiples variables del donante, del receptor, perioperatorias y de morbimortalidad y realizamos un estudio comparativo entre ambos grupos.

**Resultados:** La edad, el sexo del receptor, causas de cirrosis y la presencia de CHC fue similar entre ambos grupos. Tampoco se encontraron diferencias en la técnica utilizada para la anastomosis arterial, la localización de la misma tanto en el injerto como en el receptor o la existencia de variantes anatómicas. La incidencia global de TAH fue del 5,6% y de estenosis del 1,6%, mientras que en el grupo A fue 67% y 33%, respecto al B 94% y 6% ( $p = 0,05$ ). La ecografía-doppler fue el método diagnóstico más frecuente (67%). El tiempo medio hasta el diagnóstico fue de  $7,5 \pm 3$  días, similar entre ambos grupos. La presencia de síntomas biliares al debut fue más frecuente en el grupo B (A: 56%, B: 89%,  $p = 0,05$ ). En el A los pacientes no tuvieron síntomas biliares graves, sino leves (estenosis o colangitis), mientras que en el B el 55,6% tuvieron graves (sepsis, absceso hepático o colangiopatía isquémica) ( $p = 0,00$ ). La tasa de colangiopatía isquémica fue del 22% en el grupo A y del 72% en el B ( $p = 0,05$ ). En el tratamiento, el 18% de los pacientes se revascularizaron quirúrgicamente o intervencionista, presentando una evolución favorable ( $p = 0,005$ ) en aquellos que fue exitosa (Grupo A). La supervivencia del paciente a 1,3 y 5 años fue 96,3%, 87,1% y 81,7% en el grupo A y 61,1%, 61,1% y 61,1% respectivamente en el B, ( $p = 0,02$ ); y la supervivencia del injerto a 1,3 y 5 años fue 96,3%, 87,1% y 87,1% en el A y 61,1%, 50% y 44,4% respectivamente en el B, ( $p = 0,00$ ).

**Conclusiones:** La TAH tardía sin FH asociado es una complicación grave del TH. El fracaso de las técnicas de revascularización, la colangiopatía isquémica y el desarrollo de síntomas biliares graves (sepsis biliar o

absceso hepático) se relacionó con una evolución mala, por lo que en estos pacientes habría que plantear si la realización de un retrasplante precoz tendría mejores resultados.