



P-030 - UTILIZACIÓN DE LA OXIGENACIÓN POR MEMBRANA EXTRACORPÓREA PARA TRATAMIENTO DE RESCATE DEL SÍNDROME HEPATOPULMONAR REFRACTARIO TRAS EL TRASPLANTE HEPÁTICO

Sánchez Pérez, Belinda; Pérez Reyes, María; Santoyo Villalba, Julio; Pérez Daga, Jose Antonio; Aranda Narvaez, Jose Manuel; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: El síndrome hepatopulmonar (SHP) es una complicación de la enfermedad terminal hepática. La incidencia de SHP en pacientes con cirrosis es del 10-30%. El trasplante hepático (TH) puede revertir la fisiopatología de este proceso y restaurar la oxigenación normal en los receptores. Sin embargo, en algunos casos persiste una hipoxemia refractaria a pesar de los tratamientos de apoyo. La oxigenación por membrana extracorpórea (ECMO) se ha utilizado como medida de rescate con buenos resultados.

Caso clínico: Paciente 59 años AP: Cirrosis hepática de origen enólico con datos de HTP. Buena función hepática (MELD 12, Child: B7). Insuficiencia respiratoria crónica. Patrón ventilatorio restrictivo leve. Hiperreactividad bronquial (test BD positivo previo). SHP. Fibrosis pulmonar de lenta evolución. Test macroagregados albumina > 30. Espirometría: FEV1 78%, FVC 74%, FEV1/FVC 81%. DLCO 42%. KCO 57% Oxígeno domiciliario a 2l/min al menos 16 horas al día. Oxígeno portátil para deambular. Saturación basal (SatO₂) 82%. Indicación de trasplante: síndrome hepatopulmonar. Inclusión en lista: 7/3/22. Se realizó TH con donante cadavérico isogrupo. Se realizó *shunt* portocava temporal y técnica de *pigg-back*. Paciente ingreso en UCI y fue extubado en las primeras 24 h. Preciso rápidamente gafas de alto flujo y se fue escalando hacia ventilación no invasiva (VMNI) + óxido nítrico inhalado. A las 72 h precisa reintubación por hipoxemia marcada. Se realiza ventilación mecánica protectora con FiO₂ elevadas, se mantiene óxido nítrico inhalado y apoyo con iloprost inhalado con lo que alcanza SatO₂: 88-92%. Tras la falta de respuesta a las terapias de apoyo se decide colocación de ECMO venovenosa. Se mantuvo durante 9 días constando de forma progresiva mejoría del *shunt* derecha-izquierda y obteniendo mejores oxemias. Se extubó al décimo día con apoyo de ONAF. Evolucionó excelentemente hasta desescalar a gafas nasales convencionales en 48 h. Fue dado de alta de UCI a los 20 días posoperatorios (DPO) con SaO₂: 90-92%. Desde el punto de vista hepático destacó la necesidad de reciclaje esteroideo en dos ocasiones por RCA durante su estancia en UVI. Fue alta hospitalaria a los 27 DPO, asintomático desde el punto de vista respiratorio, manteniendo SatO₂: 89-90% con muy buena tolerancia.

Discusión: La utilización de ECMO para SHP refractarios al TH está escasamente descrito en la literatura (17 casos y solo 9 en adultos). A pesar de ello, en base a los buenos resultados observados, al igual que en nuestro caso, podemos decir que la ECMO es una estrategia que puede convertirse en el eje central del tratamiento para pacientes con SHP e hipoxemia refractaria tras el TH.