



V-058 - RETRASPLANTE HEPÁTICO URGENTE CON INJERTO REDUCIDO DURANTE LA PRESERVACIÓN DINÁMICA EN FRÍO

Robles Bardales, Christian Jorge; Tonina, Emilio; Saavedra, Sandra; López-Boado, Miguel; Colmenero, Jordi; Fundora, Yiliam

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Introducción: En el trasplante hepático en adultos, la reducción del injerto es poco frecuente debido a la disponibilidad de donantes compatibles, aunque en casos urgentes no siempre se puede esperar. El síndrome de Large-for-Size (LFS) aparece cuando el injerto excede el tamaño adecuado para la cavidad abdominal del receptor. Son determinantes: el hipocondrio derecho es un espacio semirrígido delimitado por costillas, estómago, diafragma y colon. Segundo, aunque los hígados no tienen una forma exacta, los segmentos centrales (S4, S5 y S8) son los más prominentes en sentido anterior-posterior. Su compresión entre costillas y columna puede causar necrosis hepática y obstrucción venosa, lo que aumenta el riesgo de complicaciones graves y una mortalidad de hasta el 16%.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente de 63 años, 55 kg y 160 cm, con cirrosis hepática Child-B de origen metabólico, sometida a trasplante hepático en febrero de 2025. Durante la cirugía se evidenció fibrosis en la vena porta, requiriendo tromboendovenectomía y anastomosis primaria. En el posoperatorio inmediato presentó elevación de transaminasas, hiperbilirrubinemia y trastornos en la coagulación, indicando una disfunción grave del injerto, pese a la permeabilidad de los vasos. Al tercer día, se realizó una laparotomía exploradora que mostró un hígado congestivo. La biopsia reveló necrosis coagulativa extensa y se diagnosticó fallo primario del injerto, siendo incluida como urgencia 0 para un nuevo trasplante. Se aceptó un donante con muerte encefálica del mismo grupo sanguíneo, con 20 cm más de estatura y un 30% más de peso. El injerto, de 1.900 g, fue trasladado en avión. La evaluación prequirúrgica estimó un diámetro anteroposterior de 11 cm en el hipocondrio derecho de la receptora, por lo que se decidió realizar una reducción hepática *ex situ*. Se resecaron los segmentos 6 y 7 (S6-7), utilizando la técnica de preservación dinámica dual en hipotermia (DHOPE XVIVO®), con disector ultrasónico CUSA® y solución Pump Protect®. El injerto se mantuvo hemodinámicamente estable, con presión portal de 5 mmHg y flujo adecuado, a 6-8 °C. El peso final fue de 1.670 g. El tiempo de isquemia fría previo al DHOPE fue de 265 minutos. Mientras se realizaba la reducción, se inició la cirugía del receptor con técnica *piggyback* y *shunt* portocava temporal. La perfusión fue homogénea, sin repercusión hemodinámica ni fugas biliares. La ecografía posoperatoria mostró un injerto homogéneo, sin alteraciones vasculares y un hematoma que resolvió espontáneamente. La función hepática se normalizó en la primera semana. La paciente desarrolló infección respiratoria oportunista y fracaso renal agudo con requerimiento de terapia sustitutiva, y una miopatía del paciente crítico prolongó su hospitalización. Actualmente está en rehabilitación.

Discusión: La reducción hepática ex situ debe considerarse en pacientes con riesgo de síndrome de *Large-for-Size*, particularmente cuando existe una discrepancia anatómica significativa entre donante y receptor. En este caso, la reducción de los segmentos 6 y 7 permitió adaptar el injerto al espacio abdominal, evitando el síndrome compartimental y garantizando la viabilidad del órgano.