



VC-132 - TRASPLANTE HEPÁTICO CON EMPLEO DE ECMO POR HEMANGIOMA HEPÁTICO GIGANTE

Álvarez Sáez, Arantxa; Serrano Molina, Alba; Gutiérrez Sánchez, Carmen; Martínez Chicote, Cristina; Boscà Robledo, Andrea; Calatayud Mizrahi, David; Montalvá Orón, Eva; López Andújar, Rafael

Hospital La Fe, Valencia.

Resumen

Introducción: Se trata de un hombre de 54 años diagnosticado de un hemangioma cavernoso gigante, con un intento de resección en otro hospital tras embolización de la arteria hepática derecha. La biopsia del hígado sano remanente informa de hiperplasia nodular regenerativa. Tras valoración en comité multidisciplinar y estudio pretrasplante completo se consensua trasplante hepático con técnica clásica. Debido a la magnitud del hemangioma y la previsión de dificultad en el control hemodinámico intraoperatorio, se planificó el soporte con ECMO veno-venoso antes de iniciar la cirugía.

Caso clínico: Se canalizan la vena femoral y yugular interna derechas para la derivación extracorpórea, lo que permite una mayor seguridad y control durante la intervención. Acceso con laparotomía subcostal e identificación del hemangioma hepático gigante que ocupa todo el lóbulo derecho y parte del izquierdo, con importantes adherencias y compresión de estructuras adyacentes. Con el paciente ya en soporte con ECMO, se inicia la disección del hilio hepático con ligadura de la arteria hepática izquierda, la vía biliar común, la arteria hepática derecha y la vena porta. Tras ello, se realiza la canulación de la vena porta como parte del circuito del ECMO, permitiendo la derivación efectiva del retorno venoso portal y mejorando el control hemodinámico. Durante la liberación del hígado, en el momento de la disección del ligamento falciforme, se produce un sangrado importante a nivel de la entrada de las venas suprahepáticas a vena cava superior. Esto obliga a realizar un clampaje prematuro de la vena cava infra y suprahepática. Dicha maniobra es posible y bien tolerada gracias al soporte con ECMO, que mantiene la estabilidad hemodinámica del paciente. Una vez controlado el sangrado, se completa la liberación de la cava retrohepática. Finalmente se completa la hepatectomía con la sección de la vena cava y se finaliza la hepatectomía total. Se realiza el injerto hepático ortotópico, primeramente la anastomosis de la vena cava inferior, tanto suprahepática como infrahepática con sutura continua terminoterminal con Prolene 4/0 tanto en la cara anterior como en la posterior. Posteriormente, se retira la cánula portal y se anastomosan la vena porta con sutura continua posterior y sutura continua anterior con Prolene 5/0. Durante el anudado de la sutura se deja un factor de crecimiento permitiendo que al desclampar se produzca una reexpansión venosa progresiva del injerto. Seguidamente se realiza la anastomosis de la arteria hepática propia del receptor y la arteria hepática común del donante con Prolene 7/0. Se constata un flujo adecuado del injerto con flujómetro en la vena porta y en la anastomosis arterial. La hemodinámica del paciente permanece estable y se retira progresivamente el soporte con ECMO.

Discusión: Tras comprobar hemostasia y adecuada perfusión del injerto, se realiza el cierre por planos. El paciente es trasladado a reanimación para seguimiento posoperatorio. Este caso destaca la utilidad del soporte con ECMO en trasplantes hepáticos complejos con compromiso hemodinámico severo y dificultades anatómicas.