



www.elsevier.es/cirugia

P-199 - BYPASS AORTOHEPÁTICO CON PRÓTESIS VASCULAR COMO TRATAMIENTO DE LA TROMBOSIS ARTERIAL TRAS TRASPLANTE HEPÁTICO

Fernández Segovia, Elena; Triguero Cabrera, Jennifer; Navarro Sánchez, Daniel; Villegas Herrera, Trinidad; Muffak Granero, Karim; Villar del Moral, Jesús; Jiménez Ríos, José Antonio

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Introducción: Las complicaciones vasculares constituyen una fuente importante de morbilidad tras trasplante hepático (TH), con una mortalidad del 60%. La trombosis de la arteria hepática (TAH) es una de las principales causas de fallo hepático postrasplante y se diagnostica mediante ecografía *doppler*. La actitud terapéutica depende del grado de trombosis y la repercusión clínica, e incluye trombolisis, angioplastia percutánea, revascularización quirúrgica, retransplante o terapia anticoagulante.

Caso clínico: Presentamos el caso de un paciente con diagnóstico de cirrosis hepática de etiología enólica, sometido a TH con injerto procedente de donante cadáver. En el postoperatorio inmediato presentó trombosis aguda completa del tronco celíaco (TC) del receptor y arteria hepática (AH) del donante, que se trató mediante bypass aortohepático con prótesis vascular sobre aorta infrarenal. Varón de 69 años, con antecedentes personales de diabetes mellitus tipo 1 y fibrilación auricular, en lista de espera para TH por cirrosis enólica estadio Child Pugh C-10 y puntaje MELD de 16. En la tomografía axial computarizada (TAC) pretrasplante se halló ateromatosis en tronco celíaco y arteria hepática común. Fue sometido a TH según técnica piggy-back, constatándose escaso flujo arterial tras realizar la anastomosis entre AH del donante y hepática común del receptor. Tras introducir un catéter Fogarty a través del muñón de la arteria gastroduodenal del injerto, se detectó un largo segmento estenótico que incluía la arteria hepática común y el TC del receptor. Tras varios intentos de dilatación con balón sin éxito, se decidió colocar intraoperatoriamente un stent de 3 cm de longitud y 6 mm de calibre en la zona estenótica, con ayuda de Radiología Intervencionista, con buen flujo posterior. La ecografía *doppler* realizada 12 horas tras la cirugía mostró ausencia de flujo arterial intrahepático, secundario a trombosis completa desde la AH del donante hasta TC del receptor. Se decidió reintervención quirúrgica urgente, con hallazgo de gran trombo que afectaba al segmento arterial descrito, por lo que se realizó un bypass entre la aorta infrarenal del receptor y la AH del donante, mediante colocación de prótesis de PTFE de 6 mm de calibre proximal y 4 mm de distal, tunelizada a nivel retromesentérico. Tras la reintervención, el paciente evolucionó de forma favorable, con flujo arterial hepático óptimo en las ecografías *doppler* realizadas de forma seriada durante el postoperatorio inmediato. Fue dado de alta a la sexta semana postoperatoria sin complicaciones. Tras tres meses de seguimiento no presenta trombosis en las ecografías de control ni alteración analítica hepática, manteniéndose bajo tratamiento con anticoagulantes orales.

Discusión: La TAH es una complicación grave y frecuente tras TH, siendo importante la identificación de factores de riesgo pre e intraoperatorios, así como la realización de ecografía *doppler* seriada y sistemática postrasplante, con el objetivo de asegurar un diagnóstico precoz y una revascularización temprana.

Actualmente, la angioplastia percutánea es la opción menos invasiva para tratar esta complicación, ofreciendo excelentes resultados. No obstante, en determinados pacientes no es suficiente, siendo necesaria la revascularización quirúrgica mediante técnicas como el bypass aortohepático con injerto biológico o uso de prótesis vasculares.