



P-568 - VARIANTES ARTERIALES EN EL INJERTO HEPÁTICO: ¿SUPONEN UN RETO TÉCNICO?

Pérez-Flecha González, Marina; Manrique Municio, Alejandro; García-Conde Delgado, María; Rioja Conde, Paula; Nutu, Oana Anisa; Cambra Molero, Félix; García-Sesma Pérez-Fuentes, Álvaro; Jiménez Romero, Carlos

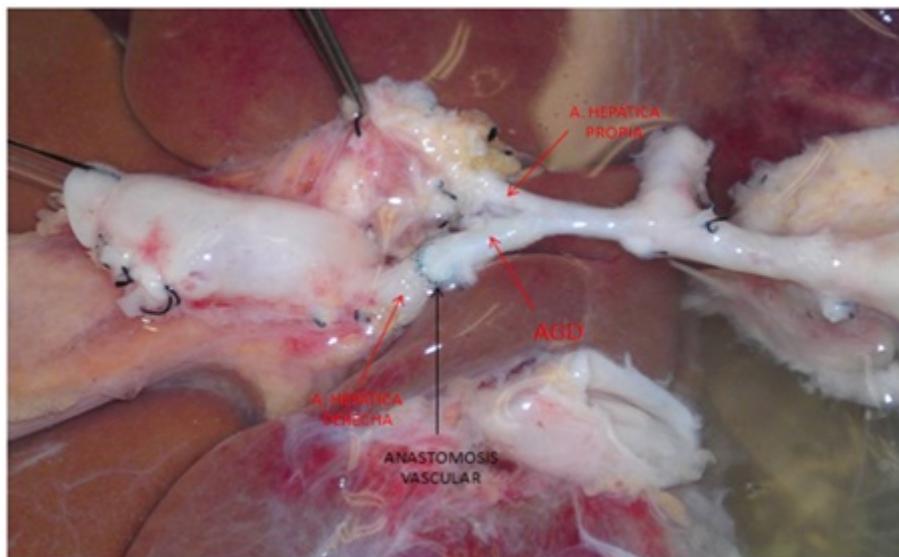
Hospital 12 Octubre, Madrid.

Resumen

Introducción y objetivos: La anatomía arterial del hígado es muy variable. Las clasificaciones de Michels y de Hiatts recogen hasta 10 disposiciones. Es de gran importancia en la cirugía hepática, especialmente en el trasplante. Las variantes arteriales son frecuentes y obligan a modificar la técnica quirúrgica. Durante la extracción multiorgánica se debe asegurar la correcta vascularización hepática, más aún si se considera una extracción pancreática asociada. Puede ser preciso un mayor trabajo en banco con reconstrucciones vasculares.

Métodos: Presentamos las variantes arteriales más frecuentes observadas en la extracción hepática en nuestro centro.

Resultados: La vascularización arterial hepática más frecuente, presente según la literatura en el 51-80%, consiste en una arteria hepática única, rama del tronco celíaco, que se divide posteriormente a nivel del hilio. En el 6-15,5% de los casos, nace una arteria hepática derecha, rama de la mesentérica superior. Es la variante que hemos encontrado con mayor frecuencia en las extracciones. La segunda variante más prevalente consiste en una arteria hepática izquierda, rama de la gástrica izquierda, en el 2,5-10% según las series. Estas dos variantes pueden presentarse de manera combinada e incluso como única vascularización arterial. Otra variable poco prevalente a la que nos hemos enfrentado es una arteria hepática única rama de la arteria gastroduodenal. Finalmente, otra disposición, poco frecuente, es una arteria hepática que nace directamente de la aorta. Esta frecuente variabilidad anatómica ha permitido que la estrategia de reconstrucción y/o anastomosis vascular esté estandarizada. Si existe una arteria hepática derecha, se realizará una anastomosis con la arteria gastroduodenal o con una rama del tronco celíaco del donante. En caso de existir una arteria hepática izquierda, lo habitual es que se realice la anastomosis donante-receptor a nivel del tronco celíaco. Una vascularización arterial exclusiva desde la arteria gastroduodenal obligaría a la disección de las arcadas pancreaticoduodenales hasta la arteria mesentérica superior, debiendo para ello sacrificar el posible injerto pancreático. Finalmente, si la arteria hepática nace directamente de la aorta se tiende a realizar la anastomosis a nivel del parche de aorta. Es importante la obtención de injertos arteriales en la bifurcación iliaca o carotídea del donante por si fueran necesarias reconstrucciones más complejas.



Conclusiones: Las variantes arteriales hepáticas suponen un reto en la cirugía hepática y más especialmente en el trasplante. Algunas obligan a la realización de reconstrucción vascular durante el “banco del injerto”. No identificarlas puede suponer la pérdida del injerto.