



# Cirugía Española



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## V-059 - TRASPLANTE HEPÁTICO EN PACIENTE CON TROMBOSIS PORTAL Y SHUNTS PORTO-SISTÉMICOS

*Gastaca, Mikel; Ventoso, Alberto; Prieto, Mikel; Ruiz, Patricia; Palomares, Ibone; Valdivieso, Andrés*

*Hospital Universitario Cruces, Baracaldo.*

### Resumen

**Introducción:** La trombosis portal y la existencia de shunts porto-sistémicos son hallazgos frecuentes en los pacientes con indicación de trasplante hepático (TH) y suponen un reto para el cirujano. La trombosis portal extensa ha llegado a considerarse como una contraindicación para la realización del TH mientras que la existencia de shunts porto-sistémicos puede dificultar la consecución de un flujo portal adecuado para el injerto hepático.

**Caso clínico:** Presentamos el caso de un paciente de 56 años con diagnóstico de cirrosis VHC, trombosis portal grado 2 de Yerdel y shunts porto-sistémicos a través de la vena coronaria y de un shunt meso-cava. Durante la cirugía, tanto los shunts como la cavernomatosis portal eran fácilmente observables. Se inició la hepatectomía realizando la disección del hilio hepático, ligando las venas en relación con la cavernomatosis portal, las ramas de la arteria hepática y la vía biliar. Se realizó la disección de la vena porta hasta la unión de las venas esplénica, coronaria y mesentérica. Se localizó la entrada en la cava del shunt meso-cava a nivel de la vena gonadal derecha. La trombectomía portal no era posible por lo que, tras realizar la hepatectomía con preservación de la vena cava y la extirpación de la vena porta, se realizó una reconstrucción portal entre la unión de las venas mesentérica superior y esplénica del donante y las tres venas, esplénica, coronaria y mesentérica superior, del receptor. Después se realizó la reconstrucción arterial y biliar. El flujo portal se midió en varias ocasiones durante la intervención: inmediatamente tras la reperusión hepática con y sin clampaje de los shunts (el flujo pasó de aproximadamente 600 cc/min a cerca de 1 litro/min), tras la reconstrucción arterial y al final del procedimiento (flujo final de 1.500 cc/min). Durante el periodo inmediato postrasplante, se sospechó un problema de drenaje venoso en los estudios doppler realizados durante la primera semana por lo que se realizó una toma de presiones hepáticas y una biopsia transyugular. Aunque las presiones no se demostraron como patológicas, la biopsia mostró una congestión venosa centrolubulillar compatible con un problema de drenaje. El paciente fue reoperado y se colocaron dos implantes mamarios en el espacio subfrénico para mantener el injerto en una posición adecuada que permitía un drenaje venoso correcto. El paciente fue dado de alta sin ascitis y con buena función del injerto.