



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-597 - VARIANTES DE LA ANASTOMOSIS ARTERIAL DEL INJERTO HEPÁTICO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Gómez Area, Esther; Jamladi Ammi, Wijdane; Quintela Fandiño, Julia; Gómez Pasantes, Dora; Santos Vietez, Lucía; Guerreiro Caamaño, Aloia; López Domínguez, Carlota

Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña, A Coruña.

Resumen

Introducción: El conocimiento de la anatomía vascular abdominal es esencial para cualquier cirujano general y en el trasplante no es una excepción. Es importante conocer las posibles variantes que pueden presentarse, así como las distintas opciones a la hora de realizar la anastomosis arterial. Presentamos, a continuación, el caso de un trasplante en el cual no se pudo realizar una anastomosis arterial habitual.

Caso clínico: Varón de 53 años, fumador, exbebedor, obeso, con antecedentes de hepatopatía crónica de origen mixto (alcohólico y metabólico) e hipertensión portal trasplantado en septiembre de 2022. Durante la cirugía se objetiva trombosis del tronco celíaco, por lo que se realiza la anastomosis arterial del tronco celíaco del donante a la aorta del receptor. Además presenta trombosis portal, que se trata colocando una prótesis de vena porta a vena esplénica mediante radiología intervencionista intraoperatoria. Al treceavo día posoperatorio es dado de alta con buen funcionamiento del injerto y un ecodoppler normal. Reingresa a los tres meses por disfunción del injerto, con aumento de las transaminasas indicativo de estenosis biliar. Se retira el tubo de Kehr y se libera una prótesis plástica, con mejoría y alta posterior. En la siguiente revisión, a los 2 meses, en consulta se objetiva nuevamente deterioro analítico. En las pruebas de imagen se observa angulación y estenosis de la anastomosis biliar. Se coloca una prótesis plástica de nuevo. La colangioRM muestra una leve dilatación de la vía biliar intrahepática, con estenosis en la rama derecha y angulación de la izquierda, indicativos de fibrosis y trastorno del flujo hepático. Se decide reintervención. En la misma, se observa una estenosis en el conducto hepático común, atribuible a colangiopatía isquémica. Se realiza coledoscopia y una derivación biliar, con alta al séptimo día posoperatorio. Tan solo un mes después, el paciente acude a urgencias con mal estado general y un cuadro compatible con sepsis biliar con abscesos hepáticos asociados. Tras un intento fallido de manejo conservador, se decide retrasplante. En la cirugía se observa colangiopatía isquémica con estenosis de la anastomosis biliar. Se emplea un injerto de arteria ilíaca primitiva e ilíaca externa para la anastomosis arterial entre la aorta infrarrenal del receptor y el origen del tronco celíaco del donante. Se realiza una hepaticoyeyunostomía y se deja un tutor biliar. El ecodoppler postrasplante muestra una vía biliar de calibre normal y vascularización adecuada. El paciente es dado de alta un mes después tras presentar una pancreatitis leve. La anatomía del explante revela esteatosis macrovascular severa, áreas quísticas con material necrótico y bilis, así como fibrosis portal/periportal.

Discusión: La anastomosis arterial es fundamental para proporcionar un aporte vascular óptimo al injerto. Diversas causas pueden impedir que se realice una anastomosis arterial entre la arteria hepática del donante y la del receptor. Es imprescindible conocer alternativas que puedan asegurar la viabilidad del injerto.