



DIAGNÓSTICO Y MANEJO DE LAS COMPLICACIONES VASCULARES DEL TRASPLANTE HEPÁTICO (NIVEL III)

J.I. Bilbao Jaureguizar

Resumen

Objetivos docentes: 1. Estar familiarizado con la anatomía vascular postrasplante. 2. Conocer los signos radiológicos que indiquen la presencia de complicaciones posquirúrgicas. 3. Saber cuáles son las alternativas percutáneas en el tratamiento de las complicaciones vasculares tras trasplante hepático.

Discusión: El trasplante hepático, tanto de donante vivo como de cadáver, supone una situación médica-quirúrgica compleja en la que el éxito se basa en la colaboración multidisciplinar. La imagen diagnóstica es uno de los métodos esenciales y, a la vez, rutinarios para la pronta detección de posibles alteraciones que puedan influir en el deterioro del injerto y en la supervivencia del paciente. La radiología intervencionista debe de estar estrechamente implicada en el manejo de las complicaciones pues su inmediatez, alta eficacia y baja morbilidad, características propias del método, ofrecen un elevado rendimiento terapéutico. Las complicaciones vasculares, aunque infrecuentes, pueden ser devastadoras pues influyen directamente no solo en la supervivencia del injerto sino también del propio paciente. Pueden tener su origen en las conexiones venosas (portal y de drenaje venoso) y arterial. Su manifestación puede ser en forma de estenosis, de trombosis o de fuga. Pueden ser agudas (técnicas) o crónicas y pueden asociarse a lesiones biliares y/o a infecciones (abscesos) locales. Las trombosis arteriales pueden ser agudas (técnica quirúrgica) o crónicas, ambas deben de ser prontamente tratadas pues, por la sección intra-operatoria de los vasos peribiliares, el único aporte nutriente biliar es el que viene de la arteria injertada. El tratamiento debe de ser la angioplastia con stent balón expandible no recubierto adaptado a la zona de lesión. Se debe de repermeabilizar el lecho distal, bien con infusión de suero salino heparinizado en los casos agudos, bien con trombolíticos en los crónicos. Las estenosis arteriales agudas se deberían de tratar con stents balón expandibles no recubiertos y las crónicas quizás únicamente con angioplastia con balón y solo con stent en caso de reestenosis. Las roturas arteriales de la conexión vascular suponen una urgencia extrema. El tratamiento puede ser tanto quirúrgico como endovascular mediante la implantación de stents balón-expandibles recubiertos. Las estenosis portales deben ser atendidas con cautela y tratadas solo si generan, por ejemplo, un problema clínico como hemorragia digestiva por hipertensión portal, encefalopatía por la persistencia de flujo en colaterales portosistémicas (abiertas ya antes del trasplante) o trombosis portal asociada. Las trombosis portales deben de ser tratadas, en principio, atendiendo a problemas clínicos similares a los anteriores. En las estenosis el tratamiento será la angioplastia con balón accediendo por vía percutánea y en las trombosis hay debate sobre si deben de añadirse técnicas de lisis mecánica del trombo previas a la aplicación de un stent sobre la zona de estenosis subyacente. Las alteraciones del drenaje venoso deberán atenderse y diferenciarse de forma especial si la conexión se ha hecho de manera "clásica" o en "piggy-back" y a la sintomatología que generan. Tanto para las estenosis de venas hepáticas como para las portales, la alteración de los gradientes de presión venosa deberán de ser atendidos con cautela pues su ausencia no indica normalidad y, al revés, su presencia (> 5 mmHg) no tiene por qué ser causa de problemas. El acceso de estas lesiones podrá ser transhepático,

transyugular o transfemoral y el tratamiento, quizá, recomendado será la implantación de un stent autoexpandible pues una causa común de las estenosis es la mecánica (rotacional) y ésta no responde a la angioplastia con balón.

Referencias bibliográficas

1. Ng S, Tan KAL, Anil G. The role of interventional radiology in complications associated with liver transplantation. *Clin Radiol.* 2015;70:1323-35.
2. Cheng YF, Ou HY, Yu Cy, et al. Interventional radiology in living donor liver transplant. *World J Gastroenterol.* 2014;20:6221-5.