

Cartas científicas

Alternativas quirúrgicas para el tratamiento de la trombosis venosa portal en el trasplante hepático



Surgical alternatives in the treatment of portal vein thrombosis in liver transplantation

La trombosis venosa portal (TVP) es una complicación común en la enfermedad hepática en estadio terminal. Su incidencia en el trasplante hepático (TH) varía en las distintas series desde el 2,1 hasta el 26%, sin embargo, en pacientes cirróticos puede ser tan alta como un 64%¹, dependiendo del método diagnóstico utilizado. En el pasado, la TVP era considerada una contraindicación absoluta para realizar un TH, especialmente por su dificultad técnica^{1,2}. No obstante, desde mediados de la década de los 80, con la introducción de diversas técnicas quirúrgicas, la TVP ya no es considerada una contraindicación absoluta en un gran porcentaje de pacientes³. A pesar de la frecuente aparición de TVP en la enfermedad hepática terminal y, en consecuencia, en un porcentaje no despreciable de pacientes candidatos a TH, no existen guías clínicas para su tratamiento antes del trasplante.

Diversas técnicas quirúrgicas se han propuesto para asegurar un flujo portal adecuado durante el TH. A continuación presentamos algunos casos de pacientes con TVP tratados mediante un TH en nuestro centro y las diferentes técnicas quirúrgicas utilizadas.

Caso 1

Se trata de un varón de 48 años de edad con cirrosis de origen etílico CHILD B y un MELD de 9 con trombosis portal de grado II de Yerdel⁴. Se realizó THO de donante cadáver y se procedió a trombectomía, anastomosis portoportal terminoterminal y colocación de *stent* por parte del Servicio de Radiología Intervencionista. En el postoperatorio inmediato presentó fallo del injerto secundario a TVP completa, por lo cual fue reintervenido a las 24 h, intentando recanalización portal mediante hemitrasposición de cava lateroterminal, sin éxito. Es retrasplantado 48 días más tarde del primer trasplante, realizándose anastomosis terminoterminal de vena renal

izquierda a vena porta con injerto venoso de cadáver, asociando anastomosis terminolateral de variz gástrica a vena porta con otro injerto venoso (fig. 1). El postoperatorio fue satisfactorio, sin complicaciones y, actualmente, a los 8 años del trasplante, se evidencia injerto normofuncionante.

Caso 2

Varón de 62 años de edad con un hepatocarcinoma sobre hígado cirrótico de origen alcohólico CHILD B7 y MELD de 13, asociado a trombosis portal de grado IV⁴, con múltiples ingresos por descompensaciones hidrópicas. Se efectuó TH, con cirugía muy laboriosa de 8 h de duración y politrasfusión, con trombectomía portal y anastomosis portoportal terminoterminal y colocación de *stent*, sin conseguir flujo portal óptimo, por lo que se decidió realizar anastomosis de vena renal izquierda a vena porta terminoterminal. En el postoperatorio presentó ascitis persistente, por lo que se realizó angiografía que demostró estenosis de anastomosis portal, que se resolvió con un *stent* (fig. 2). Posteriormente presentó fístula biliar secundaria a isquemia de la vía biliar, con fallo multiorgánico, y falleció a los 40 días postoperatorios.

Caso 3

Varón de 50 años de edad con cirrosis de origen etílico CHILD C y MELD de 22, con antecedentes de pancreatitis alcohólica e hipertensión portal por TVP de grado IV, que condicionaron múltiples intervenciones, entre ellas, derivación bilioentérica y *shunt* esplenorrenal. Se realizó un TH muy laborioso por magma inflamatorio en hilio hepático que impedía disecar sus elementos y condicionó politrasfusión intraoperatoria. Se realizó hemitrasposición de cava

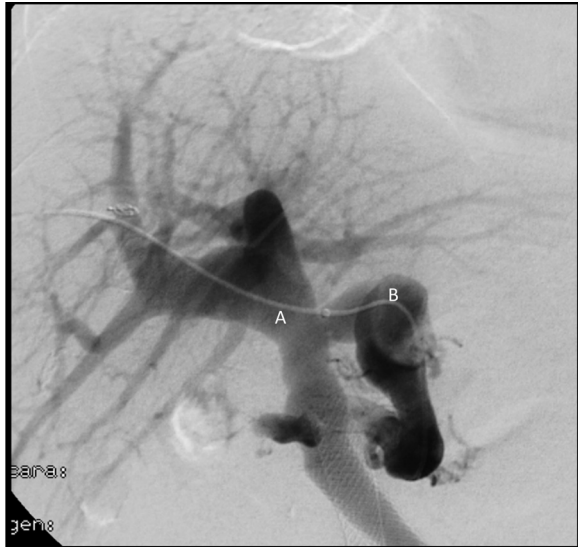


Figura 1 – A: hemitrasposición de cava. B: anastomosis a variz gástrica.

terminoterminal, proporcionando un flujo portal adecuado y hepaticoyunostomía diferida a las 48 h. Como complicaciones presentó fuga biliar el 7.º día postoperatorio: se reintervino y se reparó la anastomosis hepaticoyunal. A los 2 meses desarrolló estenosis del conducto biliar derecho con colangitis de repetición, en la última oportunidad, a los 3 meses del trasplante, con sepsis y fallecimiento.

Caso 4

Varón de 49 años de edad, con cirrosis de origen etílico y trombosis portal de grado II. Se realizó TH intentando trombectomía portomesentérica y recanalización fallida de vena mesentérica superior. Se decidió realizar hemitrasposición de cava lateroterminal con cierre parcial de la vena cava

retrohepática, condicionando isquemia caliente del injerto prolongada. En el postoperatorio se detectó bajo flujo portal, con fallo secundario del injerto. A las 48 h se retrasplantó, se disecó la vena colateral que drena en vena mesentérica superior y proporcionó un acceso para trombectomía radio-guiada y posterior anastomosis mesentérico-portal con injerto venoso y colocación de *stent*.

La TVP es más frecuente en varones con cirrosis de origen etílico, enfermedad hepática avanzada (CHILD C), hipertensión portal severa, hepatocarcinoma y en aquellos pacientes con tratamiento para el sangrado por HTP (escleroterapia, *shunt* portosistémico, TIPS, esplenectomía, entre otros)^{2,4}. Según Yerdel et al.⁴, la presencia de al menos uno de estos factores de riesgo incrementa el riesgo de trombosis venosa portal del 6,6 al 12,5%.

La TVP se define como la ocupación de la luz portal por un trombo con extensión variable. Diversos autores han clasificado la TVP de acuerdo con su extensión y severidad⁶. Sin embargo, la más extensamente utilizada es la clasificación de Yerdel et al.⁴:

La TVP se define como la ocupación de la luz portal por un trombo con extensión variable. Diversos autores han clasificado la TVP de acuerdo con su extensión y severidad⁶. Sin embargo, la más extensamente utilizada es la clasificación de Yerdel et al.⁴:

- Grado I: mínima o parcialmente trombosada la vena porta (<50% de la luz de la porta) con mínima o pequeña extensión a la vena mesentérica superior.
- Grado II: oclusión de la vena porta >50%, incluyendo la oclusión total, con extensión mínima o sin extensión a la vena mesentérica superior.
- Grado III: trombosis completa de la vena porta y la vena mesentérica superior proximalmente.

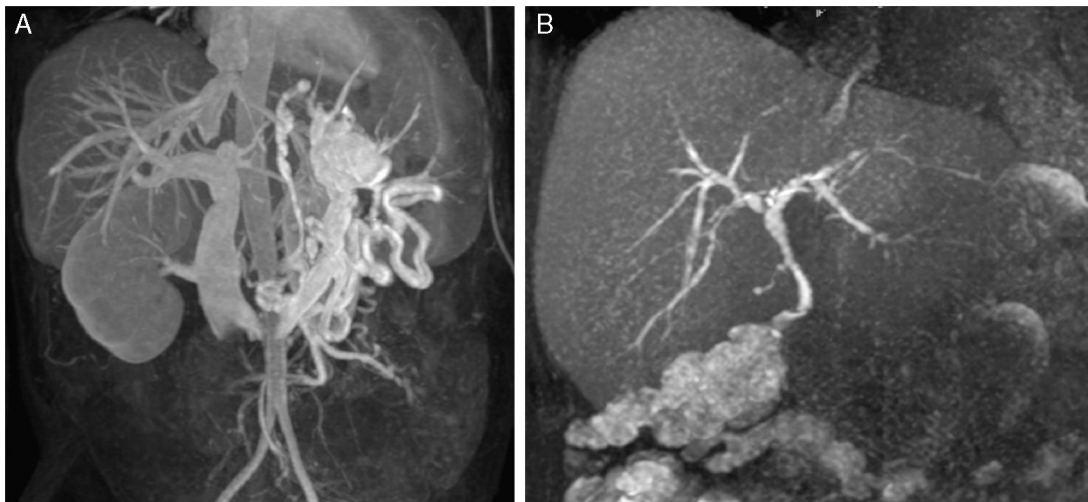


Figura 2 – A: hemitrasposición de cava. B: estenosis de vía biliar.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4252089>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4252089>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)