



# Cirugía Española

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



## O-180 - TRASPLANTE MULTIVISCERAL EN PACIENTE CON PSEUDOOBSTRUCCIÓN INTESTINAL CRÓNICA

*Cobo Vázquez, Cristina; Calvo Pulido, Jorge; Cambra Molero, Félix; García Aroz, Sandra; Rioja Conde, Paula; Pérez Torres, Jorge; Loinaz Seguro, Carmelo; Jiménez Romero, Luis Carlos*

*Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.*

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La pseudoobstrucción intestinal crónica (POIC) es una patología infrecuente y grave caracterizada por una alteración de la motilidad intestinal. Clínicamente se caracteriza por dolor cólico invalidante tras la ingesta y difícilmente controlable, síntomas de obstrucción intestinal sin causa mecánica y signos de malnutrición/malabsorción. El tratamiento es fundamentalmente médico, requiriendo un buen soporte nutricional, antibioterapia, antieméticos, analgésicos y procinéticos. Deben evitarse en lo posible los procedimientos quirúrgicos, salvo en casos de complicaciones urgentes o necesidad diagnóstica. A pesar de ello, la mortalidad es elevada, llegando hasta el 30% a diez años, siendo necesario en ocasiones realizar un trasplante intestinal (TI) y/o multivisceral (TMV). Presentamos el caso de una paciente de 30 años con antecedente de POIC y TI en otro Centro, que fue remitida a nuestro Hospital para valorar retrasplante intestinal por disfunción del injerto y rechazo crónico tras 10 años del primer TI.

**Métodos:** La paciente presenta a su llegada un cuadro pseudoobstructivo con gastroparesia, desnutrición proteico-calórica, clínica invalidante de dolor abdominal, nutrición parenteral domiciliaria, afectación importante de la bioquímica hepática y necesidad de realización de autosondajes para el vaciamiento gástrico. Tras estudio y discusión del caso, se decide su inclusión en lista de espera para la realización de TMV incluyendo hígado y estómago. Durante la espera en lista, la paciente debuta con un cuadro de sepsis grave por una colección intraabdominal no accesible ni drenada por completo mediante punción, decidiéndose realizar explante intestinal urgente y gastrostomía de descarga. Como complicaciones postoperatorias presenta dehiscencia del muñón duodenal que se resuelve con antibioterapia y punción percutánea. Seis meses y medio después, la paciente recibe un TMV.

**Resultados:** En la intervención se realizó el implante multivisceral incluyendo intestino delgado, estómago, bazo, páncreas e hígado, realizando una anastomosis cavo-cava y una anastomosis arterial entre un segmento de aorta del donante incluyendo la salida del tronco celíaco y la arteria mesentérica superior y la aorta infrarrenal de la receptora. La reconstrucción digestiva se realizó mediante una anastomosis entre el fundus gástrico de la receptora y el estómago del donante realizándose una piloroplastia, una anastomosis ileo-rectal y una ileostomía lateral proximal a ésta. Se realiza inducción rATG según protocolo, y mantenimiento con tacrolimus y esteroides, asociando una dosis de rituximab al 2º día e inhibidores de la señal de proliferación a partir de la 3ª semana.

La paciente es dada de alta sin incidencias a los 45 días del TMV, debiendo reingresar por un diagnóstico histológico de rechazo grado I que evoluciona a grado II asociando alteraciones en la absorción del inmunosupresor y requiriendo sueroterapia. En la actualidad se ha resuelto el cuadro de rechazo y presenta autonomía digestiva completa del injerto con buena tolerancia oral y ganancia ponderal.

**Conclusiones:** La POIC es una patología poco frecuente y grave. El TI realizando técnicas favorecedoras del vaciamiento gástrico es una opción terapéutica en aquellos casos asociados a problemas con la nutrición parenteral. Sin embargo, el TMV en este caso fue la técnica de elección debido a los antecedentes de la paciente.