



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

V-056 - TRASPLANTE HEPÁTICO DE DONANTE VIVO CON RECONSTRUCCIÓN COMPLEJA DE VENAS SUPRAHEPÁTICAS

Cabañó Muñoz, Daniel¹; Martínez Insfran, Luis Alberto²; Prachalias, Andreas³; Srinivasan, Parthi³; Heaton, Nigel³; Pitarch Martínez, María¹; Santoyo Santoyo, Julio¹

¹Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga; ²Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; ³King's College Hospital, London.

Resumen

Introducción: Durante los últimos años el número de pacientes que precisan de un trasplante hepático es cada vez mayor y la donación hepática de cadáver no es suficiente para cubrir la demanda de receptores. La donación en vivo es una alternativa a esta problemática.

Caso clínico: Se presenta un caso de un joven de 18 años diagnosticado de fibrosis hepática congénita en la infancia que presenta insuficiencia hepática terminal acompañado de fallo renal derivado de un episodio de sepsis por PBE y un ingreso prolongado en UCI. Debido a la necesidad de encontrar un hígado de carácter inminente y una compatibilidad con un familiar de primer grado se decidió en comité proceder a la realización de un trasplante hepático de donante vivo (hermana del paciente). Se realiza TC a la futura donante y se visualiza una anatomía compleja de venas suprahepáticas que se confirmó en el campo operatorio. Se llevó a cabo una hepatectomía derecha reglada en la que se observó a parte de la vena suprahepática derecha, tres venas hepáticas inferiores y dos venas hepáticas procedentes de los segmentos 5 y 8. La cirugía del donante resultó sin incidencias. En el banco se realizó una anastomosis con injerto de vena iliaca de forma término-lateral a las tres venas inferiores. Las venas de los segmentos 5 y 8 se anastomosaron de manera término-terminal a otros dos injertos iliacos. En la cirugía del implante, la reconstrucción del "outflow" fue la siguiente: la VSH derecha del donante a la VSH derecha del receptor; las venas de los segmentos 5 y 8 se anastomosaron a las VSH media e izquierda del receptor mediante dos injertos ilíacos, y las venas inferiores a través de un parche iliaco común se anastomosaron de manera laterolateral a la vena cava del receptor. La vena porta precisó de una interposición de otro injerto venoso. Se realizó una anastomosis arterial de manera habitual y una hepaticoyeyunostomía. El paciente presentó un postoperatorio tórpido con necesidad de reintervención quirúrgica por perforación gástrica y posterior pancreatitis necrotizante con ingreso en UCI prolongado.