



P-592 - PSEUDOANEURISMA DE ARTERIA HEPÁTICA EN PACIENTE CON RETRASPLANTE HEPÁTICO

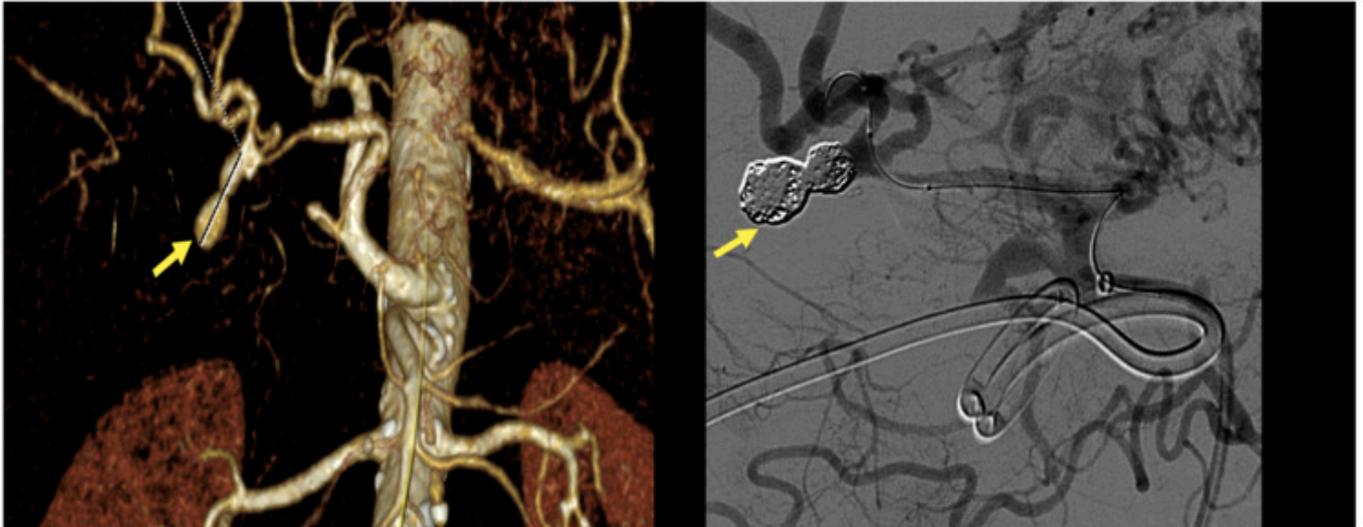
Fernández Rodríguez, Manuel; Iglesias García, Eva; Grillo Marín, Cristián; Suarez Sánchez, Miguel; Alfageme Zubillaga, Marta; Pueyo Rabanal, Alberto; Lucena de La Poza, José Luis; Jiménez Garrido, Manuel Cecilio

Hospital Puerta de Hierro, Majadahonda.

Resumen

Introducción: El pseudoaneurisma de la arteria hepática es una complicación infrecuente en el posoperatorio del trasplante hepático, con una incidencia entre el 0,3-2%. Presentamos el caso de un paciente que desarrolla un pseudoaneurisma a nivel de bifurcación de la arteria hepática tras un retrasplante hepático.

Caso clínico: Varón de 58 años con cirrosis hepática por VHC y alcohol, desarrolla un hepatocarcinoma dentro de Criterios de Milán. Es trasplantado en noviembre de 2022, con trombosis arterial aguda en el posoperatorio y necesidad de retrasplante en el primer mes (anomalías del injerto: arteria hepática izquierda procedente de arteria gástrica izquierda y arteria hepática derecha procedente de arteria mesentérica superior). Durante el posoperatorio presenta disfunción del injerto hepático de predominio colestásico y colección perigástrica que requirió de drenaje percutáneo. En TC control se observa “imagen de aparente estenosis en la anastomosis de la arteria hepática, con dilatación del segmento distal sugestiva de pseudoaneurisma”, que se confirma posteriormente con un angioTC “dilatación sacular bilobulada de la arteria hepática que engloba el origen de la bifurcación en arteria hepática derecha e izquierda. La arteria hepática se encuentra estenosada proximalmente a este hallazgo”. Se realiza angiografía por Radiología intervencionista con embolización (micro-coils) y técnica de *remodeling* en aneurisma de arteria hepática del injerto.



Discusión: El pseudoaneurisma de la arteria hepática es una patología grave con una mortalidad de hasta el 70%. La etiología es variada, siendo lo más frecuente el origen infeccioso en los casos extrahepáticos (micótico, cocos gram positivos y bacilos gram negativos) o bien relacionado con una punción percutánea del hígado en los intrahepáticos. La clínica es muy variada, desde asintomático (como en nuestro caso) hasta dolor abdominal en relación con hemobilia o hemoperitoneo, incluso inestabilidad hemodinámica en caso de ruptura del mismo. Para el diagnóstico se requiere de un alto nivel de sospecha apoyado en pruebas de imagen. El diagnóstico de sospecha se puede establecer mediante ecografía abdominal; pero el angioTC es necesario para confirmarlo. El tratamiento clásico consistía en la resección del pseudoneurisma, revascularización arterial e incluso el retrasplante, con pobres resultados y alta dificultad técnica debida a las adherencias posquirúrgicas y la infección perivascular. La embolización con *coils* o la colocación de un *stent* vía endovascular ha demostrado buenos resultados incluso en situaciones de emergencia, por lo que podría ser una opción a tener en cuenta en casos de alto riesgo quirúrgico.