



## O-249 - OPCIONES TÉCNICAS EN LA RECONSTRUCCIÓN DEL DRENAJE VENOSO EN TRASPLANTE HEPÁTICO DOMINÓ

S. de la Serna Esteban, L. Lladó, J. Fabregat, E. Ramos, J. Torras, J. Busquets, Ll. Secanella y A. Rafecas

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

### Resumen

**Introducción:** El drenaje venoso (DV) es fundamental en el trasplante hepático (TH). En el caso de TH Dominó en el que los pedículos vasculares han de repartirse entre donante e injerto (y por tanto su longitud verse comprometida), la reconstrucción del DV puede ser dificultosa. Se han descrito múltiples opciones técnicas para la reconstrucción del DV incluyendo el uso de injertos vasculares. El objetivo del estudio es describir nuestra experiencia y resultados con las distintas técnicas de reconstrucción DV en el TH dominó.

**Métodos:** Análisis retrospectivo de 39 receptores consecutivos de TH dominó entre 1997 y 2013.

**Resultados:** 27 hombres y 12 mujeres con una edad media de  $61,8 \pm 4,3$  años, fueron sometidos a trasplante de un hígado de donante afecto de polineuropatía amiloidótica familiar (PAF), 4 de ellos en contexto de reTH. La indicación más frecuente de TH fue hepatocarcinoma seguido de cirrosis VHC, con una puntuación media de MELD de  $16,8 \pm 5,7$ . El tiempo operatorio medio fue de  $366,8 \pm 86,7$  min y el tiempo medio de isquemia total de  $558 \pm 139$  min. En todos los receptores se realizó la técnica de Piggy-back. Para la reconstrucción del DV, se realizó anastomosis termino-lateral sin injerto en 16 casos (41%), y latero-lateral cavo-cava en 6 casos (15%). En 11 pacientes (28%) se empleó un injerto cadavérico venoso interpuesto entre la desembocadura de las 3 venas suprahepáticas del hígado PAF y del receptor (5 bifurcaciones cavo-iliacas, 4 venas cavas y 2 aurículas), y en un caso un injerto aórtico. Desde 2011, en 5 casos (13%), se ha empleado una técnica propia a partir de un injerto arterial: la arteria iliaca o pulmonar del donante cadavérico se abre longitudinalmente y se sutura transversalmente a demanda, constituyendo así el injerto interpuesto entre las venas hepáticas. Ningún paciente falleció ni presentó disfunción primaria del injerto. Las complicaciones arteriales y portales ocurrieron en 2 (5,6%) y 4 (11,1%) pacientes y fueron tratadas endovascularmente y mediante anticoagulación. 4 pacientes (11%) presentaron complicaciones del DV (Síndrome de Budd-Chiari) y precisaron colocación de stent endovascular; en todos los casos se había empleado un injerto venoso para la reconstrucción del DV. La incidencia de complicaciones del DV fue mayor entre los pacientes con injerto venoso comparado con injerto arterial (36,4% vs 0%;  $p = 0,119$ ). La supervivencia actuarial del paciente fue de 97,1%, 79,2%, 76% y 67% al año, 3, 5 y 10 años respectivamente.

**Conclusiones:** Existen numerosas técnicas para la reconstrucción del DV en el TH Dominó, sin embargo este es el primer estudio que reporta el uso de injertos arteriales para la reconstrucción DV

en el TH dominó. Esta nueva alternativa técnica ha demostrado ser segura y debe ser incorporada a los recursos quirúrgicos actualmente disponibles. Las complicaciones del DV en el TH dominó parecen relacionadas con el tipo de injerto empleado para la reconstrucción.