



P-692 - SHUNT ESPLENORENAL Y TROMBOSIS PORTAL EN PACIENTE CIRRÓTICO: UN DESAFÍO QUIRÚRGICO

Plua Muñiz, Katherine; Asensio, Enrique; Pérez Saborido, Baltasar; Bailón Cuadrado, Martín; Tejero Pintor, Francisco Javier; Choolani Bhojwani, Ekta; Rodríguez López, Mario; Pacheco Sánchez, David

Hospital Universitario Rio Hortega, Valladolid.

Resumen

Introducción: La hipertensión portal en pacientes cirróticos es causada por el incremento de la resistencia a la salida del flujo portal y por el aumento del flujo sanguíneo esplénico. Esto da lugar al desarrollo de circulación colateral, que deriva una parte del flujo sanguíneo portal a la circulación sistémica sin pasar por el hígado (cortocircuito o shunt portosistémico), y que incluye las varices esofágicas. El shunt espleno-renal (SER) se produce por la revascularización de la ruta venosa embriogénica, en los pacientes con hipertensión portal. Su incidencia varía desde 3,8% hasta 60%. Proponemos un caso clínico con trombosis portal y SER sometido a trasplante hepático, en donde como tratamiento se realizó Anastomosis porto-renal con injerto de vena iliaca.

Caso clínico: Varón de 62 años con cirrosis hepática enólica de 10 años de evolución con varios episodios de descompensación hidrópica, que precisaban de paracentesis evacuadoras. Varices esofágicas grado I y trombosis portal grado IV (trombosis completa de vena porta y mesentérica superior) de la clasificación de Yerdel. En el estudio pretrasplante destaca MELD 22, CHILD B9. Se realiza trasplante hepático ortotópico. Entre los hallazgos intraoperatorios encontramos: trombosis portal y mesentérica completa, cavernomatosis portal y SER. Se realiza anastomosis reno-portal con injerto de vena iliaca. Tiempo de isquemia fría 7h 42 minutos, tiempo de isquemia caliente 78 minutos, tiempo de isquemia total 9h. El shunt espleno-renal en el paciente candidato a trasplante hepático es hemodinámicamente importante y con indicación de tratamiento si presenta varices con diámetro > 1 cm, y aún más si se asocia a una vena porta receptora hipoplásica. Sin un tratamiento específico podría presentarse hipoperfusión hepática y disminución de la supervivencia del injerto. Si a esto asociamos una trombosis portal las posibilidades de tratamiento se reducen. Las opciones quirúrgicas para el tratamiento del SER en los pacientes que van a ser trasplantados incluyen: esplenectomía, ligadura de la vena renal izquierda y anastomosis reno-portal. En caso de las dos primeras, para efectividad de la técnica, se debe contar con una vena porta permeable y su objetivo principal es evitar la desviación del flujo portal, asegurando el máximo hacia el injerto. En nuestro caso la anastomosis reno-portal con injerto, evita la zona de trombosis portal y asegura el flujo al injerto, derivando toda la sangre venosa esplácnica y renal hacia éste.

Discusión: El paciente cirrótico candidato a trasplante con SER debe ser cuidadosamente evaluado para anticipar cualquier tipo de revascularización portal intraoperatoria. En caso de vena porta permeable, se recomienda esplenectomía si se asocia con aneurisma de la vena esplénica o ligadura

de la vena porta. En caso de trombosis de la vena porta o fallo de la trombectomía la técnica indicada es la anastomosis reno-portal.