



O-377 - IMPACTO DE LA TROMBOSIS PORTAL PRETRASPLANTE HEPÁTICO EN LA EVOLUCIÓN POSOPERATORIA: ¿DEBEMOS TENER UN CONTROL MÁS EXHAUSTIVO DE ESTOS PACIENTES?

Arteaga Ledesma, María; Triguero Cabrera, Jennifer; Mogollón González, Mónica; Segura Jiménez, Inmaculada; Villegas Herrera, María Trinidad; Villar del Moral, Jesús María

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: Nuestro objetivo fue analizar la incidencia y los factores de riesgo de la trombosis portal (TP) previa al trasplante hepático (TH), y evaluar su impacto en la morbilidad y supervivencia tras TH.

Métodos: Estudio observacional, unicéntrico que incluye pacientes sometidos a TH entre enero 2010-abril 2020. Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes y las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico. En el estudio estadístico se utilizó el test U de Mann-Whitney para variables cuantitativas; chi-cuadrado y test exacto de Fisher para cualitativas. El análisis de supervivencia se realizó mediante la prueba de *log rank*. Se consideró significativo un valor $p < 0,05$.

Resultados: De los 339 pacientes sometidos a TH, 61 (18%) desarrollaron TP previa al TH, siendo 43 de ellas (70,5%) no tumorales. La distribución en función del momento diagnóstico fue: 34 casos (55,7%) a la inclusión en lista de espera (LE); 10 (16,4%) durante el tiempo en LE; 17 (27,9%) en el intraoperatorio. La distribución del tipo de TP según la clasificación de Yerdel se presenta en la tabla 1. 4 pacientes (9%) con diagnóstico preoperatorio de TP presentaron regresión completa del trombo tras tratamiento con heparina. Se realizó trombectomía cuando se halló intraoperatoriamente TP manteniendo posteriormente tratamiento anticoagulante. 14 pacientes (22,9%) desarrollaron retrombosis, 7 de los cuales se trataron mediante trombectomía quirúrgica y el resto mediante anticoagulación. La tabla 2 resume las variables analizadas.

Tabla 1

Grado	Preoperatoria (n = 44)	Intraoperatoria (n = 17)
I	27 (61,4%)	13 (76,5%)
II	11 (25%)	3 (17,6%)
III	6 (13,6%)	1 (5,9%)

Tabla 2

TP+ (n = 61)	TP- (n = 278)	p
--------------	---------------	---

	Sexo			
	Varón	23 (92)	103 (73,6)	0,033
	Mujer	2 (8)	37 (26,4)	
Factores clínicos	IMC (kg/m ²)	28,7 (25,2-32)	26,9 (23-30)	0,044
	MELD	15 (12-18)	15 (12-20)	0,572
	Child-Pugh			
	A	11 (19)	90 (34,6)	0,062
	B	36 (62,1)	125 (48,1)	
	C	11 (19)	45 (17,3)	
		TP tumoral	15 (24,6)	72 (25,9)
Factores quirúrgicos	Tiempo quirúrgico (minutos)	360 (320-434)	363 (330-420)	0,62
	Flujo portal (ml/min)	2.073 (1.555-2.300)	1.800 (1.420-2.287)	0,624
	Concentrados hematíes	4 (2-6)	2 (0-4)	0,052
	Síndrome posreperusión	25 (42,4)	89 (32,5)	0,098

	Reintervención	18 (29,5)	44 (15,8%)	0,01
	Disfunción renal post-TH	29 (54,7)	128 (51,4)	0,388
	Clavien-Dindo			
	I-II	29 (47,5)	1 (25)	
	III	22 (36,1)	0	0,015
	IV	8 (13,1)	3 (75)	
	V	2 (3,3)	0	
	INR 1-3 ^{er} día posoperatorio			
	Morbilidad arteria	1,8 (1,43-2,2)	1,6 (1,34-1,9)	
	No	40 (75,5)	195 (86,3)	0,01
	Estenosis	6 (11,3)	32 (13,5)	0,041
	Trombosis	7 (13,2)	10 (4,2)	0,301
	Estancia (días)			
Morbimortalidad	UCI	4 (2-7)	3 (2-5)	0,171
	Hospitalaria	24 (15-43)	20 (15-31)	
	Retrasplante	3 (4,9)	20 (7,3)	0,371
	Disfunción injerto	17 (28,3)	19 (6,9)	0,001
	Mortalidad	27 (44,3)	91 (33,3)	0,072
	Supervivencia del injerto			
	1 ^{er} año	98,4	94,6	
	3 ^{er} año	98,4	92,9	0,504
	5 ^o año	94,6	91,4	
	10 ^o año	78,8	90,4	
	Supervivencia global			
	1 ^{er} año	78,4	80,4	
	3 ^{er} año	65,2	72,1	0,093
	5 ^o año	53,8	67,9	
	10 ^o año	26,9	61,5	

Conclusiones: En nuestra serie la presencia de TP previa al TH fue más frecuente en varones, relacionándose con cifras más elevadas de IMC e INR en el posoperatorio, y a una mayor transfusión de hemoderivados durante la cirugía. Por otro lado, la TP se asoció a una mayor morbimortalidad tras TH con un mayor porcentaje de reintervenciones, disfunción del injerto, y menor supervivencia global y del injerto a largo plazo. Un adecuado cribado y tratamiento de las TP en LE, así como un mayor control posoperatorio de estos pacientes es fundamental para disminuir su impacto negativo en la evolución posterior.