



V-031 - SECCIONECTOMÍA LATERAL IZQUIERDA EXTENDIDA LAPAROSCÓPICA TRAS TROMBOSIS DE LA ARTERIA HEPÁTICA IZQUIERDA EN EL POSOPERATORIO TEMPRANO DE UN TRASPLANTE HEPÁTICO

López López, Víctor; Gómez Valles, Paula; Cascales Campos, Pedro; Alconchel Gago, Felipe; Cayuela Fuentes, Valentín; Sánchez Bueno, Francisco; Robles Campos, Ricardo; Ramírez Romero, Pablo

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Objetivos: La trombosis temprana de la arteria hepática (TAH) después del trasplante hepático (TH) es una complicación grave asociada con una tasa de morbilidad posoperatoria del 3 al 7% y riesgo de pérdida del injerto. En ocasiones, la trombosis es exclusiva de una de las ramas de la arteria hepática y produce necrosis limitada a un lóbulo o varios segmentos. En estos casos, la resección del parénquima afectado ha demostrado ser una alternativa con buenos resultados a largo plazo. El desarrollo de la cirugía laparoscópica ha permitido la resolución eficiente de las complicaciones precoces asociadas al trasplante hepático. Presentamos el primer caso, hasta donde sabemos, de una seccionectomía lateral izquierda extendida laparoscópica en el posoperatorio temprano de un TH.

Caso clínico: Presentamos un varón de 69 años sometido a un trasplante hepático por colangiopatía isquémica. Al 2º día posoperatorio (PO), en la ecografía de control, presentó ausencia de flujo de la arteria hepática izquierda, confirmada por angiografía por tomografía computarizada (TC), sin repercusión clínica ni analítica relevante, por lo que se decidió actitud expectante. Tras el desarrollo de fiebre, se realizó otra TC que informó de isquemia del lóbulo hepático izquierdo más marcada en los segmentos 2-3 con signos de necrosis hepática, y extensión a parte del segmento 4. Antes de estos hallazgos, al 12ª día posoperatorio se realizó una hepatectomía laparoscópica. Utilizamos la posición de litotomía baja (posición "francesa") y el cirujano se situó entre las piernas. La maniobra de Pringle no se utilizó para evitar daños en el pedículo hepático a causa del trasplante reciente. Colocamos cuatro trócares: uno supraumbilical (11 mm), dos en el cuadrante superior derecho e izquierdo (11 mm), respectivamente, y otro en la zona epigástrica (5 mm). Al introducir la cámara, había un absceso en el espacio subhepático izquierdo que fue drenado. Realizamos una seccionectomía lateral izquierda extendida a demanda de la zona isquémica de 4a-b a una profundidad con tejido viable y bien perfundido. El hemocultivo fue positivo para *Enterococcus faecium*. El paciente evolucionó favorablemente sin incidencias y fue dado de alta al quinto día PO. Se ha considerado que la TAH que ocurre poco después del trasplante de hígado es una complicación quirúrgica técnica. Por tanto, el éxito del abordaje endoluminal para lograr una restauración definitiva del flujo arterial es muy limitado si no se resuelven los defectos anatómicos arteriales. Una actitud expectante en estas situaciones permite evitar en muchas ocasiones la necesidad de un nuevo trasplante, pero el desarrollo de complicaciones biliares o infecciosas no es

infrecuente. En estas situaciones, los abordajes endoscópicos y radiológicos pueden resultar insuficientes, siendo la resección hepática la opción más recomendada cuando existe una necrosis hepática delimitada.

Discusión: La resección hepática laparoscópica en el posoperatorio temprano del trasplante hepático puede ser una indicación apropiada en pacientes seleccionados. Las ventajas inmunológicas, de morbilidad y recuperación asociadas a este abordaje favorecen su desempeño en pacientes recién trasplantados, especialmente en segmentos hepáticos favorables.