

Complicación posretrasplante hepático

Mariana Bello,¹ Nebil Larrañaga,² German Espil,² Shigeru Kozima,² Fabiana Prado²

¹ Residente, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich.

² Médico de planta, Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

Acta Gastroenterol Latinoam 2021;51(2):163

Recibido: 17/07/2020 / Aceptado: 07/05/2021 / Publicado online: 21/06/2021 / <https://doi.org/10.52787/frcx4140>

Presentación de caso

Paciente de sexo masculino de 19 años, con antecedente de una hepatitis autoinmune, con un trasplante hepático y retrasplante por rechazo, cursa internación, en la sala de clínica médica, por posoperatorio del trasplante hepático y presenta como intercurencia dolor abdominal,

aumento del débito por drenaje y empeoramiento de la función renal.

Se le realiza una colangiografía trans-Kehr que no evidencia fuga de contraste, por lo cual, se decide realizar una ecografía doppler hepática (Figuras 1 y 2) y una TCMD del abdomen y la pelvis (Figuras 3 y 4).

Figura 1. Ecografía hepática doppler color con un aumento de la velocidad de la vena porta de 200 cm/s.

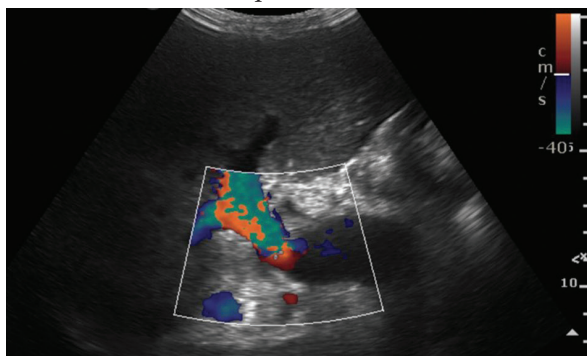


Figura 2. Ecografía hepática. Se observa una disminución abrupta (flecha naranja) del calibre de la luz de la vena porta al nivel del hilio hepático.

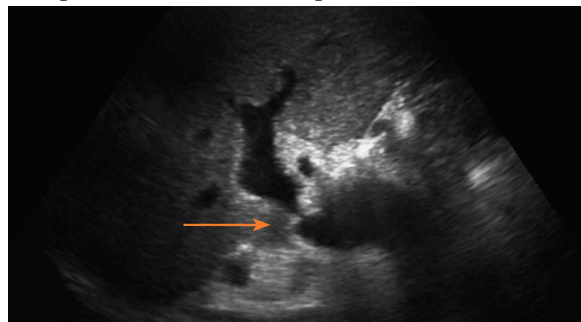


Figura 3. TCMD del abdomen. Se visualiza en la vena porta un estrechamiento de su luz a nivel del hilio hepático, presentando un diámetro de 6 mm, previo a esta de 20 mm y posterior (nivel hepático antes de su bifurcación) de 15 mm.

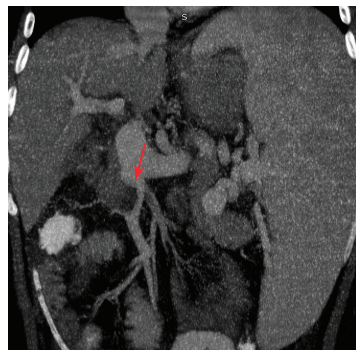
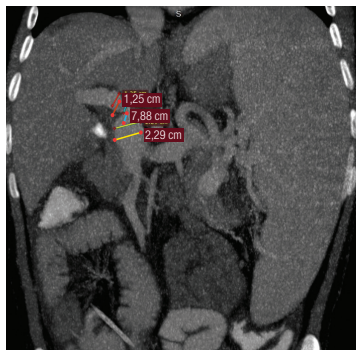


Figura 4. TCMD del abdomen. Se observa defecto de relleno (flecha roja) y aumento del calibre de la vena mesentérica superior.

¿Cuál es su diagnóstico?

Correspondencia: Mariana Bello
Correo electrónico: marianacandelabello@gmail.com

Resolución del caso en la página 233

Solución del caso. Complicación posretrasplante hepático

Viene de la página 163

El trasplante hepático se ha convertido en la mejor opción de tratamiento para la cirrosis, la falla hepática aguda y algunos tumores. Las principales complicaciones que se presentan son las alteraciones vasculares y de la vía biliar en el injerto hepático, la recaída de la enfermedad de base, la insuficiencia renal y las infecciones oportunistas.^{1,2} La principal herramienta diagnóstica es la ecografía doppler. En caso de dudas, estas manifestaciones se pueden confirmar con la TCMD, la RM o los estudios de radiología intervencionista.^{1,2}

Las complicaciones de las estructuras venosas son poco frecuentes, pero de gran importancia ya que pueden llevar a la pérdida del injerto, retrasplante y muerte. La trombosis y la estenosis de la porta se dan en menos del 2% de los pacientes. Se manifiestan por dolor abdominal, congestión intestinal venosa, ascitis, hemorragia variceal y alteraciones bioquímicas hepáticas.

La estenosis de la vena porta es una complicación infrecuente que ocurre en la anastomosis. Sus factores de riesgo son la disparidad del tamaño de los vasos, la excesiva longitud del vaso y una deficiente técnica quirúrgica. Si no se trata puede desarrollarse una trombosis.^{2,4}

Los criterios doppler deben incluir *aliasing* anastomótico y posanastomótico en doppler color con relación de velocidades anastomótica/preanastomótica > 3:133 en el doppler espectral, y velocidad máxima portal (V_p) muy alta (> 125) sin reducción a lo largo del estudio. El valor de V_p > 125 cm/s está descrito como muy sensible y específico para diagnosticar estenosis portal; sin embargo, en la primera ecografía doppler tiene que ser interpretado con precaución, ya que no es excepcional encontrar velocidades más altas que luego se normalizan.^{2,5}

En la ecografía doppler del presente caso, se visualiza la vena porta permeable asociada a una disminución abrupta del calibre de su luz a nivel del hilio hepático, con el aumento de la velocidad de 200 cm/s (Figuras 1 y 2). En las imágenes de la TCMD del abdomen y pelvis, se observa un estrechamiento de la luz de la vena porta al nivel del hilio hepático, presentando un diámetro de 6 mm, previo a esta de 20 mm y posterior (nivel hepático antes de su bifurcación) de 15 mm (Figura 3), asociado a un

defecto de relleno y aumento del calibre de la vena mesentérica superior (Figura 4). Por sospecha de peritonitis secundaria a la perforación duodenal, se realiza una laparotomía exploradora. Se toma una biopsia hepática que evidencia una necrosis isquémica. En el posoperatorio, el paciente evoluciona con un deterioro del sensorio. Se realiza una punción lumbar que evidencia hiperproteorraquia y tomografía de cerebro con lesiones hipodensas y edema, lo cual se interpreta como una hipoxia cerebral. Evoluciona con un paro cardiorrespiratorio y óbito.

Aviso de derechos de autor



© 2021 *Acta Gastroenterológica Latinoamericana*. Este es un artículo de acceso abierto publicado bajo los términos de la Licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC-SA 4.0), la cual permite el uso, la distribución y la reproducción de forma no comercial, siempre que se cite al autor y la fuente original.

Cite este artículo como: Bello M, Larrañaga N, Espil G y col. Complicación posretrasplante hepático. *Acta Gastroenterol Latinoam*. 2021;51(2):163, 233. <https://doi.org/10.52787/frcx4140>

Referencias

1. Santos Ó, Marín J, Muñoz O, Mena Á, Guzmán C, Hoyos S, et al. Trasplante hepático en adultos: Estado del arte. *Rev Col Gastroenterol*. 2012;27(1):21-31.
2. Fontanilla Echeveste T, Villacastán Ruiz E, Álvarez Guisasaola V, Duca AM, Actualización de trasplante hepático. Complicaciones vasculares y biliares. *Radiología*. 2018;60(6):521-33.
3. Arruda Pécora RA, Fernandes Canedo B, Andraus W, Bronze de Martino R, Rocha Santos V, Macedo Arantes R, Pugliese V, Carneiro D'Albuquerque LA. Portal vein thrombosis in liver transplantation. *ABCD, arq bras cir dig*. 2012;25(4):273-78.
4. Settmacher U, Nüssler NC, Glanemann M, Haase R, Heise M, Bechstein WO, Neuhaus P. Venous complications after orthotopic liver transplantation. *Clin Transplant*. 2000;14:235-41.
5. Schneider N, Scanga A, Stokes L, Perri R. Portal vein stenosis: a rare yet clinically important cause of delayed-onset ascites after adult deceased donor liver transplantation: two case reports. *Transplant Proc*. 2011;43(10):3829-34.