

el estudio microbiológico y anatomopatológico. También permite un diagnóstico de presunción al identificar lesiones típicas de cada microorganismo: en el caso de *Candida*, placas sobreelevadas y confluentes; en el CMV, úlceras profundas y longitudinales de bordes serpinginosos y no sobreelevados; en el herpes, vesículas o úlceras solas o coalescentes, bien delimitadas y con bordes sobreelevados, lo que las diferencia del CMV.

Área Trasplante Hepático

CP-231. ANASTOMOSIS PORTO-CAVA EN PACIENTE CON FALLO PRIMARIO DEL INJERTO E INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO: UN PUENTE HACIA EL RETRASPLANTE

Fernández García R, Molina Cortés P, Tripiana Iglesias T, Redondo Cerezo E, López Garrido Á

SERVICIO APARATO DIGESTIVO COMPLEJO HOSPITALARIO REGIONAL VIRGEN DE LAS NIEVES. GRANADA.

Introducción

La anastomosis porto-cava es una técnica quirúrgica empleada en pacientes sometidos a trasplante hepático que presentan fallo primario del injerto, siendo una opción puente hacia el trasplante urgente. Aunque se asocia con riesgos como infecciones, inestabilidad hemodinámica y fallo renal, la aparición de un infarto agudo de miocardio intraoperatorio durante este procedimiento y la necesidad de múltiples trasplantes es un escenario inusualmente descrito.

Caso clínico

Se presenta el caso de un varón de 64 años con cirrosis hepática secundaria a enfermedad metabólica y hepatocarcinoma, sometido a trasplante hepático ortotópico. El injerto mostró estasis e isquemia, por lo que se realizó hepatectomía con anastomosis porto-cava y el paciente fue incluido en código cero para un trasplante. Durante la cirugía, presentó un síndrome coronario agudo con elevación del ST (SCACEST). Un cateterismo evidenció trombosis aguda en la arteria descendente anterior, tratada mediante angioplastia.

Posteriormente, el paciente fue sometido a un trasplante, pero durante la reperfusión presentó una parada cardiorrespiratoria, siendo reanimado tras desfibrilación. Una coronariografía mostró reoclusión de la arteria tratada, requiriendo la colocación de un stent. Además, una ecografía Doppler reveló trombosis de la arteria hepática, confirmada por un Angio-TC que mostró colangiopatía isquémica. Se realizó un segundo trasplante al séptimo día postoperatorio.

Este segundo trasplante transcurrió sin complicaciones inmediatas. Sin embargo, al día 30 postoperatorio, el paciente desarrolló insuficiencia respiratoria aguda atribuida a neumonitis por citomegalovirus, tratada inicialmente con valganciclovir y, posteriormente, con maribavir debido a la falta de respuesta, logrando control de la infección. Tras una evolución favorable, el paciente fue dado de alta al día 81, con buena función del injerto.



Figura 1. En esta imagen se aprecia un corte axial de Angio-TC en la que se pone de manifiesto la oclusión de la arteria hepática.

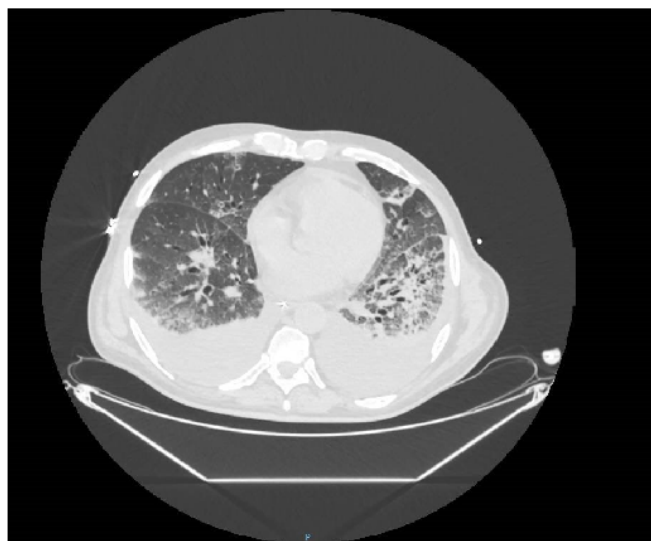


Figura 2. Corresponde a un corte de TC de tórax con consolidaciones alveolares bilaterales compatibles con neumonitis por citomegalovirus.

Discusión

Este caso es notable por la aparición de un infarto agudo de miocardio durante la anastomosis porto-cava, en el contexto de fallo primario del injerto y la necesidad de dos trasplantes. Aunque la inestabilidad hemodinámica es común en estas situaciones, no se ha documentado previamente el desarrollo de dos infartos en este escenario. El uso de la anastomosis porto-cava, combinado con soporte hemodinámico adecuado, fue esencial para estabilizar al paciente y lograr el éxito del trasplante.