

EL TRANSPLANTE: SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO



EL TRANSPLANTE: SOBRE EL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

El procedimiento quirúrgico se divide en tres etapas:

a) Fase pre-anhepática: luego del abordaje abdominal por una incisión subcostal bilateral con prolongación vertical hacia el xifoide se procede a la sección de los elementos de fijación del hígado para su posterior remoción, luego se realiza la disección de los pedículos vasculares: las vena cava supra e infrahepática y la vena porta y la ligadura de la arteria hepática y la vía biliar. Esta etapa de la cirugía se caracteriza por el sangrado dependiendo de las adherencias, la hipertensión portal y la coagulopatía.

b) Fase anhepática: para comenzar se procede al clampeo de la vena porta, la vena cava supra e infrahepática y el retiro del hígado. El implante del nuevo hígado, que se coloca de forma ortotópica, consiste en la anastomosis entre las venas suprahepáticas, infrahepáticas y porta de donante y receptor. En esta fase debido al clampeo se producen cambios hemodinámicos que en el pasado obligaba a la utilización del by-pass veno-venoso.

c) Fase post-anhepática: con el desclampeo vascular y la reperfusión hepática comienza la última etapa del procedimiento en la cual se realiza la anastomosis de la arteria hepática y la vía biliar: colédoco-colédoco (con o sin tubo de Kehr) o hepático-yeyuno. Nuevamente los cambios hemodinámicos (hipotensión, arritmia etc.) y la acidosis, conocidos como síndrome de reperfusión y la coagulopatía (fibrinólisis) gobiernan esta fase del procedimiento. Del buen funcionamiento del injerto dependerá la progresiva estabilidad hemodinámica y de medio interno del paciente, la coagulopatía y la hipertensión portal. Al mismo tiempo se efectúa la hemostasia cuidadosa de las suturas vasculares y los lechos cruentos, previo al cierre del abdomen.

La cirugía de banco: Paralelamente a la cirugía del receptor se desarrolla este procedimiento en el cual se prepara el injerto hepático para ser colocado en el receptor. Es liberado de las estructuras linfoganglionares y grasas que lo rodean preparando los pedículos vasculares para las anastomosis y corrigiendo las variantes arteriales si las hubiera. Del mismo modo se lleva a cabo la reducción hepática y/o la bipartición del hígado.

Variantes del procedimiento “standard”

a) La preservación de la vena cava del receptor o “Piggy-back” hace innecesario el clampeo de dicha vena y asegura el retorno venoso hacia la aurícula aportando

mayor estabilidad hemodinámica, mejor perfusión renal y evita la utilización del bypass veno-venoso. Para sumar el retorno venoso esplácneo se aconseja también la confección de una anastomosis porto-cava temporal. Por otra parte la conservación la vena cava resulta imprescindible cuando se utilizan injertos con hígado reducido.

b) Los injertos con hígado reducido, casi la norma en los trasplantes pediátricos, consisten en utilizar segmentos hepáticos para adaptarlos a la menor capacidad del abdomen del receptor.

c) La bipartición hepática es la consecuencia directa de la utilización de hígados reducidos y consiste en el implante de los dos segmentos que se obtienen de un mismo donante en dos receptores. Este procedimiento puede llevarse a cabo tanto en la cirugía de banco (ex-situ) o durante el procedimiento de ablación (in-situ).

d) El donante vivo relacionado es una técnica que permite la utilización de segmentos hepáticos obtenidos de familiares del receptor que voluntariamente se ofrecen para dicho fin. Si bien al principio la utilización del segmento lateral izquierdo fue ampliamente utilizado para resolver la escasez de donantes para receptores pediátricos, la técnica se ha extendido a los receptores adultos a quienes se le implanta ya sea el lóbulo derecho o el izquierdo.

e) La técnica del domino es la utilización del hígado nativo de un receptor portador de polineuropatía amiloidótica familiar que está siendo transplantado, como injerto donante para otro receptor. En general éste es un paciente portador de hepatocarcinoma o de edad avanzada. Ya que la expectativa de vida del paciente es mucho menor que el tiempo de vida útil del injerto implantado.

f) El trasplante auxiliar es una variante que consiste en el implante de un injerto reducido conservando parcial o totalmente el hígado nativo, que padece una insuficiencia hepática potencialmente reversible (Hepatitis por virus A, Autoinmune etc.), con la intención de retirar la inmunosupresión una vez recuperado el mismo.

g) Los injertos vasculares arteriales o venosos son de frecuente utilización en los casos de trombosis extensas y/o mala calidad de los vasos del receptor.