



12°
CONGRESO
DE LA

ASOCIACIÓN MEXICANA HEPATO PANCREATO BILIAR

POLQUISTOSIS HEPÁTICA Y RENAL GIGOT III TRATADOS CON TRASPLANTE DUAL (HÍGADO-RIÑÓN)

Martínez Hernández Johanna Alexa

Méndez Reynoza Rafael, Ortega Juárez Andrea Fernanda, Torres Del Real Daniel Angel, González Moreno José Antonio, Omar Vásquez Gómez, Luis Jorge Fernández López, Isidoro Aczel Sánchez Cedillo, Víctor Visag Castillo
Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

INTRODUCCIÓN

La enfermedad poliquística del hígado resulta de alteraciones estructurales del árbol biliar durante la embriogénesis, teniendo una incidencia estimada inferior al 0.01% en la población mundial. Inicialmente fue asociada a poliquistosis renal autosómica dominante, la enfermedad renal hereditaria más común, con una incidencia aproximada de 1 en 1,000 recién nacidos vivos.

Las complicaciones como colangiocarcinoma, efecto de masa, infección, ruptura o torsión de quistes, son indicaciones para tratamiento quirúrgico; el trasplante de hígado tiene como objetivo el control sintomático de la enfermedad renal y hepática, así como mejorar la calidad de vida.

CASO CLÍNICO

Masculino de 44 años de edad con diagnóstico de Poliquistosis Renal desde 2019, Enfermedad Renal Crónica KDIGO V en TSR con hemodiálisis y Poliquistosis Hepática desde 2023, cirrosis hepática CHILD PUGH A/ MELD NA 15 puntos e Hipertensión Arterial Sistémica

Ingresa en abril de 2024 para trasplante dual, con laboratorios preoperatorios: Creatinina 9.76, BT 0.39, albúmina 3.94, ALT 18, AST 21, FA 144, GGT 65, Hb 10.40, Plaquetas 44, INR 1.7, Uresis residual 200 cc, TFG 6 ml min/1,73m²

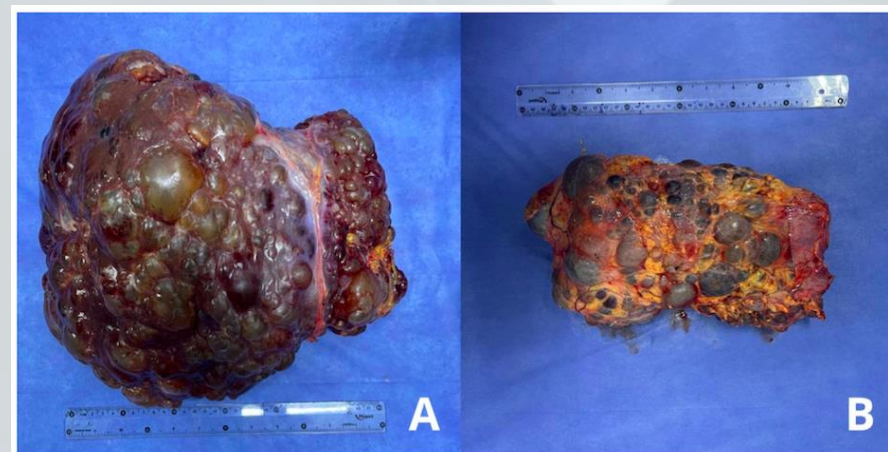


Imagen 1. A. Hígado de 38 x 30 cm; B. Riñón derecho 28 x 14 cm

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio observacional retrospectivo donde se incluyó a un paciente con Enfermedad Poliquística Hepática y Renal (EPHR), evaluado desde 13 de Febrero al 13 de Julio del 2024 en el Hospital General de México "Dr. Eduardo Liceaga"

RESULTADOS

- Función renal:
Inicial con TFG de 6 ml/min/1.73m²
8 días postrasplantado con TFG 47 ml/min/1.73m²
- Función hepática: Mejoró con la estabilización de factores de la coagulación y plaquetas, en 1.2 y 120,000 respectivamente.
Seguimiento a 3 meses postrasplante: Creatinina 1.86, TFG 47 ml/min/1.73m², BT 0.70, ALT 33, AST 30, Plaquetas 268,000 e INR 1.3

TABLA 1. Hallazgos quirúrgicos

TRASPLANTE DUAL	
Trasplante renal	Trasplante hepático
Nefrectomía derecha	Hepatectomía total
Hallazgos: Injerto renal derecho 1 arteria - Iliaca término - lateral 1 vena - Iliaca término - lateral 1 uretero	Técnica: Piggyback término - terminal Art. hepática común - Art. hepática propia Porta - Porta término - terminal colédoco - colédoco término - terminal
Uresis postquirúrgica inmediata: 100 ml	Anhepático: 1 hora 34 minutos
Tiempo de anastomosis: 20 minutos	Tiempo de anastomosis: 15 minutos
Isquemia fría: 6 horas 30 minutos	Isquemia fría: 5 horas 30 minutos
Sangrado: 1,800 ml // Recuperador 1,559 ml	
Tiempo de cirugía: 6 horas 10 minutos	
Inducción: Basiliximab 20 mg	

DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

La EPH tiene una prevalencia en la población general de 1/1.000.000, mientras que es mayor en EPHR, representa el 80-90% de todos los casos. Se ha demostrado que la función renal es uno de los factores más importantes para predecir el pronóstico del paciente con enfermedad poliquística, siendo el principal criterio para la realización de trasplante hepático o hepatorenal. Existe cierta controversia con la realización de estos procedimientos debido a la baja mortalidad sin trasplante y las dificultades quirúrgicas asociadas a la extracción del órgano. No obstante, E.F Rodríguez et al. demuestra una serie con supervivencia de pacientes del 100% (EPH) y 91% (EPHR).

REFERENCIAS

- Rodríguez-Aguilar, E. F., Sastre, L., Colmenero, J., García-Valdecasas, J. C., Fondevila, C., Juárez, I. G., & Navasa, M. (2021). Liver and kidney transplantation in polycystic liver and kidney disease. Gastroenterología y Hepatología (English Edition), 44(8), 552-558. <https://doi.org/10.1016/j.gastre.2020.12.005>