

<b>Caso</b>	(633) Complicaciones en el paciente trasplantado: El caso de la Colangitis Esclerosante Primaria.
<b>Autores</b>	Manuel Vicente Redondo, Alba Salgado-parente, Raquel García-latorre, José Ignacio Gallego- Rivera, Elisa Antolinomacho, Abel González-huete
<b>Centro</b>	Hospital Universitario Ramón Y Cajal

## EXPOSICIÓN DEL CASO

Presentamos el caso de un varón de 28 años, ingresado a cargo del Servicio de Gastroenterología en el día +7 de trasplante ortotópico de hígado urgente por fallo hepático, en el seno de una colangitis esclerosante primaria. Se ponen en contacto con el equipo radiológico de guardia porque el paciente refiere un intenso dolor en hemiabdomen derecho, continuo, que no cede a pesar de medicación habitual y rescates de analgesia; así como un empeoramiento progresivo de la función renal, sin otros datos analíticos de alarma.

Ante este empeoramiento clínico súbito, y la sospecha de complicación del injerto hepático se decide la realización de TCMD de abdomen multifásico, antes y después de la administración de contraste endovenoso con adquisición de las imágenes en fase arterial y venosa (Fig.1: B, C, D). En él, se evidencia sangrado arterial activo intraluminal adyacente a la sutura de la anastomosis yeyuno-yeyunal latero-lateral, con formación de coágulo sanguíneo obstructivo que condiciona dilatación retrógrada del asa biliar y del asa aferente. Ante la estabilidad del paciente y su mejoría analítica progresiva, se decide tratamiento conservador con Ácido Tranexámico (antifibrinolítico) y vigilancia activa del paciente por el servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

## DISCUSIÓN

La colangitis esclerosante primaria es una enfermedad crónica inmunomediada de los conductos biliares que provoca dilatación focal, estenosis y fibrosis de los mismos, así como daño y cambios parenquimatosos hepáticos, y, en un estadio avanzado, cirrosis. La colangiorrsonancia magnética se alza como la técnica diagnóstica de elección, pudiendo demostrar distorsión e irregularidad del árbol biliar con alternancia de áreas de estenosis y de dilatación (Fig.1: A). Aunque el tratamiento de esta entidad es, en principio, farmacológico (Ácido Urodesoxicólico), la presencia de unos niveles de bilirrubinemia  $> 6\text{mg/dl}$ , sintomatología secundaria a hipertensión portal o episodios recurrentes de colangitis bacteriana son considerados indicativos de trasplante. En el caso de la colangitis esclerosante primaria subsidiaria de trasplante, al existir una desproporción y asimetría entre la vía biliar del donante y del receptor, la técnica adecuada para la anastomosis biliar es la hepático-yeyunostomía término-lateral en Y de Roux.

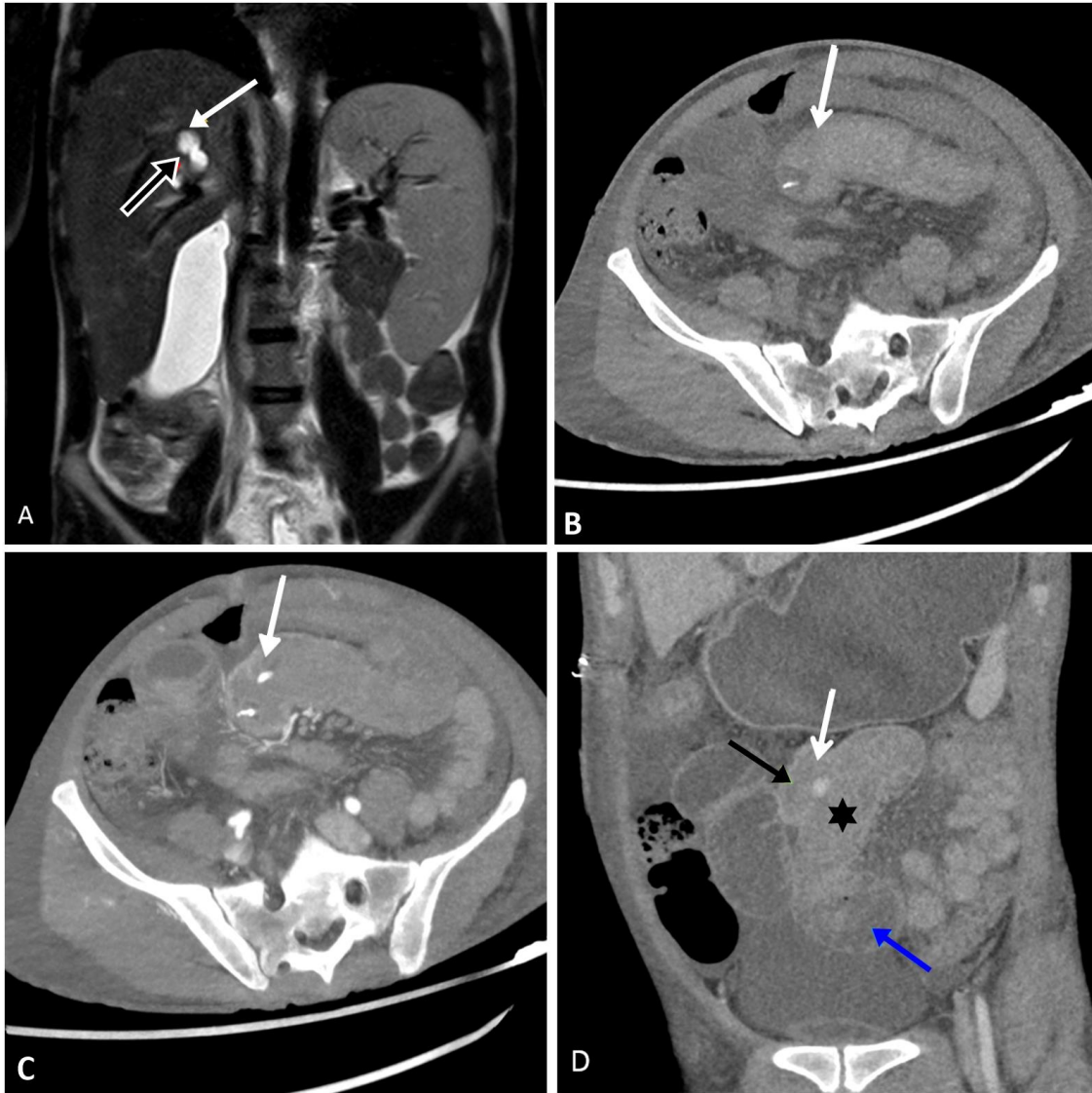
El diagnóstico precoz de las complicaciones post-trasplante es crucial, ante la sospecha clínica, para una correcta actuación temprana y con ello evitar morbimortalidad en el paciente. Entre las causas más comunes entre las que establecer el diagnóstico diferencial destacan la trombosis y estenosis arterial y la

trombosis venosa, los trastornos biliares, las colecciones infecciosas y el rechazo del injerto.

En nuestro caso, la TCMD nos muestra la yeyuno-yeyunostomía que conforma el pie de asa, donde se observa la presencia de un foco de sangrado en fase arterial, que aumenta en fase venosa, no presente en fase basal (Fig.1: B, C y A, respectivamente). Este foco de sangrado causa la formación de un coágulo endoluminal que condiciona una dilatación retrógrada del asa aferente y del asa biliar (Fig.1: D).

## **CONCLUSIÓN**

La colangitis esclerosante primaria constituye una patología con elevada morbilidad y presentación abigarrada en pacientes jóvenes. Es importante reconocer el trasplante hepático como técnica terapéutica utilizada bajo determinadas condiciones clínicas, así como las técnicas quirúrgicas adecuadas para esta patología. Esta última parte, es de especial importancia para el reconocimiento de complicaciones postoperatorias, siendo el sangrado y posterior formación de un coágulo endoluminal obstructivo secundario a la reconstrucción bilio-intestinal, una complicación a tener en cuenta.



(A) Corte coronal de RM potenciada en T2 donde se muestran los estigmas biliares propios de la Colangitis esclerosante primaria: estenosis (flecha negra con reborde blanco) y dilatación (flecha blanca) alternas de la vía biliar. (B) Corte axial de TCMD en fase basal donde se observa únicamente la sutura anastomótica que conforma el pie de asa (yeyuno-yeyunostomía latero-lateral). (C) Corte axial de TCMD en fase arterial donde se señala el foco de sangrado (flecha blanca). (D) Reconstrucción coronal de TCMD con contraste endovenoso en fase portal donde destaca el coágulo obstructivo (asterisco negro), que condiciona dilatación del asa biliar (flecha negra) y del asa aferente (flecha azul).

## BIBLIOGRAFÍA

1. Khoshpouri P, Habibabadi RR, Hazhirkarzar B. Imaging Features of Primary Sclerosing Cholangitis: From Diagnosis to Liver Transplant Follow-up. *Radiographics*. 2019; 39(7):1938-1964. DOI: 10.1148/rg.2019180213.
2. Parés A. Colangitis esclerosante primaria: diagnóstico, pronóstico y tratamiento. *Gastroenterología y Hepatología*. 2011;34: 41-52. DOI:0.1016/j.gastrohep.2010.02.006
3. Lladó L, Fabregat J, Ramos E. Complicaciones biliares tras el trasplante hepático. *Cirugía Española*. 2012;90:4-10 DOI: 10.1016/j.ciresp.2011.10.007