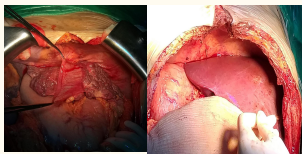


# TRANSPLANTE HEPÁTICO EM SITUS INVERSUS TOTALIS COM JUMP GRAFT DE VEIA ILÍACA

Ana C. Rocha, Isabella Gazzi, Andressa M. do Nascimento, Paola Moretti, Richard Kersten, André C. Lima, Franco Haritsch, Ricardo Lemos, Raquel F. L. Garcia, Christian E. Garcia

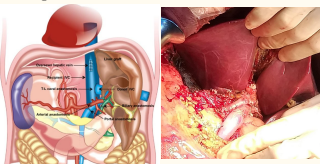
**INTRODUÇÃO:** Situs inversus totalis (SIT) é uma desordem genética rara, autossômica recessiva, de incidência 1:10.000, decorrente da rotação anômala do tubo cardíaco. Por muito tempo, SIT foi considerado contraindicação absoluta para transplante hepático devido a complexidade e potenciais dificuldades técnicas associadas ao procedimento. Entretanto, em 1986, foi realizado primeiro transplante hepático em receptor SIT, no Centro médico da Universidade de Nebraska, sendo descrito por Raynor et al em 1988.<sup>1</sup>

**RELATO DO CASO:** Homem, 62 anos, em acompanhamento regular no ambulatório de hepatologia no Hospital Municipal São José por hepatopatia crônica decorrente de hepatite C desde 2012. Realizou tratamento com sofosbuvir e dectasvir por 24 semanas e, em 2017, obteve cura. Em novembro/2018 foi diagnosticado carcinoma hepatocelular. Já listado para transplante, paciente recebe o órgão em 01/12/2019. No inventário da cavidade nota-se *situs inversus totalis* (SIT), volumosa ascite e sinais de hipertensão portal.



Optado por realização de dissecação através da técnica de *Piggy-Back*, seguida pelo fechamento de veias hepáticas e liberação de veia cava. Evidenciado trombose completa de veia porta até bifurcação de mesentérica. Optado pela trombectomia, sem fluxo em veia porta. E, realização de *Jump Graft* com enxerto das veias ilíacas do doador e anastomose em veia mesentérica inferior do receptor retro-hilar. Rotação do fígado em 90 graus sentido horário e anastomose término lateral de

veia cava inferior do receptor com veia cava infra-hepática do doador. Fechamento de cava supra-hepática. Anastomose de veia porta com enxerto de íliaca *Jump Graft* com *Growing Factor*, com reperfusão do órgão.



Sankarankutty AK, Cagnolati D, Kemp R, et al. How to do liver transplantation in situs inversus totalis: a simple technique

Posteriormente, anastomose da artéria hepática com tronco celíaco em *patch* e anastomose de colédoco-colédoco. Fixação de ligamentos triangulares e falciforme a fim de evitar a ptose do fígado. Realizado esplenectomia para aumento de fluxo portal. E, fechamento por planos. Paciente evoluiu com fístula biliodigestiva, reabordado para colocação de Kher em 16/12/2019, evidenciando fígado transplantado bem posicionado, sem sinais de rotação. Coto pancreático sem evidência de fístula ou sangramento, onde foi aplicado cola de fibrina e hemostático absorvível. Drenagem transparietal em coleção intra-abdominal serosa em 09/01/2020, sem evidência de novas coleções em 16/01/2020 por controle ultrassonográfico. Paciente evoluiu com polineuropatia e sarcopenia grave, vindo a óbito em 11/02/2020.

**DISCUSSÃO:** O transplante hepático em pacientes com SIT apresenta como uma de suas principais dificuldades técnicas a anatomia assimétrica do órgão, que dificulta o posicionamento do enxerto e das anastomoses vasculares no receptor.<sup>2</sup> A técnica utilizada para rotação em 90° no sentido horário, propicia uma implantação de todo o fígado com boa apresentação da veia porta, artéria hepática e ducto biliar, possibilitando a boa implantação do órgão com realização de *Jump-Graft*, mesmo com a evidência de trombose completa da veia porta.<sup>3</sup>