



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-551 - DONACIÓN EN ASISTOLIA CONTROLADA: UN PRESENTE EN EL TRASPLANTE PANCREÁTICO

Sánchez Pérez, Belinda; Gutiérrez Delgado, Pilar; Pérez Daga, Jose Antonio; León Díaz, Francisco Javier; Pérez Reyes, María; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

Introducción: Dada la escasez de donantes en el trasplante de páncreas, es necesario el uso de criterios expandidos para incrementar el pool de injertos, siendo la donación en asistolia controlada (DAC) (Mastrich III) una fuente adicional efectiva de órganos ampliamente reconocida en trasplante renal y hepático pero con menor experiencia en el trasplante de páncreas.

Casos clínicos: Presentamos tres casos de trasplante de riñón-páncreas realizados en nuestro centro en DAC. La evolución de los pacientes fue la siguiente: 1º receptor: El injerto pancreático mostró buena función desde la reperfundión. A las 60h, el paciente presentó hemoperitoneo siendo reintervenido sin encontrar claro foco de hemorragia. El injerto renal mostró función retrasada necesitando hemofiltración (HF) hasta el décimo día. En 24 día postoperatorio (PO), fue alta con glucemias normales sin necesidad de insulina y cifras de creatinina dentro de la normalidad. 2º receptor: Evolucionó con buena función de ambos injertos. Inicialmente requirió perfusión de insulina en las 3 primeras horas en UCI (2 u/ml), tras lo cual, se retiró por glucemias dentro de la normalidad. Mejoría progresiva de la función renal sin retraso de la misma ni necesidad de HF. Alta 10ºPO con normalidad de parámetros. 3º receptor: Presentó inestabilidad hemodinámica 2º a shock cardiogénico por síndrome de denervación autonómica, con necesidad continua de drogas vasoactivas. Ventilación mecánica (VM) prolongada 2º a neumonía y posterior síndrome de distrés respiratorio agudo (SDRA). El injerto renal sufrió disfunción secundaria a necrosis tubular aguda (NTA) por la situación hemodinámica necesitando en HF todo el ingreso. Persistió evolución tórpida falleciendo al 90º DPO.

Características donante, receptor y tiempos de isquemia

	SRP	PAN1	PAN2
Fecha	3/2016	11/2019	12/2019
Donante			
Edad	35	42	26

Sexo		Varón	Mujer	Mujer
IMC (kg/m ²)		26	21	16
Días UCI		16	5	30
Causa muerte		TCE	TCE	TCE
PCR		No	No	No
Drogas vasoactivas		No	No	No
L. Perfusión		HTK	HTK	HTK
Receptor				
Edad		35	28	50
Sexo		Varón	Mujer	Varón
ICM (kg/m ²)		18	17	30
Tipo DM		Tipo I	Tipo I	Tipo I
T. evolución DM (años)		29	18	42
Comorbilidades				
	Retinopatía.	Sí	Sí	Sí
	Polineuropatía	Sí	Sí	Sí
Tiempos de isquemia en extracción				
T Isq. caliente funcional (min)	21		7	14
T Isq. caliente total (min)	27		17	24
T. bomba (min)			110	100
Tiempos de isquemia en implante				
T Isq. fría (min)	462 m		330 m	365 m
T Isq. caliente (min)	50 m		57 m	70 m
T. Isq. total (min)	512		387	435
T. Isq. total renal (min)	740		485	610

Discusión: La escasez de injertos pancreáticos procedentes de donantes cadavéricos hace de la donación en asistolia controlada una nueva fuente de órganos para el trasplante pancreático. La donación en asistolia parece mostrarse como una fuente fiable de órganos con resultados esperanzadores en el trasplante pancreático. Tanto la extracción mediante técnica súper-rápida como el uso de PAN han mostrado resultados alentadores y comparables a los donantes cadavéricos. Habrá que esperar a estudios de mayor volumen para indicarnos que técnica puede ofrecernos mejores resultados.