



O-059 - CAUSAS DE PÉRDIDA DE INJERTO PANCREÁTICO PRECOZ EN PACIENTES SOMETIDOS A TRASPLANTE RENOPANCREÁTICO. ANÁLISIS RETROSPECTIVO DE DOS CENTROS NACIONALES

Sentí Farrarons, Sara¹; Maupoey, Javier²; Montalvá, Eva²; Boscá, Andrea²; Pardo, Fernando¹; Espin, Francisco¹; López-Andújar, Rafael²

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona; ²Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Resumen

Objetivos: El trasplante simultáneo de riñón y páncreas (SPK) es el tratamiento de elección para pacientes con diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) que asocian nefropatía diabética en fase terminal, ya que no solo consigue una clara mejoría en la calidad de vida, sino que también proporciona una ventaja en la supervivencia a largo plazo sobre el trasplante de riñón aislado. La vida media de los injertos pancreáticos ha mejorado en la última década, debido a una variedad de factores que incluyen la mejora de la técnica quirúrgica, de la inmunosupresión, de la selección de donantes y receptores y la vigilancia del injerto. Sin embargo, el trasplante de páncreas tiene todavía la tasa más alta de complicaciones quirúrgicas de todos los trasplantes de órganos sólidos. Presentamos el análisis retrospectivo de los pacientes trasplantados reno-pancreáticos centrado en las causas de pérdida de injerto pancreático.

Métodos: Se han analizado de manera retrospectiva los pacientes sometidos a SPK entre enero de 2019 y diciembre de 2022 en dos centros nacionales. Un total de 39 pacientes (16 mujeres y 23 hombres) han sido incluidos, todos con derivación entérica y mínimos cambios en la técnica quirúrgica. Todos los pacientes recibieron el mismo tratamiento inmunosupresor con el esquema micofenolato, prednisona y tacrolimus. La edad media de los pacientes trasplantados fue de 43 años, con una media de 27 años de evolución de DMT1, un IMC medio de 24,6 Kg/m² y con un 70% de los pacientes en programa de diálisis en el momento del trasplante.

Resultados: La pérdida del injerto renal con necesidad de trasplantectomía ocurrió en 4 pacientes de la serie (10,2%). Las causas fueron las siguientes: pancreatitis necro-hemorrágica con trombosis asociada (3) y trombosis venosa aislada (1). Uno de los pacientes de la serie (2,5%) presentó pérdida del injerto renal secundario a una trombosis arterial renal con injerto pancreático normofuncionante. Nueve pacientes (23%) presentaron complicaciones Clavien-Dindo \geq 3, con un caso de mortalidad (2,5%) en contexto de una pancreatitis necrohemorrágica grave y trasplantectomía. En cuanto al análisis de los factores relacionados con el donante de los pacientes que requirieron trasplantectomía pancreática, todos fueron donantes en muerte encefálica, uno de ellos con P-PASS (*pre-procurement pancreas suitability score*) \geq 17 e IMC \geq 25 kg/m², con pDRI (*pancreas donor risk index*) < 1 (2 donantes) y pDRI 1-1,5 (2 donantes). Según la definición IGLS para resultados clínicos y funcionales del injerto pancreático, 30 pacientes (77%) presentaron

niveles óptimos ($\leq 6,5$) de HbA1c%, 5 (13%) con niveles buenos (< 7) y 4 niveles basales (10%).

Conclusiones: El trasplante de páncreas tiene una alta tasa de complicaciones, y se calcula que más del 70% de las pérdidas precoces del injerto pancreático son atribuidas a fallos técnicos, de causa no inmunológica. La trombosis del injerto pancreático lidera estas complicaciones técnicas como causa más frecuente de pérdida precoz del injerto pancreático. Las medidas profilácticas para evitarla como la anticoagulación, la detección precoz de complicaciones, la buena selección del donante y la meticulosidad en la técnica quirúrgica, resultan fundamentales para el correcto manejo de estos pacientes.