



P-599 - CARACTERÍSTICAS DE LAS DIFERENTES ANASTOMOSIS VASCULARES EN EL TRASPLANTE DE ESPESOR COMPLETO DE PARED ABDOMINAL

Fernández Fernández, Clara; Justo Alonso, Iago; Otero Torrón, Blanca; Caso Maestro, Óscar; Marcacuzco Quinto, Alberto Alejandro; Fernández Noël, Silvia; Falcón Bonilla, Kléber Xavier; Loinaz Seguro, Carmelo

Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid.

Resumen

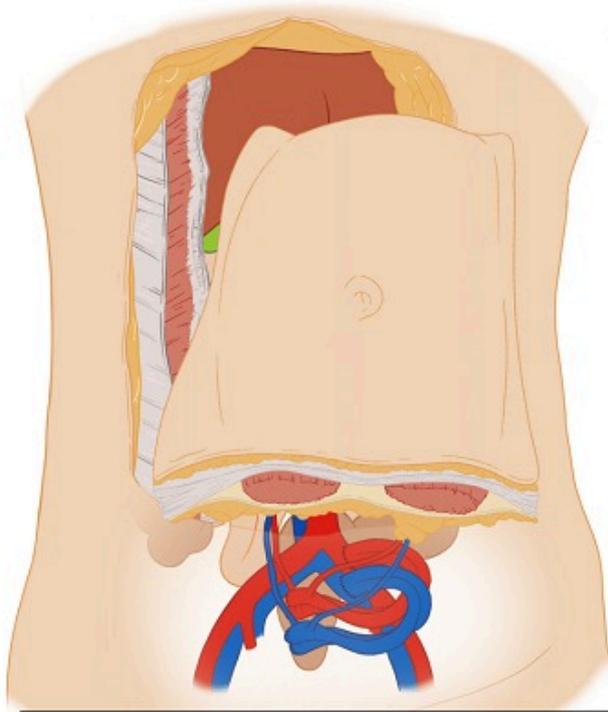
Objetivos: El trasplante de pared abdominal tiene su indicación en casos de trasplante intestinal o multivisceral, para lograr un cierre completo y evitar complicaciones derivadas del abdomen abierto (fístulas enterocutáneas, sepsis) o de un cierre bajo tensión (síndrome compartimental, isquemia). En este tipo de cirugías, el cierre primario de la pared se ve imposibilitado hasta en el 40% de los casos como consecuencia de múltiples intervenciones quirúrgicas, adherencias, perforaciones o fistulas previas al trasplante o del edema intestinal tras el mismo. En el año 2003, Levi *et al.* publican la primera serie de pacientes sometidos a trasplante de pared abdominal de espesor completo tras el trasplante intestinal. Otras indicaciones del trasplante de pared abdominal han sido el pseudomixoma peritoneal u otras neoplasias como el tumor desmoide. La pared abdominal puede ser extraída del mismo donante del que se extraen otros órganos o de distintos donantes. El injerto está constituido por peritoneo, músculos y vaina de los rectos abdominales, por la fascia de los músculos oblicuos interno, externo y transversal abdominal (pudiéndose extender lateralmente y hasta sus inserciones costales e iliacas, siempre que sea posible el cierre del donante), tejido subcutáneo y piel. El aporte vascular del injerto viene dado por la arteria epigástrica inferior. Desde el punto de vista técnico, la anastomosis vascular sobre el receptor puede llevarse a cabo: Utilizando vasos de gran calibre, iliacos o femorales. En ocasiones son necesarios estos injertos vasculares para el implante de otros órganos como el hígado. Mediante microcirugía, anastomosando directamente los vasos epigástricos. Nuestro objetivo es describir diferentes tipos de anastomosis vasculares en el trasplante de pared abdominal.

Métodos: Se ilustran y comparan cuatro modalidades de anastomosis vascular en el trasplante de pared abdominal.

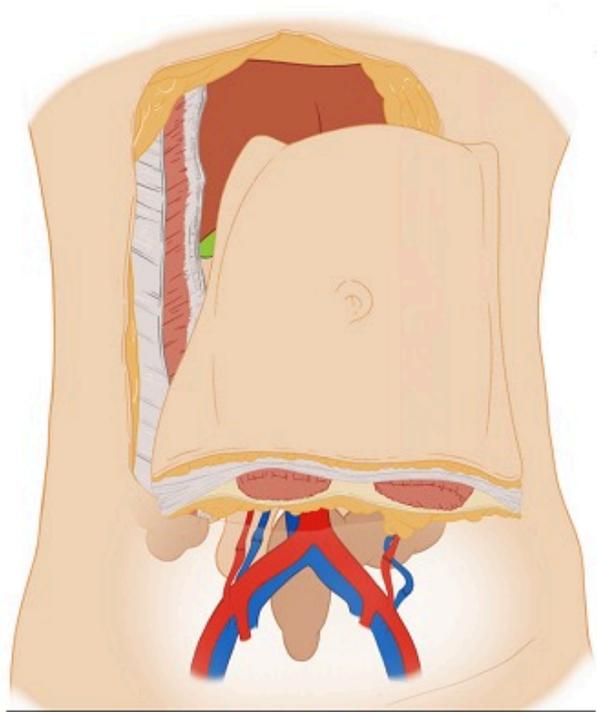
Resultados: Se presentan en la tabla.

Anastomosis completa de injertos iliacos	Anastomosis directa de epigástricas	Anastomosis completa de los injertos iliacos de un lado y reimplante de los epigástricos contralaterales	Anastomosis de parche de iliacas externas con epigástricas sobre iliacas de receptor
--	-------------------------------------	--	--

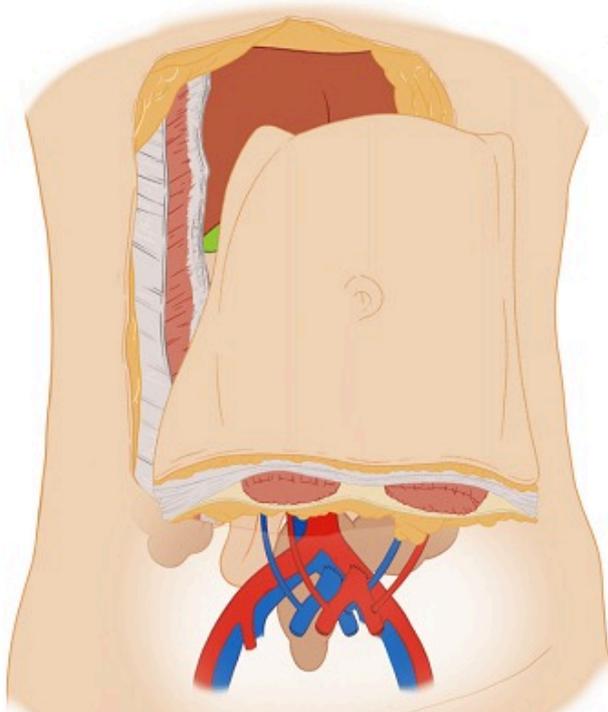
Fortalezas	Solo requiere una anastomosis vascular, relativamente sencilla por los calibres vasculares	Se preservan los injertos iliacos para otros órganos	Anastomosis vascular en el implante, relativamente sencilla por los calibres vasculares	Injerto vascular normoposicionado
		Normoposición del injerto vascular lo que dificulta su torsión	Se puede aprovechar el eje iliaco contralateral en otros implantes	Anastomosis técnicamente menos complicada por mayor calibre Queda un remanente de eje iliaco útil para otros órganos
Debilidades	Empleo de injertos iliacos arteriales y venosos	Anastomosis compleja por el calibre de los vasos	Anastomosis vasculares múltiples, algunas complejas	
	Posibilidad de torsión por la longitud de los injertos Complejidad de la extracción para mantener todo el eje vascular	Suele requerir microcirugía	Injertos vasculares largos	Empleo de los injertos iliacos arteriales y venosos externos



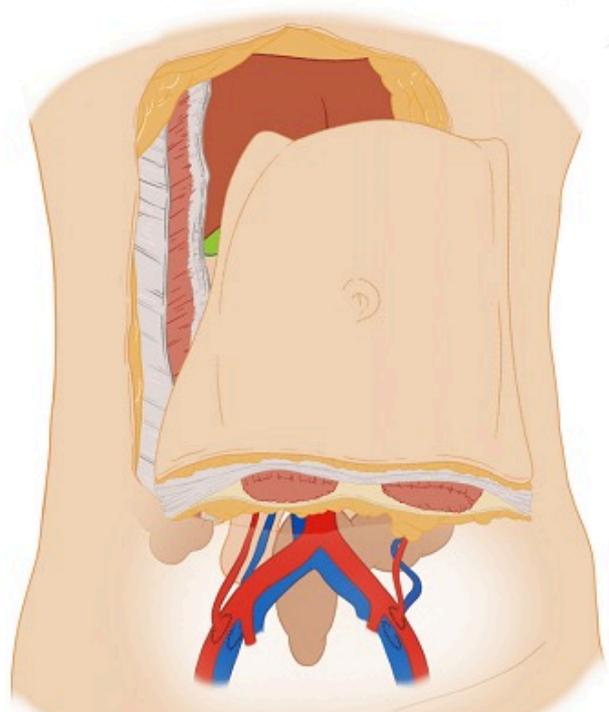
Anastomosis completa de injertos iliacos



Anastomosis directa de epigástricas



Anastomosis completa de los injertos iliacos de un lado y reimplante de los epigástricos contralaterales



Anastomosis de parche de iliacas externas con epigástricas sobre iliacas de receptor

Conclusiones: El trasplante de injerto completo de pared abdominal es una técnica que posibilita el cierre de los receptores de trasplante de órganos abdominales con antecedentes de abdomen

catastrófico o multioperado. La técnica quirúrgica debe adaptarse al paciente y al procedimiento a realizar.