



O-137 - TRASPLANTE DE PÁNCREAS: VENTAJAS DE LA POSICIÓN RETROPERITONEAL DEL INJERTO

Ferrer, Joana; Molina, Víctor; Rull, Ramón; López-Boado, Miguel Ángel; Sánchez, Santiago; García, Rocío; Fuster, Josep; García-Valdecasas, Juan Carlos

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Objetivos: Después de más de 50 años transcurridos desde el primer trasplante de páncreas realizado en la Universidad de Minnesota, las técnicas quirúrgicas empleadas han experimentado muchas modificaciones. La colocación del injerto en posición retroperitoneal reproduce la fisiología del páncreas "nativo". El objetivo del estudio es presentar la experiencia de la aplicación de una técnica modificada, con el injerto pancreático en posición retroperitoneal, con drenaje venoso sistémico y duodenoduodenostomía para el drenaje entérico.

Métodos: Análisis retrospectivo de los trasplantes de páncreas realizados entre mayo de 2016 y mayo de 2017 en una sola institución.

Resultados: Se realizaron un total de 12 trasplantes. Se incluyen 7 varones y 5 mujeres con una mediana de edad de 43 años [IQR 36-54]). El tiempo de isquemia fría fue de 10,20 horas [IQR 5,30-12,10]. La solución de preservación utilizada fue Celsior (n = 7), IGL-1 (n = 3) y UW (n = 2). Para la reconstrucción vascular del injerto pancreático se han utilizado dos técnicas distintas: (1) anastomosis de la arteria mesentérica superior y arteria esplénica del injerto con un segmento de la bifurcación ilíaca del donante (n = 6); y (2) anastomosis espleno-mesentérica término-terminal entre la arteria esplénica y el extremo distal de la arteria mesentérica superior del injerto (n = 6). El injerto se colocó con la cabeza pancreática y duodeno en posición craneal y la cola en posición caudal. La anastomosis venosa fue realizada entre la vena porta del injerto y la vena cava y la anastomosis arterial entre la arteria mesentérica superior o el segmento de arteria ilíaca primitiva del injerto, en función de la cirugía de banco realizada, con la arteria ilíaca primitiva derecha del receptor. La secreción exocrina pancreática se drenó al duodeno nativo. No se han identificado complicaciones relacionadas directamente con la posición retroperitoneal y la derivación duodeno-duodenal. Un paciente requirió transplantectomía a las 12 horas por trombosis del injerto proveniente de un donante con paro cardiorrespiratorio prolongado. Otro procedimiento fue abortado debido a una trombosis arterial intraoperatoria en un paciente con ateromatosis ilíaca grave. Los restantes pacientes presentaron una correcta función del injerto, sin requerimientos de insulina. La estancia hospitalaria fue de 13,50 días (IQR 10-27).

Conclusiones: La colocación del injerto retroperitoneal es una técnica factible, permitiendo un fácil acceso para la disección de los vasos y posterior reconstrucción vascular, minimizando a su vez el

riesgo de oclusión intestinal.