CIR ESP. 2017;95(Espec Congr):1016

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

V-056 - TRASPLANTE DE PÁNCREAS: COLOCACIÓN RETROPERITONEAL DEL INJERTO Y DUODENO-DUODENOSTOMÍA PARA EL DRENAJE ENTÉRICO

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

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

Resumen

Objetivos: La colocación del injerto pancreático en posición retroperitoneal reproduce la fisiología del páncreas "nativo". El objetivo del vídeo es presentar una técnica modificada, con el injerto retroperitoneal, drenaje venoso sistémico y duodenoduodenostomía para el drenaje entérico.

Métodos: En la cirugía de banco, tras la realización de esplenectomía, la línea de grapas de los extremos duodenales es invaginada con sutura continua de seda 3/0. Para la reconstrucción vascular del injerto pancreático se ha realizado la anastomosis espleno-mesentérica término-terminal entre la arteria esplénica y el extremo distal de la arteria mesentérica superior del injerto.

Resultados: Tras la realización de una incisión de laparotomía media supra-infraumbilical, se procede con la liberación del colon derecho medialmente junto con la realización de maniobra de Kocher amplia, para que el duodeno nativo quede expuesto ampliamente. Para facilitar la anastomosis venosa, la vena cava es disecada en todo su trayecto hasta la vena ilíaca derecha, ligando sus ramas posteriores. Asimismo el uréter derecho y los vasos gonádicos son individualizados y preservados. La arteria ilíaca primitiva derecha junto con la arteria ilíaca externa y la arteria hipogástrica se disecan y se individualizan con un vessel-loop. El páncreas se coloca con la cabeza pancreática y duodeno en posición craneal y la cola en posición caudal. Una vez disecados los vasos ilíacos, se realiza primero la anastomosis venosa término-lateral, entre la vena porta del injerto y la vena cava, con dos suturas continuas de Prolene 5/0.A continuación se realiza la anastomosis arterial término-lateral mediante suturas continuas de Prolene 5/0, entre la arteria mesentérica superior y la arteria iliaca primitiva derecha del receptor. La secreción exocrina pancreática se drena al duodeno nativo. Tras la correcta movilización del duodeno del receptor, se procede a la anastomosis latero-lateral (2,5-3 cm.) entre el duodeno del injerto y la 2ª-3ª porción duodenal del receptor en dos planos con sutura continua, uno interno con dexon 3/0 y otro externo seromuscular, con seda 3/0. Tras ello, el colon derecho movilizado previamente se recoloca en su posición habitual, de manera que el páncreas queda en una posición retroperitoneal. Finalmente se deja un drenaje adyacente a la anastomosis intestinal.

Conclusiones: La colocación del injerto retroperitoneal es una técnica factible y segura, con fácil acceso para la disección de los vasos y posterior reconstrucción vascular, así como menor riesgo de oclusión intestinal y, acceso endoscópico para la toma de biopsias del injerto y con fines terapéuticos

en caso que fuera necesario.

0009-739X © 2017 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados