



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-073 - LA DERIVACIÓN DIGESTIVA EN EL TRASPLANTE DE PÁNCREAS. IMPACTO CLÍNICO DE LAS COMPLICACIONES INTRAABDOMINALES

Ferrer, Joana; Cano-Vargas, Brenda; Martínez de la Maza, Lilia; López-Boado, Miguel Ángel; Rull, Ramón; Sánchez, Santiago; Fernández-Cruz, Laureano; García-Valdecasas, Juan Carlos

Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona.

### Resumen

**Objetivos:** El trasplante de páncreas es el único método que permite normalizar la glucemia en pacientes diabéticos, mejorando la calidad de vida del paciente y estabilizando la afectación de órganos diana. El objetivo de este estudio es analizar de forma retrospectiva las complicaciones quirúrgicas asociadas a la derivación entérica en un único centro durante un periodo de 15 años.

**Métodos:** Durante el periodo comprendido entre 2000 y 2015 se han realizado 333 trasplantes de páncreas (SPK: 272, PAK: 23, PA: 3, Retrasplante: 35). La técnica quirúrgica utilizada en la cirugía de banco fue anastomosis T-T entre la arteria mesentérica superior distal y arteria esplénica, además de invaginación de los bordes duodenales con sutura continua. Se realizó derivación venosa sistémica con anastomosis T-L porto-cava y anastomosis arterial T-L mesentérica superior- ilíaca primitiva derecha. Para la secreción exocrina, se realizó derivación intestinal mediante duodeno-yejunostomía látero-lateral con sutura manual.

**Resultados:** Se identificaron y evaluaron 19 pacientes (5,7%) con complicaciones intestinales (SPK: 14, PAK: 1, retrasplante: 4). En este grupo, la indicación para trasplante fue DM tipo 1 en 94,7% y diabetes pospancreatectomía en el 5,3% de los casos. La edad media fue de 39 años, siendo del sexo masculino el 68,4%, y femenino el 31,6%. El 68,4% de los receptores presentaron cirugía abdominal previa (cirugía mayor en 5 casos, catéter de diálisis peritoneal en 4 casos, trasplante previo en 4 casos). Todos los injertos pancreáticos se obtuvieron de donante cadavérico con muerte encefálica, con una edad media de 27,68 años, siendo el 63,2% del sexo masculino. El tiempo medio de isquemia fría fue de 10,77 (4-15) horas, y la solución de preservación utilizada fue UW en 63,15%, Celsior 31,6%, y HTK 5,3% de los casos. Las complicaciones intraabdominales fueron: oclusión intestinal en 7 pacientes (36,8%), ileo paralítico en 4 pacientes (21,1%), isquemia duodeno injerto en 1 paciente (5,3%), dehiscencia duodeno-yejunostomía en 4 pacientes (21,1%), fístula intestinal sin dehiscencia anastomosis en 2 pacientes (10,5%) y dehiscencia de sutura en yeyuno receptor tras la trasplantectomía en un caso de retrasplante (5,3%). Según Clavien-Dindo se clasificaron en: Grado I: 10,5%, Grado II: 5,3%, Grado IIIa: 5,3%, Grado IIIb: 57,9% y Grado IVa: 21,1%. Quince pacientes requirieron reintervención quirúrgica (lisis de adherencias (n = 7), trasplantectomía (n = 5), cierre primario + by pass intestinal (n = 1), sutura simple (n = 1), resección intestinal y anastomosis (n = 1). En 4 pacientes se realizó manejo conservador. Del total de pacientes con complicaciones intestinales, en 5 casos (dehiscencia anastomosis (n = 3), oclusión intestinal (n = 1), y dehiscencia de sutura en yeyuno receptor (n = 1)) se asociaron a complicaciones vasculares, condicionando la pérdida del injerto pancreático en el 40% (n = 2) de los mismos. Tres de estos pacientes presentan injerto funcionante tras una mediana de seguimiento de 51 meses.

**Conclusiones:** La derivación entérica para la secreción exocrina del injerto pancreático es una técnica segura y factible con un índice bajo de complicaciones intraabdominales. La trombosis vascular asociada a complicaciones intestinales constituye un factor de riesgo para la viabilidad del injerto pancreático, por lo que es importante su detección precoz.