

Extracción y trasplante total de páncreas

F. Gaudez, P. Meria, F. Desgrandchamps, F. Roussin, O. Roussin, P. Teillac

La extracción y el trasplante del páncreas se llevan a cabo en tres etapas principales: la extracción, la preparación del injerto con reconstrucción de los vasos y, por último, el trasplante. La extracción requiere buenos conocimientos anatómicos y una perfecta sincronización con los cirujanos hepáticos para permitir la disección de los vasos del hígado y del páncreas: vena porta y arterias hepática, esplénica y mesentérica superior. Para el lavado de los órganos y su preservación se usa la solución de la Universidad de Wisconsin. La preparación del injerto pancreático consiste en la reconstrucción de un eje arterial único a partir de una bifurcación ilíaca anastomosada a las arterias mesentérica superior y esplénica. La vena porta se alarga por disección progresiva, evitando el uso de un parche venoso, que es fuente de trombosis. El trasplante se efectúa en la fosa ilíaca derecha, sobre la aorta y la vena cava, cerca de la bifurcación ilíaca. La anastomosis digestiva se hace entre el duodeno del injerto y la primera asa delgada del receptor. Debe realizarse con cuidado, para evitar cualquier riesgo de fístula pancreática.

© 2006 Elsevier SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras Clave: Páncreas; Extracción; Trasplante; Injerto

Plan

| | |
|--|---|
| ■ Introducción | 1 |
| ■ Extracción del páncreas | 1 |
| Primera fase: colocación del donante | 1 |
| Incisión parietal y exposición | 2 |
| Exposición de los grandes vasos | 2 |
| Disección de los grandes vasos | 3 |
| Disección de la arteria hepática | 3 |
| Abertura de la trascavidad de los epiplones | 3 |
| Liberación del bazo y movilización de la cola del páncreas | 3 |
| Preparación y realización del pinzamiento | 3 |
| Reparto de los vasos y liberación de la arteria mesentérica superior | 4 |
| Extracción hepática y aislamiento de los vasos pancreáticos | 5 |
| Liberación de la cabeza del páncreas | 5 |
| Sección de los vasos mesentéricos | 5 |
| Acondicionamiento del injerto | 6 |
| ■ Preparación del injerto y trasplante pancreático | 6 |
| Primera fase: preparación del injerto | 6 |
| Colocación del receptor y principio del trasplante | 7 |
| Anastomosis vasculares | 7 |
| Anastomosis digestiva | 8 |
| Drenaje y cierre | 9 |
| ■ Conclusión | 9 |

■ Introducción

En la mayoría de los casos, la extracción del páncreas se efectúa en el marco de la extirpación de varios órganos (corazón-pulmón, hígado-riñón), de igual forma que el trasplante del páncreas suele ser un trasplante combinado con el de riñón en un mismo receptor.

Los aspectos técnicos de la extracción y del trasplante renal son motivo de artículos específicos y exhaustivos, por lo que no serán tratados en éste, destinado, en exclusiva, a los principios y a la técnica de extracción y trasplante del páncreas.

La técnica quirúrgica descrita es la utilizada por los autores en el hospital Saint-Louis (París, Francia), y se parece mucho a la de otros equipos, tanto en lo relativo a la extracción [1] como al trasplante pancreático [2-4]. Los elementos esenciales para el éxito del trasplante son los criterios estrictos respecto a la selección del receptor y del injerto (Cuadros I-III).

■ Extracción del páncreas

Primera fase: colocación del donante

El donante se coloca en decúbito supino. El cuerpo se rasura desde el cuello hasta las rodillas.

Se puede optar entre la posición con los brazos en cruz sobre apoyos o a los costados del cuerpo, la prefe-

Cuadro I.

Contraindicaciones de la extracción pancreática.

- Edad >45 años (o incluso 50 años)
- Antecedente de diabetes
- Antecedente de cirugía pancreática
- Antecedente de pancreatitis aguda
- Antecedente de traumatismo pancreático preoperatorio
- Infección intraabdominal
- Alcoholismo crónico
- Abuso de drogas intravenosas
- Aterosclerosis avanzada
- Obesidad excesiva (IMC >30)
- Infiltración grasa considerable del páncreas

IMC: índice de masa corporal.

Cuadro II.

Indicaciones del trasplante pancreático: criterios generales.

- Diabetes de tipo I
- Complicaciones de la diabetes
- Inexistencia de contraindicaciones quirúrgicas
- Inexistencia de contraindicaciones a la inmunoterapia
- Inexistencia de contraindicaciones al trasplante de órganos y del páncreas en especial
- Aptitud psicosocial favorable para el tratamiento y el control posterior

Cuadro III.

Contraindicaciones del trasplante pancreático.

Absolutas

- Enfermedad cardiovascular grave
- Enfermedad maligna
- Abuso de alcohol o de drogas
- Falta de consentimiento a los tratamientos o incapacidad para recibir una información
- Enfermedad psiquiátrica grave o inestabilidad psicológica
- Infección activa
- Complicaciones mal definidas de una diabetes
- Infección por VHB
- Enfermedad sistémica que comprometería la curación
- Enfermedad pulmonar o hepática irreversible
- Prueba cruzada (cross match) positiva

Relativas

- Infección por el VIH
- Edad <18 años o >50 años
- Hemorragia retiniana reciente
- Red social insuficiente
- Obesidad (IMC >30)
- Tabaquismo activo
- Enfermedad cardiovascular sintomática

VHB: virus de la hepatitis B; VIH: virus de la inmunodeficiencia humana; IMC: índice de masa corporal.

rida de los autores, pues permite una mejor entrada al tórax en el momento del pinzamiento vascular, cuando todos los equipos se encuentran alrededor del campo quirúrgico.

Se hace asepsia del campo operatorio desde el mentón hasta las rodillas.

A continuación se colocan los campos quirúrgicos, que deben permitir la práctica de una incisión media desde el esternón hasta el pubis, con dos incisiones en los flancos (Fig. 1).



Figura 1. Colocación del donante.



Figura 2. Incisión cruciforme de la pared.

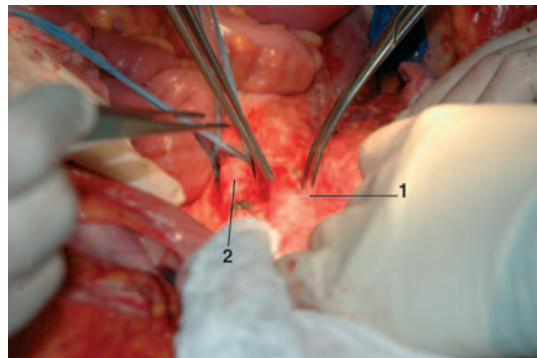


Figura 3. Rechazo del mesenterio y acceso a la vena cava inferior (1) y a la aorta (2).

Incisión parietal y exposición

Con el fin de obtener la mejor exposición posible, la vía de acceso consiste en una incisión parietal cruciforme. Esto permite delimitar cuatro sectores parietales que luego se fijarán con puntos de sutura n.º 2 al tórax y a los muslos del donante (Fig. 2).

Exposición de los grandes vasos

Después de una exploración general de la cavidad peritoneal, se despega por completo la raíz del mesenterio comenzando desde el ciego, pasando por delante de la cara anterior de la aorta y la vena cava inferior, hasta entrar en contacto con la vena renal izquierda (Fig. 3).

Resulta esencial permanecer a un nivel relativamente superficial al inicio del despegamiento, con el propósito de evitar la entrada en la celda renal ante el riesgo de provocar heridas ureterales: lo ideal es pasar por delante de los vasos genitales (espermáticos u ováricos).

Una vez ejecutada esta maniobra, el ayudante rechaza hacia arriba las asas de intestino delgado, que pueden introducirse en una bolsa o envolverse en un campo.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/4268851>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/4268851>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)