

Transplante de pâncreas

Pancreas transplant

Unitermos: pâncreas, transplante de órgãos, diabetes mellitus.

Key-words: pancreas, organ transplant, diabetes mellitus.

Luciana Bertocco P. Haddad, André Ibrahim David, Sérgio San Gregori O. Fávero,
Adhemar Monteiro Pacheco Júnior, Luiz Arnaldo Szutan, Armando de Cápua Júnior

Departamento de Cirurgia da Santa Casa de São Paulo.

Resumo

O transplante de pâncreas é atualmente um procedimento de rotina nos Estados Unidos e na Europa. O IPTR (International Pancreas Transplantation Registry) registrou 10 mil casos até o fim de 1997, sendo 5.000 nos últimos três anos. Nesta revisão, relatamos os dois primeiros casos da literatura, a evolução das técnicas cirúrgicas experimentais, a evolução clínica e as indicações do transplante pancreático.

Summary

The pancreas transplantation is a routine procedure in the USA and Europe nowadays. The IPTR (International Pancreas Transplantation Registry) registered 7.505 cases until the end of 1995; 3,000 of them in the last three years. The literary first two cases, today's situation of the indication, immunologic support, early and late results are related.

Introdução

Estima-se que hoje exista 14 milhões de diabéticos nos EUA. Dois milhões têm diabetes tipo I (auto-imune) e doze milhões têm diabetes tipo II. Os países ocidentais têm uma incidência de 15-27/100.000 habitantes com diagnóstico de diabetes por ano.

Depois de 20 anos de início do diabetes, aproximadamente 50% da população de doentes poderá perder a visão, apresentar em estágio avançado de lesão renal ou ter algum distúrbio sensorio-motor. O diabetes é responsável por aumento de 25 vezes da taxa de perda de visão, 17 vezes de insuficiência renal, 5 vezes a incidência de amputação e 2 vezes de cardiopatia, se comparado a população não diabética. De fato, as complicações de lesões micro e macrovasculares são a terceira causa de morte, principal causa de perda da vi-

são e o maior contribuidor do infarto do miocárdio e derrames cerebrais^(13,20).

A demanda de leitos e ambulatórios para o diabético tipo I é igualmente elevada. Aproximadamente 30% dos indivíduos que necessitam de diálise têm diabetes. A sobrevivência do diabético em diálise em três anos é de 38%. Trinta por cento dos doentes que aguardam transplante renal têm insuficiência do órgão, secundária ao diabetes^(13,19).

A etiologia do diabetes tipo I é de determinação provavelmente genética. Mais de 93% dos diabéticos tipo I possuem HLA DR3 e/ou DR4 positivos. Esses antígenos podem estar envolvidos em processos autoimunes ou representam marcadores de um gene diabetogênico hipotético locado no braço curto do cromossomo 6, ocasionando um desequilíbrio genético do tipo linkage⁽¹³⁾.

A alteração metabólica do diabetes é a manifestação sustentada ou intermitente de hiperglicemia, tendo um papel dominante na gênese das complicações secundárias. O doente diabético pode necessitar internações frequentes em serviços de emergência ou hospitais devido a complicações como hiper ou hipoglicemia com acidose associada. Além do mais, a única maneira do diabético ter uma longa sobrevivência é realizar um controle rigoroso glicêmico com injeções de insulina de uso diário e controle rigoroso da dieta^(8,13).

Evidências de que o transplante de pâncreas influi favoravelmente o curso das complicações secundárias têm emergido lentamente. Há dificuldades de reversão de alguns tipos de complicações devido ao estágio avançado de algumas lesões. Entretanto, doentes submetidos a transplante renal por nefropatia diabética, com transplante simultâneo de pâncreas, não apresentam nefropatia diabética e sim apresentam regressão ou parada da proliferação mesangial e das lesões microscópicas. Também é descrito a estabilização e