



P-005 - Técnica de ligadura de vena portal con transección hepática (ALPPS) para el tratamiento de metástasis hepáticas de cáncer colorrectal

I. Gómez Luque¹, M.D. Ayllón Terán¹, R. Ciria Bru¹, G. Morales Martín², A. Luque Molina¹, P. López Cillero¹ y J. Briceño Delgado¹.

¹Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba. ²Hospital Juan Ramón Jiménez, Huelva.

Resumen

Objetivos: Existen distintas técnicas para inducir la hipertrofia del parénquima hepático residual (FLR) para el tratamiento de metástasis hepáticas por cáncer colorrectal (CRLM) en principio irresecables, como son la ligadura de la vena porta (PVL) o su embolización (PVE). Nuestro objetivo es mostrar que la técnica conocida como Associating liver partition and portal vein ligation for staged hepatectomy (ALPPS) en los últimos 2 años está tomando gran importancia en el manejo de las CRLM. Esta técnica consiste en la ligadura portal derecha con Split hepático in situ, para en un segundo tiempo realizar la hepatectomía completa. Esta técnica permite una mayor hipertrofia del FLR, en menor tiempo; y con ello un menor riesgo de progresión tumoral.

Métodos: Presentamos una paciente de 48 años. Diagnosticada de neoplasia de sigma a 17 cm del margen anal con metástasis hepáticas. Se diagnosticaron múltiples LOEs hepáticas de diferente tamaño hasta 6-7 cm distribuidas por el lóbulo derecho, una lesión de 45 mm en el segmento IVb y una lesión milimétrica dudosa en segmento III. Realizando estudio volumétrico se observa un parénquima hepático residual menor del 20%. Tras presentación en comité multidisciplinario se decide realización de la técnica ALPPS. En la primera cirugía se realiza ligadura de vena porta con transección hepática a la derecha del ligamento falciforme. Se coloca esponja de fibrinógeno y trombina humana (Tachosil[®]) en ambas superficies de corte, colocando el hemihígado derecho en una bolsa de plástico. A los 6 días se realiza volumetría obteniendo un FLR mayor del 30%. En la segunda intervención no se objetivaron datos de fístula biliar ni colecciones completando la hepatectomía derecha ampliada y resección de tumor primario. La paciente no presentó complicaciones quirúrgicas, como colecciones o fallo hepático.

Conclusiones: Con esta técnica conseguimos un FLR suficiente para realizar el segundo tiempo de la intervención quirúrgica, trisectorectomía, en una semana. Gracias a ella, evitamos el problema del desarrollo de colaterales y la necesidad de mayor tiempo para la hipertrofia y con ello un alto riesgo de progresión de enfermedad como ocurre con otras técnicas. El riesgo del ALPPS es la alta tasa de morbi-mortalidad que presenta en las series publicadas hasta ahora. Con la colocación de la esponja de trombina y fibrinógeno humano (Tachosil[®]) conseguimos evitar el desarrollo de fístula biliar y por consiguiente de colecciones, complicación frecuente en esta intervención.