



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-218 - UNA NUEVA VARIANTE DE TÉCNICA QUIRÚRGICA DEL ALPPS PARCIAL (TORNIQUETE PARCIAL-ALPPS)

López López, Víctor; Brusadin, Roberto; López Conesa, Asunción; Navarro Barrios, Álvaro; Gómez Valles, Paula; Cayuela-Fuentes, Valentin; Caballero-Illanes, Albert; Robles Campos, Ricardo

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Objetivos: ALPPS torniquete (T-ALPPS) ocluye la circulación intrahepática sin partición hepática con resultados regenerativos similares. Presentamos una nueva variante de ALPPS parcial modificado con un torniquete "ALPPS parcial de torniquete (Tp-ALPPS)" con el objetivo de reducir la agresividad durante el primer tiempo.

Métodos: Doce pacientes fueron incluidos en este estudio prospectivo que compara T-ALPPS (n = 6) y Tp-ALPPS (n = 6). El aumento de volumen del FLR, después del primer tiempo fue el endpoint primario. También analizamos la morbilidad (global y \geq IIIB), mortalidad a los 90 días y supervivencia general (SG) a 1 año y supervivencia libre de enfermedad (SLE). Descripción del Tp-ALPPS: después de higienizar el lóbulo izquierdo, se liga la vena porta derecha. Bajo control de ultrasonido, se pasa un fórceps de Kelly introducido desde la base del hígado que cruza el parénquima hepático a través de un área avascular. Si se planea una hepatectomía derecha, se introduce el fórceps desde el lado derecho de la base del segmento 4b cruzando al segmento 8, entre las venas hepáticas derecha y media. Se pasó una cinta Vicryl® de 3 mm y se anudó el torniquete. En el caso de la triseccionectomía derecha, el fórceps se introduce desde el lado izquierdo de la base del segmento 4b que cruza al segmento 4a, entre las venas hepáticas media e izquierda. En el segundo tiempo, utilizamos el torniquete que se puede utilizar como maniobra de suspensión y se realiza una triseccionectomía derecha o una hepatectomía derecha (incluido el segmento I, en caso de metástasis hepáticas ubicadas en este segmento).

Resultados: No hubo diferencias estadísticamente significativas (DES) en los datos demográficos entre los dos grupos. El % basal de FLR fue inferior al 25% sin DES y el aumento de FLR fue del 68% en el grupo T-ALPPS y del 69% en el grupo Tp-ALPPS, con un intervalo de 11 frente a 12 días sin DES. En el primer tiempo, las pérdidas de sangre y la transfusión tendieron a ser más bajas en el grupo Tp-ALPPS, sin DES. El tiempo quirúrgico fue más corto en el grupo Tp-ALPPS (90 min versus 135 min). En la Etapa 2, las pérdidas de sangre y la transfusión fueron similares en ambos grupos, pero el tiempo quirúrgico tendió a ser mayor en el grupo T-ALPPS, lo que podría estar relacionado con la técnica quirúrgica realizada. La morbilidad global fue similar en ambos grupos. No hubo muerte postoperatoria. La estancia hospitalaria tendió a ser menor, solo después del primer tiempo, en el grupo Tp-ALPPS. La SLE a un año (67% en ambos grupos) (p = 0,424) y la SG a 1 año (83% para T-ALPPS versus 100% para Tp-ALPPS) (p = 0,439), fueron similares.

Conclusiones: Las ventajas de esta nueva técnica quirúrgica incluyen un tiempo quirúrgico más corto en el primer tiempo, sin transfusión y sin morbilidad grave con resultados volumétricos similares a T-ALPPS.