



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-030 - ALPPS Y LVD EN HIPERTROFIA HEPÁTICA: ANÁLISIS COMPARATIVO DE RESULTADOS EN DOS CENTROS DE REFERENCIA

Maina, Cecilia¹; López López, Victor¹; Ratti, Francesca²; Navarro Barrios, Alvaro¹; Brusadin, Roberto¹; López Conesa, Asunción¹; Aldrighetti, Luca²; Robles Campos, Ricardo¹

¹Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia; ²San Raffaele University Hospital, Milán.

Resumen

Introducción: La insuficiencia hepática posoperatoria continúa siendo uno de los principales desafíos en la realización de hepatectomías mayores. Para aumentar la seguridad quirúrgica, se han desarrollado técnicas de hipertrofia hepática preoperatoria. ALPPS (*Associating Liver Partition and Portal vein ligation for Staged hepatectomy*) y LVD (*Liver Venous Deprivation*) son dos estrategias que han ganado popularidad, aunque sus perfiles clínicos y oncológicos aún generan debate.

Objetivos: Comparar las características perioperatorias, complicaciones posoperatorias y resultados oncológicos de ALPPS y LVD en pacientes sometidos a hepatectomías mayores, incluyendo un subanálisis específico en pacientes con metástasis hepáticas de cáncer colorrectal (MHCCR).

Métodos: Análisis retrospectivo de 109 pacientes con indicación de hipertrofia hepática entre 01/2015 y 07/2024 en dos centros de referencia. Ochenta y seis pacientes (50 ALPPS y 36 LVD) completaron el procedimiento (*drop-out*: 21,1%). Se analizaron variables clínicas, quirúrgicas y oncológicas, incluyendo complicaciones mayores (Clavien-Dindo #1 3A), recurrencia, supervivencia libre de enfermedad (SLE) y global al año (1a-SG).

Resultados: Los pacientes del grupo ALPPS presentaron más frecuentemente metástasis colorrectales (74 vs. 36,1%, $p < 0,001$), mientras que en LVD predominaron los tumores biliares (52,8 vs. 20%, $p = 0,002$). Ambos grupos lograron hipertrofia hepática similar (sFLR pre: ~28%; post: ~40%), ALPPS alcanzó más rápidamente la hepatectomía mayor (31,5 vs. 47,5 días, $p = 0,014$), pero con mayor estancia hospitalaria tras el primer tiempo (5 vs. 3 días, $p = 0,003$). LVD se realizó más a menudo con técnica mínimamente invasiva (66,7 vs. 14%, $p < 0,001$), aunque requirió más procedimientos asociados (63,9 vs. 26%, $p < 0,001$), mayor uso de maniobra de Pringle (100 vs. 31,3%, $p < 0,001$) y mayor tiempo operatorio (426 vs. 203,5 min, $p < 0,001$). No hubo diferencias significativas en complicaciones mayores (47,2% LVD vs. 36% ALPPS, $p = 0,296$), mortalidad a 90 días (8,3 vs. 10%, $p > 0,99$) ni en resecciones no radicales (30,3 vs. 32%, $p = 0,870$). La SLE fue similar (7,2 vs. 7,4 meses, $p = 0,523$), aunque el grupo LVD inició quimioterapia adyuvante antes ($p = 0,022$). La 1a-SG fue comparable (73,1% LVD vs. 70,2% ALPPS, $p = 0,796$). En el subanálisis MHCCR ($n = 50$), ALPPS alcanzó mayores sFLR poshipertrofia (38,2 vs. 36,1%, $p = 0,051$) y mostró menor tiempo operatorio (180 vs. 379 min, $p < 0,001$), con menos procedimientos asociados (13,5 vs. 30,8%). LVD presentó menor tasa de complicaciones mayores (7,7 vs. 32,4%, $p = 0,141$) y 0% de mortalidad a 90 días (vs 8,1% en ALPPS, $p = 0,704$). La recurrencia precoz a 12 meses fue mayor en

LVD (61,5 vs. 27%, $p = 0,043$), pero sin diferencias en recurrencia global, ni en SLE (5,4 vs. 7,6 meses, $p = 0,211$) ni en 1a-SG (66,7 vs. 80%, $p = 0,402$).

Conclusiones: ALPPS y LVD representan enfoques complementarios para la inducción de hipertrofia hepática en pacientes candidatos a hepatectomía mayor. ALPPS permite una regeneración más rápida y un acceso quirúrgico anticipado, mientras que LVD ofrece la ventaja de una menor agresividad quirúrgica. La recurrencia precoz a 12 meses fue mayor en LVD, pero no se observaron diferencias en la recurrencia global, en SLE ni en 1a-SG. La selección debe individualizarse en función del tipo tumoral, condiciones del paciente y experiencia del equipo.