



Marque a opção do tipo de trabalho que está inscrevendo:

Resumo

Relato de Caso

LIGADURA DA VEIA PORTA ASSOCIADA À BIPARTIÇÃO DO FÍGADO PARA HEPATECTOMIA EM DOIS ESTÁGIOS (ALPPS)

AUTOR PRINCIPAL: Carolina Argenta Dal Vesco²

CO-AUTORES: Daniela dos Santos Albarello², Marcos Dal Vesco Neto², Fernanda Marcante Carlotto², Juarez Antonio Dal Vesco^{2,3}, Duane Faccenda Baccin², Eduardo Anzolin²

ORIENTADOR: Jorge Roberto Marcante Carlotto^{1,3}

UNIVERSIDADE: ¹Universidade Federal de São Paulo – São Paulo - SP / ²Universidade de Passo Fundo – Passo Fundo - RS / ³Hospital da Cidade – Passo Fundo - RS

INTRODUÇÃO

Falência pós-operatória por remanescente hepático pequeno é complicação temida em pacientes submetidos à ressecção hepática extensa. A ligadura da veia porta associada à bipartição do fígado para hepatectomia em dois estágios (ALPPS) foi desenvolvida para induzir rápida e significativa regeneração hepática para pacientes com tumores agressivos. Relatamos caso de uma paciente com Adenocarcinoma de Vesícula Biliar que foi tratada pela técnica de ALPPS.

DESENVOLVIMENTO:

Relato do Caso:

Paciente feminina, 54 anos, história de síndrome colestática há dois meses, acompanhada de uma perda de 12 kg neste período. Apresentava exames laboratoriais com aumento importante das bilirrubinas, enzimas caniculares e do CA 19-9. Tomografia de Abdômen com formação expansiva infiltrando a vesícula biliar, o colédoco e os segmentos IVA, IVB, V e VIII do fígado, determinando dilatação das vias biliares bilateralmente, compatível com neoplasia de vesícula biliar. Devido à agressividade da neoplasia e o remanescente hepático reduzido, foi optado pela realização da técnica de ALPPS. No primeiro tempo, foi realizada a ligadura do ramo direito da veia porta com dissecação da artéria hepática direita, via biliar direita e veia hepática direita e média, colecistectomia, hepatotomia ao nível do ligamento falciforme e confecção de anastomose biliodigestiva em Y-de-Roux com o segmento II e III. Paciente foi encaminhada a UTI para cuidados intensivos e mediação da resposta metabólica ao trauma cirúrgico. O segundo tempo foi realizado sete dias após, demonstrando um importante aumento do fígado residual. Foi realizada a Hepatectomia Direita Ampliada com retirada da peça cirúrgica. O anatomopatológico foi um adenocarcinoma de vesícula biliar. Paciente recebeu alta hospitalar e mantém acompanhamento sem intercorrências.

Discussão:

O volume do remanescente hepático é um fator importante para realizar ressecções hepáticas extensas, sendo a insuficiência hepática pós-operatória uma grave complicação nesses pacientes. Nesse sentido, diversas técnicas foram desenvolvidas para aumentar a ressecabilidade em pacientes submetidos à hepatectomias maiores e evitar a principal complicação. Deve-se atentar que pacientes com disfunção hepática ou lesão hepática prévia devido à quimioterapia o recomendado de remanescente hepático futuro seja maior que 25% do volume total, a fim de impedir a falência pós-operatória. A indução de hipertrofia hepática por oclusão da veia porta pode aumentar o remanescente hepático em até 40% em um intervalo de tempo médio de nove dias. A oclusão realizada por embolização via radiologia ou cirúrgica. Esta abordagem é capaz de induzir atrofia do lobo onde se encontra o tumor com hipertrofia subsequente no lobo contralateral ao desviar o fluxo venoso portal. Além disso, a bipartição do fígado é uma importante etapa do processo, pois o fígado excluído - mesmo não tendo fluxo portal - atua como um auxiliar que contribui para a função hepática até que o lobo contralateral esteja em tamanho suficiente para suprir as funções fisiológicas e metabólicas de um fígado normal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS:

A técnica de ALPPS é um recurso factível que deve fazer parte do arsenal terapêutico para evitar a falência hepática pós-hepatectomia na maioria dos pacientes, principalmente naqueles com neoplasias anteriormente consideradas irresecáveis e com remanescente hepático limítrofe. Porém ainda apresenta alta morbi-mortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Clavien PA, Oberkofler CE, Raptis DA, Lehmann K, Rickenbacher A, El-Badry AM. What is critical for liver surgery and partial liver transplantation: size or quality? *Hepatology* 2010;52:715–729.
2. de Santibañes E, Clavien PA. Playing Play-Doh to Prevent Post-operative Liver Failure. The “ALPPS” approach. *Ann Surg* 2012;255:415–417.
3. Ferrero A, Viganò L, Polastri R et al (2007) Postoperative liver dysfunction and future remnant liver: where is the limit? Results of a prospective study. *World J Surg* 31:1643–1651
4. Clavien PA, Petrowsky H, DeOliveira ML, Graf R (2007) Strategies for safer liver surgery and partial liver transplantation. *N Engl J Med* 356:1545–1559