

# #5 - RESECCIÓN HEPÁTICA LAPAROSCÓPICA COMO TRATAMIENTO DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR EN ETAPA TEMPRANA EN PACIENTES CON Y SIN HIPERTENSIÓN PORTAL: UN ESTUDIO DE CASOS Y CONTROLES

<https://doi.org/10.46613/congastro2024-005>

Deycies Ivonne Gaete Letelier<sup>1</sup>, Alexandre Sebastian Saure Maritano<sup>1</sup>, Omar Eduardo Orellana Espinoza<sup>1</sup>, Hanns Dieter Lembach Jahnsen<sup>1</sup>, Carlos Jesús Mandiola Bunster<sup>1</sup>, Jaime Andrés Castillo Koch<sup>1</sup>, Juan Carlos Díaz Jeraldo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universidad de Chile.

**Introducción:** El Carcinoma Hepatocelular (CHC) precoz involucra a aquellos pacientes con tumores únicos, o múltiples, con hasta 3 nódulos de máximo 3 cm, con función hepática preservada y buen performance status. El tratamiento ideal es el trasplante hepático, sin embargo, no se puede garantizar a todos los pacientes. En ese contexto, la Resección Hepática Laparoscópica (RHL) ofrece similares resultados recomendándose en paciente con Gradiente de Presión Venosa Hepática (GPVH) < 10 mmHg, es decir, sin Hipertensión Portal Clínicamente significativa (HPCS), sin embargo, no existe un valor de corte de GPVH que contraindique la RHL. El objetivo de este estudio fue comparar los resultados perioperatorios y a corto plazo de la RHL en pacientes con CHC precoz cirróticos con y sin HPCS. **Métodos:** Estudio retrospectivo de casos y controles de 40 pacientes cirróticos con CHC precoz sometidos a RHL entre el 2016 y 2023 en un centro universitario. Se registraron variables clínicas y demográficas, la presencia de signos indirectos de hipertensión portal y la GPVH. Los pacientes se dividieron según la presencia o ausencia de HPCS (GPVH > 10 mmHg o signos clínicos de hipertensión portal). El grupo sin HPCS incluyó 15 pacientes (37,5%), y el grupo con HPCS 25 pacientes (62,5%), con una mediana de GPVH de 16 mmHg (rango 11 a 26). La mediana de seguimiento fue de 25 meses (rango 2 a 89 meses). Se compararon variables del perioperatorio hasta los primeros 90 días y del seguimiento clínico. Para los análisis estadísticos se utilizó el test de Fisher y el método de Kaplan-Meier usando el Log-rank test, con el programa STATA v16. Se consideró un p-valor significativo < 0.05. **Resultados:** No hubo diferencias en las características basales de los pacientes ni el tamaño tumoral preoperatorio (Tabla 1). El 78% de las RHL fueron segmentectomías anatómicas. En el grupo sin HPCS se realizaron 4 hemi-hepatectomías, pero en el grupo con HPCS, solo fueron segmentectomías. Respecto a las variables intraoperatorias, no hubo diferencias en; la pérdida sanguínea, los requerimientos de hemoderivados, la duración de la cirugía o la maniobra de Pringle, ni en la tasa de conversión a laparotomía. No hubo mortalidad a los 90 días y las tasas de morbilidad severa fueron similares entre los grupos (Clavien Dindo≥III, 7% en no-CSPH y 8% en CSPH). Tampoco hubo diferencias significativas entre los pacientes sin y con HPCS en las tasas de; ascitis (13,3% vs 24%), insuficiencia hepática post hepatectomía (13,3% vs 0), encefalopatía (0 vs 4%), descompensación hepática postoperatoria (20% en ambos) o infección pulmonar o abdominal (Tabla 2). La mediana de estadía UCI fue de 4 días en ambos grupos. Los márgenes positivos (R1) fueron similares (7% sin CSPH vs 12,5%). Las tasas de supervivencia global a 1 y 3 años fueron del 100 y 78%, respectivamente, sin diferencias significativas entre los grupos (p= 0,1448). **Conclusión:** En pacientes con cirrosis hepática e HPCS los resultados postoperatorios precoces y la supervivencia global a corto plazo fue similar a aquellos pacientes cirróticos sin HPCS en nuestro centro.

