



www.elsevier.es/cirugia

O-292 - FACTORES RELACIONADOS CON LA MORBI-MORTALIDAD EN CIRUGÍA HEPÁTICA: ANÁLISIS EN 1.100 RESECCIONES HEPÁTICAS

A. López Conesa, R. Robles Campos, R. Brusadin, C. García, P. Jimeno, V. Olivares, V. López y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Objetivos: Analizar la morbi-mortalidad en 1.100 resecciones hepáticas (RH) realizadas en 840 pacientes, analizando los factores que se relacionan con la presencia de morbimortalidad.

Métodos: Las 860 RH se realizaron entre enero 1996-marzo 2014. Los factores analizados han sido: edad media (59 años), sexo (59% varones), comorbilidad preoperatoria (52%), indicación quirúrgica (94 RH por patología benigna, 782 por metástasis hepáticas, 62 casos por tumores hepáticos primarios sobre hígado sano, 55 RH sobre hígado cirrótico, y 107 por tumores de vías biliares), 155 RH se realizaron por laparoscopia, estado del hígado patológico en 437 casos, técnica quirúrgica (con maniobra de Pringle en 202 casos, cirugía hepática extrema con oclusión hiliar y perfusión in situ en 5 casos, resección de vena cava inferior y sustitución por un injerto anillado de goretex en 7 casos), resección mayor en 436 casos, transfusión se realizó en 218 RH, tiempo quirúrgico mayor de 180 min en 467 RH. Se realizó un estudio uni y multivariante.

Resultados: Fallecieron 19 pacientes en postoperatorio inmediato (1,8%). Dos pacientes con cirugía en 2 tiempos con la técnica de oclusión portal derecha y torniquete en línea de sección fallecieron por colecciones infectadas, sepsis e insuficiencia hepática postoperatoria. Existió morbilidad en 231 casos (21%). Respecto a la mortalidad, fueron factores e.s. en el análisis univariante la transfusión intraoperatoria ($p = 0,088$), el tiempo quirúrgico prolongado ($p = 0,095$) y las resecciones mayores ($p = 0,02$) y las resecciones extendidas ($p = 0,05$). En el estudio multivariante fueron e.s. las TOP ($p = 0,0058$; $= \text{OR } 5,266$). La presencia de complicaciones fue superior en los pacientes transfundidos ($p = 0,0001$), en las resecciones abiertas frente a las laparoscópicas ($p = 0,053$), en las resecciones sobre hígado patológico ($p = 0,05$), en las resecciones mayores ($p = 0,002$), en las resecciones lobares ($p = 0,003$), en las resecciones bilaterales ($p = 0,09$), en resecciones extendidas ($p = 0,0001$), cuando el tiempo quirúrgico superior a 180 min ($p = 0,0001$), en resecciones con control hemihepático ($p = 0,075$). En el estudio multivariante fueron e.s. la transfusión ($\text{OR} = 2,769$; $p = 0,0001$), resecciones mayores ($\text{OR} = 1,698$; $p = 0,027$) y resecciones extendidas ($\text{OR} = 2,875$; $p = 0,0001$).

Conclusiones: Una mayor agresividad quirúrgica (resecciones mayores y resecciones extendidas) junto a una mayor transfusión son factores predisponentes para la aparición de complicaciones. La mayor agresividad realizando TOP para rescatar pacientes con tumores inicialmente irresecables, son un factor predisponente para mortalidad postoperatoria.