



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-385 - INFLUENCIA DE LA TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS SOBRE LOS RESULTADOS PERIOPERATORIOS Y A LARGO PLAZO EN LOS 250 PACIENTES INTERVENIDOS DE METÁSTASIS HEPÁTICAS DE ADENOCARCINOMA COLORRECTAL

V. Borrego Estella, I. Molinos Arruebo, N. Peña de Buen, G. Inaraja Pérez, I. Talal El-Abur, S. Saudi Moro, J.L. Moya Andía, M. Pérez Sánchez Cuadrado, J. Rodríguez Artigas y A. Serrablo Requejo

Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Resumen

Objetivos: Muchos estudios han demostrado que la hemorragia y la necesidad de derivados hemáticos (PFC, sangre-total, concentrados-hematíes o plaquetas) durante la resección hepática y la estancia hospitalaria influyen no sólo sobre los resultados perioperatorios sino sobre el pronóstico a largo plazo de los pacientes intervenidos de metástasis hepáticas de cáncer colorrectal (MHCCR). El objetivo ha sido determinar la tasa de transfusión perioperatoria en los pacientes intervenidos de MHCCR y determinar su relación con la magnitud de la resección hepática y con la administración de QT neoadyuvante, así como analizar la influencia de la tasa de transfusión perioperatoria sobre la morbilidad postoperatoria y sobre la supervivencia global (SG) y libre de enfermedad (SLE) de estos pacientes.

Métodos: Estudio retrospectivo sobre una base de datos completada de forma prospectiva de 250 pacientes consecutivos sometidos a cualquier tipo de resección hepática (292 RH) por MHCCR sincrónicas/metacrónicas en un hospital de tercer nivel, dentro de un equipo multidisciplinar. Codificación de 74 variables: datos filiación, datos del CCR, datos del diagnóstico y resección de las MH, datos de la afectación extrahepática, datos del seguimiento-recurrencia. Se realizó un análisis univariante/multivariante mediante programa SPSS™ 15.0 considerando un p-valor < 0,05 estadísticamente significativo. Las variables categóricas-cualitativas se compararon por un test- χ^2 y las continuas con un test t-Student. La tasa de transfusión se ha cuantificado teniendo en cuenta tanto la transfusión intraoperatoria como postoperatoria, en función del número de concentrados-hematíes. Las complicaciones postoperatorias (incluyendo mortalidad) se han definido a 90 días según la clasificación Clavien-Dindo de 2004 y 2009. Hemos analizado curvas de SG y SLE a 1-3-5 Kaplan-Meier de la serie global y por factores pronósticos comparadas por un log rank-test tras la primera hepatectomía.

Resultados: Mortalidad 2,8%, morbilidad 32,5% (16,8% grados-I-II, 15,6% grados-III-IV). 33% pacientes edad-avanzada (? 70 años), 26,3% ASA-score 3-4, 49,8% sincronicidad, 42,8% bilobar. Tasa de transfusión del 53,6%. Tanto las resecciones mayores (? 3 segmentos) (p = 0,015) como las ampliadas (? 5 segmentos) (p = 0,001), se han relacionado con una mayor tasa de transfusión intra y postoperatoria. Nuestra serie presenta un alto índice de resecciones mayores (55,6%) y ampliadas (11,2%), el 60,4% de los pacientes transfundidos se sometieron a resección mayor y 82,1% a resección ampliada. La QT preoperatoria se ha relacionado con una mayor tasa de transfusión (p = 0,009). La neoadyuvancia se relacionó con 6 ciclos (p = 0,001). La necesidad de transfusión sanguínea perioperatoria ha sido un buen predictor en el desarrollo de

complicaciones ($p = 0,040$) y hemos observado una tendencia importante hacia una mayor mortalidad postoperatoria en nuestra serie ($p = 0,084$). La transfusión intra o postoperatoria no ha sido un factor de mal pronóstico estadísticamente significativo ni sobre la supervivencia ($p = 0,214$) ni sobre la recurrencia ($p = 0,634$).

Conclusiones: De acuerdo con nuestras anteriores publicaciones, tanto la magnitud, dificultad de la resección hepática como la administración de QT neoadyuvante en pacientes intervenidos de MHCCR se han relacionado significativamente con una mayor tasa de transfusión perioperatoria. La tasa de transfusión perioperatoria ha sido buen predictor en cuanto a morbilidad postoperatoria. Sin embargo, no ha sido un factor pronóstico ni sobre la mortalidad ni supervivencia ni recurrencia.