



O-132 - RESECCIÓN HEPÁTICA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN PORTAL: ¿UNA CONTRAINDICACIÓN?

Cortese, Sergio; Kayser, Silvia; Tellado, José M.

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Resumen

Objetivos: La hipertensión portal clínicamente significativa (HTPCS) en los pacientes cirróticos con carcinoma hepatocelular (CHC) se considera un factor de riesgo de cara a la resección quirúrgica aunque no una contraindicación absoluta. El objetivo de este estudio es analizar el impacto a corto y a largo plazo de la HTPCS en una cohorte de pacientes con CHC tratados con resección hepática.

Métodos: Estudio retrospectivo de cohortes en los pacientes sometidos a resección hepática por CHC durante el período 2007-2017 (n = 133). Los pacientes se han dividido en dos grupos: 42 con HTPCS y 91 sin ella. La presencia de hipertensión portal se ha medido de manera directa con cateterismo transyugular en todos los pacientes con HTPCS (gradiente porto venoso-hepático > 10 mmHg). En los pacientes sin HTPCS, la medida fue directa en el 50,5% de los pacientes e indirecta (presencia de varices gastroesofágicas y/o por hiperesplenismo y cifra de plaquetas 100.000/mm³) en el resto de los casos.

Resultados: Los pacientes con HTPCS presentaban fibrosis hepática en el análisis patológico de las piezas en una mayor proporción. Aunque todos los pacientes se clasificaron como Child A, los valores de albúmina y bilirrubina indicaban una peor función hepática en los pacientes con HTPCS; además estos pacientes presentaban un aclaramiento de verde de indocianina significativamente más bajo (R15 medio de 14,3% ± 8,5 frente a 8,9% ± 5,8, p = 0,001). Hubo una tendencia a realizar más hepatectomías mayores en el grupo sin HTPCS (33% frente al 19%, p = 0,072), debido al tamaño mediamente mayor de los tumores de estos pacientes (56,7 mm ± 4,9 frente a 33,7 mm ± 3,1, p = 0,003). El empleo de técnica laparoscópica (21,4% frente a 19,7%, p = 0,815) en los paciente con y sin HTPCS fue parecido. La tasa de trasfusión de concentrados de hematíes y el tiempo operatorio fue comparable en las cohortes de estudio. Hubo 2 casos de mortalidad postoperatoria en el grupo con HPTCS (4,8%) debido en un caso a insuficiencia hepática y en otro a shock refractario tras politrasfusión, frente a 3 casos en el grupo sin HPTCS (3,3%, p = 0,651). La tasa de morbilidad grave (Dindo-Clavien 2-3) y el desarrollo de insuficiencia hepática postoperatoria no fueron diferentes entre los 2 grupos. El desarrollo de ascitis clínica y/o radiológica postoperatoria fue mayor en los pacientes con HTPCS (35,7% frente a 12,2%, p = 0,004), sin suponer un aumento significativo de estancia hospitalaria media (14,0 ± 15,2 días frente a 11,6 ± 11,6 días, p = 0,320). La supervivencia global y sin recidiva a 1, 3 y 5 años de los pacientes con HTPCS fue de 85,7, 63,6 y 47,2% (con una mediana de 49,7 meses) y de 61,3, 44,4 y 32,6% frente al 90,1, 72,5 y 56,8% (con mediana de 50,6 meses) (p = 0,311) y de 71,6, 36,0 y 20,3% (p = 0,659) de los pacientes sin HTPCS, respectivamente.

Conclusiones: La HTPCS no debería considerarse una contraindicación absoluta en los pacientes Child A candidatos a cirugía hepática. Los resultados postoperatorios a corto y largo plazo son similares que en

aquellos pacientes con presión portal normal, a expensas exclusivamente de un aumento de incidencia de ascitis postoperatoria.