



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-218 - FACTORES PREDICTIVOS DE BILOMA EN PACIENTES SOMETIDOS A RESECCIÓN HEPÁTICA

Tovar Pérez, Rodrigo; Gancedo Quintana, Álvaro; di Martino, Marcello; de la Hoz Rodríguez, Ángela; Revuelta Ramírez, Julia; Gijón Moya, Fernando; García del Álamo Hernández, Yaiza; Martín-Pérez, Elena

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo, Hospital Universitario de la Princesa, Instituto de Investigación Sanitaria Princesa (IIS-IP), Universidad Autónoma de Madrid (UAM), Madrid.

Resumen

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es detectar factores predisponentes para el desarrollo de biloma en pacientes sometidos resección hepática.

Métodos: Se llevó a cabo un análisis retrospectivo de todos los pacientes sometidos a cirugía de resección hepática desde enero de 2011 hasta diciembre de 2018. Se comparó la distribución de variables preoperatorias, intraoperatorias, y del posoperatorio inmediato entre pacientes que presentaron biloma en la tomografía computarizada (TC) de control a los 3 meses de la intervención (G1) y los que no (G2). Se definió biloma como toda colección en el lecho de resección mayor de 3 cm con densidad radiológica distinta a la de la sangre. Las variables categóricas, se compararon mediante el test chi cuadrado, las variables continuas no ajustadas a la distribución normal se compararon mediante el test U de Mann Whitney. Se tomaron como estadísticamente significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados: Se analizó un total de 190 pacientes, con una edad mediana de 66 años (RIC 59-73), un 54,1% eran varones, un 48,97% presentaban un ASA ≥ 3 y una mediana de índice de comorbilidad de Charlson de 8 (6-9). La indicación más frecuente de resección fue la presencia de metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal (54,1%). En cuanto a las variables preoperatorias, en el análisis univariante, los pacientes G1 estaban constituidos en mayor porcentaje por pacientes con re-resecciones hepáticas (24,1% G1 vs. 10,4% G2 $p = 0,013$), y presentaron en mayor porcentaje tratamiento quimioterápico neoadyuvante (60,6% G1 vs. 35,9% G2, $p = 0,02$). También presentaron mayor diámetro de la lesión principal (27 vs. 35 mm, $p = 0,05$) y una mayor suma total de los diámetros de las lesiones resecadas (50 vs. 38 mm, $p = 0,045$). En las variables intraoperatorias se halló una mayor proporción de uso de drenaje (34,2% vs. 16,8% $p = 0,05$), y mayor tasa de sangrado > 500 ml (25,3% vs. 3,7%, $p < 0,001$) en G1. Por otro lado, el abordaje laparoscópico se asoció con una menor tasa de bilomas (23,4% vs. 10,1%, $p = 0,019$). Dentro de los pacientes intervenidos laparoscópicamente, los pacientes G1 presentaron más conversión a cirugía abierta (50% vs. 15,4% $p = 0,044$). No se hallaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las complicaciones en el posoperatorio inmediato ni pruebas de laboratorio. En el análisis multivariante se observó que el sangrado > 500 ml es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de biloma OR = 11,192 (IC95% 2,071-60,48 $p = 0,005$). El abordaje laparoscópico resultó ser un factor protector en nuestra muestra para el desarrollo de bilomas (OR = 0,146 (IC95% 0,025-0,859, $p = 0,033$)).

Conclusiones: El sangrado intraoperatorio > 500 ml es un factor de riesgo independiente para el desarrollo de biloma tras resección hepática, mientras que el abordaje laparoscópico parece ser un factor protector. Las diferencias en el abordaje laparoscópico pueden ser debidas a la realización de intervenciones menos complejas. Los factores que se asocian a mayor complejidad quirúrgica como las rerresecciones, el mayor tamaño de las lesiones, el mayor tiempo quirúrgico, la necesidad de colocación de drenajes, o la conversión a cirugía abierta, se asociaron más frecuentemente al desarrollo de biloma.