



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-020 - ESTUDIO DE MORBIMORTALIDAD EN 1.350 RESECCIONES HEPÁTICAS

Nicolás López, Tatiana; Robles, Ricardo; López, Víctor; López Conesa, Asunción; Brusadín, Roberto; Alconchel, Felipe; Navarro, Álvaro; Parrilla, Pascual

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Resumen

Objetivos: Analizar la morbilidad y mortalidad en 1.350 resecciones hepáticas (RH) realizadas en 1.022 pacientes, analizando los factores que se relacionan con la presencia de morbilidad y mortalidad.

Métodos: Las 1.350 RH se realizaron entre enero 1996-abril 2018. Los factores analizados han sido: edad media (59 años), sexo (59% varones), comorbilidad preoperatoria (52%), indicación quirúrgica (134 RH por patología benigna, 925 por metástasis hepáticas, 99 casos por tumores hepáticos primarios sobre hígado sano, 72 RH sobre hígado cirrótico, y 110 por tumores de vías biliares), 262 RH se realizaron por laparoscopia (19,6%), estado del hígado patológico en 532 casos, técnica quirúrgica (con maniobra de Pringle en 402 casos; suponiendo un 30% del total con oclusión portal total, 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 9 casos), resección mayor en 530 casos, transfusión se realizó en 265 RH, tiempo quirúrgico mayor de 180 min en 562 RH. Se realizó un estudio uni y multivariante.

Resultados: Fallecieron 24 pacientes en postoperatorio inmediato (1,7%). 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 307 casos (21%). Respecto a la mortalidad, fueron factores estadísticamente significativos (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 ($p = 0,0058$; 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 (OR = 2,769; $p = 0,0001$), resecciones mayores (OR = 1,698; $p = 0,027$) y resecciones extendidas (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.