



O-099 - COMPARACIÓN HEMODINÁMICA Y GASOMÉTRICA DE LA CIRUGÍA CITORREDUCTORA ASOCIADA A LA QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA LAPAROSCÓPICA FRENTE A LAS TÉCNICAS CONVENCIONALES

Alberca Páramo, Ana¹; Padilla Valverde, David²; Villarejo Campos, Pedro²; Oyarzábal, Julen³; Estella, Ander³; Fernández, Esther²; Martín Fernández, Jesús²

¹Hospital Infanta Margarita, Cabra; ²Hospital General, Ciudad Real; ³Hospital de Navarra, Pamplona.

Resumen

Introducción: El tratamiento de la carcinomatosis peritoneal resecable (CP) se basa en la realización de una cirugía citorreductora (CCR) a la cual se asocia un tratamiento con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (QIPH). Este tratamiento también puede administrarse en casos de patologías con alto riesgo de desarrollar CP. Nuestro grupo de trabajo planteó la posibilidad de mejorar dicha técnica al realizarlo de forma laparoscópica, lo cual no solo mejora el postoperatorio del paciente y las comorbilidades tras la cirugía sino que nos planteamos si podría mejorar la distribución del QT durante el procedimiento.

Métodos: Nuestra experimentación se realiza en un modelo porcino (15) divididos en 3 grupos, en los cuales se realizan las diferentes técnicas: Grupo 1 (G1: formado por 5 cerdos a los cuales realizamos CCR laparoscópica y posterior QIPH laparoscópica), Grupo 2 (G2: formado por 5 cerdos a los cuales realizamos CCR laparotómica y posterior QIPH laparoscópica) y Grupo 3 (G3: formado por 5 cerdos a los cuales realizamos CCR y QIPH abierta). En todos los modelos realizamos determinaciones sanguíneas, peritoneales y de líquido libre intraabdominal tras la recirculación del quimioterápico (QT) con el objetivo de valorar si se trata de una técnica eficaz y segura.

Resultados: Los datos hemodinámicos se obtuvieron a partir de la monitorización invasiva con el sistema PiCCO. Las diferencias significativas objetivadas se dan entre G1 y G3, al inicio de la QIPH en el parámetro de SVV ($G1 = 24,4 \pm 7,93$ frente a $G3 = 11,5 \pm 5,8$ con $p = 0,03$), a la mitad de la QIPH en VPP ($G1 = 21 \pm 6,16$ frente a $G3 = 8,25 \pm 4,27$ con $p = 0,03$) y al final del tratamiento QIPH en la frecuencia cardíaca ($G1 = 94,4 \pm 22,31$ frente a $G3 = 122,25 \pm 5,06$ con $p = 0,04$). Esto podría deberse al aumento de la presión intraabdominal en G1, así como a la exposición de asas intestinales y menor homogeneidad térmica en G3. En el análisis gasométrico objetivamos diferencias significativas en el parámetro de ácido láctico arterial al finalizar el tratamiento QIPH con diferencias significativas entre G1 y G2 ($G1 = 25,25 \pm 3,5$; $G2 = 39,75 \pm 6,89$) con $p = 0,01$, así como de Exceso de Bases en la muestra venosa en mitad de la QIPH ($G1 = 1,8 \pm 2,1$; $G2 = -2,1 \pm 1,37$) con $p = 0,01$. Lo cual podría deberse a un aumento de la concentración de QT en algunas áreas secundario a una mala distribución que produciría necrosis tisular. También se aprecia diferencias significativas en la concentración de potasio en las muestras venosas durante la QIPH, al comparar G1 ($4,5 \pm 0,6$) con G3 ($3,7 \pm 0,3$) con $p = 0,05$, lo cual podría explicarse por un incremento de la

isquemia secundaria a la exposición de las asas intestinales al frío, a la no renovación de CO₂ y a un mayor tiempo quirúrgico en G3.

Conclusiones: Podemos afirmar que la realización de CCR + QIPH laparoscópica es una técnica segura y eficaz desde el punto de vista hemodinámico y gasométrico.