



VC-105 - PUNTOS CLAVE DE LA LAPAROSCOPIA EXPLORADORA DE ESTADIFICACIÓN CUANDO SOSPECHAMOS CARCINOMATOSIS PERITONEAL

Fernández Candela, Alba; Muñoz Muñoz, Paula; Bretcha Boix, Pere; Paz Yáñez, Alejandro; Farré Alegre, Josep; Pino Marín, Carlos

Hospital Quiron Salud Torre Vieja, Torre Vieja.

Resumen

Introducción: La carcinomatosis peritoneal (CP) es una entidad que aparece entre un 30 y un 40% de los pacientes con cáncer digestivo. Hoy en día, la estrategia terapéutica curativa más prometedora es la cirugía citorreductora (CCR) + quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC). Este procedimiento implica una laparotomía xifopubiana, por lo que es importante asegurar la reseabilidad de la enfermedad antes de realizarlo. La laparoscopia exploradora permite evaluar la extensión de la CP, estableciendo el índice de carcinomatosis peritoneal (PCI) y la posibilidad de conseguir una citorreducción completa (CC0) de una manera mínimamente invasiva.

Métodos: El paciente debe posicionarse en decúbito supino, con los brazos pegados, las piernas abiertas y bien sujeto a una mesa con gran amplitud de grados de movilidad en todas las direcciones, para así explorar adecuadamente todos los cuadrantes. El cirujano y el ayudante cambiarán posiciones dependiendo de la región a explorar. Los trócares se colocarán en la línea media, para poder resear la cicatriz en la CCR. Emplearemos uno de 11 mm para la óptica y dos de 5 mm para las pinzas atraumáticas. La laparoscopia exploradora de estadificación debe cumplir 5 puntos clave, que deben reflejarse en el informe quirúrgico: Descripción de las lesiones cuadrante por cuadrante y contabilizar el PCI; Presencia o ausencia de ascitis; Presencia de fotografías o vídeos; Descripción detallada de la afectación del intestino delgado o su mesenterio; Descripción detallada de la afectación de la cúpula diafragmática derecha y si es móvil o no. Existen 6 afectaciones que son determinantes en la evaluación de la reseabilidad: invasión masiva del intestino delgado o de su unión con el mesenterio que impide preservar 2 metros sanos. Este punto es el más difícil de evaluar mediante laparoscopia y en caso de dudas se puede realizar una minilaparotomía para palpar las lesiones; Invasión masiva de la raíz mesentérica; Invasión masiva del saco de Douglas que afecta al triángulo vesical e implica una pelvectomía total; Invasión masiva de las cúpulas diafragmáticas, que obliga a resección y quimioterapia hipertérmica intratorácica; Invasión del pedículo hepático y/o hilio hepático que impide resección completa. Invasión arterial de las dos curvaturas gástricas, en especial del lado izquierdo, ya que obliga a realizar una gastrectomía total, que, junto con la invasión del marco cólico, implica una colectomía total.

Resultados: Presentamos un vídeo de 9:04 minutos que ilustra el procedimiento de la laparoscopia exploradora en la evaluación de la carcinomatosis peritoneal, mediante un abordaje *step by step* por cuadrantes. A través de un montaje con diferentes casos y de múltiples orígenes (gástrico, peritoneal

primario, colorrectal, ovario, etc.) se repasa ordenadamente la evaluación preoperatoria a realizar y los puntos críticos fundamentales para que esta sea correcta.

Conclusiones: La laparoscopia exploradora de estadificación permite evitar procedimientos de abrir y cerrar hasta en un 24-55% de los casos. Además, se trata de un procedimiento seguro, altamente reproducible (92-100%), con baja morbilidad (0,4-2,75%) y un valor predictivo positivo del 83-96%.