



O-322 - QUIMIOTERAPIA INTRAABDOMINAL HIPERTÉRMICA MEDIANTE ABORDAJE LAPAROSCÓPICO: DESARROLLO DEL MODELO Y TRASLACIÓN CLÍNICA EN CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN APENDICULAR

Sánchez García, Susana; Padilla Valverde, David; Villarejo Campos, Pedro; García Santos, Esther P.; Bertelli Puche, José Luis; Alberca Páramo, Ana; Núñez Guerrero, Paloma; Martín Fernández, Jesús

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Resumen

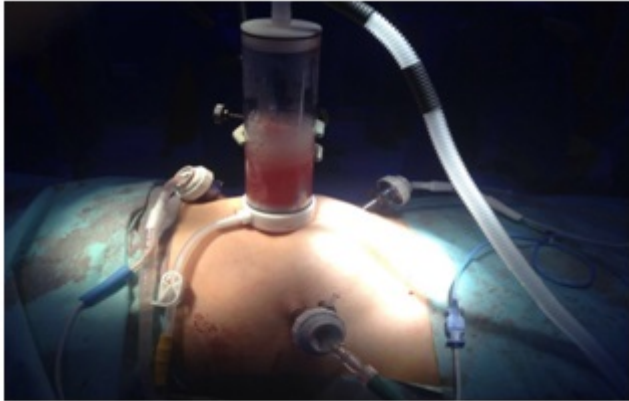
Introducción: La quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) es un tratamiento efectivo para determinados enfermos con carcinomatosis peritoneal. La cirugía laparoscópica está consolidada en el tratamiento del cáncer colorrectal y apendicular, y cada vez más centros la realizan en pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen diverso con bajo volumen tumoral. Es en este grupo de pacientes seleccionados, donde la administración de HIPEC mediante abordaje laparoscópico puede ser factible y segura. Nuestro grupo ha desarrollado un modelo de utilidad de acceso laparoscópico en una etapa experimental. Previo a su introducción en nuestra actividad asistencial, se verificó su seguridad y eficacia en un modelo porcino animal respecto a la estabilidad hemodinámica, control de fluidos y desarrollo de la técnica.

Objetivos: Desarrollo de un modelo experimental de HIPEC mediante abordaje laparoscópico, con recirculación de CO₂ y aplicación del mismo tras cirugía citorreductora laparoscópica en un paciente con carcinomatosis peritoneal de origen apendicular.

Métodos: El modelo porcino incluye 6 mini-pigs, hembras, (35-38 kg), intervenidos mediante cirugía citorreductora con abordaje laparoscópico. Finalizado el tratamiento quirúrgico, se utilizaron los accesos laparoscópicos para colocación de catéteres de entrada y salida y administración de HIPEC laparoscópica con recirculación de CO₂, con paclitaxel a 175 mg/m² durante 60 minutos a 42 °C. Las variables recogidas se analizaron en diferentes momentos de la cirugía: 1. Al comienzo de la cirugía (T1); 2. Durante la cirugía (T2) 3. Después de la cirugía (T3); 4. En la mitad de la realización de HIPEC (T4); 5. Tras HIPEC (T5). Estas variables fueron gasométricas, hemodinámicas y de temperatura durante estas etapas. Una vez verificada la seguridad de técnica, se aplicó en dos casos: tumor mucinoso apendicular y carcinoide sincrónico con metástasis ovárica, y tumor mucinoso de colon derecho perforado. La primera paciente fue intervenida mediante anexectomía izquierda y apendicectomía por laparotomía infraumbilical. En ambos casos, se completó la cirugía citorreductora mediante abordaje laparoscópico (4 trócares de 12 mm: umbilical, fosa iliaca izquierda, hipocondrio izquierdo y flanco derecho), y en el primer caso se completó la hemicolectomía derecha y omentectomía. Para extracción de la pieza, se realizó una minilaparotomía media, sección intestinal y anastomosis extracorpórea ileocólica manual antes de la quimiohipertermia. Se colocaron las sondas de recirculación a través de los trócares de

laparoscópica (entrada de fluido en hipocondrio izquierdo, salida en fosa iliaca izquierda, y entrada de CO₂ en flanco derecho), mano-asistida a través de la minilaparotomía. Se cerró la minilaparotomía manteniendo a ese nivel el dispositivo intercambiador de gases de nuestro modelo. Se administró mitomicina C 35 mg/m² durante 60 minutos a 42,5 °C, según protocolo.

Resultados: No existieron diferencias estadísticamente significativas entre las variables gasométricas, hemodinámicas o de temperatura en la fase experimental. En la fase clínica, no existieron complicaciones técnicas durante la administración HIPEC mediante abordaje laparoscópico.



Conclusiones: La cirugía citorreductora y la administración de HIPEC con recirculación de CO₂ mediante abordaje laparoscópico es una técnica segura y factible en pacientes seleccionados, como enfermos intervenidos quirúrgicamente que presentan factores de alto riesgo de carcinomatosis, un bajo volumen peritoneal preoperatorio y recidivas técnicamente accesibles.