



O-191 - COMPLICACIONES DIGESTIVAS Y ANASTOMÓTICAS EN EL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL (CP) MEDIANTE CIRUGÍA RADICAL (CR) MÁS QUIMIOHIPERTERMIA PERITONEAL (HIPEC). MORBI-MORTALIDAD INFERIOR A LA DESCrita EN LA CIRUGÍA ONCOLÓGICA COMPLEJA. PROGRAMA DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE CATALUÑA: 513 TRATAMIENTOS CONSECUtIVOS

P. Barrios Sánchez, M.I. Ramos Bernado, O. Crusellas Maña, J. Castellví Valls, M.C. López Sanclemente y M. Martín

Hospital Moisés Broggi, Sant Joan Despí.

Resumen

Introducción y objetivos: Las complicaciones de la CR + HIPEC suelen deberse a la CR. La incidencia descrita de fistulas y dehiscencias anastomóticas varía entre el 0 y el 15% de los pacientes, según las series revisadas. Los factores relacionados son el sexo, la cirugía y/o la quimioterapia previa a la CR + HIPEC, el número de anastomosis practicadas, la duración y la agresividad de la CR. La experiencia del equipo quirúrgico es otro factor directamente relacionado con los resultados inmediatos. Presentamos los resultados de complicaciones digestivas y anastomóticas ocurridas en la serie de pacientes tratados con CR + HIPEC en el Programa de Carcinomatosis Peritoneal de Cataluña.

Métodos: Durante el periodo septiembre'06/abril'14, un total de 466 pacientes fueron sometidos a 513 tratamientos de CR + HIPEC sobre diversos tipos de CP: 200 pacientes con CP de colon, 99 pseudomixomas peritoneales, 78 pacientes con neoplasias recidivadas de ovario, 26 pacientes con CP gástrica, 21 pacientes con CP apendicular, 16 mesoteliomas malignos peritoneales, 11 sarcomatosis no GIST, 8 CP de recto, 5 CP originadas en el uraco y 4 CP de intestino delgado. Edad media 53,8 años. Recibieron quimioterapia previa el 79,9% y cirugías previas a la CR + HIPEC el 91,2% de los pacientes. La mediana del PCI fue de 13/39. La CR completa (CC0/CC1) se logró en el 95,4% de los pacientes. La HIPEC siempre se realizó según la modalidad *coliseum* y los fármacos intraperitoneales y el tiempo de exposición adaptados al origen de la CP. Temperatura media de la HIPEC: 42,5 °C. Tiempo quirúrgico medio: 368 minutos (rango 180-845). EM: 13,1 días y estancia en UCI: 2 días. En 284 (61%) de los pacientes de la serie se practicaron diferentes tipos de reconstrucción del tracto digestivo que motivaron un total de 498 suturas: 1 en 152 pacientes, 2 en 79, 3 en 33, 4 en 11 y 5 anastomosis en 9 pacientes. Además, se realizaron enterorrafias en 83 pacientes por exéresis/fulguración implantes pared intestinal. Sólo se practicaron 5 estomas de descarga y se repararon 23 de ellas durante la CR + HIPEC. El tipo más frecuente de anastomosis realizado en esta serie fue la colorrectal (136 pacientes), seguida de la ileocólica en 109 pacientes.

Resultados: Morbilidad global: 25,5%. Hemoperitoneo: 2,1%. Colección abdominal: 2,1%. Oclusión intestinal: 0,9%. Fistula pancreática: 0,9%. Absceso abdominal: 0,4%. Peritonitis difusa: 0,2%. Reintervenciones: 3,4%. Mortalidad perioperatoria: 0,2%. Dehiscencias y/o fugas anastomóticas: 0%. Fistulas digestivas: 3 casos (relacionadas con fulguración intestinal). Reingresos hospitalarios no previstos:

4,6%. Mediana de seguimiento: 24,7 meses. Probabilidad acumulada de supervivencia a 12 meses de la serie: 90,3%. Mediana de supervivencia de toda la serie: 46,2 meses.

Conclusiones: Las complicaciones digestivas y anastomóticas logradas en nuestros pacientes fue inferior a las publicadas sobre cirugías complejas oncológicas: neoplasias de recto, páncreas, esófago y cirugía hepática. La ausencia de complicaciones anastomóticas no nos permite establecer el papel de la HIPEC sobre las suturas. Las anastomosis colorrectales pueden realizarse sin estomas de protección y sin complicaciones.