



## O-338 - ¿ES VIABLE APLICAR ERAS EN LAS RESECCIONES SIMULTÁNEAS DE CÁNCER COLORRECTAL Y METÁSTASIS HEPÁTICAS?

Georgiev-Hristov, Tihomir<sup>1</sup>; Torres Alfonso, Jose Ramón<sup>2</sup>; González Ayora, Santiago<sup>1</sup>; Celdrán Uriarte, Ángel<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Hospital General de Villalba, Villalba; <sup>2</sup>Hospital Quironsalud de Torrevieja, Torrevieja; <sup>3</sup>Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** Las metástasis hepáticas de cáncer colorrectal aparecen hasta en un 25% de los casos de forma sincrónica con el primario. La cirugía simultánea es factible, segura y con resultados postoperatorios similares a la cirugía en dos tiempos, pero generalmente se aplica solo en casos seleccionados. Los protocolos ERAS (Enhanced Recovery After Surgery), tanto colorrectales como hepáticos, están ampliamente empleados. Sin embargo, no existen estudios concretos sobre su aplicabilidad en cirugía simultánea. En este estudio pretendemos evaluar la aplicación de un programa ERAS en la cirugía simultánea, en un servicio de cirugía general y digestiva con protocolos ERAS establecidos para ambos tipos de intervenciones por separado.

**Métodos:** Se trata de una serie de casos retrospectiva de pacientes consecutivos intervenidos de cirugía simultánea en nuestro centro entre los años 2013 y 2017. Se analizaron variables demográficas, comorbilidad, oncológicas, quirúrgicas, complicaciones precoces y tardías según Clavien-Dindo. Además, se analizó el grado de cumplimiento de las intervenciones pre- y postoperatorias de rehabilitación multimodal.

**Resultados:** Se incluyeron 27 pacientes. En el preoperatorio, todos los pacientes siguieron el protocolo de optimización que incluye fisioterapia respiratoria, corrección de la anemia y la desnutrición en caso de que fuera necesario. El cumplimiento de las intervenciones postoperatorias analizadas fue bajo [63% tolerancia a líquidos, 43% movilización y 25% retirada de sonda vesical durante el día postoperatorio 1 (DPO1)], salvo la fisioterapia respiratoria durante el DPO1 (74,1%) y la retirada del catéter epidural antes del 4º día postoperatorio (85,2%). 18 pacientes (66,7%) sufrieron algún tipo de complicación. 10 pacientes (37%) tuvieron complicaciones Clavien-Dindo > 2, principalmente debido a los casos de dehiscencia anastomótica ( $n = 2$ , 7,4%) y colecciones hepáticas ( $n = 8$ , 29,6%). Aun así, la estancia mediana postoperatoria es de 8 días (4-38), equiparable con las grandes series de cirugía simultánea e incluso mejor. Tanto el uso de drenaje en el hígado como en el colon se ha asociado a un aumento de las complicaciones clínicamente significativas ( $p = 0,05$ ).

**Conclusiones:** La cirugía simultánea no constituye una contraindicación para la aplicación de protocolos ERAS. Sin embargo, su aplicación estricta está condicionada por la estancia en UCI/REA y las complicaciones precoces no quirúrgicas (fleo paralítico, anemización, dolor abdominal). La preocupación de los cirujanos por la elevada tasa de complicaciones ha llevado a dejar drenajes en más de la mitad de los pacientes. Son necesarios protocolos ERAS específicos que combinen adecuadamente protocolos ERAS hepáticos y colorrectales. Estudios prospectivos pueden aportar mucho en este sentido.