



O-10 - IMPACTO DEL ESTADO NUTRICIONAL E INFLAMATORIO SISTÉMICO SOBRE LA EVOLUCIÓN POSQUIRÚRGICA TRAS CIRUGÍA ROBÓTICA POR CARCINOMA BRONCOGÉNICO

Ramos Izquierdo, R.; Moreno, C.; Ureña, A.; Poltorak, V.; Macía, I.; Rivas, F.; Déniz, C.; Muñoz, A.; Serratosa, I.; Escobar, I.

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Resumen

Objetivos: La nutrición es actualmente un factor importante en la evolución de cualquier proceso patológico; tanto la desnutrición como el sobrepeso pueden aumentar la morbilidad en estos pacientes. El objetivo de este estudio fue la valoración del estado nutricional e inflamatorio de los pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón tributarios de tratamiento quirúrgico radical y establecer su relación con complicaciones posquirúrgicas tras cirugía robótica.

Métodos: Estudio de cohortes prospectivo de pacientes diagnosticados de cáncer de pulmón tributarios de tratamiento quirúrgico radical, entre 2019 y 2021. Se excluyó pacientes con tratamiento neoadyuvante y antecedentes de enfermedades autoinmunes y sistémicas. El estado nutricional e inflamatorio fue valorado antes de la resección pulmonar mediante valoración antropométrica, estudios biológicos, así como el índice de masa corporal (IMC).

Resultados: Se intervinieron 107 pacientes, 65 varones y 42 mujeres, con una edad media 69 ± 12 y historia de tabaquismo del 72% ($n = 77$). La resección lobar fue la más realizada (90,7%), la histología más frecuente fue el adenocarcinoma en el 56,1% ($n = 60$) y el estadiaje I y II se constató en el 74,6% ($n = 83$). El IMC fue $27,5 \pm 4,4$. El IMC reveló 29% ($n = 31$) de pacientes con peso normal, 43% ($n = 46$) con sobrepeso y 28% ($n = 30$) con obesidad, no se registró ningún paciente con bajo peso. Respecto los marcadores inflamatorios sistémicos, la ratio neutrófilos/linfocitos (RNL) fue de 1,96 (1,47), la ratio plaquetas/linfocitos (RPL) de 115,59 (57,87) y la ratio linfocitos/monocitos (RLM) de 3,34 (1,47). El análisis bivariante según IMC se asoció significativamente a vasculopatía ($p = 0,02$). No se constataron diferencias significativas entre IMC y tipo de resección ($p = 0,439$), número de adenopatías resecadas ($p = 0,202$), tamaño tumoral ($p = 0,351$) ni estadiaje tumoral ($p = 0,650$). No se evidenció mayor número de complicaciones ni sangrado intraoperatorias ($p = 0,696$), complicaciones posoperatorias ($p = 0,569$), estancia media ($p = 0,258$) ni días de drenaje torácico ($p = 0,476$), ni tampoco se evidenció diferencias entre IMC y ratios inflamatorias ($p = 0,465$). Un estado inflamatorio sistémico mayor, según la RNL $> 1,84$, se asoció a mayores complicaciones globales posoperatorias, así como mayor fuga aérea ($p = 0,028$).

Conclusiones: El IMC no muestra un valor predictivo de riesgo posquirúrgico mayor en esta cohorte de pacientes por lo que el peso no debe disuadir a los cirujanos de utilizar un enfoque robótico para la resección pulmonar. La técnica robótica es una técnica segura y factible en pacientes con IMC elevado sin impacto sobre la evolución posoperatoria.