

DESCONFERENCIAS

Vol. 38. Supl. 1 Abril-Junio 2015
pp S288-S289

Manejo perioperatorio en HIPEC

Dr. Juan P Romero-González*

* Residente de Terapia Intensiva. Fundación Clínica Médica Sur

La carcinomatosis peritoneal es una complicación oncológica grave asociada a la presencia de tumores malignos en ovario, estómago, colon y recto, y tiene como característica tumores con resección quirúrgica limitada y de mal pronóstico. El tratamiento convencional consiste en la realización de paracentesis evacuadoras y la administración de quimioterapia endovenosa; sin embargo, su margen terapéutico es limitado. Hoy en día, la combinación de cirugía de citorreducción completa más quimioterapia peritoneal hipertérmica es el tratamiento estándar del pseudomixoma y los mesoteliomas peritoneales, así como de las carcinomatosis peritoneales de origen colorrectal. HIPEC se encuentra en fase de evaluación, con resultados prometedores en el cáncer de ovario, en el gástrico y en la carcinomatosis peritoneal secundaria a tumores neuroendocrinos. Se ha iniciado además otra nueva línea terapéutica basada en el concepto de «carcinoprofilaxis» con realización de una «second look» en pacientes tipificados de alto riesgo de desarrollar una carcinomatosis peritoneal. La CCR consiste en la resección peritoneal de áreas afectadas que pueden incluir tanto al área parietal como la visceral en asociación con extracción de los órganos afectados. La duración de la HIPEC variará entre los 30 y 90 min en función de las características farmacocinéticas y la dosis total del fármaco empleado. La duración del procedimiento puede variar de 6 a 13 horas incluyendo la citorreducción. El objetivo para

la realización de la CCR y la administración del HIPEC es obtener un estado libre de enfermedad, y reducir la actividad tumoral peritoneal. La combinación de estos dos procedimientos de alto riesgo se asocia con una morbilidad alta que va del 22 al 56%, mortalidad del 5% y una estancia hospitalaria prolongada con un promedio de 29 días. Los diferentes agentes citostáticos utilizados para HIPEC pueden conducir a leucopenia, anemia, trombocitopenia, toxicidad cardíaca, hepática o renal y otros efectos secundarios. No hay parámetros estrictos que determinen indicaciones específicas para la realización de la CCR + HIPEC; generalmente, la elección del paciente se realiza con base en la posibilidad de lograr un estado libre de enfermedad, por lo que se debe realizar una valoración extensa, clínica, imagenológica e histopatológica, tomando en cuenta el volumen y la distribución de la carcinomatosis peritoneal. El manejo de la CP mediante la técnica combinada de citorreducción y la administración de la HIPEC tiene diversas complicaciones quirúrgicas graves debido a la hipertermia y la quimioterapia. Esto condiciona una elevada morbimortalidad y exige un control exhaustivo perioperatorio del anestesiólogo. Las principales causas de mortalidad en pacientes sometidos a HIPEC son aquellas asociadas al estado hemodinámico, respiratorio y del sistema de coagulación, en donde el manejo anestésico impacta de forma directa y el anestesiólogo debe estar capacitado para intervenir.

LECTURAS RECOMENDADAS

1. Bell JC, Rylah BG, Chambers RW, Peet H, Mohamed F, Moran BJ. Perioperative management of patients undergoing cytoreductive surgery combined with heated intraperitoneal chemotherapy for peritoneal surface malignancy: a multi-institutional experience. *Ann Surg Oncol*. 2012;19:4244-4251.
2. Chua TC, Robertson G, Liauw W, Farrell R, Yan TD, Morris DL. Intraoperative hyperthermic intraperitoneal chemotherapy after cytoreductive surgery in ovarian cancer peritoneal carcinomatosis: systematic review of current results. *J Cancer Res Clin Oncol*. 2009;135:1637-1645.
3. Al-Shammaa HA, Li Y. Current status and future strategies of cytoreductive surgery plus intraperitoneal hyperthermic chemotherapy for peritoneal carcinomatosis. *World J Gastroenterol*. 2008;14:1159-1166.
4. Yonemura Y, Bandou E. Quantitative prognostic indicators of peritoneal dissemination of gastric cancer. *Eur J Surg Oncol*. 2006;32:602-606.
5. Chua TC, Yan TD. Should the treatment of peritoneal carcinomatosis by cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy still be regarded as a highly morbid procedure?: a systematic review of morbidity and mortality. *Ann Surg*. 2009;249:900-907.

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/rma>

6. Arakelian E, Torkzad MR, Bergman A, Rubertsson S, Mahteme H. Pulmonary influences on early postoperative recovery in patients after cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy treatment: a retrospective study. *World J Surg Oncol*. 2012;10:258.
7. Cooksley TJ, Haji-Michael P. Post-operative critical care management of patients undergoing cytoreductive surgery and heated intraperitoneal chemotherapy (HIPEC). *World J Surg Oncol*. 2011;9:169.
8. Schmidt C, Creutzenberg M, Piso P, Hobbhahn J, Bucher M. Perioperative anaesthetic management of cytoreductive surgery with hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. *Anaesthesia*. 2008;63:389-395.
9. Piso P, Schmidt C, Wiesenack C, Bucher M, Schlitt HJ, Graf BM. Particularities of anesthesia and postoperative intensive care related to cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy [Internet]. Timisoara. 2009 [Citado el 2014 Feb]; 815-820. Disponible en: http://www.atimisoara.ro/_files/documents/files/2009/Actualitati%20ATI%20si%20Medicina%20de%20Urgenta%202009/Particularities%20of%20anesthesia%20and%20postoperative%20intensive%20care%20related%20to%20cytoreductive%20surgery%20a.Pdf
10. Glockzin G, Schlitt HJ, Piso P. Peritoneal carcinomatosis: patient selection, perioperative complications and quality of life related to cytoreductive surgery and hyperthermic intraperitoneal chemotherapy. *World J Surg Oncol*. 2009;7:5.