



FLUIDOTERAPIA EN CIRUGÍA HIPEC: EXPERIENCIA EN EL HOSPITAL MOISES BROGGI

Irene Gutiérrez Cosío; Nicolás Roldán; Laura Andrea Pardo; Marina Vendrell; Carmen Deiros; Lourdes Parra; Josep Masdeu

Consorti Sanitari Integral, Servicio de Anestesiología Reanimación y Tratamiento del dolor

OBJETIVOS:

Tras la introducción en los años 90 de la cirugía oncológica citoreductora (CRS) con quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC), la carcinomatosis peritoneal ha pasado a ser una enfermedad potencialmente curable (1).

Hoy en día tendemos hacia la fluidoterapia restrictiva (2). No obstante, en el CRS+HIPEC se promueve el manejo permisivo, sobre todo con objeto de la nefroprotección ante quimioterápicos (3). Presentamos nuestra experiencia.

MATERIAL Y MÉTODOS:

Entre noviembre de 2011 y diciembre de 2015 se intervinieron 351 pacientes (233 ♀/118 ♂) de edad 58.29 ± 11.55 años.

La neoplasia primaria fue de origen: colorrectal (51%), pseudomixoma (22%), ovario (17%), estómago (4%) y neuroendocrino (1%). En un tiempo medio de 333.57 ± 96.92 minutos se realizó una reposición hídrica con una media de 4447.01 mL cristaloides y 895.03 mL coloides.

Los valores de creatinina pre-/postoperatorias fueron 77.41 ± 21.08 $\mu\text{mol/mL}$ y 78.45 ± 22.05 $\mu\text{mol/mL}$ respectivamente, sin diferencias estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN:

Los líquidos endovenosos son drogas que afectan principalmente al sistema cardiovascular y renal; por ello, es importante conocer el tipo de fluido y la cantidad a infundir.

Una de las consideraciones de la CRS+HIPEC es la reposición de líquidos: durante la CRS se dan grandes pérdidas hidroelectrolíticas; y durante el HIPEC se debe prevenir la nefrotoxicidad por quimioterápicos y reponer las pérdidas por diuresis osmótica debidas al líquido transportador, que persisten incluso en la fase post-HIPEC.

CONCLUSIONES:

El uso juicioso de líquidos endovenosos se basa en la experiencia del anestesiólogo y recursos perioperatorios. El diálogo con el equipo quirúrgico, así como los conocimientos fisiopatológicos específicos a cada intervención, son imprescindibles.

BIBLIOGRAFÍA:

- (1) Expert Opin. Pharmacother. (2009) 10(12):1965-1977
- (2) Anesthesiology Clin. 2015 Mar;33 (1):51-64.
- (3) Surg Oncol Clin N Am 21 (2012) 533-541.