

Guía del Paciente: Cirugía Oncológica

Una guía para pacientes y familias

Pablo Lozano Lominchar, MD, PhD, EBPSM

Cirujano Oncólogo · Enfermedad Maligna Peritoneal,

Sarcoma y Cirugía Pélvica Compleja

Hospital General Universitario Gregorio Marañón,

Madrid, España

Profesor Asociado de Cirugía — Universidad

Complutense de Madrid

Sección de Sarcoma y Tumores Mesenquimales —

Asociación Española de Cirujanos (AEC)

ORCID: [0000-0002-5413-8449](https://orcid.org/0000-0002-5413-8449)

Prólogo

Querido paciente, querida familia,

Llevo más de quince años operando a personas con cáncer. En todo ese tiempo he tenido miles de conversaciones en consulta, y casi todas empiezan igual: el desconcierto. Ha llegado un diagnóstico, se ha pronunciado una palabra extraña, y de repente uno se encuentra intentando entender en diez minutos algo que los médicos tardamos años en aprender.

Esa distancia siempre me ha molestado. No porque los pacientes no sean capaces de entender, sino porque nosotros, como clínicos, raras veces hacemos el esfuerzo de explicar bien. Esta guía es mi intento de hacerlo.

La escribí para ti. Para el paciente que llega a casa después de la consulta y abre el ordenador buscando lo que acaban de decirle. Para el familiar que quiere comprender lo que le espera a quien quiere. Para quien necesita algo escrito por quien va a estar en ese quirófano, no por un comité ni por un gabinete de comunicación.

Lo que encontrarás aquí es información honesta. No te diré que la cirugía es fácil, porque no lo es. No te daré falsas esperanzas, porque mereces algo mejor: la verdad, explicada con cuidado. Te contaré qué hacemos, por qué lo hacemos, qué puedes esperar y cuándo debes preocuparte.

Las enfermedades que trato —carcinomatosis peritoneal, sarcoma retroperitoneal, tumores colorrectales y pélvicos complejos— son graves. Requieren cirugía en centros de referencia, equipos multidisciplinares y una experiencia que no todos los hospitales tienen. Una de las decisiones más importantes que tomarás es dónde tratarte. Espero que esta guía te ayude a hacer las preguntas correctas.

— *Dr. Pablo Lozano Lominchar*
Madrid, 2025

OBJETIVO DE ESTA GUÍA

Dirigida a: Pacientes y familias que afrontan una cirugía oncológica compleja (carcinomatosis peritoneal, sarcoma retroperitoneal, cáncer colorrectal, cirugía pélvica compleja).

Nivel previo: Ninguno. Los términos médicos se explican cuando se introducen.

Al finalizar serás capaz de:

- Comprender la naturaleza de tu enfermedad y por qué es necesaria la cirugía.
- Saber qué esperar antes, durante y después de la operación.
- Reconocer las señales de alarma que requieren atención urgente.

Esta guía no sustituye a: La consulta con tu equipo médico, el consentimiento informado, ni los protocolos de tu hospital.

1. El Cáncer y la Cirugía Oncológica

¿Qué es el cáncer?

El cuerpo humano está formado por billones de células que nacen, cumplen su función y mueren en un ciclo ordenado. El cáncer ocurre cuando algunas de esas células pierden ese orden y empiezan a multiplicarse sin control. Con el tiempo, estas células forman masas —los tumores— que pueden invadir tejidos cercanos o viajar a otras partes del cuerpo.

No todos los tumores son iguales. Algunos crecen muy despacio y rara vez se diseminan; otros son más agresivos y requieren tratamiento urgente. La biología del tumor —es decir, qué tipo de células lo forman y cómo se comportan— determina en gran medida el tratamiento más adecuado.

¿Por qué la cirugía es fundamental en el tratamiento del cáncer?

Para la mayoría de los tumores sólidos localizados, la cirugía sigue siendo la única forma de eliminar físicamente la

enfermedad. La quimioterapia y la radioterapia ayudan — antes de la cirugía para reducir el tumor, o después para destruir células que puedan haber quedado—, pero en muchos casos no pueden sustituir a la extirpación quirúrgica.

El objetivo de la cirugía oncológica es lograr lo que los cirujanos llamamos una **resección Ro**: eliminar todo el tumor visible con márgenes de tejido sano alrededor. Si quedan células tumorales en el borde de lo resecado, el riesgo de recidiva es mucho mayor.

💡 ¿QUÉ ES UNA RESECCIÓN R0?

R0 significa que se ha extirpado todo el tumor con márgenes negativos: ni al microscopio se ven células cancerosas en el borde del tejido extraído. Es el objetivo de toda cirugía con intención curativa.

¿Qué es un equipo multidisciplinar?

En oncología moderna, ningún especialista trabaja solo. Tu caso será discutido en un **comité de tumores multidisciplinar** (CTM) formado por cirujanos oncólogos, oncólogos médicos, radioterapeutas, radiólogos, patólogos y, en muchos casos, enfermería especializada. Este comité

decide de forma consensuada el plan de tratamiento más adecuado para ti.

Si en algún momento no te proponen una discusión multidisciplinar o no te la mencionan, pregunta explícitamente que tu caso sea presentado en dicho comité. Es un derecho del paciente.

¿Por qué importa el centro donde te tratas?

Para las cirugías complejas —carcinomatosis peritoneal, sarcomas retroperitoneales, tumores pélvicos avanzados—, el volumen quirúrgico del centro y la experiencia del equipo son factores que influyen directamente en el resultado. Los datos de la literatura médica son claros: los centros que realizan más de 15-20 procedimientos de este tipo al año tienen mejores tasas de supervivencia y menos complicaciones.

PREGUNTA CLAVE PARA TU CIRUJANO

«¿Cuántas cirugías de este tipo realiza usted o su equipo al año?» Es una pregunta legítima y cualquier cirujano experto responderá con transparencia.

2. Carcinomatosis Peritoneal: Qué es y Cómo se Trata

¿Qué es el peritoneo?

El peritoneo es una membrana delgada y transparente que recubre el interior del abdomen y envuelve la mayoría de los órganos abdominales: el estómago, el hígado, el intestino delgado y grueso, y otros. Esta membrana tiene dos capas —parietal y visceral— y entre ellas existe una pequeña cantidad de líquido que actúa como lubricante para que los órganos se muevan libremente.

¿Qué es la carcinomatosis peritoneal?

Cuando las células de un tumor abdominal —colorrectal, de ovario, de apéndice u otros— se diseminan y se implantan en la superficie del peritoneo, hablamos de **carcinomatosis peritoneal**. No se trata de una metástasis en la sangre como la que ocurre en el hígado o el pulmón; es una extensión directa del tumor por la cavidad abdominal.

Esta distinción es importante, porque significa que en muchos casos la enfermedad sigue siendo tratable con un enfoque quirúrgico agresivo. La carcinomatosis peritoneal no equivale automáticamente a una enfermedad incurable.

¿Cómo sé cuánta enfermedad tengo? El índice PCI

Para planificar el tratamiento, los cirujanos utilizamos el **Peritoneal Cancer Index (PCI)**, un sistema que divide el abdomen en 13 zonas y puntúa la cantidad de tumor en cada una de ellas. La puntuación máxima es 39. Cuanto menor es el PCI, más probable es que la cirugía sea eficaz.

Puntuación PCI	Extensión de la enfermedad	Posibilidad de cirugía curativa
0–10	Limitada	Alta — cirugía habitualmente recomendada
11–20	Moderada	Posible en centros expertos
21–30	Extensa	Posible en casos muy seleccionados
> 30	Difusa	Habitualmente no quirúrgica; quimioterapia sistémica

La cirugía citorreductora (CRS): qué hacemos

La **cirugía citorreductora** (CRS, de sus siglas en inglés) consiste en extirpar todos los depósitos tumorales visibles del peritoneo. Esto puede implicar reseca partes del peritoneo parietal (el que recubre la pared abdominal), así como porciones de órganos afectados como el colon, el recto, el intestino delgado, el omento mayor o el bazo.

El objetivo es alcanzar una **puntuación CC-o**: sin tumor residual visible al terminar la cirugía. Si queda algún nódulo de menos de 2,5 mm, hablamos de CC-1, que puede ser aceptable en tumores de origen apendicular donde la quimioterapia caliente penetra bien.

La cirugía dura entre 6 y 10 horas según la extensión de la enfermedad. Requiere equipos especializados y puede implicar varias anastomosis (uniones quirúrgicas entre segmentos intestinales) o, en algunos casos, una ostomía temporal.

El HIPEC: la quimioterapia caliente

Tras completar la cirugía citorreductora, el equipo quirúrgico puede añadir un paso denominado **HIPEC** (Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy, o Quimioterapia

Intraperitoneal Hipertérmica). Consiste en bañar la cavidad abdominal con una solución de quimioterapia calentada a 41-43°C durante 60-90 minutos.

La temperatura tiene un efecto doble: potencia la acción del quimioterápico sobre las células tumorales residuales microscópicas y daña directamente dichas células. Al administrarse directamente en el abdomen —y no por vía intravenosa—, se consiguen concentraciones muy superiores en el lugar donde está la enfermedad con menor toxicidad sistémica.

PERLA CLÍNICA

El HIPEC no es quimioterapia sistémica: el paciente no siente los efectos típicos de la quimio intravenosa (caída del cabello, náuseas intensas prolongadas). La recuperación es fundamentalmente quirúrgica, no oncológica.



PREGUNTAS PARA HACERLE A TU CIRUJANO

- «¿Cuál es mi puntuación PCI en las pruebas de imagen?»
- «¿Es posible conseguir una resección CC-o?»
- «¿Qué quimioterápico se usará en el HIPEC?»
- «¿Tendré una ostomía? ¿Sería temporal o permanente?»

3. Sarcoma Retroperitoneal: Qué es y Cómo se Trata

¿Qué es un sarcoma?

Los sarcomas son un grupo de tumores que nacen en los tejidos conectivos del cuerpo: músculos, grasa, vasos sanguíneos, nervios o tejido fibroso. A diferencia de los carcinomas —que son los cánceres más frecuentes y nacen en tejidos epiteliales como la piel, el pulmón o el colon—, los sarcomas son poco comunes: representan menos del 1% de todos los tumores en adultos.

Los sarcomas retroperitoneales son aquellos que se desarrollan en el espacio retroperitoneal, es decir, detrás del peritoneo, en la zona posterior del abdomen. En este espacio se encuentran los riñones, los uréteres, los grandes vasos sanguíneos (aorta y vena cava) y el páncreas.

Los tipos más frecuentes

Tipo	Tejido de origen	Característica principal
Liposarcoma	Tejido graso	El más frecuente en el retroperitoneo. Puede ser bien diferenciado (lento) o dediferenciado (más agresivo)
Leiomioma	Músculo liso	Mayor riesgo de metástasis hematógenas. Frecuente en vena cava inferior
Schwannoma maligno	Vaina nerviosa	Menos frecuente. Asociado a neurofibromatosis tipo 1
Tumor solitario fibroso	Tejido fibroso	Variable. Puede ser benigno o maligno

¿Por qué crecen sin dar síntomas?

El retroperitoneo es un espacio muy grande. Los sarcomas retroperitoneales pueden alcanzar tamaños enormes —a veces más de 20-30 cm de diámetro— antes de dar síntomas, precisamente porque crecen sin comprimir estructuras

sensibles. Cuando aparecen síntomas, suelen ser vagos: sensación de plenitud abdominal, molestia difusa, o una masa que el propio paciente puede palparse.

DATO IMPORTANTE

El hallazgo incidental de una masa retroperitoneal en una TAC realizada por otro motivo es uno de los modos de diagnóstico más frecuentes en el sarcoma retroperitoneal. No subestime ninguna masa abdominal aunque no duela.

La cirugía: resección compartimental

El tratamiento principal del sarcoma retroperitoneal es la cirugía. El objetivo es la **resección Ro en bloque**: extirpar el tumor junto con todos los tejidos adyacentes que puedan estar afectados, sin abrir el tumor ni fragmentarlo.

En muchos casos esto implica extirpar órganos adyacentes: el riñón ipsilateral, parte del colon, el músculo psoas, o partes del diafragma. Esta estrategia —llamada **resección compartimental**— reduce el riesgo de recidiva local comparada con la resección simple del tumor visible.

La cirugía dura entre 4 y 8 horas dependiendo del tamaño y las relaciones anatómicas del tumor. Se realiza bajo anestesia general y habitualmente requiere una incisión abdominal amplia.

El papel de la radioterapia

En algunos casos de sarcoma retroperitoneal, la radioterapia se puede administrar antes de la cirugía (radioterapia neoadyuvante) para reducir el tamaño del tumor y facilitar la resección, o para esterilizar la periferia del tumor. La decisión se toma caso a caso en el comité de tumores.

El seguimiento tras la cirugía

Los sarcomas retroperitoneales tienen tendencia a la recidiva local (reaparición en el mismo sitio). Por ello, el seguimiento con TAC abdominal es más estrecho que en otros tumores: habitualmente cada 3-4 meses durante los primeros dos años, y cada 6 meses posteriormente.

SEÑAL DE ALARMA DURANTE EL SEGUIMIENTO

Si en cualquier momento del seguimiento notas aumento del abdomen, dolor abdominal progresivo, o pérdida de peso no explicada, comunícalo a tu equipo médico

inmediatamente. No esperes a la próxima cita programada.

4. La Operación: Antes, Durante y Después

4.1 Antes de la cirugía

Las semanas previas

Tu equipo médico te indicará una serie de preparaciones. Las más habituales son:

- **Análisis y pruebas de imagen:** TAC, RMN o PET-TAC para estadificar la enfermedad y planificar la cirugía.
- **Valoración preoperatoria:** Cardiológica, respiratoria y nutricional. Si tu estado nutricional no es óptimo, puede recomendarse suplementación antes de la operación.
- **Medicación:** Algunos fármacos deben suspenderse días antes (anticoagulantes, antiinflamatorios, metformina). Tu médico o anestesista te indicará cuáles.
- **Tabaco y alcohol:** Suspenderlos al menos 4-6 semanas antes reduce significativamente el riesgo de complicaciones pulmonares.

El día antes

En la mayoría de los protocolos modernos (ERAS) ya no se realiza preparación intestinal completa el día antes de la cirugía. Sin embargo, sí habrá un **ayuno**: sin alimentos sólidos desde medianoche, y sin líquidos desde unas 2 horas antes de la anestesia (en muchos centros se permite tomar un preparado de carbohidratos hasta ese momento).

El consentimiento informado

Antes de la cirugía firmarás un documento llamado **consentimiento informado**. No es una formalidad: es el momento en que tu cirujano te explicará los riesgos específicos de tu operación, las alternativas y los beneficios esperados. Léelo con atención y pregunta todo lo que no entiendas. No te sientas presionado a firmarlo hasta que hayas resuelto todas tus dudas.

QUÉ LLEVAR AL HOSPITAL

- Documentación médica reciente (informes, pruebas de imagen en CD)
- Lista actualizada de medicamentos y dosis
- Artículos de higiene personal y ropa cómoda
- Cargador del teléfono
- Un familiar o persona de confianza para acompañarte las primeras 24 horas

4.2 Durante la cirugía

Estarás bajo **anestesia general** durante toda la intervención. Esto significa que no sentirás nada ni recordarás nada de lo que ocurra en el quirófano. El anestesista monitoriza continuamente tu presión arterial, frecuencia cardíaca, temperatura, oxigenación y función renal durante toda la cirugía.

El equipo quirúrgico en una cirugía compleja puede incluir dos o tres cirujanos oncológicos, uno o dos residentes, uno o dos anestesistas, y varios enfermeros instrumentistas. En el caso del HIPEC, se añade un técnico de perfusión que maneja el circuito de quimioterapia caliente.

La duración varía: para una CRS+HIPEC, entre 6 y 10 horas; para un sarcoma retroperitoneal, entre 4 y 8 horas. La duración no es sinónimo de complicación: simplemente refleja la extensión de la resección necesaria.

4.3 Los primeros días: UCI o Reanimación

Tras este tipo de cirugías, es habitual que pases las primeras 24-48 horas en la **Unidad de Cuidados Intensivos (UCI)** o en Reanimación. Esto no significa que haya ido algo mal: es el protocolo estándar para monitorizar de cerca la función cardíaca, respiratoria y renal durante la recuperación inmediata.

Al despertar, notarás varias cosas:

- **Un tubo en la boca o nariz** (tubo de intubación): puede que ya esté retirado cuando te despiertes, o que lo retiren en pocas horas.
- **Una sonda urinaria**: para medir la producción de orina y controlar el estado de hidratación.
- **Uno o varios drenajes abdominales**: tubos finos que salen por la pared abdominal y drenan líquido. Son normales y se retiran progresivamente.
- **Un catéter epidural o una perfusión de analgésico** (PCA): para controlar el dolor. No dudes en

pedir más analgesia si la necesitas.

4.4 La planta de hospitalización (días 3-12)

Una vez estabilizado, pasarás a planta de cirugía. El protocolo ERAS —Enhanced Recovery After Surgery— que seguimos implica varios elementos clave:

- **Movilización precoz:** El mismo día que llegues a planta, o al día siguiente, se te pedirá que te sientes en la silla y, si es posible, que des unos pasos. Esto no es crueldad: es la mejor medida para prevenir complicaciones pulmonares y la trombosis venosa profunda.
- **Alimentación progresiva:** Empezará por líquidos — caldos, agua— y avanzará hacia una dieta blanda y luego normal según tolere.
- **Control del dolor:** Se manejará con una combinación de analgésicos (paracetamol, antiinflamatorios, opioides si son necesarios). El objetivo es que puedas moverte y respirar profundamente sin dolor.
- **La herida:** La enfermería se encargará de las curas. Si llevas grapas, se retirarán entre el día 10 y el 14 aproximadamente.

La estancia media en el hospital para una CRS+HIPEC es de 10-14 días. Para un sarcoma retroperitoneal, de 7-10 días. Estas cifras son orientativas: cada paciente evoluciona a su ritmo.

5. Recuperación en Casa

¿Cuándo puedo irme a casa?

El alta hospitalaria no se produce por que haya pasado un número determinado de días, sino porque se cumplen unos criterios clínicos: toleras la dieta oral, el dolor está controlado con analgesia oral, puedes moverte de forma autónoma y no hay signos de complicación. Si alguno de estos criterios no se cumple, el alta se retrasa —y esto es lo correcto.

El primer mes en casa

La recuperación tras una cirugía abdominal mayor es gradual. Ten paciencia contigo mismo y no te compares con otros pacientes: cada persona y cada cirugía son diferentes.

Actividad física

Caminar es la mejor rehabilitación: empieza con distancias cortas y auméntalas progresivamente cada día. Evita:

- Levantar pesos superiores a 5 kg durante las primeras 6 semanas

- El ejercicio físico intenso (deporte, natación, bicicleta) hasta que tu cirujano lo autorice
- Conducir durante las primeras 4-6 semanas (el reflejo de frenada puede estar limitado por el dolor)

Dieta

Durante las primeras semanas, opta por una dieta blanda, de fácil digestión y rica en proteínas (que favorecen la cicatrización). Evita los alimentos muy grasos, flatulentos o picantes hasta recuperar el tránsito intestinal normal. Bebe suficiente agua (al menos 1,5 litros al día). Si has tenido una ostomía, el equipo de enfermería de estomaterapia te habrá dado instrucciones específicas.

La fatiga postcirugía

Es normal sentir un cansancio importante durante las primeras semanas. Esta fatiga no es debilidad ni depresión: es la respuesta fisiológica del cuerpo a una intervención mayor. Descansa cuando lo necesites y no te fuerce a más actividad de la que puedas tolerar. La energía irá recuperándose gradualmente a lo largo de 6-12 semanas.

Reincorporación laboral

Depende del tipo de trabajo. Para trabajos sedentarios, suele ser posible a las 6-8 semanas. Para trabajos físicos, puede ser necesario esperar 3-4 meses. Habla con tu cirujano antes de volver al trabajo.

La cicatriz

La cicatriz abdominal requiere cuidados durante al menos 3 meses:

- Mantenerla limpia y seca
- Aplicar crema hidratante o gel de silicona una vez cicatrizada
- Protegerla del sol (con ropa o crema de protección total) durante al menos un año

6. Señales de Alarma: Cuándo Llamar al Médico

 **LLAMA A TU MÉDICO O ACUDE A URGENCIAS SI NOTAS:**

- **Fiebre superior a 38°C**
- **Enrojecimiento, calor, supuración o apertura de la herida quirúrgica**
- **Distensión abdominal progresiva** (el abdomen va aumentando de tamaño)
- **Ausencia de deposición durante más de 5 días** después del alta
- **Náuseas y vómitos que impiden la alimentación oral**
- **Dolor abdominal intenso y progresivo** que no mejora con los analgésicos prescritos
- **Dificultad para respirar o dolor en el pecho**
- **Pierna hinchada, dolorosa y caliente** (posible trombosis venosa profunda)
- **Confusión, desorientación o somnolencia excesiva**

- **Orina oscura o ausencia de orina**
- **Hemorragia por la herida, los drenajes o el ano**

Ante cualquier duda, **llama primero**. Tu equipo médico prefiere recibir una llamada innecesaria que un paciente que llegue tarde a urgencias. No esperes a que los síntomas empeoren.

Contacto de urgencias

Guarda siempre en tu teléfono el número del servicio de urgencias de tu hospital y, si tu cirujano te lo ha facilitado, su contacto directo. En España, el número de emergencias sanitarias es el **112**.

7. Preguntas Frecuentes

¿Podré tener una vida normal después de la operación?

En la gran mayoría de los casos, sí. La recuperación lleva tiempo —entre 2 y 4 meses hasta sentirse con energía normal—, pero la mayoría de los pacientes retoman su vida cotidiana, su trabajo y sus actividades de ocio. Si se ha extirpado parte del intestino o se ha realizado una anastomosis, puede haber cambios en el ritmo intestinal durante los primeros meses, que suelen estabilizarse con el tiempo.

¿Volverá el cáncer después de la cirugía?

Esta es la pregunta más difícil de responder, porque depende del tipo de tumor, del estadio, de la calidad de la resección y de la biología individual de cada caso. La posibilidad de recidiva existe en todos los cánceres, y por eso el seguimiento periódico es fundamental. Lo que sí podemos decir es que una resección R0 en un centro experto ofrece las mayores

posibilidades de curación o de control prolongado de la enfermedad.

¿Cuánto tiempo estaré en el hospital?

Para una cirugía citorreductora con HIPEC, la estancia media es de 10 a 14 días. Para la resección de un sarcoma retroperitoneal, de 7 a 10 días. Pueden ser más si hay complicaciones. Algunos pacientes se van antes si todo va bien.

¿Podré comer con normalidad después?

En la mayoría de los casos, sí, aunque puede llevar varias semanas llegar a la dieta habitual. Si se ha resecado parte del intestino delgado o grueso, puede haber cambios permanentes en la digestión. Si se ha realizado una anastomosis baja o una colostomía, habrá instrucciones dietéticas específicas. El equipo de nutrición del hospital te guiará.

¿Necesitaré quimioterapia después de la operación?

Depende del tumor y del resultado de la anatomía patológica. En el caso de la carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal, habitualmente se recomienda quimioterapia sistémica adyuvante. En el sarcoma retroperitoneal, la quimioterapia adyuvante no es estándar en la mayoría de los casos. Tu oncólogo médico discutirá esto contigo después de conocer el informe anatomopatológico.

¿Cuándo podré conducir?

La norma general es no conducir durante las primeras 4-6 semanas tras una cirugía abdominal mayor, porque el reflejo de freno puede verse comprometido por el dolor o la debilidad muscular. Tu cirujano te dará el visto bueno cuando sea seguro.

¿Cuándo podré trabajar?

Para trabajos de oficina o sedentarios: habitualmente entre 6 y 8 semanas. Para trabajos físicos: entre 3 y 4 meses. Habla con tu médico y con tu médico del trabajo para gestionar la baja laboral de forma adecuada.

¿La cicatriz será muy visible?

La cirugía abdominal mayor requiere incisiones amplias. La cicatriz existirá, aunque con el tiempo se irá atenuando. Los cuidados durante el primer año (hidratación, protección solar, gel de silicona) ayudan significativamente a reducir su visibilidad.

¿Con qué frecuencia tengo que hacerme revisiones?

Los protocolos de seguimiento varían según el tumor. Como orientación general: cada 3-4 meses durante los primeros 2 años (con TAC), y cada 6 meses durante los 3 años siguientes. Después, seguimiento anual. Ante cualquier síntoma nuevo entre revisiones, no esperes: consulta.

¿Qué pasa si el tumor no se puede extirpar completamente?

Si durante la cirugía —o antes, en la evaluación de imagen— se determina que no es posible lograr una resección R0 o CC-o, el cirujano puede decidir no operar o limitar la cirugía a un procedimiento paliativo (desobstrucción intestinal, control de ascitis, etc.). En estos casos, el tratamiento principal será la

quimioterapia sistémica. Esta decisión siempre se toma pensando en tu beneficio global: una cirugía que no logra extirpar toda la enfermedad con intención curativa tiene una morbilidad alta que no se justifica si no aporta beneficio oncológico.

Glosario

Este glosario recoge los términos médicos más utilizados en esta guía. Si tienes dudas sobre algún término no incluido aquí, pregunta a tu equipo médico.

Anastomosis: Unión quirúrgica entre dos segmentos del tubo digestivo u otro órgano tubular, tras la extirpación de la parte enferma.

Anestesia general: Estado de inconsciencia inducido farmacológicamente durante una intervención quirúrgica. El paciente no siente ni recuerda nada de lo ocurrido durante la cirugía.

Carcinomatosis peritoneal: Diseminación de células tumorales por la superficie del peritoneo, frecuentemente de origen colorrectal, ovárico o apendicular.

CC-0 / CC-1: Puntuación de Completitud de Citorreducción. CC-0 indica ausencia de tumor residual visible; CC-1 indica nódulos residuales de menos de 2,5 mm.

Cirugía citorreductora (CRS): Intervención quirúrgica orientada a eliminar todos los depósitos tumorales visibles del

peritoneo, a menudo combinada con HIPEC.

Comité de Tumores Multidisciplinar (CTM): Reunión periódica de especialistas (cirujanos, oncólogos, radiólogos, patólogos) para discutir y decidir el plan de tratamiento de cada paciente con cáncer.

Consentimiento informado: Documento firmado por el paciente que acredita que ha recibido información suficiente sobre los riesgos, beneficios y alternativas de la intervención propuesta, y que acepta someterse a ella.

ERAS (Enhanced Recovery After Surgery): Protocolo perioperatorio basado en la evidencia que busca reducir las complicaciones y acelerar la recuperación mediante movilización precoz, nutrición temprana y manejo optimizado del dolor.

Epidural: Técnica de anestesia regional que consiste en introducir un catéter en el espacio epidural de la columna vertebral para administrar analgésicos de forma continua. Proporciona un excelente control del dolor postoperatorio sin los efectos secundarios de los opiáceos sistémicos.

HIPEC: Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy. Técnica que consiste en bañar la cavidad abdominal con quimioterapia calentada a 41-43°C durante 60-90 minutos, tras completar la cirugía citorreductora.

Laparotomía: Incisión quirúrgica amplia en la pared abdominal para acceder a la cavidad peritoneal. Es el acceso habitual en cirugías complejas como la CRS+HIPEC.

Leiomioma: Sarcoma que nace en el músculo liso. Frecuente en retroperitoneo y en la vena cava inferior.

Liposarcoma: Sarcoma que nace en el tejido adiposo. Es el tipo más frecuente de sarcoma retroperitoneal.

Metástasis: Diseminación de células tumorales desde el tumor primario a otras partes del cuerpo a través de la sangre o el sistema linfático.

Ostomía / Estoma: Apertura quirúrgica en la pared abdominal que permite la salida del contenido intestinal al exterior, cuando no es posible o seguro mantener la continuidad del tubo digestivo. Puede ser temporal o permanente.

PCI (Peritoneal Cancer Index): Sistema de puntuación que evalúa la extensión de la carcinomatosis peritoneal dividiendo el abdomen en 13 regiones. Puntuación máxima: 39. Orienta la indicación quirúrgica.

Peritoneo: Membrana serosa que reviste la cavidad abdominal y envuelve la mayoría de los órganos intraabdominales.

Resección Ro: Extirpación quirúrgica completa del tumor con márgenes histológicamente negativos: ni al microscopio se detectan células tumorales en los bordes del tejido resecado.

Sarcoma: Tumor maligno que nace en tejidos conectivos (músculo, grasa, nervios, vasos sanguíneos, cartílago). Representa menos del 1% de los tumores malignos en adultos.

TNM: Sistema internacional de estadificación del cáncer (Tumor-Nódulos-Metástasis). Define el estadio de la enfermedad y orienta el tratamiento.

TVP (Trombosis Venosa Profunda): Formación de un coágulo en las venas profundas, habitualmente de las piernas. Complicación postoperatoria que se previene con movilización precoz y heparina profiláctica.

Agradecimientos

Este trabajo no habría sido posible sin el ejemplo y la generosidad intelectual de tres cirujanos del Hospital General Universitario Gregorio Marañón, en los que me he mirado como en un espejo académico a lo largo de mi formación:

Dr. González Bayón, por enseñarme que la precisión técnica y el rigor científico no son opciones, sino obligaciones del cirujano oncólogo.

Dr. José Luis García Sabrido, maestro de la cirugía radical y de la valentía clínica razonada, cuya visión del paciente oncológico sigue guiando mi práctica.

Dr. José Manuel Asencio, por demostrar que la excelencia quirúrgica y la humildad académica no son incompatibles, sino inseparables.

Los tres han sido, y siguen siendo, referentes inevitables.