Título: Traducción y comentarios sobre el artículo "Consenso de la ESGO sobre prevención de complicaciones quirúrgicas en oncología ginecológica"

Nombre revisores: Tamara Pradillo Aramendi y Paula Fernández Acin. Hospital Universitario Infanta Elena

1. - Artículo Original:

Haidopoulos D, Zapardiel I, Planchamp F, et al. European Society of Gynecological Oncology Consensus Statement on the prevention of surgical complications in gynecologic oncology. Int J Gynecol Cancer. 2026;36(9):104862

2.- Resumen del Artículo:

2.1 Introducción:

El manejo quirúrgico de las neoplasias malignas ginecológicas ha experimentado en las últimas dos décadas una transformación sustancial, con progresiva sustitución de la laparotomía por abordajes mínimamente invasivos —laparoscopia convencional y cirugía asistida por robot—, lo que ha llevado a un acortamiento de la estancia hospitalaria y menor dolor postoperatorio. Paralelamente, se ha consolidado un paradigma de individualización terapéutica, ejemplificado por la biopsia selectiva de ganglio centinela como alternativa a la linfadenectomía sistemática. No obstante, la cirugía oncológica ginecológica continúa exigiendo, en un porcentaje relevante de casos, procedimientos radicales de elevada complejidad técnica —histerectomía radical, citorreducción de enfermedad

avanzada, linfadenectomía inguinofemoral— intrínsecamente asociados a morbilidad intraoperatoria y postoperatoria. Las complicaciones quirúrgicas relevantes en este contexto —lesión vascular, lesión visceral intestinal o del tracto urológico, dehiscencia de herida, infección del sitio quirúrgico y linfedema secundario— condicionan el desenlace oncológico de forma indirecta pero significativa, al retrasar el inicio de la terapia adyuvante, además de condicionar un deterioro en la calidad de vida. Dada la heterogeneidad de la práctica quirúrgica entre instituciones y la ausencia de estandarización basada en evidencia en múltiples aspectos técnicos, la European Society of Gynaecological Oncology constituyó un panel de expertos con el objetivo de elaborar un documento de consenso orientado específicamente a la prevención, y no al tratamiento oncológico primario, de estas complicaciones perioperatorias.

2.2 Metodología

El presente consenso se desarrolló mediante un proceso metodológico estructurado en ocho etapas, bajo la coordinación del Comité de Prevención de la ESGO. El panel internacional, constituido por dieciocho miembros —trece de ellos oncólogos ginecológicos con dedicación clínica y/o investigadora acreditada en las áreas temáticas abordadas—, estuvo presidido por el Prof. Dimitrios Haidopoulos, de la Universidad de Atenas. Un metodólogo independiente proporcionó soporte metodológico transversal a lo largo de todo el proceso, sin participación en la votación de los enunciados, con el fin de preservar la independencia entre la labor de síntesis de evidencia y la deliberación del panel.

Tras una reunión virtual inicial en la que se delimitaron las cuestiones clínicas a abordar, el panel se estructuró en cinco subgrupos temáticos, cada uno asignado a un área de controversia específica: complicaciones

relacionadas con la instrumentación quirúrgica, lesiones vinculadas a la inserción de trócares, complicaciones asociadas al empleo de movilizadores uterinos, reducción de la incidencia de linfedema y linfocele, y prevención de infección del sitio quirúrgico en cirugía vulvar. Un sexto dominio, relativo a la linfadenectomía inguinal, se incorporó en fases posteriores del proceso deliberativo. Con el propósito de garantizar el carácter basado en evidencia de cada enunciado, el metodólogo del grupo condujo una revisión sistemática de la literatura en la base de datos MEDLINE, estructurada conforme a cinco marcos PICO —paciente, intervención o exposición, comparación o control, resultado—, uno por cada subgrupo temático. La ventana de búsqueda comprendió el periodo entre el uno de enero de 2014 y el uno de junio de 2025, restringida a publicaciones en lengua inglesa. En el estudio se priorizaron revisiones sistemáticas, metaanálisis y ensayos clínicos aleatorizados. Se incorporaron asimismo estudios de cohortes prospectivas y análisis retrospectivos basados en registros institucionales o multicéntricos cuando los estudios con mayor nivel de evidencia resultaban insuficientes o inexistentes para el enunciado en cuestión. Adicionalmente, se realizó una revisión manual de las listas de referencias de cada artículo identificado, con el fin de recuperar publicaciones potencialmente relevantes.

Los resultados finales de la búsqueda bibliográfica, junto con las versiones electrónicas a texto completo de cada artículo, fueron distribuidos a la totalidad de los miembros del panel, quienes seleccionaron los trabajos a considerar dentro de su área asignada y propusieron literatura adicional. Cada subgrupo procedió entonces a la discusión crítica de los datos publicados, integrando cuando procedía experiencia clínica propia, y a la redacción de enunciados preliminares de consenso fundamentados en evidencia. Para la asignación del nivel de evidencia y el grado de

recomendación correspondiente a cada enunciado se empleó una versión adaptada del sistema de gradación Infectious Diseases Society of America–US Public Health Service, escala que combina la solidez del diseño de los estudios subyacentes, en niveles de I a IV, con la fuerza de la recomendación derivada, en grados de A a D.

Los enunciados preliminares fueron sometidos a discusión plenaria en una segunda reunión virtual del panel completo. Posteriormente se implementó un proceso de votación binaria anónima, de acuerdo o desacuerdo, mediante la plataforma SurveyMonkey, en el que participaron la totalidad de los miembros con derecho a voto, permitiéndose la abstención en caso de autopercepción de insuficiente conocimiento sobre el enunciado concreto; ningún participante se abstuvo por motivo de conflicto de interés declarado. Los votantes tuvieron la posibilidad de acompañar su voto de comentarios o sugerencias de modificación textual. Aquellos enunciados que alcanzaron un consenso igual o superior al 90% en la primera ronda fueron aceptados en su formulación original; los que no alcanzaron dicho umbral fueron revisados incorporando las observaciones recibidas y sometidos a una segunda ronda de votación anónima, en la que se estableció como criterio de retención un umbral de acuerdo igual o superior al 75%. Mediante este proceso iterativo se alcanzó consenso final sobre veintiséis propuestas, constituyendo el conjunto definitivo de enunciados que conforman el documento. Cabe señalar, como aspecto de relevancia para la interpretación crítica del documento, que la escala de gradación empleada difiere de los sistemas GRADE o SIGN de uso más extendido en guías de práctica clínica oncológica contemporáneas, así como que el umbral de consenso exigido en segunda ronda resulta comparativamente menos estricto que el habitualmente empleado en procesos Delphi formales, si bien en la práctica

la inmensa mayoría de los enunciados finales alcanzaron cifras de acuerdo entre el 94.4% y el 100%.

2.3 Resultados:

El panel alcanzó consenso sobre veintiséis enunciados agrupados en seis dominios quirúrgicos principales: dispositivos de energía y entorno quirúrgico, técnicas de entrada mínimamente invasiva, uso de movilizadores uterinos, prevención y manejo del linfedema, cirugía vulvar y manejo de heridas, y linfadenectomía inguinal.

En el dominio de dispositivos de energía, el panel recomendó con grado B y nivel de evidencia II el empleo de dispositivos ultrasónicos y bipolares avanzados frente a la energía monopolar, con el objetivo de minimizar el riesgo de daño térmico colateral tanto en cirugía mínimamente invasiva como abierta. Esta recomendación se sustenta en una revisión sistemática reciente que demostró una profundidad de lesión térmica significativamente menor con energia bipolar a energia monopolar convencional, así como una mejor preservación de la microarquitectura tisular en las piezas ganglionares extirpadas, aspecto que repercute directamente en la interpretación histológica de los márgenes quirúrgicos y, por extensión, en las decisiones terapéuticas adyuvantes. Un ensayo aleatorizado que comparó específicamente el bisturí armónico frente al gancho monopolar en la colpotomía durante histerectomía laparoscópica total confirmó una reducción significativa de la lesión térmica lateral con el primero, sin diferencias en el dolor postoperatorio. En cuanto a la generación de humo quirúrgico, el panel recomendó, también con grado B y nivel de evidencia II, el uso de dispositivos ultrasónicos junto con sistemas eficaces de

evacuación de humo, dado que este último compromete tanto la visibilidad intraoperatoria como la seguridad del equipo quirúrgico, siendo su impacto considerablemente mayor en cirugía mínimamente invasiva por la acumulación del humo en un espacio confinado. Diversos estudios han detectado hidrocarburos aromáticos policíclicos en el humo quirúrgico generado durante procedimientos laparoscópicos, con concentraciones por debajo del umbral establecido por la Organización Mundial de la Salud, aunque una revisión sistemática de treinta y siete artículos documentó múltiples efectos adversos asociados a la exposición crónica del personal quirúrgico, incluyendo potencial carcinogénico, mutagénico e irritativo.

Respecto a las técnicas de entrada mínimamente invasiva, el panel concluyó, con grado C y nivel de evidencia II, que no existe evidencia suficiente para preferir una técnica abierta, tipo Hasson, frente a una técnica cerrada, mediante aguja de Veress o trocar directo, en términos de incidencia de complicaciones mayores, si bien existe cierta evidencia que sugiere una menor tasa de lesión vascular con la técnica abierta. Metaanálisis recientes, publicados entre 2021 y 2025, han mostrado de forma consistente que la entrada mediante aguja de Veress se asocia a una mayor tasa de lesión omental, fallo de entrada e insuflación extraperitoneal en comparación con el trocar directo, mientras que este último, comparado con la técnica abierta, mostró tasas inferiores de lesión visceral e infección del sitio de entrada. En relación con la seguridad de la maniobra de entrada mediante aguja de Veress, el panel estableció que ninguno de los test clásicos de comprobación de correcta colocación intraperitoneal —el test de doble clic, el de la gota colgante o el de aspiración— ha demostrado aportar información fiable al respecto, siendo la baja presión intraperitoneal, habitualmente inferior a ocho milímetros de mercurio, el único indicador con respaldo en la literatura disponible; adicionalmente, se recomendó no desplazar lateralmente la aguja

ante la sospecha de lesión, con el fin de evitar la ampliación del trayecto lesional. En cuanto al cierre de los orificios de trocar, el panel recomendó, con grado C y nivel de evidencia IV, el cierre sistemático del defecto fascial en trócares de diez milímetros o superiores, considerando dicho cierre en trócares de entre ocho y diez milímetros, particularmente en pacientes de alto riesgo o en localización de línea media, sin necesidad de cierre rutinario en trócares inferiores a ocho milímetros. Se identificaron como factores de riesgo independientes para el desarrollo de hernia de trocar la infección del sitio quirúrgico, la diabetes, el tabaquismo, la enfermedad pulmonar obstructiva crónica, la obesidad y la inmunosupresión.

El dominio relativo al uso de movilizadores uterinos concentra la mayor complejidad interpretativa del documento, dada la heterogeneidad de la evidencia disponible según la localización tumoral. En el cáncer de endometrio en estadio precoz, el panel señaló que el movilizador intrauterino facilita la delineación de los fórnix vaginales y de la unión uterocervical durante la colpotomía, lo que puede reducir el riesgo de lesión ureteral o intestinal inadvertida. Para los casos con sospecha de afectación cervical o serosa, se recomendó, con grado B y nivel de evidencia II, evitar el uso del movilizador intrauterino en tumores de gran tamaño con infiltración de la serosa o el cérvix, mientras que en la enfermedad de bajo riesgo confinada al útero su empleo puede considerarse, con un grado de recomendación D y nivel de evidencia II. Esta última recomendación se apoya en ensayos aleatorizados, incluido el estudio ROMANHY, que no mostraron diferencias significativas entre el uso o no del movilizador intrauterino en términos de citología peritoneal positiva, invasión linfovascular, supervivencia global o supervivencia libre de enfermedad. No obstante, un estudio retrospectivo multicéntrico con mas de dos mil seiscientas pacientes procedentes de quince centros, que documentó una asociación entre el uso del vástago y una mayor

recurrencia y peor supervivencia, con independencia del tipo de dispositivo empleado. Hay ensayos aleatorizados en curso, el MANEC y el ProMUCEI, que se consideran necesarios para resolver definitivamente esta controversia. En relación con la oclusión tubárica profiláctica previa a la inserción del movilizador intrauterino, el panel concluyó, con grado C y nivel de evidencia IV, que no existe evidencia suficiente para recomendar su realización sistemática, señalando además que se ha descrito conversión citológica positiva pese a la existencia de clampaje tubárico previo, lo que sugiere mecanismos de diseminación tumoral no completamente prevenibles mediante esta maniobra. Para el cáncer de cérvix en estadio precoz, el panel recomendó explícitamente, con grado B y nivel de evidencia II, evitar el uso de movilizadores intrauterinos en la histerectomía radical mínimamente invasiva, aplicando en caso de optar por dicho abordaje una técnica de no contacto que evite la manipulación uterina y minimice la exposición tumoral durante la colpotomía, pudiendo considerarse dispositivos delineadores de los fórnix vaginales que no accedan a la cavidad uterina. Esta recomendación se fundamenta en la convergencia de los hallazgos del ensayo LACC, que demostró menor supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global con un riesgo de recurrencia próximo a cuatro veces superior en el abordaje mínimamente invasivo, los datos poblacionales de Melamed y colaboradores, y el estudio SUCCOR, que evidenció de forma independiente que el uso del movilizador intrauterino incrementa el riesgo de recurrencia en la cirugía mínimamente invasiva, aproximándose los resultados a los de la cirugía abierta cuando se evita su empleo y se aplican técnicas de colpotomía protectoras. El panel reconoció que ningún ensayo aleatorizado ha aislado específicamente el efecto del movilizador en este contexto, pero consideró que la consistencia de la señal a través de múltiples cohortes, junto con la plausibilidad mecanística de la diseminación tumoral por manipulación, respalda la recomendación pese a la ausencia de evidencia de

nivel I específica. Para el cáncer de ovario en estadio precoz aparente, por el contrario, el panel concluyó, con grado C y nivel de evidencia IV, que el movilizador puede emplearse con seguridad siempre que no exista sospecha de afectación uterina, cervical o endometrial, dado que las consideraciones anatómicas y biológicas difieren sustancialmente respecto al cérvix y al endometrio. Finalmente, el panel enfatizó que la inserción del movilizador intrauterino debe realizarse por, o bajo la supervisión de, cirujanos con experiencia acreditada, señalando que la perforación uterina constituye la complicación más frecuentemente reportada, con una incidencia que oscila entre el 0.3% y el 4.8% según el tipo de dispositivo, la anatomía de la paciente y la experiencia del operador.

En el dominio de prevención y manejo del linfedema, el panel recomendó, con grado A y nivel de evidencia III, que las pacientes sean informadas preoperatoriamente sobre la posibilidad de desarrollar linfedema y sobre sus síntomas iniciales, dado el impacto significativo que su progresión ejerce sobre la calidad de vida física y psicológica. Diversos estudios prospectivos y retrospectivos han documentado una prevalencia de linfedema que oscila entre el 27% y el 47% en pacientes sometidas a cirugía por cáncer de endometrio, con tasas de persistencia a cinco años en torno al 12%, y con un impacto funcional demostrado sobre las escalas de función física de miembros inferiores. En cuanto a la estratificación del riesgo, el panel recomendó, con grado A y nivel de evidencia IV, que las pacientes con índice de masa corporal elevado y aquellas que hayan recibido radioterapia pélvica previa sean advertidas de una respuesta menos favorable a la terapia conservadora y sean priorizadas para el inicio precoz de terapia descongestiva compresiva, dado que estos factores se han identificado de forma consistente como predictores independientes de mala respuesta terapéutica en estudios multicéntricos de gran tamaño muestral. La

recomendación de mayor solidez de todo el documento corresponde a la desescalada del abordaje ganglionar: el panel estableció, con grado A y nivel de evidencia II, que la biopsia selectiva de ganglio centinela debe sustituir a la linfadenectomía sistemática cuando esté indicada, con el fin de reducir la prevalencia de linfedema. Esta recomendación se sustenta en una revisión Cochrane que demostró una reducción sustancial del riesgo de linfedema y de formación de linfocele al evitar la linfadenectomía, en múltiples estudios de cohortes que mostraron una incidencia de linfedema de miembro inferior notablemente inferior tras biopsia de ganglio centinela frente a linfadenectomía completa, tanto en cáncer de endometrio como de cérvix, y en un ensayo aleatorizado multicéntrico de no inferioridad de gran tamaño muestral en cáncer de cérvix en estadios precoces, que demostró que la biopsia de ganglio centinela aislada no es inferior a la linfadenectomía en términos de supervivencia libre de enfermedad, asociándose además a menores tasas de linfocele, linfedema, parestesia y dolor. En cáncer de vulva, el beneficio en supervivencia de la biopsia de ganglio centinela ya se encuentra establecido para tumores inferiores a cuatro centímetros, mientras que en el cáncer de ovario en estadio precoz esta técnica no se ha consolidado todavía como alternativa a la linfadenectomía sistemática, dado su limitado valor predictivo positivo y la escasa exploración de su seguridad oncológica a largo plazo. Respecto a las medidas preventivas intraoperatorias individualizadas —dispositivos de sellado vascular, clipaje de vasos linfáticos, parches de sellante de fibrina e inserción de drenajes quirúrgicos—, el panel concluyó, con grado B y nivel de evidencia II, que su empleo debe individualizarse, dado que la evidencia disponible no respalda de forma consistente su eficacia; una revisión Cochrane sobre drenaje retroperitoneal no mostró reducción en la incidencia de linfocele, y los metaanálisis sobre sellantes de fibrina, si bien demostraron una reducción del volumen y la duración del drenaje, no mostraron diferencias

significativas en la incidencia global de linfocele sintomático. En el ámbito postoperatorio, el panel consideró, con grado B y nivel de evidencia II, que el inicio precoz de ejercicios de resistencia progresiva y el uso de prendas de compresión pueden reducir el riesgo de linfedema, señalando un ensayo aleatorizado en pacientes sometidas a cirugía radical cervical en el que el entrenamiento de resistencia progresiva redujo la incidencia de linfedema a dos años en aproximadamente un 85% frente a los controles. Para el manejo del linfedema ya establecido, el panel recomendó, con grado B y nivel de evidencia II, un abordaje multimodal basado en la terapia descongestiva compleja, que combina drenaje linfático manual, vendaje compresivo multicapa, ejercicio y cuidado cutáneo meticuloso, como estrategia de primera línea, considerando el ejercicio físico un complemento válido y desaconsejando el drenaje linfático manual como monoterapia aislada; para los casos refractarios se plantearon como opciones adicionales las intervenciones radiológicas, como la embolización o la escleroterapia de vasos linfáticos, y la microcirugía mediante anastomosis linfático-venosa o transferencia de ganglio vascularizado en la enfermedad crónica, si bien la evidencia disponible en población oncológica ginecológica específicamente sigue siendo escasa.

En el dominio de cirugía vulvar y manejo de heridas, el panel recomendó, con grado B y nivel de evidencia IV, la optimización preoperatoria de las pacientes mediante control glucémico, soporte nutricional dirigido, corrección de la anemia y cese del hábito tabáquico, dado que la hipoalbuminemia, la obesidad, la diabetes, la edad avanzada y la fragilidad se han identificado de forma reiterada como predictores independientes de dehiscencia e infección de la herida quirúrgica en series de gran tamaño muestral procedentes de bases de datos nacionales de mejora de la calidad quirúrgica. En cuanto a la profilaxis antimicrobiana, se recomendó, con

grado B y nivel de evidencia IV, la administración de antibiótico intravenoso dentro de los sesenta minutos previos a la incisión, habitualmente cefazolina, con dosis intraoperatoria adicional en procedimientos prolongados, dado que la vulvectomía radical y la cirugía inguinal se consideran de alto riesgo de infección del sitio quirúrgico por su proximidad al periné y la colonización bacteriana local. La irrigación intraoperatoria de la herida con soluciones antisépticas o antibióticas puede considerarse, con grado B y nivel de evidencia II, apoyándose en un ensayo aleatorizado que demostró una reducción drástica de la infección del sitio quirúrgico mediante la aplicación tópica de vancomicina en polvo durante la disección inguinal. La terapia de presión negativa en cirugía vulvar e inguinal compleja puede considerarse, con grado C y nivel de evidencia IV, para reducir el riesgo de dehiscencia, si bien un metaanálisis reciente mostró un perfil de beneficio no completamente concluyente, con reducciones no significativas en la infección del sitio quirúrgico y la dehiscencia fascial, y un incremento no significativo en la formación de hematoma. Finalmente, el panel recomendó, con grado B y niveles de evidencia V y IV respectivamente, una planificación reconstructiva multidisciplinar previa a la cirugía y la consideración de técnicas de colgajo, como el avance en V-Y, el colgajo de pétalo de loto o el colgajo miocutáneo de recto abdominal vertical, en aquellos casos en los que el cierre libre de tensión no resulte factible.

En el último dominio, relativo a la linfadenectomía inguinal, el panel consideró, con grado C y nivel de evidencia IV, que la laparoscopia convencional y la cirugía robótica se prefieren sobre la linfadenectomía inguinal abierta, dado que se asocian a una recuperación postoperatoria más rápida y a menores tasas de dehiscencia, necrosis cutánea e infección, manteniendo el mismo rendimiento ganglionar; el panel reconoció, no obstante, que gran parte de esta evidencia procede de series de cáncer de

pene extrapoladas al contexto ginecológico. Por último, se recomendó, con grado B y nivel de evidencia IV, la preservación de la vena safena durante la linfadenectomía inguinal, dado que diversos estudios comparativos han demostrado una reducción significativa de la celulitis, el linfedema precoz, la dehiscencia de herida y el linfedema crónico con esta técnica, sin incremento asociado del riesgo de recurrencia local o a distancia.

3.- Comentario:

Este documento de consenso constituye, en términos generales, una aportación de notable utilidad práctica para la estandarización de la cirugía oncológica ginecológica, si bien su valoración crítica exige matizar la heterogeneidad sustancial en la solidez de la evidencia subyacente entre los distintos dominios abordados, heterogeneidad que el propio panel reconoce implícitamente al graduar cada enunciado de forma individualizada.

El manipulador intrauterino concentra la mayor controversia en el documento: mientras que en el cáncer de cérvix la recomendación de evitar su empleo se sostiene, pese a la ausencia de un ensayo aleatorizado que aísle específicamente esta variable, en el cáncer de endometrio de bajo riesgo la evidencia aleatorizada disponible resulta tranquilizadora pese a que la cohorte observacional de mayor tamaño muestral señala una asociación con peor desenlace oncológico; esta discrepancia entre niveles de evidencia dentro de un mismo dominio anatómico contiguo justifica la expectativa depositada en los ensayos MANEC y ProMUCEI, actualmente en curso, como elementos llamados a resolver de forma definitiva la controversia.

El dominio de prevención del linfedema presenta, por el contrario, el conjunto de evidencia más sólido y homogéneo del documento,

particularmente en lo relativo a la sustitución de la linfadenectomía sistemática por la biopsia de ganglio centinela, recomendación respaldada tanto por revisiones Cochrane como por un ensayo aleatorizado de no inferioridad de gran tamaño muestral publicado recientemente en cáncer de cérvix, lo que consolida esta técnica como estándar más allá del cáncer de endometrio, donde ya se encontraba ampliamente aceptada. En contraste, las medidas intraoperatorias de sellado —sellantes de fibrina, colágeno o matrices de gelatina-trombina— ilustran un patrón recurrente en la literatura de cirugía oncológica: una reducción consistente de variables subrogadas, como el volumen o la duración del drenaje, sin traducción proporcional en el desenlace clínicamente relevante, la incidencia de linfocele sintomático, matiz que conviene trasladar a la práctica clínica para evitar una sobreestimación del valor real de estos dispositivos comerciales.

Desde el punto de vista metodológico, cabe señalar que el sistema de gradación empleado, una adaptación del esquema de la Infectious Diseases Society of America, difiere de los sistemas GRADE o SIGN de uso más extendido en la elaboración de guías oncológicas contemporáneas, lo que dificulta la comparabilidad directa con otros documentos de la propia ESGO. Asimismo, el umbral de consenso exigido en la segunda ronda de votación, del 75%, resulta comparativamente menos exigente que el habitualmente requerido en procesos Delphi formales, si bien este aspecto se ve mitigado por el hecho de que la práctica totalidad de los enunciados finales alcanzaron cifras de acuerdo notablemente superiores a dicho umbral. Una limitación adicional, inherente a la escasez de literatura ginecológica específica en determinadas áreas, es la dependencia de evidencia extrapolada de otras especialidades quirúrgicas, particularmente de la uro-oncología en el caso de la linfadenectomía inguinal mediante cirugía minimamente invasiva, lo que introduce un grado de incertidumbre no completamente reflejado en la

calificación numérica del nivel de evidencia asignado. Por último, el documento no aborda la prevención de complicaciones en el contexto de la cirugía citorreductora de la enfermedad ovárica avanzada, con sus particulares riesgos de resección multivisceral y anastomosis intestinal, lo que constituye una laguna relevante dado el peso creciente de este tipo de cirugía en la práctica oncológica ginecológica actual y que previsiblemente deberá abordarse en futuras actualizaciones del documento.