



M A D R I D



IV Congreso Nacional

Sociedad Española de Oncología Quirúrgica



VI Reunión

Grupo Español de Cirugía Oncológica Peritoneal



GECOP

19 y 20 de Noviembre de 2015

Comunicaciones





Indice

	Pag.
1. Comunicaciones SEOQ	5
2. Comunicaciones GECOP	63
3. Comunicaciones Urología	131
4. Comunicaciones Enfermería	139



1

Comunicaciones

SEOQ

RESECCIÓN VASCULAR EN CÁNCER DE PÁNCREAS RESECABLE BORDELINE

F. Botello Martínez; J. Santos Naharro.; A. García García. I. Jaén Torrejimenó ; M I. Gallarín Salamanca; D. López Guerra; O López Sánchez; J Fernandez Pérez: G. Blanco Fernandez Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz

INTRODUCCION

La cirugía es el único tratamiento con impacto real sobre la supervivencia del paciente con Adenocarcinoma pancreático y tumores periampulares, pero sólo un 20 por ciento de los pacientes son candidatos para la resección quirúrgica.

La bibliografía sugiere que la invasión vascular portal es más función de la localización del tumor que un indicador de la agresividad biológica del mismo.

Nuestro objetivo ha sido analizar si los pacientes sometidos a resección del páncreas con resección vascular han presentado mayor número de complicaciones y/o mortalidad que aquellos que no la precisaron.

MATERIAL Y METODOS

Se incluyeron en el estudio 288 pacientes intervenidos de Neoplasia de Páncreas o Periampulares entre 2006 y de 2012

Dividimos a los pacientes en dos grupos: Los que precisaron resección vascular (RV) y los que no la precisaron (NRV). Se analizan variables relacionadas con la morbilidad, mortalidad postoperatoria y supervivencia. Los datos se analizaron con programa estadístico SPSS. v18

RESULTADOS

En un 80% se consiguió la resección. Realizamos 187 Duodenopancreatectomía cefálica 10 Duodeno pancreatectomías totales, 36 esplenopancreatectomías corporocaudales. En el grupo RV se incluyeron 21 pacientes (9%). Lo más habitual fue la realización de resección venosa con anastomosis termino terminal. El grupo NRV lo formaron los restantes 209 pacientes. El porcentaje de pacientes con complicaciones fue del 34 % en el grupo RV frente al 35% del grupo NRV (p=NS).

En cuanto a la mortalidad postoperatoria un paciente falleció por ACV en posoperatorio en grupo RV (4%) frente a 5% del grupo NRV (p=NS).

CONCLUSIONES

En pacientes seleccionados, y en centros experimentados, las tasas de morbilidad y mortalidad peroperatoria son similares con o sin resección venosa y la supervivencia de los pacientes sometidos a resección venosa es similar a aquellos en que no se realizó la misma.

CIRUGÍA HEPÁTICA EXTREMA PARA TRATAR TUMORES HEPÁTICOS DE LA CONFLUENCIA HEPATOCAVAL

C. Codony¹, S. López-Ben^{1,2}, J. Figueras^{1,3}, A. Codina-Barreras¹, M. Albiol^{1,2}, L. Falgueras^{1,2}, E. Castro^{1,2}, M. Casellas¹, J. Gil¹, E. García-Moriana¹.

¹. Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Girona.

². Facultat de Medicina. Universitat de Girona, Girona.

³. Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona. Barcelona.

Objetivos

Analizar las características, técnica quirúrgica, morbimortalidad y supervivencia de los pacientes que se trataron con cirugía hepática extrema.

Material y Métodos

Se presenta una serie de casos consecutivos de pacientes con tumores hepáticos en la confluencia hepatocaval a los que se realizó cirugía hepática extrema (exclusión vascular total + bypass porto-fémoro-yugular + hipotermia hepática) entre abril 2008 y marzo 2015 en un solo centro. Los datos de este estudio observacional se recogieron de forma prospectiva y fueron analizados con SPSS 21.0.

Resultados

Se incluyeron 12 pacientes (50% hombres, 50% mujeres) de 59±10 años de edad con una comorbilidad mediana de 1.5 según el índice de Charlson ajustado por edad.

La indicación para la resección fue metástasis en el 75%, la mayoría de cáncer colorectal. El 75% recibieron quimioterapia neoadyuvante. El 58% precisaron embolización portal preoperatoria.

En el 66,7% se realizó hepatectomía derecha ampliada y en el 33.3% hepatectomía izquierda ampliada.

El 83.3% precisó reconstrucción vascular (8 sustituciones de vena cava inferior por prótesis de politetrafluoroetileno; 1 sustitución de vena hepática con injerto autólogo de vena renal; 1 plastia de vena cava).

La morbilidad según la clasificación de Dindo-Clavien fue grado II en el 50% y >II en el 50%.

No hubo mortalidad intraoperatoria. La tasa de mortalidad postoperatoria a los 90 días fue del 33%. Las causas fueron insuficiencia hepática y fístula biliar.

En marzo de 2015, el 42% de los pacientes siguen vivos con una supervivencia media de 18 meses (53-4). El 33% están libres de enfermedad.

Conclusión

La cirugía hepática extrema conlleva una elevada tasa de morbimortalidad que parece aumentar con la edad y con volúmenes tumorales mayores, de acuerdo con la bibliografía. Aún así es una opción terapéutica a valorar en pacientes seleccionados con neoplasias de la confluencia hepatocaval en los que no se puede plantear otro tratamiento con intención curativa.

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS

F. Botello Martínez; J. Santos Naharro.; G. Blanco Fernandez; A. García García. D. López Guerra; I. Jaén Torrejimenó ; J Fernandez Pérez.; O López Sánchez;
Servicio de Cirugía Hepatobiliar . Hospital Universitario Infanta Cristina. Badajoz

INTRODUCCION

El tratamiento del Adenocarcinoma de páncreas continua siendo un problema de salud, afectando a 8-10 casos por 100.000h /año. La cirugía resectiva es el único tratamiento con impacto real sobre la supervivencia del paciente.

A pesar de los avances en la técnica quirúrgica y en el manejo perioperatorio, las complicaciones tras este tipo de cirugía aparecen en un alto porcentaje de pacientes y, la supervivencia sigue siendo baja.

Hemos analizado la experiencia en el Hospital Universitario Infanta Cristina de Badajoz en el tratamiento quirúrgico de esta patología.

MATERIAL Y METODOS

Se incluyeron para el estudio 288 pacientes intervenidos con diagnóstico de Neoplasias de Páncreas y región periampular entre 2006 y de 2012. Los datos se analizaron con programa estadístico SPSS. v18.

RESULTADOS

Del total de 288 pacientes, se intervinieron 184 con diagnóstico anatomopatológico de Adenocarcinoma de páncreas. Mujeres 78 (42%), hombres 106 (57%). Se consiguió la resección curativa en 139 (75.5%) mientras que se realizaron intervenciones paliativas en 45 (24.5%). Realizamos 118 Duodenopancreatectomía cefálica (DPC), en 10 casos fue necesario completar la pancreatectomía para conseguir la extirpación y en 11 casos realizamos pancreatectomías corporocaudales.

Los pacientes que presentaron complicaciones postoperatorias fueron 34%. Las más frecuentes fueron las colecciones abdominales 12%, la fístula pancreática 8.5%. Fue necesario reintervenir a 20 pacientes (14.5%) y tuvimos una mortalidad postoperatoria, en pacientes resecados, del 5.7% (8/139).

No hemos encontrado diferencias significativas en cuanto al sexo, edad mayor o menor de 70 años, y el drenaje biliar preoperatorio asociada a la morbimortalidad.

La supervivencia a 5 años de los pacientes resecados ha sido del 20% con una media de supervivencia de 29 meses.

CONCLUSIONES

En nuestros pacientes hemos observado que la hemorragia postoperatoria y la necesidad de reintervención se asociaron de manera significativa con la mortalidad postoperatoria.

ADENOCARCINOMA DUCTAL DE PÁNCREAS: CIRUGÍA, MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA Y EVOLUCIÓN ONCOLÓGICA

N. de la Fuente Hernández, J.C. Pastor Mora, M. Rodríguez Blanco, V. Artigas Raventós, J.A. González, G. Cerdán Riart, M. Trias Folch
Unidad de Cirugía Hepatobiliopancreática y Oncológica, Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Introducción

El tumor primario maligno más frecuente en el páncreas es el adenocarcinoma ductal y presenta el peor pronóstico. El tratamiento que puede ofrecer mayor supervivencia en los casos no diseminados es la cirugía.

Material y métodos

Realizamos un estudio observacional retrospectivo de los pacientes intervenidos quirúrgicamente de adenocarcinoma ductal de páncreas de nuestro centro entre 2006-2014. Como objetivos primarios se analizan las características clínicas y morbilidad postquirúrgica.

Resultados

Entre el 2006-2014 se han intervenido 92 casos de adenocarcinoma ductal de páncreas en nuestro centro. El 47.1% han sido hombres y el 46% mujeres, con un predominio de la clasificación ASA III y IV (67%). El 87.3 % se localizan en área periampular. El 94.3% de las cirugías practicadas han sido radicales, mediante duodenopancreatectomías cefálicas en 79.3% de casos. La estancia media ha sido de 23 días y han presentado complicaciones 60 pacientes. Según la clasificación de Clavien-Dindo, las complicaciones menores han aparecido en un 50.6% y las mayores en un 8%.

La tasa de reintervenciones ha sido de 8% y la de éxitus de 10.3%.

En relación al curso oncológico, según el TNM la mayoría de los estadios han sido IIa y IIb (25.3% y 60.9%). La tasa de R0 ha sido de 74.7% y la de recidivas de 60.9%, con una supervivencia libre de enfermedad media de 8.5 meses.

El patrón de recidiva más frecuente es el metastásico (66%). La supervivencia global de los pacientes a los dos años es del 24.7%, con un promedio de 22.3 meses.

Conclusiones

La cirugía del adenocarcinoma ductal de páncreas presenta una alta tasa de morbilidad relacionada, según nuestros datos, con la edad de los pacientes y un ASA elevado. La supervivencia libre de enfermedad y global sigue siendo baja a pesar de una alta tasa de resección radical.

DEBUT DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO CON SÍNDROME DE BAZEX

M. Fornell Ariza¹, S. Roldán Ortiz¹, M.J. Castro Santiago¹, A. Bengoechea Trujillo¹, E. Sancho Maraver¹, D. Pérez Gomar¹, C. Bazán Hinojo¹, M.A. Mayo Ossorio¹, J.M Pacheco García¹, J.L. Fernández Serrano¹.

Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz¹

Objetivos:

El síndrome de Bazex es una dermatosis paraneoplásica de aparición muy infrecuente. Afecta varones de mediana edad y se asocia a neoplasias escamosas de tracto aéreo y digestivo superior.

Material y método:

Varón 74 años, HTA, DM2 y VHC, en estudio por lesiones hiperqueratósicas acras y eritrodermia, con adenopatías inguinales. Importante pérdida ponderal y sudoración nocturna. Analíticamente eosinofilia (35%), sin elevación de marcadores de fase aguda, con CA 125 de 84. Estudio de extensión con serologías (negativas), cultivos (negativos), Mantoux (negativo), biopsia de adenopatía inguinal (hiperplasia paracortical T), biopsia de piel (dermatitis psoriasiforme con infiltrado perivascular) TAC abdominal (adenopatías inguinales) y torácico (lesión nodular en LII que tras realización de PET es metabólicamente negativo), fibrobroncoscopia con citología (negativa), colonoscopia (negativa) y endoscopia, que visualiza una úlcera de pequeño tamaño a nivel de incisura que se biopsia con resultado de adenocarcinoma de células en anillo de sello. Se realizó gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux con buena evolución postoperatoria.

Resultado:

El síndrome de Bazex como primera manifestación de un tumor primario a nivel de estómago es muy infrecuente, solo existen 3 casos recogidos en la literatura médica en los que se recoja la asociación entre ambas. Se va a caracterizar por la aparición de lesiones escamosas en las regiones acras así como lesiones eritematosas o en casos más evolucionados de una eritrodermia generalizada. El diagnóstico vendrá por la historia clínica y los hallazgos histológicos en la biopsia de piel (descritos en nuestro caso). La secuencia de aparición de las lesiones puede preceder al descubrimiento del tumor primario hasta en varios meses y su mejoría y/o desaparición sigue el curso del tratamiento del tumor primario, pudiendo volver a reaparecer ante recidivas de la enfermedad.

Conclusión:

La asociación entre adenocarcinoma gástrico y acrodermatitis de Bazex supone una entidad muy infrecuente.

MANEJO QUIRURGICO DE METASTASIS PANCREATICA DE ORIGEN COLORECTAL

PA Torres-Mesa^{1,2}, O Alonso¹, G Ortega¹, S González-Moreno¹

¹ MD Anderson Cancer Center Madrid, España

² Centro Oncológico Ltda., Bogotá, Colombia

Introducción:

Incidencia y prevalencia del 15% de cáncer colorectal (CCR) en España. Presentación metastásica sincrónica en 24-36% y progresión de estadios localmente avanzados previamente tratados en 50–60%. Supervivencia a 5años de pacientes con metástasis hepáticas y pulmonares resecaadas entre 9-74% y con metástasis hepáticas y extrahepáticas no pulmonares resecaadas 15-32%. Presentación de metástasis pancreáticas en 2-15%, siendo origen colónico <2%. La visualización por imágenes diagnósticas y ecoendoscopia permiten caracterizar y confirmar el diagnóstico. La punción y citología son útiles si son positivos, su negatividad no descarta malignidad (sensibilidad <40%). Discutir tratamiento en junta multidisciplinaria, priorizando manejo quirúrgico si viabilidad de resección R0, porque en CCR, la supervivencia y calidad de vida mejoran significativamente. Según extensión y confirmación patológica previa, considerar resección localizada.

Materiales y métodos:

Varón de 76 años con adenocarcinoma de colon estadio IVa; manejo quirúrgico del primario y en dos tiempos de las metástasis hepáticas; quimioterapia y medicamento biológico adyuvante; supervivencia de 7años, periodo libre de enfermedad >12meses; Elevación de CEA y diagnóstico de lesión pancreatica corporal por RNM y ecoendoscopia (figura1), sugestivas de segundo primario. Se realiza pancreatoesplenectomía corporocaudal, linfadenectomía y resección de cuña gástrica por hallazgo de tumor incidental (figura2).

Resultados:

Anatomía patológica: Estómago con tumor del estroma gastrointestinal Grado1, pT1. Pancreatoesplenectomía: Metástasis adenocarcinoma moderadamente diferenciado tipo intestinal. Márgenes de resección libres. Inmunohistoquímica positiva (CDX2, CK20 y p53); negativa (CK7 y CA 19.9) (figura3).

Conclusión:

Supervivencia a 5años despues de metastasectomía pancreática (pancreatectomía distal, duodenopancreatectomía o pancreatectomía total), similar a la metastasectomía hepática o pulmonar (27-58%, mediana de supervivencia 36meses). Según magnitud del procedimiento quirúrgico, morbilidad 30-40% y mortalidad 2-3%. El tratamiento quirúrgico, en casos individualizados, genera supervivencias prolongadas y debe considerarse como primera opción. El manejo quirúrgico del CCR oligometastásico permite tasas de supervivencia y calidad de vida, no establecida con otros tratamientos.

IMPLICACIONES DE LAS VARIANTES ARTERIALES HEPÁTICAS DURANTE LA DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA ONCOLÓGICA

M. Rubio-Manzanares Dorado¹, L.M. Marín Gómez¹, D. Aparicio Sánchez¹, G. Suarez Artacho¹, C. Bellido¹, J.M: Álamo¹, J. Serrano Díaz-Canedo¹, F.J. Padillo Ruiz¹, M:A Gómez Bravo¹.

¹. Unidad de Cirugía Hepatobiliar y Pancreática. Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla

INTRODUCCIÓN:

Las variantes anatómicas de la arteria hepática pueden tener importantes implicaciones en la cirugía oncológica del páncreas. Nuestro objetivo es comparar los resultados tras un procedimiento de Whipple en paciente con y sin presencia de una arteria hepática variante procedente de la arteria mesentérica superior.

MATERIAL Y METODOS:

Hemos analizado 151 pacientes con patología tumoral periampular sometidos a una duodenopancreatectomía desde Enero del 2005 hasta febrero de 2012. Diferenciamos entre 2 grupos: Grupo A (Variante de la arteria hepática) y Grupo B (No evidencia de variante de la arteria hepática). Hemos expresado los resultados como la media \pm desviación estándar para las variables continuas y porcentajes para las cualitativas. Los test estadísticos fueron considerados significativos si la $p < 0.05$.

RESULTADOS:

Hemos detectado 11 pacientes con anomalías de la arteria hepática (7,3%). La variante más frecuentemente fue la arteria hepática derecha aberrante (n=7), seguida de la arteria hepática derecha accesoria (n=2) y tronco de la arteria hepática común procedente de la arteria mesentérica superior (n=2). En el 73% de los casos la detección de la variante arterial fue intraoperatoria. En todos los pacientes se realizó una resección R0. No se han apreciado diferencias significativas en los márgenes de resección tumoral, complicaciones, ni en la supervivencia.

CONCLUSIÓN:

La cirugía oncológica de la región céfalo-pancreática en presencia de una variante de la arteria hepática es factible. La complejidad que supone tener una variante anatómica de la arteria hepática no parece influir en los márgenes de resección tumoral, complicaciones o supervivencia.

INFRECUENTE LOCALIZACION EN UN TUMOR DEL ESTROMA GASTROINTESTINAL (GIST)

Elena Gil Gómez, Pedro A. Cascales Campos, José Gil Martínez, Pedro A. Sánchez Fuentes, Víctor López López, Alida González Gil, Cristina García Zamora, José Ruiz Pardo, M^a Teresa Soriano, Pascual Parrilla Paricio.

Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca

Los GIST son infrecuentes (10 casos/millón habitantes/año). Aparecen raramente fuera del tracto gastrointestinal, en omento, retroperitoneo, mesenterio,vejiga y tabique rectovaginal. Estos extra-GIST (EGISTs), representan 5-7% de los GISTs. El desarrollo clínico y tratamiento del EGIST no es bien conocido. Actualmente la escisión quirúrgica completa con márgenes libres, representa el “gold standard” para los GISTs localizados. La introducción de inhibidores de la tyrosi-kinasa (TKIs), particularmente el imatinib mesilato (GLIVEC), es considerado tratamiento de elección para pacientes inoperables o enfermedad metastásica. Recientemente, la neoadyuvancia basada en TKI, es utilizada para tumores con sitios anatómicos críticos, disminuyendo masa tumoral y consiguiendo la resección quirúrgica completa con menos morbilidad.

Caso clínico: Mujer de 65 años , hipertensa, apendicectomizada y 2 cesáreas (G3P1C2). Consulta por masa vaginal.

- Exploración vaginal: masa pétreo 5 cm, en tercio medio vaginal que ocluye su luz.
- Tacto rectal: masa 4 cm que protruye en cara anterior recto, mucosa conservada.
- Biopsia quirúrgica: masa 5 cms en tercio medio de vagina, carnosa, friable y sangrante.
- Anatomía patológica: GIST alto grado, Ki-67: 70%, CD117+.
- Eco endoanal: tumoración tabique rectovaginal No infiltra mucosa ni submucosa.
- RMN: Masa de contornos definidos ,6x4cms. Escasos tabiques y áreas necróticas. Inicio en suelo pélvico, desde hemivulva derecha a región retrouretral derecha. Vagina infiltrada. Posible origen ano-rectal.
- PET: Tumoración en región vulvar derecha, avanza por canal vaginal hasta cúpula que se extiende a ano-recto inferior,5x4x6cm. SUV 10.4.

En comité de tumores decidimos neoadyuvancia con GLIVEC (400 mg/día).

Tras 2 meses de tratamiento, en RMN y eco endoanal, reducción 50%. Actualmente continúa tratamiento neoadyuvante.

La neoadyuvancia con TKIs, representa una alternativa eficaz, para EGIST de localización difícil, en los que reducir su tamaño puede ser decisivo para su completa exéresis.

TUMOR SÓLIDO SEUDOPAPILAR DE PÁNCREAS

B. Gonzalo Prats, V. Artigas Raventós, E. Targarona Soler, M. Rodríguez Blanco, M. Trias Folch
Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.
Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

Introducción

El tumor sólidoseudopapilar (TSSP) de páncreas es una entidad neoplásica poco frecuente (1% de los tumores pancreáticos y 12% de los tumores quísticos pancreáticos). Es un proceso mayoritariamente benigno, de origen incierto y baja agresividad biológica. Se presentan 3 casos con diferentes comportamientos histopatológicos.

Material y métodos

Caso 1: Mujer, 20 años, 2 episodios previos de pancreatitis aguda no biliar. Las pruebas de imagen evidenciaron lesión nodular en cuerpo-cola pancreática, con crecimiento durante el seguimiento. PAAF que informó de tumor de célula pequeña regular. Con la sospecha de neoplasia epitelial sólidaseudopapilar se realizó pancreatomec-tomía distal laparoscópica. El examen anatomopatológico confirmó el diagnóstico de TSSP con márgenes libres. Seguimiento libre de enfermedad en la actualidad.

Caso 2: Mujer, 41 años, antecedentes de molestias abdominales inespecíficas. Se realizó TAC abdominal evidenciándose lesión de aspecto sólido de unos 5cm con bordes bien delimitados en cabeza pancreática. Ecoendoscopia con PAAF compatible con TSSP, decidiéndose abordaje quirúrgico mediante DPC. El estudio anatomopatológico confirmó un TSSP pancreático con carácter benigno, pero presencia de infiltración perineural y de pared duodenal adyacente.

Caso 3: Mujer, 62 años, antecedentes de traumatismo abdominal y molestias abdominales inespecíficas. TAC abdominal reveló una lesión sólido-quística en cabeza pancreática. La biopsia demostró tratarse de un TSSP. Se realizó duodenopancreatomec-tomía cefálica (DPC). El estudio histológico informó de un TSSP con proliferación neoplásica intratumoral. Correcta evolución posterior.

Conclusión

El TSSP es una patología pancreática poco frecuente, de carácter benigno por su baja agresividad biológica aunque con tendencia a degenerar en el tiempo, como sucedió en el tercer caso expuesto. Su presentación clínica depende del tiempo de evolución, desde un hallazgo incidental en los más pequeños, hasta síntomas de compresión de estructuras próximas en los de mayor tamaño. El tratamiento inicial debe ser siempre quirúrgico, con buen pronóstico tras la resección tumoral mayoritariamente.

VALORACIÓN DE LA RESERVA CARDIO-RESPIRATORIA EN EL ÁMBITO ASISTENCIAL

L. Brea¹, J. Ramos², H. Cebolla³, A. Sánchez², I. Alonso², L. Gutiérrez², A. Soria⁴, M. J. Ortega⁴, I. Pagola¹, A. Ruiz²

¹ Universidad Europea De Madrid

² Hospital Universitario Puerta de Hierro-Majadahonda

³ Departamento de estructura social. UNED

⁴ Hospital Universitario de Fuenlabrada

La selección de pacientes en el tratamiento oncológico es crucial. Oncólogos y anestesiólogos estiman la situación funcional a través de la anamnesis (PS-ECOG/MET). La aptitud o reserva cardiorespiratoria (ACR) es predictor de mortalidad CV y general. Aumenta el riesgo de morbi-mortalidad postoperatoria por debajo de 15 ml/kg/min.

Aunque la prueba estándar es la prueba de esfuerzo con consumo de gases, las pruebas indirectas están validadas tanto para pacientes oncológicos como para valoración prequirúrgica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se estimó la ACR a través del test de la milla en cuatro estudios (HUF; PH-UEM 01; 02; 03). La prueba se realiza en un recorrido prefijado en el hospital, por un graduado/licenciado en actividad física. Se calcula a través de la fórmula de Kilne.

Hacemos un análisis agregado de los datos en diferentes situaciones clínicas y se compara a través de ANOVA.

Controles (CO) son personal sanitario, familiares y acompañantes (n=57). No evidencia de enfermedad (NEE) son individuos que han tenido cáncer pero han finalizado tratamiento (n=266). Metastásicos (MTS) incluye pacientes con cáncer digestivo estadio IV y con evidencia de enfermedad (n=79).

RESULTADOS

El VO₂max para el grupo MTS fue 22,5 ml/kg/min, para NEE 26,4 ml/kg/min y para CO 33,9 ml/kg/min. Hubo diferencias significativas entre los tres grupos (p=0.0000). Se han analizado los 9 pacientes MTS que han sido operados con intención radical (HIPEC, hepatectomía, resección pulmonar) obteniendo VO₂max 32,05 ml/kg/min (En 4 pacientes se hizo HIPEC: 32,14 ml/kg/min).

Una paciente remitida a HIPEC no finalizó la prueba.

CONCLUSIONES

Los exámenes submáximos son factibles en la práctica asistencial y discriminan las diferentes situaciones clínicas. La estimación de la ACR puede asistirnos en la toma de decisiones en situaciones especiales (pacientes frágiles, ancianos, etc).

La identificación precoz de pacientes con pobre ACR permitiría su inclusión en programas de prehabilitación previos a la cirugía oncológica.

SUPERVIVENCIA REAL, NO ACTUARIAL, SUPERIOR A CINCO AÑOS EN EL ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS RESECADO. ANÁLISIS DE FACTORES HISTOPATOLÓGICOS PREDICTIVOS DE SUPERVIVENCIA EN NUESTRA SERIE Y EN OTRAS OCHO MÁS PUBLICADAS EN LOS ÚLTIMOS AÑOS

H Durán Giménez-Rico¹; B Ielpo; E Díaz Reques¹; I Fabra Cabrera¹; R Caruso¹; L Malavé Cardozo¹; A Ferronetti¹; L Gómez Romero¹; Y Quijano Collazo¹; E Vicente López¹

¹Hospital Madrid Norte Sanchinarro

OBJETIVOS

La supervivencia del ADCP resecado a los cinco años oscila entre un 15 y un 20%. Las series consultada incluyen pacientes heterogéneos y cifras de supervivencia actuarial pero no real. Presentamos nuestra serie de pacientes con supervivencia real superior a cinco años

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre marzo de 2004 y octubre de 2010 un total de 128 pacientes con diagnóstico de ADCP fueron operados en nuestro centro con intención curativa. Se extraen los pacientes con supervivencia real más allá de los sesenta meses.

RESULTADOS

El seguimiento de 7 pacientes no ha sido posible y 4 fallecieron en el postoperatorio. 9/117 pacientes (7,69%) han sobrevivido al menos cinco años (60 meses).

Estadificación T: seis pacientes T3 por afectación de grasa peripancreática y/o duodenal; ninguno de los tres pacientes con resección vascular (2 venas mesentéricas superiores y un tronco celíaco) fue T4 (vaso sin infiltración neoplásica). N: 5 pacientes N0 y cuatro pacientes N1. Todos los pacientes fueron M0 al diagnóstico. Todos los pacientes presentaron un Estadio II en la clasificación TNM de la AJCC: 5 pacientes T3N0 (Estadio IIA), 2 pacientes T2N1 (Estadio IIB) y 2 pacientes T3N1 (Estadio IIB). La mediana de supervivencia de estos 9 pacientes es de 79 meses (rango 61-128 meses). Esta serie se une a otras 8 publicadas con supervivencia real superior a los cinco años (397 pacientes). El único factor histopatológico de mal pronóstico que nunca estuvo presente en ninguno de los 397 pacientes supervivientes fue ser T4 o M1 (estadio III-IV clasificación TNM).

CONCLUSIONES

No nos equivocamos si afirmamos categóricamente que un tumor T4 o M1 nunca se asociará a una supervivencia real más allá de los cinco años. Este es el único factor de mal pronóstico que nunca estuvo presente entre los 397 enfermos estudiados de las 9 series

EFFECTO DE LA NEOADYUVANCIA GÁSTRICA BASADA EN PLATINOS EN LA REGRESIÓN PATOLÓGICA DEL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO Y EN CONSECUENCIA, EN LA SUPERVIVENCIA

H Durán Giménez-Rico¹; B Ielpo¹; E Díaz Reques¹; I Fabra Cabrera¹; R Caruso¹; L Malavé Cardozo¹; M Elechiguerra Martínez¹; Antonio Zafra Villaverde¹; Y Quijano Collazo¹; E Vicente López¹

¹Hospital Madrid Norte Sanchinarro

Objetivos

La regresión patológica tras neoadyuvancia gástrica puede tener un importante papel predictivo pronóstico. Presentamos nuestros resultados de regresión y su validación como factor independiente de supervivencia

Métodos

Hemos estudiado la regresión patológica en 57 especímenes de cáncer gástrico resecados tras quimioterapia neoadyuvante basada en platinos con 2 o 3 drogas. El modelo de regresión empleado el de Ryan. La regresión tumoral se ha relacionado con características histopatológicas y con la supervivencia de los pacientes

Resultados

En el 32% de los pacientes ha existido regresión completa o parcial. Ausencia de regresión en el 68%. La regresión parcial o completa tuvo significación estadística con el T tumoral (100% regresión en los T2 Vs 30% en los T3 y 28,6% en los T4) ($p=0.0314$), el estado ganglionar (50% de regresión en N0 Vs 16,7% en N1 ó $>$) ($p=0.04$), la invasión linfovascular (37,5% de regresión en ausencia de afectación Vs 12,5% en presencia) ($p=0,0352$), y la clasificación de Lauren (44,4% de regresión en el tipo intestinal Vs 0% en el difuso) ($p=0,032$).

En el tiempo de seguimiento han fallecido 26/57 pacientes (45,6%) con una mediana de supervivencia de 38 meses. La regresión tumoral ($p=0,025$), el estadio ganglionar ($p=0,011$) y la invasión linfovascular ($p=0,006$) fueron los tres únicos factores independientes de supervivencia en la regresión logística.

Conclusión

El porcentaje de regresión parcial o completa con derivados del platino ha sido del 32%. La regresión tumoral (parcial o completa Vs ausencia) tras neoadyuvancia con derivados del platino en nuestra serie de cáncer gástrico con un T2 o superior, es un dato objetivo junto al estado ganglionar y la invasión linfovascular en la predicción pronóstica de nuestros pacientes.

VALORACIÓN DEL PET-TAC Y DEL OCTREOSCAN COMO PRUEBAS PRONÓSTICAS EN EL TUMOR NEUROENDOCRINO DE PÁNCREAS

H Durán Giménez-Rico¹; B Ielpo; E Díaz Reques¹; I Fabra Cabrera¹; R Caruso¹; L Malavé Cardozo¹; María Paz Otero¹; Dominika Lonska¹; Y Quijano Collazo¹; E Vicente López¹

¹Hospital Madrid Norte Sanchinarro

Objetivos

Estudiamos el valor del PET-TAC y del Octreo-Scan como herramienta pronóstica de los tumores neuroendocrinos del páncreas (TNEP).

Métodos

Estudio bivariante entre los factores histopatológicos predictivos de mayor recaída de nuestra serie y el PET-TAC/Octreo-Scan.

Resultados

5 enfermos han recaído (19%). La afectación linfovascular, la expresión del Ki67 > al 5%, un número de mitosis > a 2 por campo, un grado medio o alto de diferenciación y un tamaño > a 3cm se correlacionaron con mayor riesgo de recaída.

El porcentaje de enfermos con PETTAC (+) y afectación linfovascular fue del 84,6% frente al 50% sin afectación vascular ($p=0,097$); el porcentaje de enfermos con PETTAC (+) y expresión de Ki67 > al 5% fue del 85,7% frente al 40% con expresión de Ki67 < al 5% ($p=0.032$); el porcentaje de enfermos con PETTAC (+) y mitosis por campo >2 fue del 100% frente al 25% con mitosis por campo <2 ($p=0.002$); el porcentaje de enfermos con PETTAC (+) y G1 fue del 28,6% frente al 83,3% con G2-3 ($p=0.017$), y finalmente el porcentaje de enfermos con PETTAC (+) y un tamaño > 30mm fue del 91,7% frente al 46,2% con un tamaño < 30mm ($p=0,03$). El porcentaje de enfermos con Octreoscan positivo fue muy similar en todos los pacientes, presentaran o no cada una de las variables antes enunciadas.

El 23% de los pacientes con PETTAC (+) recayeron. El 0% de los pacientes con PEETAC (-) recayeron. El 14,3% de los pacientes con Octreoscan (+) recayeron, cifra similar al 12,5% de los pacientes con OctreoScan (-) y recaída.

Conclusiones

A partir de los datos expuestos, un PETTAC positivo tiende a presentarse en los TNEP con peor pronóstico y una mayor tendencia a la recaída. Por el contrario, la captación tumoral presente en el OctreoScan no tiene ningún valor pronóstico.

PERFUSIÓN AISLADA DE LA EXTREMIDAD (PAE) EN PACIENTES CON MELANOMA EN ESTADIO III. ¿POR QUE LO HACEMOS?

R. Díaz del Gobbo¹, M. Valentini¹, O. Vidal¹, J. Malveyh², S. Puig², C. Barriuso³, S. Vidal Sicart⁴, A. Blasi⁵, AR Rull-Ortuño¹, JC. Garcia-Valdecasas.¹

¹. Cirugía General y Digestiva. Hospital Clínic Barcelona. Universidad de Barcelona, Barcelona

². Unidad de Melanoma. Dermatología. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona, Barcelona.

³. Cirugía Cardiovascular. Hospital Clínic Barcelona. Universidad de Barcelona, Barcelona.

⁴. Medicina Nuclear. Hospital Clínic Barcelona. Universidad de Barcelona, Barcelona.

⁵. Anestesiología. Hospital Clínic Barcelona. Universidad de Barcelona, Barcelona

Objetivos:

El estadio III se define por ser pacientes (p.) afectos Melanoma con múltiples metástasis en las extremidades. La PAE consiste en administrar drogas citotóxicas a dosis elevadas (Melfalan, Interferon y Beromun) en condiciones de hipertermia (39,5°C) en las extremidades de estos pacientes. El objetivo consiste en estudiar la utilidad de la PAE en los casos de Melanoma con múltiples metástasis cutáneas.

Material y Método:

Entre Mayo de 1999 y Diciembre de 2013, 70 p. (25H y 45M; edad media 59±13 años) fueron tratados con PAE. 34 p. (Grupo1: Melfalan e Interferon) 36 p. (Grupo2: Melfalan y Beromun). La indicación de la PAE fue de metástasis en tránsito en 56p. (80%) y de recidiva local 14p. (20%). La duración de la PAE fue de 60 min., se administro 4mg de Beromun (TNF α) o 1 millón de U.I. de Interferon (INF ψ) con Melfalan (100mg), a temperatura media de (39,7±0.9°C), a 21 p. se les realizó una linfadenectomía regional.

Resultados

La respuesta al tratamiento de la PAE fue expresada en criterios standart de RECIST:

RECIST	Todos los p.	Melfalan + INF ψ (n=34)	Melfalan+ TNF α (n=36)	p
RC	27(38.6%)	9 (26.4%)	18(50.%)	0,01
RP	20(28.5%)	8(11.5%)	12(33.3%)	0,01
EE	6(8.5%)	2(5.8%)	4(11.6%)	0,01
PE	17(24,2%)	12(35%)	5(13.8%)	0,01
RG	47(67.2%)	17(37.9)	30(88,3%)	0,01

RC: respuesta completa, RP: respuesta parcial, EE: enfermedad estable, PE: Progresión de la enfermedad y RG: respuesta global.

El tiempo libre de enfermedad fue de 30,8±3,5 meses, 23±4 mes. (grupo 1) y 36,4±4,7 meses (grupo 2), p=0.01. La supervivencia fue de 47±7 meses, sin diferencia entre ambos grupos.

Conclusiones

La PAE es una técnica útil en los pacientes afectos de metástasis cutáneas de Melanoma en las extremidades. La utilización de Beromun incrementa de forma significativa el tiempo libre de enfermedad en las extremidades pero no tiene ningún efecto en la supervivencia de los pacientes.

UTILIZACIÓN DE UN SELLADOR TISULAR EN LAS LINFADENECTOMIA CERVICAL POR METASTASIS DE MELANOMA MALIGNO (MM)

R. Díaz del Gobbo¹, AR Rull-Ortuño¹, E. Delgado¹, M. Valentini¹, O. Vidal¹, J. Malveyh², S. Puig², JC. Garcia-Valdecasas.¹

¹. Cirugía General y Digestiva. Hospital Clínic Barcelona. Universidad de Barcelona, Barcelona

². Unidad de Melanoma. Dermatología. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona, Barcelona.

Objetivos

En los MM de cabeza y cuello, la diseminación linfática cervical se produce con relativa frecuencia. La linfadenectomía cervical implica la extirpación de todos los ganglios linfáticos del territorio cervical afecto. Esta cirugía produce linforragia, que puede con la aparición de seromas, celulitis y en ocasiones infección de la herida quirúrgica. El objetivo del presente trabajo es analizar si la utilización de un sellador tisular puede disminuir la morbilidad en esta cirugía.

Material y Método

Entre Enero 2009 y Diciembre 2013 se han estudiado 40 p. (18H/22M); edad media 53,5±6,2 años (26 a 73 años) con metástasis ganglionares por Melanoma en zona cervical, a 20 se colocó un sellador tisular (Tachosil) y a 20 no. A todos los pacientes se les realizó una linfadenectomía cervical modificada con preservación del nervio espinal, vena yugular y músculo esternocleidomastoideo. A todos ellos se les colocaron 2 drenajes aspirativos tipo redon y fueron dados de alta al 4 día postoperatorio.

Se analizaron la media de número de ganglios extirpados, la media de número de ganglios afectados, el débito de los drenajes (7 primeros días), el tiempo de permanencia de los drenajes (se retiraron cuando el débito fue inferior a 10 cc/día). La aparición de seromas, celulitis e infección de la herida durante el postoperatorio y tras la retirada de los drenajes (6 semanas).

Resultados:

	Sellador tisular	No Sellador tisular	p
Media nº ganglios	26±3	24±2	ns
Media nº ganglios afectados	7±1	6±1	ns
Debito drenajes/día (7d.)	30cc	70cc	<0.5
Tiempo de retirada de los drenajes (días)	6±2	15±3	<0.5
Seromas	2/20 (10%)	6/20 (30%)	<0.5
Celulitis	1	2	ns
Infección de herida	1	2	ns

Conclusión

La utilización de un sellador tisular (Tachosil), disminuye el débito, el tiempo de retirada de los drenajes y la incidencia de seromas, sin embargo no parece tener efecto en la incidencia de celulitis y de infecciones de la herida quirúrgica.

SARCOMA ABDOMINAL (SA). ¿UN RETO QUIRÚRGICO?

J. Ordoñez¹, I. Bachero¹, A. Hesheimer¹, M. Valentini¹, O. Vidal¹, AR Rull-Ortuño¹, JC. Garcia-Valdecasas¹

¹. Cirugía General y Digestiva. Hospital Clínic Barcelona. Universidad de Barcelona, Barcelona

Objetivos:

EL SA se define por ser un tumor con una baja incidencia, variedades histológicas heterogéneas y diferentes subtipos histológicos. Su tratamiento requiere grupos multidisciplinarios especializados.

El objetivo es analizar la experiencia de nuestro grupo en el tratamiento del SA.

Material y Métodos:

Entre Enero de 2010 y Diciembre 2013, 19 p. (10H/9M. edad media 57 (30-79) años) fueron intervenidos. El ASA (I; 2p, II; 16p. III, 1p). La localización del tumor (12p. retroperitoneal y 7p. intrabdominal). De los 19p. (13p. sin cirugía previa, 6p. cirugía en otro centro). En 10 p. la resección del tumor se asoció con la extirpación de otros órganos adyacentes al mismo y en 9 p. sólo resección del tumor. A 2 p. con cirugía previa se realizó además de la resección del tumor un HIPEC. La media de estancia hospitalaria fue de 9 (5-19) días.

Resultados:

Se consiguió una resección completa (R0) en 15p. (78,9%) y resección parcial (R1) en 4 p. (21.1%). La histopatología fue (sarcomas indiferenciadas 3p., liposarcomas 10p., leiomiomas 2p., schwannomas 2p. y GIST 2p.). A 9p. realizaron tratamiento adyuvante (RT 1p, QT 6p., y RT+QT 2p.) según histología del tumor. 12p con recidiva de la enfermedad, 10 local y 2 a distancia. De los 10 p. con recidiva local, 9p. nueva cirugía, con R0. La supervivencia (SRV) fue de 51±5 meses (78,9% a los 5 años), tiempo libre de enfermedad (TLE) fue de 38±5 meses. Las complicaciones fueron en 3p.(16%) hemorragias. que no preciso cirugía, y en 1p. una lesión ureteral que se reparo en la cirugía.

Conclusiones:

Hemos conseguido un 78,9% de resección R0, con una supervivencia del 78,9%, un periodo libre de enfermedad del 52,6% durante un seguimiento de 5 años. La extirpación del tumor en bloque con obtención de una R0 completa en la primera cirugía implica un mejor pronóstico.

¿ESTA INDICADA LA LINFADENECTOMIA, EN LOS PACIENTES CON BIOPSIA SELECTIVA DEL GANGLIO CENTINELA POSITIVA (BSGC+) EN EL MELANOMA MALIGNO (MM)?

R. Díaz del Gobbo¹, FB. De Lacy¹, M. Manyalich¹, AR Rull-Ortuño¹, E. Delgado¹, M. Valentini¹, O. Vidal¹, J. Malveyh², S. Puig², JC. Garcia-Valdecasas.¹

¹. Cirugía General y Digestiva. Hospital Clínic Barcelona. Universidad de Barcelona, Barcelona

². Unidad de Melanoma. Dermatología. Hospital Clínic. Universidad de Barcelona, Barcelona.

Objetivos

En la actualidad, después de una BSGC+ está indicado realizar una linfadenectomía del territorio ganglionar implicado. Se analiza la necesidad de realizar dicha cirugía en un grupo de pacientes intervenidos de MM durante 12 años.

Material y Método

Entre Enero del año 2001 y Diciembre de 2012 se estudian 172 pacientes (p.) con biopsia selectiva del ganglio centinela positiva (BSGC+), (97H/75M), edad media 55+14 años, tipo de MM (MES: 78p, MN: 64p, LMM:13p y M. acral 17p), Clark (III:74, IV:79; V:19), Breslow (3.47+3.2) y con MM ulcerado en el 36,6% de los pacientes. La localización del MM (Cabeza y cuello: 15p. extremidad superior: 16p, Tórax-Abdomen: 29p, Espalda-lumbar: 43p y extremidad inferior 69p). Se realizaron 172 linfadenectomías (cervical 19p, axilar 84p, inguinal 69p). Análisis estadístico SPSS (Anova factorial χ^2 y curvas de supervivencia Kaplan-Meier.

Resultados:

Linfadenectomía	Media de GE	Media GA	Pacientes con GA	R Ganglionar
cervical	14+9	0,26+0,7	3/19 (15,8%)	4/19 (21,1%)
axilar	13+6	0.26+0,7	9/84 (10.7%)	8/84(9,5%)
inguinal	10+6	0.32+0,9	11/69(16%)	16/69 (23.2%)
Global	12+7	0.28+0,9	23/172 (13.4%)	28/172 (16.3%)

GE: ganglios extirpados, GA: ganglios afectos. R: recidiva

La SRV global fue del 69, 2% a los 5 años. La SRV con o sin afectación ganglionar fue (56,5 versus 71,1 % con una p: 0,10). El tiempo libre de enfermedad fue de 55,7% a los 5 años, con o sin afectación ganglionar (46,3 versus 65.2% con una p: 0,02).

Conclusión

Un 13,4% de pacientes con BSGC+ presentan metástasis ganglionares en el resto de ganglios extirpados durante la Linfadenectomía, ello no implica una peor SRV. Sin embargo los pacientes con metástasis ganglionar, tienen una mayor incidencia de recidiva ganglionar, sobre todo a nivel inguinal. Según nuestro análisis creemos que aún está indicado realizar una linfadenectomía precoz en los pacientes afectados de BSGC+, sobre todo en el territorio inguinal.

ESOFAGECTOMÍA TRANSHIATAL MEDIANTE ABORDAJE TOTALMENTE ROBÓTICO

L.A. Malavé Cardozo , H. Durán Giménez-Rico , M.I. Fabra Cabrera , E. Díaz Reques , R. Caruso , B. Ielpo , V. Ferri , L. Gómez Romero, Y. Quijano Collazo, E. Vicente López.
Hospital Universitario Madrid Norte Sanchinarro, Madrid, Madrid.

Objetivo:

La cirugía mínimamente invasiva interesa también a la esofágica, realizándose al día de hoy muchas esofagectomías por laparoscopia y toracoscopia video asistida. Una de las limitaciones ha sido la linfadenectomía radical mediastínica. En este sentido, la cirugía robótica, merced a sus ventajas bien conocidas: excelente magnificación de la lesión, articulación de los instrumentos, mejor ergonomía y visualización en 3D del campo operatorio, nos permite realizar la linfadenectomía antes mencionada.

Presentamos una esofagectomía transhiatal mediante soporte robótico con linfadenectomía mediastínica.

Material y Métodos:

En el presente vídeo se presenta los aspectos técnicos de la esofagectomía total transhiatal para el tratamiento del carcinoma de esófago distal con soporte totalmente robótico, Tras tratamiento neoadyuvante (quimioterapia y radioterapia).

Mediante este tipo de abordaje, se pudo efectuar la disección completa del esófago así como la linfadenectomía mediastínica con visión directa. La ausencia de un abordaje torácico permitió: una mínima pérdida hemática, y ausencia de compresión cardíaca o de grandes vasos, causa fundamental de repercusiones hemodinámicas intraoperatorias.

Resultados:

La lesión neoplásica fue extraída por vía cervical. La plastia gástrica tubulizada efectuada igualmente por vía robótica fue ascendida por vía mediastínica con el objeto de efectuar la anastomosis esófago-gástrica a nivel cervical.

Conclusiones:

La esofagectomía robótica constituye un abordaje seguro y factible en centros que acrediten experiencia previa en cirugía.

UTILIDAD DE LA EMBOLIZACIÓN PORTAL EN EL CONTEXTO DE UN PROGRAMA DE CIRUGÍA DE METÁSTASIS HEPÁTICAS

B. Martín, N. Delafuente, F. Caballero, J. A. Gonzalez, M. Rodriguez, G. Cerdán, V. Artigas.
Hospital Santa Creu i Sant Pau. Universidad Autónoma de Barcelona. Barcelona

OBJETIVO

La embolización portal pretende inducir una hipertrofia del remanente hepático previo a una resección amplia por afectación tumoral. Nuestro objetivo era describir como de esta forma se consigue mejorar la reserva funcional hepática, disminuyendo así la tasa de insuficiencia hepática postoperatoria.

MATERIAL Y MÉTODOS

Analizamos de forma retrospectiva y observacional una serie de 13 pacientes afectos de metástasis hepáticas sometidos a embolización portal prequirúrgica en un periodo de 6 años (2009-2015). Describimos complicaciones de la técnica, efectividad, reseabilidad tras la embolización, complicaciones intraoperatorias, morbilidad de la técnica, supervivencia postresección y estancia hospitalaria postquirúrgica.

RESULTADOS

En nuestra serie la cirugía de las metástasis hepáticas tras embolización representó un 10% de la cirugía hepática. Todos los pacientes fueron sometidos a una hepatectomía derecha más o menos amplia. La media de sangrado intraoperatorio fue de 600 \pm 352.3mL con una estancia media hospitalaria postquirúrgica de 17 \pm 30 días. La media del incremento del remanente hepático postembolización fue de 661cc aproximadamente (38 \pm 24.4 %).

La estancia hospitalaria postembolización fue de dos días sin evidencia de complicación relacionada con el procedimiento en ningún caso.

Como complicaciones postoperatorias dos pacientes presentaron insuficiencia hepática en forma de colestasis, con correcta evolución con tratamiento médico, y dos casos de colección en el lecho de resección con correcta evolución con manejo conservador. Dos pacientes fueron exitus a los 5 meses tras la cirugía por progresión de la enfermedad.

CONCLUSIÓN

La embolización portal representa en nuestro medio una herramienta útil y segura para incrementar el volumen residual hepático. Con ello conseguimos aumentar el número de candidatos a la cirugía, ofreciendo unas tasas de supervivencia similares a las de los grupos de pacientes en los que la estadificación prequirúrgica era más favorable.

amartinar@santpau.cat

MEDICIÓN DE LA CARGA TUMORAL METASTÁSICA: UN NUEVO PARÁMETRO CON VALOR PRONÓSTICO PARA EL CÁNCER COLORRECTAL ESTADIO IV

J. Rodríguez del Campo¹, W. Vázquez Jiménez¹, E. Sagarra Cebolla¹, A. Morales Taboada¹, P. Lozano Lominchar¹, A. Julien Petrelli¹, M. A. Iparraguirre Díaz¹, J.L. García Sabrido¹

¹ Hospital General Universitario Gregorio Marañón de Madrid. Cirugía General y Aparato Digestivo

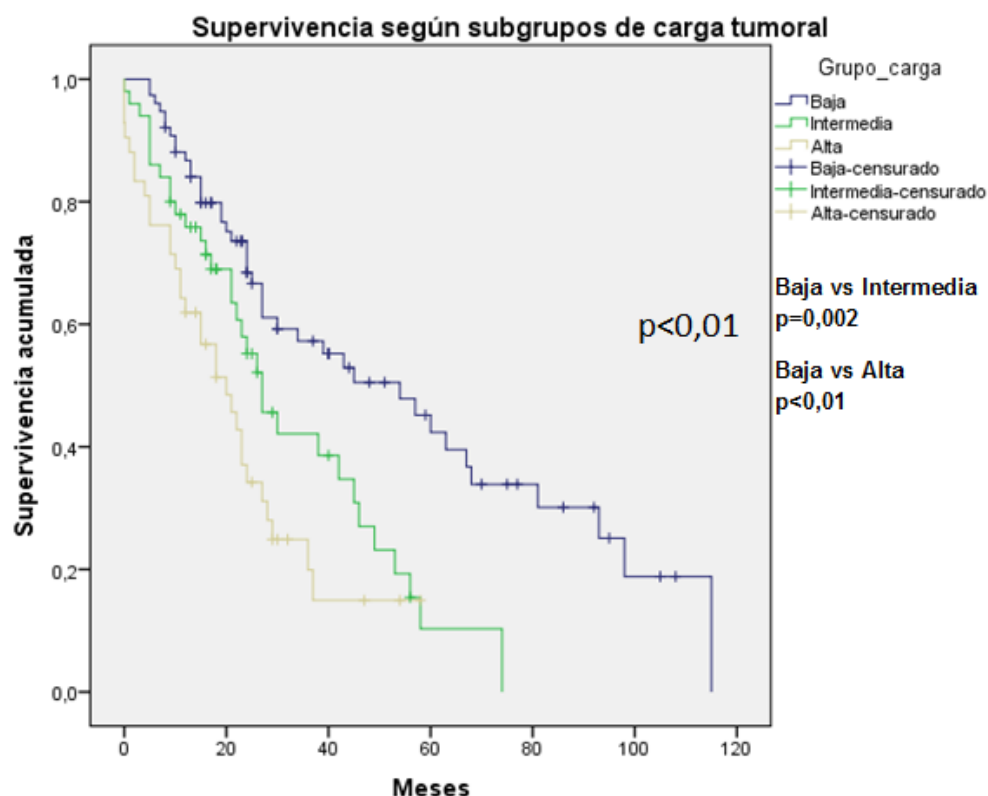
Objetivos

Determinar la correlación entre la carga tumoral metastásica y la supervivencia en el cáncer colorrectal estadio IV en sus dos formas de presentación (carcinomatosis peritoneal y diseminación por vía sistémica) de manera conjunta y unitaria.

Material y Método

Estudio retrospectivo de 178 pacientes con cáncer colorrectal estadio IV entre los años 2000 y 2013. La medida de la carga tumoral se realizó a través del PCI en el caso de la carcinomatosis peritoneal y a través del volumen de una esfera ($4/3\pi r^3$) en el caso de las metástasis por diseminación por vía sistémica. Se establecieron tres subniveles de carga tumoral: baja, intermedia y alta.

Resultados:



Conclusión

La medición de la carga tumoral metastásica constituye un buen indicador para predecir la supervivencia en pacientes con cáncer colorrectal estadio IV

ANGIOMIXOMA AGRESIVO. UN RARO TUMOR MESENQUIMAL PELVICO

B. Gonzalo¹, D. Rivero Cruces¹, V. Artigas Raventós¹, M. Rodríguez Blanco¹, J. González López¹, G. Cerdan¹, I. Boguña¹, S. Bague Rosel¹, J. Llauger¹, A. López Pousa¹.

¹. Hospital Santa Creu i Sant Pau. Universidad Autónoma de Barcelona, Barcelona.

Introducción

El Angiomixoma Agresivo (AA) es un tumor de tipo mesenquimal infrecuente, no metastiza a distancia y con alta tasa de recurrencia local. Se origina frecuentemente en el musculo liso ubicado de la pelvis y región perineal. Más frecuente en mujeres pre menopáusicas, siendo extremadamente raro en varones.

Material y Métodos

Se reportan las características clínico patológicas de 3 pacientes tratados de AA en nuestro Centro , 1 Varón de 65 años y 2 Mujeres de 41 y 44 años respectivamente. En el varón se diagnosticó de forma incidental tras la realización de TC por disfunción renal. En el 2do caso hallazgo de nódulo intraoperatorio durante cirugía ginecológica, que obligó una reintervención por crecimiento tumoral y el 3er caso por tumoración perineal palpable durante consulta ginecológica corroborada posteriormente con estudios radiológicos.

Resultados

Tras una resección completa R0 del tumor en los 3 pacientes se constató el diagnóstico definitivo de AA. El seguimiento hasta la actualidad no ha mostrado recidiva local en ninguno de estos pacientes.

Conclusión

El Angiomixoma Agresivo es una neoplasia extremadamente rara y localmente infiltrativa. Es más frecuente en la mujer en edad fértil que en el varón. Actualmente, la única alternativa terapéutica es la exéresis completa R0 del tumor. Tras la cirugía, el seguimiento continuo de estos pacientes es mandatorio debido al alto riesgo de recurrencia local por su naturaleza infiltrante.

TUMOR FIBROSO SOLITARIO: ESTUDIO DE UNA SERIE DE 22 CASOS

O. Uyanik, V. Artigas Reventos, M. Rodriguez Blanco, J.A. Gonzalez Lopez, G. Cerdan Riart, A.S. Escamilla Monzalva, L. Lopez Vilaró, E. Martinez Tellez, J. Belda Sanchis, M Trias Folch
Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital de Santa Creu i Sant Pau, Barcelona

Objetivo

Tumor fibroso solitario (TFS) es muy poco frecuente, se origina de una célula estromal fibroblástica CD34+ y ha sido encontrado en diferentes tejidos. Presentamos una serie de pacientes con TFS intervenidos quirúrgicamente a lo largo de 7 años (2008-2015).

Material y Método

Se analizan los datos recogidos de forma retrospectiva en nuestra base de datos, referentes a una serie de 22 pacientes en los que se evalúan las características demográficas, clínicas y la posterior evolución clínica.

Resultados

Una serie de 22 pacientes (12 mujeres) fue estudiada con una edad media de 49 años (rango 25-81 años). Primer síntoma fue tumoración en 11, dolor en 5, hematuria en un caso, y en 5 pacientes el diagnóstico fue incidental. El origen tumoral fue muscular en 12 (54.5%), subcutáneo en 3, pleural en 3, peritoneo pélvico en 2, retroperitoneal en 1 y tentorial en 1 caso. La estancia hospitalaria postoperatoria media fue 9.6 días, sin mortalidad perioperatoria. El tamaño tumoral máximo fue 21cm. Durante el seguimiento de 1 a 13 años: 12 pacientes (54.5%) están en remisión completa; 9 pacientes (40.9%) presentaron recidiva local que se trató de nuevo quirúrgicamente. Todos los pacientes están vivos actualmente con remisión completa salvo dos de ellos que presentan diseminación pulmonar bilateral y óseas múltiples; un paciente con afectación muscular paravertebral cervical falleció por progresión de su enfermedad en forma de metástasis hepáticas y óseas 12 años después.

Conclusión

El comportamiento clínico de los TFS se considera benigno y con poca tendencia a la recurrencia tras la resección completa R0 del tumor primario. Cabe destacar que, tal como evolucionaron los pacientes de nuestra serie, estos deben ser controlados indefinidamente puesto que las recidivas pueden ser tardías y con una tendencia a una mayor agresividad.

CIRUGÍA ONCOLÓGICA HEPÁTICA ASISTIDA POR VÍA ROBÓTICA

Benedetto Ielpo¹, Emilio Vicente¹, Yolanda Quijano¹, Hipolito Duran¹, Eduardo Diaz¹, Isabel Fabra¹, Riccardo Caruso¹, Luis Malavé¹, Valentina Ferri¹, Antonio Ferronetti¹, Maria Elechiguerra¹

¹. Hospital Universitario Sanchinarro, Madrid

Hospital Universitario Sanchinarro, San pablo CEU

Objetivo:

La cirugía mínimamente invasiva ha tenido una difusión muy importante en la últimas dos décadas, siendo representada sobre todo por la técnica laparoscópica; pero en los procedimientos oncológicos más complejos como el pancreáticos y hepáticos su difusión es muy escasa.

La cirugía robótica mejora las limitaciones propias de la cirugía laparoscópica aunque su aplicación es todavía tema de debate.

Objetivo de este trabajo es presentar los resultados de nuestra serie de cirugía hepática por minilaparotomía con asistencia robótica

Material y Métodos:

Estudio retrospectivo de una serie consecutiva de cirugías hepáticas con asistencia robótica desde Enero 2010 hasta Junio 2015. Se recogen las características demográficas de los pacientes, tipo de intervención, datos perioperatorios y evolución post operatoria.

Resultados:

De una serie de 21 resecciones hepáticas robóticas, un total de 14 pacientes (66%) eran para patología maligna. Un total de 5 mujeres y 8 varones con una edad media de 57 años. Las indicaciones fueron metástasis de cáncer colorectal en 6 casos (5 metastasectomías, 1 ALPPS) un caso de metástasis de GIST duodenal (metastasectomía), un caso de metástasis de adenocarcinoma pancreático (metastasectomía), 2 casos de metástasis per cáncer de mama (hepatectomía derecha y metastasectomía), 2 casos de metástasis de neuroendocrino pancreático, un caso de metástasis de neo de pulmón (metastasectomía) y un caso de colangiocarcinoma hilar. En un caso solo hubo conversión (7%). El tiempo medio quirúrgico fue de 282 minutos (rango: 130-620 minutos). Las complicaciones severas (Clavien > IIIA) ocurrieron en un caso. Posteriormente la estancia media en UCI fue de 3 días y la estancia total hospitalaria de 13 días.

Conclusiones:

El presente estudio muestra que la cirugía hepática con asistencia robótica es factible, segura y presenta resultados similares a los obtenidos por vía laparoscópica y abierta descritos en literatura.

RESECCION QUIRURGICA TRANSORAL VIDEOASISTIDA DE POLIPO FIBROVASCULAR ESOFAGICO GIGANTE

R. Caruso ., E. Vicente, Y. Quijano., H Duran., I. Fabra., E. Diaz., B Ielpo., L. Malave, V Ferri, A Ferronetti .

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Madrid Sanchinarro.

Introducción y Objetivos:

Los pólipos esofágicos fibrovasculares son lesiones benignas de excepcional diagnóstico. Son denominadas también como pseudo-tumores inflamatorios.

En ocasiones, suelen alcanzar un gran tamaño. Clínicamente se manifiestan por la presencia de disfagia. El tamaño de los mismos y su ulceración puede condicionar la presencia de odinofagia, hemorragia y excepcionalmente la muerte del enfermo por asfixia.

El tratamiento exeretico de estos pólipos es aconsejable y siempre obligado en lesiones de gran tamaño. La localización y dimensiones de la base de implantación del pólipo son aspectos imprescindibles para la realización de una adecuada estrategia quirúrgica. La citada base de implantación suele estar casi siempre ubicada en esófago cervical.

Las diferentes opciones de tratamiento incluyen, resección quirúrgica con abordaje cervical o torácico y excepcionalmente resección endoscópica. El tratamiento quirúrgico es generalmente preferido dada la vascularización existente en la base de implantación.

La asociación de técnicas endoscopios a la resección quirúrgica disminuye la dimensión del procedimiento y en consecuencia minimiza el riesgo de la intervención quirúrgica.

Material y Método

Se presenta el caso clínico de un paciente de 43 años de edad con diagnóstico de pólipo fibrovascular esofágico gigante (23 cm de longitud). Su base de implantación se encontraba situada en esófago cervical.

Resultados y Conclusion

Una resección quirúrgica transoral videoasistida fue efectuada. El video muestra los diferentes pasos técnicos efectuados para la citada resección.

NUESTRA EXPERIENCIA EN CIRUGIA PANCREATICA CON ASISTENCIA ROBOTICA

Ferri V, Vicente E, Quijano Y, Duran H, Diaz E, Fabra I, Ielpo B, Caruso R Malavé I, Gomez L.
Servicio de Cirugía General Y Digestiva, Hospital Universitario Madrid Sanchinarro

Objetivo: La cirugía robótica mejora las limitaciones propias de la cirugía laparoscópica. No obstante, su introducción en la cirugía pancreática no está siendo tan rápida como en otros campos posiblemente debido a la localización retroperitoneal del páncreas, a la proximidad anatómica a estructuras vasculares importantes y por la difícil realización de anastomosis de pequeño calibre. El objetivo de este estudio es presentar los resultados de nuestra serie de páncreas robóticos intervenidos en nuestro centro.

Material y métodos: Entre el octubre 2010 hasta marzo 2015, 45 pacientes diagnosticados de neoformación pancreática se intervinieron por vía robótica. Se recogen los datos peri operatorios y post operatorios más importantes y las características histológicas de las piezas obtenidas.

Resultados: Del total de 45 pacientes 21 fueron hombres y 24 mujeres. La edad media fue de 58.77 ± 14 años. El diagnóstico anatomopatológico fue de adenocarcinoma en 16 casos, de tumor neuroendocrino en 8, de tumor quístico en 15, neoplasia intraductal mucinosa en 4, linfoma en 1 paciente y pancreatitis crónica en 1 paciente. Del total de procedimientos 13 fueron enucleaciones tumorales, 20 pancreatectomías distales, 11 duodenopancreatectomías cefálicas y 1 pancreasectomía central. El tiempo quirúrgico medio fue de 396 ± 162 minutos (rango: 120 – 720 minutos). Se convirtieron 6 pacientes. La media de unidades de concentrado de hematíes transfundidas fue de 0.5 unidades (rango: 0- 8). La media hospitalaria total fue de 15 días (5-60). Hubo 13 casos de fistula pancreática (una sola tipo C); 3 casos de fistula bilio entérica y 2 casos de hemoperitoneo. Todas cirugías fueron R0.

Conclusiones:

De acuerdo con nuestra experiencia, la cirugía robótica pancreática es factible y segura. No obstante consideramos esencial que se lleve a cabo por cirujanos con amplia experiencia previa en cirugía pancreática, tanto abierta como laparoscópica.

SERIE GASTRICA POR VIA ROBOTICA: EXPERIENCIA DE UN UNICO CENTRO

R Caruso., Quijano Y , E. Vicente., H. Duran., I Fabra., E, Diaz., B Ielpo., L Malavé., V Ferri, A Ferronetti.

Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Madrid Sanchinarro.

Objetivo

La cirugía gástrica por vía robótica se ha desarrollado con la esperanza de mejorar la calidad quirúrgica y superar las limitaciones de la cirugía laparoscópica, aportando una visión en tres dimensiones, mayor libertad de los movimientos del instrumental quirúrgico y una eliminación del temblor. Existen en la actualidad pocas series en la literatura relacionadas con el abordaje robótico. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de nuestra serie de cáncer gástrico con asistencia robótica

Material y Métodos

Se trata de un estudio descriptivo de una serie consecutiva de cirugías gástricas y duodenales con asistencia robótica desde Enero 2010 hasta Marzo 2015. Se recogieron las características demográficas de los pacientes, tipo de intervención, datos perioperatorios, evolución postoperatoria y seguimiento posterior.

Resultados

Se realizó cirugía asistida por robot en un total de 17 pacientes, 8 mujeres y 9 varones, con una edad media de 62,4 años (22-80). La anastomosis esofagoyeyunal se hizo manual intracorporea en 13 casos. En 4 casos se requirió conversión a cirugía abierta para finalizar la intervención. El tiempo medio quirúrgico fue de 360 minutos (rango: 210-720 minutos). La media de unidades de concentrado de hematíes transfundidas fue de 0.4 (rango: 0-2 unidades). Posteriormente la estancia media en UCI fue de 1,5 (0-11) días y la estancia total hospitalaria de 12 días (3-26). Un paciente sufrió una complicación postoperatoria tipo IV según la clasificación de Clavien, relacionada con una descompensación de su insuficiencia cardiaca previa. Un paciente tuvo una estenosis por torsión de anastomosis yeyuno-yeyunal .

Conclusiones

En nuestra experiencia pensamos que la cirugía gástrica y duodenal con asistencia robótica es factible y segura. Existe poca casuística en la literatura que compare los resultados de la cirugía gástrica robótica con la laparoscópica.

RESECCIÓN EXTREMA HEPÁTICA EN DOS TIEMPOS (ALPPS) CON ABORDAJE ROBÓTICO

Benedetto Ielpo¹, Emilio Vicente¹, Yolanda Quijano¹, Hipolito Duran¹, Eduardo Diaz¹, Isabel Fabra¹, Riccardo Caruso¹, Luis Malavé¹, Valentina Ferri¹, Maria Elechiguerra¹

¹. Hospital Universitario Sanchinarro, Madrid, Hospital Universitario Sanchinarro, San pablo CEU

Objetivo

El procedimiento ALPPS está ganando importancia en la comunidad quirúrgica mundial

Las indicaciones y aspectos técnicos de esta técnica aun están debatiéndose.

La cirugía mínimamente invasiva puede mejorar el resultado postoperatorio de esta técnica así como reducir las adherencias en un segundo tiempo.

Por ahora, solamente hay descritos cuatro casos del procedimiento ALPPS via laparoscópica en la literatura y ninguno por via robótica. El objetivo de este video es demostrar los aspectos técnicos de la cirugía robótica en el procedimiento ALPPS.

Material y Método

Varón de 58 años de edad con adenocarcinoma de sigma y múltiples metástasis en el hígado derecho extendidas hasta el segmento IV y tratadas con neoadyuvancia (Xelox y 5 Fluoro-uracilo).

La volumetría preoperatoria muestra un cociente FHR/VHT DEL 28% (futuro hígado remanente/volumen hepático total)

Por consiguiente, se programó un procedimiento ALPPS por via robótica.

Resultados

El primer paso comienza con la exeresis de las metástasis del FHR seguido de una sección transparenquimatosas con la concomitante ligadura de la vena portal derecha.

Durante este procedimiento la via biliar derecha fue resecada puesto que se debilitó después de su disección parcial entorno a la metástasis en el segmento IV.

El segundo paso se realizó de forma totalmente robótica el día 13 del postoperatorio con un cociente FHR/VHT de un 40%. No se encontraron adherencias importantes, haciendo este paso mucho mas sencillo que la cirugía abierta.

Durante este paso, la arteria hepática derecha y la vena suprahepática derecha se resecan. Finalmente la pieza se colocó en una bolsa de plástico a través de una incisión de Pfannesntiel.

Conclusiones

El procedimiento ALPPS realizado via robótica puede ser una técnica segura y factible en centros con experiencia y con conocimientos avanzados en cirugía robótica.

SERIE ROBÓTICA GENERAL ONCOLOGICA: EXPERIENCIA GLOBAL DE UN ÚNICO CENTRO.

R. Caruso¹, Y. Quijano¹, E. Vicente¹, H. Duran¹, B. Ielpo¹, I. Fabra¹, E. Diaz¹, L. Malavè¹, V. Ferri¹, A. Ferronetti¹

¹Servicio de Cirugía General y Digestiva, Hospital Universitario Madrid Sanchinarro, Madrid

Objetivo

En la última década es evidente el interés creciente por la cirugía robótica, como lo demuestra el mayor número en la producción de publicaciones a este respecto. Aun así, todavía son pocos los centros que acrediten una experiencia amplia en cirugía robótica. La causa más importante invocada es el alto coste económico para poner en marcha un programa de cirugía robótica.

Presentamos nuestra experiencia acumulada en cirugía robótica

Material y métodos

Estudio retrospectivo sobre los pacientes sometidos a cirugía robótica en nuestro servicio de cirugía general desde el comienzo del programa Octubre 2010 hasta Marzo 2015. Se recogieron los datos peroperatorios, así como las morbi-mortalidad y la estancia hospitalaria.

Resultados

De un total de 217 pacientes, 202 se operaron por patología maligna. Se realizaron 20 gastrectomías (tiempo quirúrgico medio:310 minutos; rango: 270-420 minutos), 13 resecciones hepáticas (tiempo quirúrgico medio: 190 minutos; rango: 130-600 minutos); 44 cirugías pancreáticas (tiempo quirúrgico medio: 3100 minutos; rango: 150-600 minutos); 10 esofagectomías (tiempo quirúrgico medio: 490 minutos; rango: 360-660 minutos), 107 resecciones colorectales (76 resecciones rectales, 17 sigmoidectomías, 9 hemicolectomías derechas, 5 colectomías izquierdas; tiempo quirúrgico medio: 220 minutos; rango: 160-320 minutos), 1 adrenalectomía (tiempo 240 minutos), 4 resecciones parcial del duodeno y 3 tumores retroperitoneales. El índice de conversiones ha sido del 5%, las morbilidades totales han sido del 17%. No ha habido mortalidad peri ni post operatorias hasta 30 días de la cirugía. La estancia hospitalaria media y de UCI ha sido respectivamente de 16 días (rango: 6-45 días) y 1.9 días (rango: 0-12 días).

Conclusiones

La cirugía robótica es factible y su curva de aprendizaje es más corta que la propia de la cirugía laparoscópica. La mayor experiencia acumulada ha permitido incorporar procedimientos sobre patología oncológica cada vez más complejos: hepatectomías mayores, duodenopancreatectomías cefálicas y disección trans-hiatal en el esófago maligno.

VALOR PREDICTIVO DEL FDG-PET/TC EN EL CANCER DEL RECTO LOCALMENTE AVANZADO

R Caruso., Quijano Y, E. Vicente., H. Duran., I Fabra., E, Diaz., B Ielpo., L Malavé., V Ferri, A Ferronetti.

Objetivos

El objetivo de este estudio es definir el valor predictivo del FDG-PET/CT como biomarcador de la respuesta patológica tumoral en los pacientes con cáncer del recto localmente avanzado sometidos a radio-quimioterapia neoadyuvante.

Material y método

Nuestro estudio incluye pacientes con cáncer del recto T3-4 y/o N+ sometidos a resección del recto 6/8 semanas después de haber terminado el tratamiento neoadyuvante. FDG-PET/TC fue realizado antes del tratamiento (SUV1) para el completamiento y se repitió una semana después de haber terminado la neoadyuvancia (SUV2). El porcentaje del decrecimiento del SUV pre y post-neoadyuvancia ($\Delta\%$ SUV) fue evaluado en relación a la respuesta patológica, definida como grado de regresión tumoral (TRG según Rodel, J Clin Oncol. 2005). Los pacientes fueron divididos en dos grupos: responden (TRG3 y TRG4) y no responden (TRG0-2).

Resultado

Un total de 42 pacientes fueron incluidos. Los pacientes con respuesta favorable (responden) fueron 32 (74%), aquellos con respuesta incompleta (no responden) fueron 10 (26%). Se realizó un análisis bivalente que demostró diferencias significativas en la variación del porcentaje del SUV entre los dos grupos ($p=0,012$). Mediante regresión logística se obtuvo un modelo predictivo del tipo de respuesta patológica al tratamiento radio-quimioterápico con una acertividad del 86%. El punto de inflexión de la variable fue calculado mediante curva de ROC en el 70% de la variación del SUV, con un valor de sensibilidad del 75% y especificidad del 86%.

Conclusiones

Con nuestro estudio hemos evidenciado que la variación en porcentaje del SUV posee un importante valor predictivo, con el fin de establecer la respuesta patológica en pacientes con cáncer del recto localmente avanzado sometidos a tratamientos radio-quimioterápicos.

EXPERIENCIA DE UN CENTRO ONCOLÓGICO DE GIST GASTRO-DUODENALES REALIZADAS POR VÍA ROBÓTICA

Riccardo Caruso¹, Emilio Vicente¹, Yolanda Quijano¹, Hipolito Duran¹, Eduardo Diaz¹, Isabel Fabra¹, Riccardo Caruso¹, Luis Malavé¹, Valentina Ferri¹, Laura Gomez¹

¹. Hospital Universitario Sanchinarro, Madrid

Objetivo

La cirugía duodenal vía robótica se ha desarrollado con la finalidad de mejorar la calidad quirúrgica y superar las limitaciones de la cirugía laparoscópica, aportando una visión en tres dimensiones, mayor libertad de los movimientos del instrumental quirúrgico y una eliminación del temblor. Existen en la actualidad solo 2 series en la literatura relacionadas con el abordaje robótico. El objetivo de este trabajo es presentar los resultados de nuestra serie de GIST resecaos con asistencia robótica

Material y Métodos

Se trata de un estudio retrospectivo (Enero 2010 hasta Marzo 2015) de una serie de GIST duodenales. Se recogieron las características demográficas de los pacientes, tipo de intervención, datos perioperatorios, evolución postoperatoria y seguimiento posterior.

Resultados

Se realizó cirugía robótica en 6 pacientes con edad media de:

Se realizaron 2 gastrectomías subtotales, 1 gastrectomía segmentaria y 3 enucleaciones duodenales. El tamaño tumoral media ha sido de 3,9 cm (rango 2,4-5,5 cm).

No hubo conversión en ningún procedimiento. El tiempo medio quirúrgico fue de 245 min (150-540). La media de unidades de concentrado de hematíes transfundidas fue de 0.4 (rango: 0-2 unidades). La estancia total hospitalaria fue de 10.5 días (6-24). No hubo ninguna complicación

Conclusiones

Consideramos que la cirugía de resección de los GIST gastro duodenales vía robótica es factible y segura.

SHOCK HEMORRÁGICO SECUNDARIO A ROTURA DE LIPOSARCOMA DESDIFERENCIADO RETROPERITONEAL

A. García García¹, I. Jaen Torrejimenó¹, D. Lpez Guerra¹; G. Blanco Fernández¹

¹. Servicio Cirugía Hepatobiliar. Complejo Hospitalario Infanta Cristina. Badajoz.

Objetivos: Los sarcomas retroperitoneales son un grupo raro y heterogéneo de tumores malignos. Presentamos el caso de liposarcoma retroperitoneal que debutó con hemorragia intratumoral y retroperitoneal masiva.

Material y Método: Varón 27 años sin AP de interés que ingresó urgente por dolor abdominal súbito y síncope, signos de shock y peritonismo. Tras estabilización inicial en UCI, se realiza TC que revela hemoperitoneo masivo y gran masa abdominal con zonas de necrosis que desplaza páncreas y estómago, comprime lóbulo hepático izquierdo y vena cava, y engloba la salida del tronco celiaco.

Se decide IQ programada, previa embolización arterial de la masa, pero 48 horas después presenta nuevo episodio de shock hipovolémico requiriendo cirugía urgente, objetivándose hemoperitoneo masivo por hemorragia intratumoral. Se realiza extirpación tumoral, que se encuentra apoyada sobre el tronco celiaco impresionando de infiltración.

Resultados: Tras intervención quirúrgica(IQ) presentó buena evolución siendo alta al 7º DPO. AP: liposarcoma desdiferenciado grado III(estadio pT2bNO) con bordes afectos. Actualmente en tratamiento QT por persistencia de enfermedad en tronco celiaco, pendiente IQ para resección de lesión residual y tronco celiaco por infiltración local.

Conclusión: Los liposarcomas desdiferenciados son un subtipo de liposarcoma con alto grado de malignidad por su elevada tasa de recurrencia local.

Debutan con dolor abdominal inespecífico, síndrome constitucional, obstrucción intestinal o compresión ureteral por invasión o compresión de estructuras adyacentes. La presentación con shock hipovolémico por hemorragia masiva es infrecuente.

Los factores pronósticos incluyen el tamaño, grado, subtipo histológico y resección del tumor con márgenes libres

El tratamiento de elección es la resección con márgenes libres. Por ello, muchos estudios recomiendan una resección en bloque del tumor incluyendo estructuras adyacentes en contacto o invadidas por el tumor.

El papel de la quimiorradioterapia no está claro, aunque la radioterapia intraoperatoria puede desempeñar un papel importante en la erradicación de enfermedad microscópica residual

MASA ABDOMINAL DE RÁPIDO CRECIMIENTO: TUMOR DEL SENO ENDODÉRMICO

A. García García¹, D. López Guerra¹; JA Flores García¹, M. López Macías²; J. Santos Naharro¹ G. Blanco Fernández¹

¹. Servicio Cirugía Hepatobiliar. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

². Servicio Anatomía Patológica. Hospital Infanta Cristina. Badajoz.

Objetivos

El tumor del seno endodérmico es un raro tumor maligno derivado de las células germinales, caracterizado por rápido crecimiento. Su pronóstico ha mejorado pudiéndose obtener remisiones completas tras cirugía radical y poliquimioterapia. Presentamos un caso acontecido recientemente en nuestro hospital.

Material y Método

Varón 33 años sin antecedentes de interés. Acude a urgencias por dolor abdominal generalizado de 5 días de evolución, vómitos, fiebre 38,5°C y pérdida peso 20kg.

Exploración: masa móvil, dolorosa a la palpación en hemiabdomen derecho. Analítica destaca LDH 1400.

TAC: masa retroperitoneal de 21cm diámetro con áreas de necrosis desplazando duodeno y páncreas, comprime vía urinaria derecha sin dilatación vía excretora y engloba aorta y sus ramas que permanecen permeables. Ascitis. Adenopatías Múltiples. Lesiones hepáticas hipodensas sugestivas de metástasis.

RMN: Compresión en ángulo pancreatoduodenal con dilatación de colédoco de 11mm.

PAAF compatible con tumor de seno endodérmico, no pudiendo descartarse tumor germinal mixto(Ca. Saco vitelino).

Doppler testicular sin evidencia de lesiones focales.

Marcadores AFP 31417, Ca 125 71, HCG 0,2 Resto normal.

Resultados

Realiza tratamiento quimioterápico, presentando neutropenia febril a pesar de factores estimuladores de colonias, síndrome lisis tumoral y trombosis iliaca iniciando anticoagulación. AFP desciende 2896.

Ante la buena respuesta, se propone rescate quirúrgico con resección completa de masa retroperitoneal. AP: respuesta completa patológica. Postoperatorio presenta linforrea tratada con ag de cadena media.

Actualmente asintomático con ausencia de recidiva al año.

Conclusión

Tumor de seno endodérmico ocupa el segundo lugar de los tumores malignos de células germinales. Generalmente son asintomáticos, destacando como síntomas iniciales dolor abdominal y masa palpable de rápido crecimiento.

Deriva de un tumor embrionario multipotencial después de diferenciarse hacia la estructura del saco vitelino. Igual que el saco vitelino, el tumor posee abundante alfafetoproteína siendo útil en el seguimiento.

La cirugía junto con nuevos esquemas quimioterápicos permite alcanzar una alta supervivencia.

HEPATOTOXICIDAD TARDÍA: UNA COMPLICACIÓN MAL CONOCIDA DE LA RADIOEMBOLIZACIÓN

L. Gutiérrez Sanz¹, J. Cardona Arbonies², A. Prieto Soriano², A. García Suarez³, R. González Costero³, S. Méndez Alonso³, M. Mitjavila Casanovas², A. Ruiz Casado¹, A. Villalba Gutiérrez³, V. Sanchez Turrión⁴.

Servicio de Oncología Médica¹, Servicio de Medicina Nuclear², Servicio de Radiología Intervencionista³, Servicio de Cirugía General⁴ del Hospital Universitario Puerta de Hierro, Majadahonda, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La radioterapia intrarterial selectiva (SIRT) o radioembolización, permite el tratamiento local de las metástasis hepáticas del cáncer colorrectal (MHCCR) mediante microesferas de Ytrio-90. Aunque su uso como tratamiento de rescate en enfermedad hepática quimio-refractaria está establecido, el uso progresivo en estadios más precoces (1ª-2ª línea), podría conducir a toxicidades tardías no bien identificadas. La enfermedad hepática radioinducida consiste en un síndrome de obstrucción sinusoidal que aparecería típicamente a las 4-8 semanas post-radioembolización. La hipertensión portal (HTP) está comunicada como un hallazgo radiológico sin consecuencias en el 28% de los casos a los que se realiza un tratamiento bilobar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una revisión retrospectiva de los 17 casos que seguimos en nuestro centro tras radioembolización de MHCCR. Se recogen variables clínicas, anatomopatológicas, tratamientos previos y posteriores recibidos. Se hace una valoración radiológica de los casos buscando de forma expresa signos de HTP.

RESULTADOS

En 4 casos hay hepatotoxicidad que aparece 4-11 meses tras radioembolización (microesferas-resina). Todos recibieron quimioterapia tras la radioembolización. Un paciente había recibido 3 líneas previas, 3 pacientes 1 línea previa (FOLFOX-6). En los cuatro casos hubo empeoramiento radiológico comparado con las imágenes previas a la radioembolización y otros signos de HTP: varices esófago-gástricas, ascitis, hiperbilirrubinemia -leve en la mayor parte de los casos- e hipoalbuminemia. En uno de los pacientes limitó la posibilidad de tratamiento posterior y se consideró la causa de muerte.

CONCLUSIONES

La hepatotoxicidad tras radioembolización podría ser más frecuente de lo que se ha descrito y sobre todo más tardía. La administración de quimioterapia tras la SIRT podría incrementar el riesgo de desarrollar HTP, por lo que quizás habría que reducir las dosis de Ytrio-90. Las implicaciones para una posible cirugía hepática posterior, exigen que los radiólogos presten atención a los signos que indiquen HTP y que pudieran contraindicar una hepatectomía.

FEOCROMOCITOMA EN GLÁNDULA SUPRARRENAL DE LOCALIZACIÓN ATÍPICA

E. Sanchiz Cárdenas, R.Soler Humanes, CP, Ramirez Plaza, FJ. Moreno Ruiz, I.Machado Romero, JA. Perez Daga, A. Gonzalez Sanchez, A. Del Fresno Asensio
Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Quirón, Málaga

INTRODUCCIÓN

Las glándulas suprarrenales son dos estructuras retroperitoneales, la derecha de forma triangular y la izquierda de forma semilunar, ambas están situadas encima de los riñones. Sus variantes anatómicas son excepcionales, existiendo pocos casos descritos en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de una paciente de 34 años diagnosticada de tumor cromafín retroperitoneal en contexto de estudio de hipertensión arterial, cefalea y palpitaciones. En las pruebas complementarias presentaba elevación de catecolaminas en orina de 24 horas y a nivel radiológico una tumoración de diámetros máximos de 47x28x31mm, delimitada medial a la cava y en la encrucijada entre el trípode celíaco, la arteria renal derecha y la aorta, con realce heterogéneo y áreas de aspecto quístico en su interior, sugestiva de paraganglioma.

RESULTADOS

Se interviene quirúrgicamente mediante laparotomía media, evidenciándose durante el acto quirúrgico que la tumoración depende de la glándula suprarrenal derecha, que presenta una localización anatómica atípica, consistiendo en su localización medial a la cava inferior, con vena suprarrenal procedente de la cara posterior de la cava.

CONCLUSIONES

El feocromocitoma y paraganglioma son tumores cromafines que derivan de la cresta neural, con capacidad para producir catecolaminas. Pese a que las variaciones anatómicas en relación a las glándulas suprarrenales son poco frecuentes, es preciso tenerlas en cuenta en el diagnóstico diferencial de los tumores retroperitoneales neuroendocrinos secretores de catecolaminas.

HEPATECTOMÍA DERECHA IN SITU POR METÁSTASIS DE GIST TRAS 15 AÑOS DE RESECCIÓN DEL TUMOR PRIMARIO

R. Soler Humanes, E. Sanchiz Cárdenas, CP.Ramírez Plaza, JA. Pérez Daga, I. Machado Romero, F.J. Moreno Ruiz, A.González Sánchez, A. Del Frenso Asensio.
Servicio de Cirugía General y Ap. Digestivo. Hospital Quirón Málaga.

INTRODUCCIÓN

Las metástasis hepáticas secundarias a tumores del estroma gastrointestinal (GIST) suelen ocurrir entre 16 y 38 meses después de la resección del tumor primario. La resección hepática de las metástasis es el tratamiento de elección, en los casos en que ésta puede ser completa.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso de un paciente con metástasis hepática secundaria a GIST gástrico intervenido 15 años antes. Se trataba de una metástasis única de unos 16cm de diámetro mayor y que ocupaba prácticamente todo el lóbulo hepático derecho, estando en íntimo contacto con el diafragma.

RESULTADOS

Se realiza hepatectomía derecha "in situ" con CUSA y Aquamantis preservando todo el trayecto de la vena hepática media y seccionando el pedículo hepático derecho durante la transección con endoGIA, así como la vena suprahepática. Se reseca también una pastilla diafragmática.

La anatomía patológica fue compatible con tumor del estroma gastrointestinal (GIST).

CONCLUSIONES

El hígado es el lugar más común de metástasis de tumores del estroma gastrointestinal. La valoración por un equipo multidisciplinar es fundamental tanto para el tratamiento curativo como paliativo de estos pacientes. La combinación de la cirugía junto con los inhibidores de la tirosin-kinasa es el tratamiento más eficaz para los pacientes con GIST con metástasis hepáticas.

HEPATECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS DE CÁNCER COLORRECTAL: RESULTADOS A CORTO PLAZO

M Casellas-Robert, E Castro, S López-Ben, M Albiol, L Falgueras, A Codina-Barreras, J Gil, E García-Moriana, J Figueras, A Codina-Cazador.
Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona

Introducción y Objetivo

Estudiar los resultados de la hepatectomía laparoscópica (HL) en el tratamiento de las metástasis hepáticas de cáncer colorrectal (MHCCR) desde la implantación de la técnica en nuestro hospital.

Material y método

Se han registrado de forma prospectiva los pacientes con MHCCR tratados con una HL. Se analiza el tipo de resección, el tiempo quirúrgico, las pérdidas contabilizadas, los márgenes quirúrgicos, las complicaciones y la estancia hospitalaria

Resultados

Desde el año 2010 se han realizado 83 HL para MHCCR a nuestro servicio, 57 hombres y 26 mujeres, con 66 años de media de edad. La mediana de IMC de la serie es de 26.25 y del total, 64 pacientes son ASA III.

La cirugía realizada fue en 44 casos una resección limitada, en 20 casos una bisegmentectomía y en 19 casos una hepatectomía mayor. La tasa de reconversión es del 13.3%.

La mediana de tiempo quirúrgico fue de 300 minutos (130-600 minutos) y se han contabilizado unas pérdidas medianas de 345 ml (9-2180 ml). Siempre se ha requerido de clampaje, de mediana de 37 minutos.

Han presentado complicaciones 29 pacientes, 18 de los cuales leves (clasificación de Dindo-Clavien, I-II). En 4 casos se ha detectado una fístula biliar y en 8 abscesos en el lecho de resección. Se han reoperado 2 pacientes y se ha registrado un caso de mortalidad postoperatoria por insuficiencia hepática.

La estancia hospitalaria ha sido de 4 días de mediana.

Conclusión

En términos de morbi-mortalidad postoperatoria, la HL es un tratamiento seguro para las MHCCR.

MASA RETROPERITONEAL GIGANTE

E. Barzola Navarro¹, A. García García¹, D. Lopez Guerra¹, A. Prada¹, F. Galeano¹, F. Botello¹, Fernández¹, O. López¹, G. Blanco Fernández.¹

Complejo Hospitalario Universitario Badajoz. Servicio de Cirugía hepatobiliopancreática .

Introducción

Los liposarcomas retroperitoneales son tumores de origen mesenquimal que continúan siendo un reto desde el punto de vista diagnóstico, evaluación clínica y tratamiento. La variante histológica se considera un factor pronóstico de recurrencia, no obstante la extirpación quirúrgica completa garantiza excelentes resultados.

Material y métodos

Se presenta el caso clínico un paciente intervenido por una masa retroperitoneal gigante compatible con liposarcoma.

Paciente masculino de 49 años con APP de HTA que presenta aumento de volumen y dolor en región inguinal izquierda, valorado en la consulta de cirugía mayor ambulatoria es intervenido de hernia inguinal, realizándose hernioplastia. Al mes de la cirugía continua con molestias en dicha región y refiere además dolor hacia región lumbar; a la exploración física, presenta nuevo aumento de aumento de volumen en la región inguinal, se solicita ecografía abdominal encontrándose masa de origen retroperitoneal, se completa estudio con TC abdominal que evidencia tumoración retroperitoneal de 36x28 cm. que desplaza el riñón izquierdo sin infiltrarla y el colon (figura 1). Se realiza PET-CT no se evidencia lesiones a otros niveles. Con sospecha de liposarcoma retroperitoneal gigante se valora en comité de tumores y se decide intervención quirúrgica. Se realiza laparotomía exploradora con resección completa de la lesión, que incluyó resección de parte del colon transversal hasta colon sigmoidees y nefrectomía izquierda. Cursó un postoperatorio sin incidencias, la anatomía patológica dio como resultado un liposarcoma desdiferenciado con estroma mixoide de 41x 32cm, G2, pT2b, MDM2 positiva. Con márgenes quirúrgicos libres de tumor. En estudios de seguimiento tras 18 meses de evolución no se evidencia signos de recidiva local

Discusión y conclusiones

Existen pocos casos publicados de liposarcomas retroperitoneales considerados como gigantes. En nuestro caso realizó la resección completa del tumor e incluyó la resección multiorgánica de órganos vecinos, en este caso la conducta quirúrgica agresiva está justificada ya que se considera la cirugía completa como el factor predictor más importante de recurrencias y supervivencia.

HEPATECTOMÍA LAPAROSCÓPICA PARA EL TRATAMIENTO DEL HEPATOCARCINOMA: EVALUACIÓN DE LOS PRIMEROS RESULTADOS

M Casellas-Robert, L Falgueras, S López-Ben, M Albiol, E Castro, A Codina-Barreras, J Gil, C Codony, J Figueras, A Codina-Cazador.
Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona

Introducción y Objetivo

Estudiar los resultados de la hepatectomía laparoscópica (HL) en el tratamiento del hepatocarcinoma (HC) desde la implantación de la técnica en nuestro hospital.

Material y método

Se han registrado de forma prospectiva los pacientes con HC tratados con una HL. Se analiza el tipo de resección, el tiempo quirúrgico, las pérdidas contabilizadas, los márgenes quirúrgicos, las complicaciones y la estancia hospitalaria.

Resultados

Desde el año 2010 se han realizado 23 HL por HC en nuestro servicio, 20 hombres y 3 mujeres, con 64 años de media de edad. La mediana de IMC de la serie es de 27.1 y del total, 19 pacientes son ASA III. 12 pacientes son cirróticos.

La cirugía realizada fue en 19 casos una resección limitada, en 2 casos una hepatectomía izquierda y en 2 casos una segmentectomía lateral. Sólo se ha reconvertido en vía abierta en una ocasión.

La mediana de tiempo quirúrgico fue de 335 minutos (135-480 minutos) y se han contabilizado unas pérdidas medianas de 395 ml (9-2180 ml). En 18 de los casos se ha requerido de clampaje (16 hiliares, 2 segmentarios).

Los márgenes quirúrgicos son de mediana de 0.9 cm.

Han presentado complicaciones menores 11 pacientes pero éstas han sido leves en 10 de ellos (clasificación de Dindo-Clavien, I-II). Se ha registrado una complicación IVb secundaria a una neumonía. No se ha reintervenido ningún paciente y no hay mortalidad postoperatoria.

La estancia hospitalaria ha sido de 4 días de mediana

Conclusión

La HL es un tratamiento seguro en términos de morbi-mortalidad postoperatoria para el tratamiento del HC.

DIFICULTADES ANATÓMICAS EN LA RESECCIÓN COLORRECTAL LAPAROSCÓPICA DE TUMORES COLORRECTALES

Eduardo Enrique Rubio González, Guillermo Supelano Slait, Lorena Brandariz Gil, Julia Bernal Tirapo, Danae Gil-Diez, Anisa Nutu, Teresa Butron Vila, Javier Guadarrama González, Manuel Ortiz Aguilar, Eduardo Ferrero Herrero, Manuel Lomas Espadas.

Servicio de Cirugía Digestivo B, Hospital Universitario 12 de Octubre, Madrid, España.

Introducción

La cirugía laparoscópica colorrectal está asociada a una pausada curva de aprendizaje más prolongada que para la colecistectomía laparoscópica, el principal cambio en contra de la cirugía colorrectal es la necesidad de retraer, disecar, controlar la hemorragia, suturar si es necesario y controlar instrumentos en un espacio pequeño de visión, aunque esto no siempre es posible.

Objetivo

Describir cuatro casos en los que las dificultades técnicas anatómicas dificultaron la disección pélvica. Todos varones.

- **Caso 1:** Varón de 52 años con trasplante renal en FID que presentaba diverticulitis y Polipo en colon izquierdo. La disección fue muy difícil al realizar la sigmoidectomía por la dificultades técnicas por el riñón trasplantado.
- **Caso 2:** Varon de 56 años con trasplante renal en FID, presentaba neoplasia de la unión rectosigmoidea, la disección fue compleja para acceder a la pelvis y por la disposición de los trócares dificultando la triangulación.
- **Caso 3:** Varón de 67 años con neoplasia sincrónica de unión rectosigmoidea y de recto medio, la neoplasia de la unión rectosigmoidea caía hacia la pelvis y dificultaba la disección de la neoplasia rectal distal.
- **Caso 4:** Varón de 82 años que presento diverticulitis con peritonitis que fue tratada con procedimiento de Hartmann, al restablecer el tránsito hubo dificultades técnicas porque el paciente presentaba un riñón ectópico en la pelvis izquierda dificultado la disección.

Conclusiones

Los Cirujanos que comienzan en cirugía laparoscópica deben de seleccionar sus casos, y aunque la sigmoidectomía es la técnica más sencilla no está exenta de dificultades. Sobre todo en éstos casos la dificultad radica en la triangulación de las pinzas.

HEPATOCARCINOMA ASOCIADO A CANCER DEL TRACTO DIGESTIVO: UNA ASOCIACIÓN POCO FRECUENTE

Eduardo Enrique Rubio González, Guillermo Supelano Slait, Lorena Brandariz Gil, Julia Bernal Tirapo, Danae Gil-Diez, Teresa Butron Vila, Javier Guadarrama González, Eduardo Ferrero Herrero, Javier García Borda, Manuel Lomas Espadas.

Hospital Universitario "12 de Octubre", Servicio de Cirugía "B", Madrid, Spain.

Introducción

Hepatocarcinoma Sincronico (HS) asociado a cánceres del tracto digestivo es una entidad esporádica en Japón, donde existe la prevalencia más elevada. Existe poca literatura sobre el diagnóstico y el manejo de éstos casos..

Objetivo

Presentar dos casos de HS asociado a cáncer del tracto digestivo.

- **Caso 1:** Varon de 76 años con anemia, diabetes and revascularización coronaria. En el estudio endoscópico se objetivó una masa gástric, en el TC se identificó una masa gástrica asociada a una LOE hepática compatible con metástasis versus hepatocarcinoma. El paciente fue intervenido y se encontró un tumor gástrico posterior y una LOE hepática de 5 cm, una gastrectomía total + linfadenectomía D2 modificada + una lobectomía izquierda fueron realizadas. Se realizó una reconstrucción Y de Roux. El informe histopatológico mostró un adenocarcinoma gástrico tipo intestinal (Lauren) con invasión parietal y metástasis en 10 de of 26 ganglios resecados. Márgenes radial, proximal and distal libres de Neoplasia. pT2bN2M0. La LOE hepática fue diagnosticada de hepatocarcinoma. El paciente tuvo una sobrevida de 14 meses, y tuvo una recurrencia peritoneal ganglionar y pulmonar.

- **Caso 2:** Varon de 74 años con anemia y masas cecal que se biopsia y es una adenocarcinoma, se identifica en el estudio de extensión masa hepática de 5 cm en segmento 6 compatible con metástasis, se lleva a quirófano y se identifica masa cecal y LOE hepática, se realiza hemiolectomía derecha oncológica y resección del segmento 5-6, el paciente es dado de alte al 8 día, la AP mostró un adenocarcinoma de colon pT3N0 y un hepatocarcinoma, el paciente mantiene una supervivencia de 36 meses y actualmente está sin enfermedad.

Conclusiones

En paciente con neoplasias digestivas avanzadas el HS pasa a segundo plano ya que tiene un comportamiento menos agresivo que el primario del tracto digestivo y esto último quizás repercute en la supervivencia.

SEGMENTECTOMÍA III LAPAROSCÓPICA POST-CIRUGÍA HEPÁTICA EXTREMA

C. Codony¹, S. López-Ben^{1,2}, J. Figueras^{1,3}, A. Codina-Barreras¹, M. Albiol^{1,2}, L. Falgueras^{1,2}, E. Castro^{1,2}, M. Casellas¹, J. Gil¹, E. García-Moriana¹

¹. Hospital Universitari Doctor Josep Trueta. Girona.

². Facultat de Medicina. Universitat de Girona, Girona.

³. Facultat de Medicina. Universitat de Barcelona. Barcelona.

Objetivos:

Se muestra la resolución quirúrgica por vía laparoscópica de un caso de resección de segmento III hepático post-cirugía hepática extrema.

Material y Método:

La paciente a quién se practicó la cirugía tenía 56 años de edad y presentaba antecedentes de adenocarcinoma de sigma con metástasis hepáticas en la confluencia hepatocaval. Se planteó abordaje inverso iniciándose quimioterapia neoadyuvante y embolización portal derecha preoperatoria. El 3/11/14 se realizó cirugía hepática extrema (hepatectomía derecha ampliada al IVB + resección 3 venas suprahepáticas + sustitución vena cava por prótesis PTFE) sin complicaciones.

El 11/6/14 se realizó hemicolectomía izquierda laparoscópica también sin complicaciones.

Durante los controles (TC y PET) se detectó recidiva de una metástasis única en el segmento III que anteriormente había respondido a la quimioterapia.

En comité multidisciplinar se decidió intervención quirúrgica de la metástasis hepática, realizándose el 8/6/15 por vía laparoscópica y mostrándose en el vídeo.

Se utilizaron 4 trócares (Hasson supraumbilical, 12mm pararectal izquierdo, 12mm subcostal izquierdo y 5mm epigástrico). Se liberaron las adherencias. Se localizó la lesión en el segmento III por ecografía y se marcaron los límites de resección. Se realizó la transección laboriosamente por el hecho de no poder realizarse la maniobra de Pringle. Se resolvió con cinta a modo de tracción ("hanging manoeuvre"). Finalmente se utilizó endograpadora para finalizar la transección. Se extrajo la pieza con bolsa a través de incisión de Pfannenstiel.

La paciente no presentó complicaciones postoperatorias siendo alta el 3r día postquirúrgico.

Resultados y conclusión:

La cirugía hepática laparoscópica es una técnica difícil que está popularizándose por sus excelentes resultados postoperatorios (menor infección del sitio quirúrgico y menor estancia hospitalaria). En el caso que se presenta hay múltiples adherencias y es imposible realizar una maniobra de Pringle debido a la cirugía previa. Se trata de una cirugía de alta complejidad que requiere de múltiples recursos laparoscópicos para resolverse.

SELLADO DE MUÑÓN PANCREÁTICO CON AQUAMANTYS® EN PANCREATECTOMÍAS DISTALES. ANÁLISIS DE NUESTRA SERIE Y PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Soler Humanes, R; Sanchiz Cárdenas, E; Ramírez Plaza, CP; Pérez Daga, JA; Machado Romero, I; Moreno Ruiz, FJ; González Sánchez, AJ; Fresno Asensio, A.
Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo. Hospital Quiron Málaga.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La fístula pancreática es una de las complicaciones más importantes que conllevan las resecciones pancreáticas. Su frecuencia está en torno al 3% en las duodenopancreatectomías cefálicas y por encima del 35% en las pancreatectomías distales.

El objetivo de este trabajo es presentar una nueva alternativa para el sellado del muñón pancreático en las pancreatectomías distales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta nuestra serie de pancreatectomías distales en las cuales se ha utilizado para realizar la sección pancreática el sistema Aquamantys®, que combina la energía de la radiofrecuencia con una solución salina, proporcionando así un sellado hemostático.

RESULTADOS

Se ha realizado la transección pancreática en 8 pancreatectomías distales utilizando el sistema Aquamantys®. Tan sólo ha habido un caso de fístula pancreática, siendo ésta de bajo débito.

CONCLUSIONES

La sección pancreática, que clásicamente se ha realizado con ligadura del ducto principal y sutura del tejido del muñón pancreático obtenía una tasa de fístula elevada. Otra opción es la sección con grapadora del parénquima y más recientemente la sección con el bisturí ultrasónico. Además se han usado distintos productos como fibrina o prolamina para sellar el ducto del muñón pancreático siempre con el objetivo de reducir la tasa de fístula. Existen distintas series con gran disparidad de datos que no permiten establecer ninguna conclusión sobre cuál es el mejor método. En nuestra serie, la sección fue realizada con el sistema Aquamantys® y sólo ha habido un caso de fístula, pero aún se necesita una serie mayor para poder recomendar su empleo sistemático.

CANCER GÁSTRICO: ¿INFLUYE LA EDAD DEL PACIENTE EN LOS RESULTADOS DE LA CIRUGÍA?

C. Navarro Moratalla, J. Puche Pla, M. Bruna Esteban, I. Grifo, S. Jareño, A. de Andrés, A. Vázquez Prado, M. Oviedo Bravo.

Hospital General Universitario. Valencia

INTRODUCCION Y OBJETIVOS

La edad de los pacientes sometidos a cirugía por cáncer gástrico ha ido incrementándose con los años, suponiendo mayor riesgo quirúrgico por las patologías asociadas. Valoramos si existen diferencias en las complicaciones, mortalidad y supervivencia de los pacientes añosos respecto a más jóvenes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de 246 pacientes intervenidos entre Enero 2005 y Diciembre 2014, dividiendo la serie en 2 grupos: A < 70 años y B: > 70. Se estudian datos preoperatorios, perioperatorios, morbilidad y seguimiento.

RESULTADOS

Componen el grupo A 128 pacientes y 118 el B, siendo ASA 3/4 el 37,5% del A y 66,2% del B. El 22,7% del A y 8,5% del B recibieron neoadyuvancia.

La cirugía con intención curativa fue del 77,9% en A y 70,1% en B, realizándose gastrectomía total en 33,6% del A y en 28% del B, con 65,6% de linfadenectomía D2 modificada en A y 45,9% en B. No hubo diferencias en el estadio tumoral (39% III/IV en ambos).

La morbilidad postoperatoria fue del 35,2% en A y 45,8% en B. No hubo diferencias en las complicaciones, con tasas de dehiscencia, reintervención e infección postquirúrgica similar. Hubo diferencias en HDA postquirúrgica, mayor en B (16,1%) que en A (6,3%). No hubo diferencias en la estancia hospitalaria y la mortalidad a los 3 años de la intervención (39,1% en A y 44,1% en B). El ILE fue de 24 meses en A y 23 en B.

CONCLUSIONES

La edad se asocia a mayor riesgo quirúrgico pero la morbilidad tras cirugía de cáncer gástrico es similar en pacientes jóvenes y añosos. A pesar de no existir diferencias en el estadio tumoral, se realizaron mayor número de cirugías con intención curativa, gastrectomías totales y linfadenectomías más extensas en los pacientes más jóvenes sin que haya supuesto un incremento significativo en la supervivencia a medio plazo.

Primer autor: Carla Navarro Moratalla. carlav.navarro@gmail.com

TUMOR MALIGNO GASTRICO DEL ANTROPÍLORO. ¿ESTA INDICADA LA GASTRECTOMÍA SUBTOTAL EN TODOS LOS CASOS?

M. Bruna Esteban, C. Navarro Moratalla, J. Puche Pla, C. Basés Valenzuela, I. Grifo Albalat, M. Oviedo Bravo, A. Vázquez Prado.
Hospital General Universitario de Valencia

INTRODUCCIÓN

La técnica quirúrgica en tumores malignos del antro gástrico depende del tipo histológico y estadio, siendo controvertida la indicación de gastrectomía subtotal (GST) en los adenocarcinomas difusos y tamaño elevado. Evaluamos los resultados de esta técnica como tratamiento con intención curativa en estos tumores

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio en 72 pacientes con neoplasia gástrica antropilórica sometidos a GST con linfadenectomía e intención curativa entre 2005 y 2014. Se descartaron los casos que no se consiguió la extirpación curativa del tumor y se analizaron los resultados según el tipo histológico (intestinal: grupo I o difuso: grupo D), valorando el preoperatorio, perioperatorio, histología, morbimortalidad y seguimiento.

RESULTADOS

La mediana de edad fue de 70 años, siendo el 41,7% ASA 3. El 55,6% de los tumores fueron de tipo intestinal y el 44,4% del tipo difuso. Recibieron neoadyuvancia el 53% del grupo I, frente al 51% del D.

Eran T3/T4 el 70 % de casos del grupo I frente al 65,5% del D. La mediana de ganglios aislados fue de 18 en el grupo I y 17 en el D y la de ganglios afectos fue de 4 en el I y 6 en el D.

El número de recidivas locorregionales fue del 12,5% en el I y 15,6 en el D.

No hubo diferencias en las complicaciones postoperatorias, salvo en el diagnóstico de absceso intraabdominal, más frecuente en el D (12,5%). La mortalidad al año de la intervención fue del 25% en el grupo D y 10% del grupo I y del 37,5% y 25% respectivamente a los 3 años, cifras inferiores a los pacientes sometidos a una gastrectomía total.

CONCLUSIONES

La GST con linfadenectomía D2 modificada es una técnica aceptada en el tratamiento del cáncer gástrico de localización antral, con menor supervivencia en carcinoma difuso frente al intestinal y resultados de recidiva locorregional semejantes.

Marcos Bruna Esteban. drbruna@comv.com

EVOLUCIÓN DE LOS RESULTADOS DE LA CIRUGÍA DEL CÁNCER GÁSTRICO

Carla Navarro Moratalla, José Puche Pla, Marcos Bruna Esteban, Isabel Grifo, Sara Jareño, Alejandra de Andrés, Antonio Vázquez Prado, Miguel Oviedo Bravo.

Servicio de Cir. Gen. y del Aparato Digestivo. Consorcio Hospital General Universitario de Valencia

OBJETIVOS

Las características de los tumores y de los pacientes sometidos a cirugía por cáncer gástrico han evolucionado con el paso de los años, habiéndose ampliado ciertos criterios de operabilidad y reseccabilidad en relación al avance de las técnicas quirúrgicas

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo, descriptivo, analítico y comparativo sobre una muestra de 246 pacientes intervenidos por neoplasia gástrica en nuestro centro entre enero de 2005 y diciembre de 2014. Dividimos la serie en 2 grupos en base al período de tiempo en que fueron intervenidos (grupo A: desde 2005 a 2009 y grupo B: desde 2010 a 2014). Se recopilaron datos del tratamiento preoperatorio, riesgo quirúrgico, período perioperatorio, así como estancia hospitalaria, morbimortalidad y seguimiento posterior, analizando las diferencias entre los grupos con ayuda del programa SPSS® v.20.0

RESULTADOS

Un total de 145 pacientes se incluyeron en el grupo A y 101 en el B. La mediana de edad fue de 68 y 67 años respectivamente. Los pacientes del grupo B asociaban un mayor porcentaje de comorbilidades, siendo el 58,9% del grupo B calificados como ASA 3/4 frente al 43,8% del grupo A ($p=0,11$).

Un 27,7% de los pacientes recibieron neoadyuvancia en el segundo período evaluado frente al 7,5% del primero ($p<0,01$).

La cirugía se realizó con intención curativa en más del 70% de los pacientes en ambos grupos ($p=0,36$), siendo la gastrectomía parcial la técnica quirúrgica predominante (grupo A 50,4% y grupo B 48,2%). En relación a la linfadenectomía realizada, la más frecuente fue la tipo D2 modificada (58,1% del grupo A frente a un 64,1% del grupo B, $p<0,01$).

El estudio anatómico-patológico no mostró diferencias entre los grupos en el número de ganglios aislados (media de 20 ganglios en el grupo A frente a 17 en el B; $p=0,29$) ni afectos (6 frente a 5 respectivamente; $p=0,36$). El porcentaje de estadios T3/T4 en el grupo A fue de 63,7% y en el B 76,7%.

La morbilidad global fue del 45% (48,6% para el grupo A, 27,7% para el grupo B; $p<0,01$) fundamentalmente a expensas de complicaciones respiratorias (24% y 12% respectivamente, $p=0,016$) y hemorragia digestiva alta (15,1% en el grupo A y 5% en el B, $p<0,01$). La mortalidad global de la serie fue del 27,1%, siendo la mortalidad al año de la intervención superior en el grupo A, con cifras de 40% frente al 20% del segundo grupo ($p<0,01$).

El tiempo de seguimiento medio del grupo A fue de 36 meses y 18 del grupo B. El intervalo libre de enfermedad fue de 26 meses en el A y 16 meses en el B.

CONCLUSIONES

La evolución en los últimos años del tratamiento del cáncer gástrico refleja un aumento en la indicación de terapias neoadyuvantes en relación al incremento del diagnóstico de tumores localmente más avanzados. En los periodos más actuales, los pacientes con esta patología presentan mayor número de comorbilidades asociadas y son sometidos a cirugías con linfadenectomías más extensas, presentando cifras de morbimortalidad inferiores respecto a los pacientes intervenidos en periodos más antiguos.

ABORDAJE MINIMAMENTE INVASIVO EN EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES GIST: ¿ES MEJOR QUE EL ABORDAJE ABIERTO?

I. Grifo Albalat¹, M. Bruna Esteban¹, J. Pucho¹, C. Navarro¹, M. Oviedo¹, A. Vázquez¹
Consortio Hospital General Universitario de Valencia, Valencia

INTRODUCCIÓN

Los tumores GIST son infrecuentes, siendo la resección quirúrgica el mejor tratamiento curativo en muchos de ellos.

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio sobre una muestra de 25 pacientes intervenidos por tumor GIST en nuestro centro. Dividimos la serie en 2 grupos: grupo A (cirugía abierta) 14 pacientes, grupo CMI (cirugía mínimamente invasiva) 11 pacientes. Recopilamos y analizamos diferentes variables del perioperatorio y evolución posterior.

RESULTADOS

La edad mediana fue 67 años en el grupo A y 71 en el CMI. La localización más frecuente fue el estómago en un 68%. La mediana del tamaño tumoral fue 9.6 cm en el grupo A y 5.3 cm en el grupo CMI ($p=0.027$). El tiempo quirúrgico fue de 137 minutos en el grupo A y 111 minutos en el grupo CMI, sin diferencias estadísticas.

La anatomía patológica mostró la cápsula íntegra en el 78% de los casos del grupo A y en un 90% de los casos de CMI. El número medio de mitosis por cada 5 campos de aumento fue de 10 en el grupo A y de 6 en el de CMI

La mediana de la estancia hospitalaria fue de 8 días en el grupo A y 5 días en el grupo CMI ($P<0.05$). Un 71 % de los pacientes del grupo A recibieron tratamiento con Imatinib, frente al 18% del grupo CMI ($p=0.01$). Un paciente del grupo CMI falleció por recidiva tumoral.

CONCLUSIONES

Los tumores GIST intervenidos mediante CMI son más pequeños, presentan un tiempo quirúrgico y estancia hospitalaria menor, con un mayor porcentaje de casos resecaados con cápsula íntegra. Así, la CMI es factible y segura como abordaje quirúrgico en el tratamiento de los tumores GIST del tracto digestivo superior.

VACIAMIENTO GANGLIONAR RADICAL MODIFICADO BILATERAL EN EL CARCINOMA MEDULAR DE TIROIDES (CMT). TÉCNICA QUIRÚRGICA

A. de Andrés Gómez, A. Melero, A. Ismail, F. Villalba, J. Precioso, A. Vázquez, C. Navarro, I. Grifo
Hospital General Universitario de Valencia

OBJETIVO

Descripción de la técnica quirúrgica de un vaciamiento ganglionar radical modificado bilateral en paciente con síndrome MEN2a.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 43 años con antecedente familiar de madre afecta de carcinoma medular tiroides (autopsia) ya fallecida por hemorragia cerebral. Intervenida en 2008 de adrenalectomía bilateral laparoscópica por feocromocitoma. Durante años se niega a controles y estudio genético que realiza en 2013 resultando positivo para mutación de la proteína C634Y en protooncogen RET. Esta mutación del gen RET es la más frecuente en el síndrome MEN2a.

La paciente se encuentra asintomática con exploración física cervical anodina y elevación analítica de calcitonina hasta 40 pg/ml. En ecografía se objetivan dos nódulos calcificados: en LTD de 3x3x2mm y en LTI de 6x8x7mm. Presenta TAC de extensión que describe una calcificación única en LTI de 5.7mm. Resultó imposible técnicamente realizar la PAAF del nódulo por ecografía.

RESULTADO

Se realiza tiroidectomía total y se remite lóbulo tiroideo izquierdo para estudio anatomopatológico extemporáneo que confirma CMT. Se realiza entonces vaciamiento central y radical modificado bilateral. En la anatomía patológica definitiva se objetiva un carcinoma medular de tiroides con patrón sólido y se aíslan 27 adenopatías y el timo, todos ellos libres de tumor. Al mes calcitonina <2 pg/ml.

CONCLUSIÓN

El CMT es un raro tumor neuroendocrino que supone entre el 3% y el 5% de los cánceres de tiroides. En su forma hereditaria se relaciona con la mutación del protooncogen RET en línea germinal y se manifiesta como parte de una neoplasia endocrina múltiple (MEN2a). En el CMT familiar debe realizarse una tiroidectomía total con vaciamiento ganglionar central y vaciamiento radical cervical modificado bilateral tal como se muestra paso a paso y señalando los distintos compartimentos cervicales en nuestro vídeo.

RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO DE LAS METÁSTASIS HEPÁTICAS DE ORIGEN NO COLORRECTAL

E Castro, S López-Ben, M Albiol, L Falgueras, A Codina-Barreras, M Casellas-Robert, E García-Moriana, C. Caula, J Figueras, A Codina-Cazador.
Hospital Universitario Dr. Josep Trueta, Girona

Introducción y Objetivo

Evaluar los resultados de la hepatectomía en el tratamiento de las metástasis hepáticas de cáncer no colorrectal (MHCNCR) tratadas en nuestro hospital en los últimos diez años.

Material y método

Se han registrado de forma prospectiva los pacientes con MHCNCR tratados en nuestro centro mediante una hepatectomía. Se analiza el tipo de tumor primario, el tipo de hepatectomía realizada, morbilidad, estancia media, supervivencia global y libre de enfermedad.

Resultados

Desde el año 2005 se han realizado 62 hepatectomías para MHCNCR en nuestro centro, 30 hombres y 32 mujeres, con una edad mediana de 60 años. El grupo más numeroso de casos está representado por las metástasis de tumor neuroendocrino representando el 29'5%, seguidas por las metástasis de sarcomas en un 19'7% y con un 14'8% las metástasis de tumores esofagogástricas. Un 39% de nuestros pacientes habían recibido quimioterapia preoperatoria.

En un 32'8% de los casos la cirugía realizada fue una hepatectomía mayor, presentando una morbilidad del 52'5% pero tan solo un 31'2% de ella era superior a un Clavien II. Con una mortalidad del 3'3%. La estancia hospitalaria presenta una media de 7 días. Desde el año 2005 se han realizado 62 hepatectomías para MHCNCR en nuestro centro, 30 hombres y 32 mujeres, con una edad media de 60 años. El grupo más numeroso de casos está representado por las metástasis de tumor neuroendocrino representando el 29'5%, seguidas por las metástasis de sarcomas en un 19'7% y con un 14'8% las metástasis de tumores esofagogástricas. Un 39% de nuestros pacientes habían recibido quimioterapia preoperatoria.

En un 32'8% de los casos la cirugía realizada fue una hepatectomía mayor, presentando una morbilidad del 52'5% pero tan solo un 31'2% de ella era superior a un Clavien II. Con una mortalidad del 3'3%. La estancia hospitalaria presenta una mediana de 7 días.

Conclusión

La hepatectomía de las metástasis de cáncer no colon y recto, presentan buenos resultados globales siempre que se realice sobre casos seleccionados y discutidos previamente en comités multidisciplinares.

UTILIDAD DE BIOPSIA DE GANGLIO CENTINELA APLICADO AL MELANOMA CUTÁNEO

C. Medina Reynoso, H. Aguado López, A. Sánchez Mozo, D. Córdova García, F.J. Granell Vicent. Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid

Objetivo

Analizar el uso de la biopsia selectiva de ganglio centinela aplicado al melanoma cutáneo. Experiencia de nuestro centro durante 7 años.

Materiales y métodos

Es un estudio retrospectivo, observacional, desde abril 2008 hasta mayo de 2015 incluyéndose todos los pacientes diagnosticados de melanoma.

Del total de 119 pacientes, se realizaron 91 biopsias selectivas de ganglio centinela con ampliación de márgenes de herida quirúrgica previa, siendo clasificados en 50 varones (54,9%) y 41 mujeres (45,1%), con una edad media de 57,2 años.

Resultados

La histología fue: melanoma de extensión superficial 63%, lentigo maligno melanoma 18%, melanoma nodular 9%, lentiginoso acral 6%, melanoma spitzoide 4% y melanoma melTUMP 1%

La localización fue: dorso-lumbar 38%, miembros inferiores 22%, miembros superiores 16%, cabeza y cuello 11%, pie y mano 7% y tórax 6%.

En la linfografía la localización del drenaje fue axilar en 51 casos, inguinal en 25, cervical 11, supraclavicular en 4, y doble en 13 ocasiones.

Tras analizarlos márgenes de la pieza fueron negativos en 90 pacientes y positivos en 1 paciente.

Tras analizar el ganglio centinela: negativos en 78 pacientes y positivos en 13 pacientes.

Se realizaron 13 linfadenectomías: axilar en 4 pacientes, inguinal en 6 pacientes y cervical en 3 pacientes

Tras el seguimiento (29,4 +/- 18,5 meses): 88 pacientes están libres de enfermedad, 2 pacientes han presentado progresión local-ganglionar y 1 paciente presenta progresión a nivel pulmonar.

Conclusiones

Siguiendo los criterios del Protocolo de Melanoma ajustados a las guías internacionales, se ha realizado la Biopsia Selectiva del Ganglio Centinela y la Ampliación Oncológica del lecho quirúrgico, permitiendo realizar la estadificación definitiva y proporcionar el tratamiento complementario adecuado. Esta técnica continúa siendo referencia con mínima invasión y buenos resultados en la estadificación del melanoma.

Nuestros resultados son equiparables a los publicados en series, aun así son mejores.

CARCINOMA DE CÉLULAS DE MERKEL. EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

C. Medina Reynoso, H. Aguado López, A. Sánchez Mozo, C. Guijarro Moreno, F.J. Granell Vicent
Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid

Introducción

El carcinoma de células de Merkel es una neoplasia maligna neuroendocrina de la piel, rara, agresiva y de mal pronóstico. Tiene alta recurrencia local, invasión ganglionar, metástasis a distancia y bajo índice de supervivencia. Es importante el diagnóstico precoz, pero al ser un tumor raro no existen guías terapéuticas definidas.

Objetivo

Describiremos nuestra experiencia y revisión de la literatura

Casos clínicos

Presentamos 3 casos, todas mujeres con edad media de 75 años.

La lesión apareció en la mano en dos casos y uno en la mejilla, siendo el tamaño medio de 1.6cm.

La linfogamagrafía fue positiva en dos de ellas.

Se realizó resección de la lesión con márgenes amplios en todas.

Biopsia de ganglio centinela en dos casos, siendo en uno positivo, lo que requirió linfadenectomía (axilar). Dos recibieron RT postquirúrgica.

Actualmente solo una presenta metástasis a distancia. El resto, libres de enfermedad.

Discusión

El carcinoma de células de Merkel tiene como factores de riesgo la luz solar, luz ultravioleta, radiaciones, inmunosupresión e infección de las células de Merkel por poliomavirus.

Afecta a pacientes mayores (70 años de media).

Aparece como una lesión solitaria, indolora, rosada o azulada en zonas expuestas al sol con crecimiento rápido.

El 45% aparecen en cabeza y cuello, el 40% en nuca y el 10% en tronco. En un 15% de los casos no se localiza la lesión cutánea.

No hay unas pruebas de imágenes definidas: ultrasonidos como prueba inicial; TAC para estudio de extensión; RMN para partes blandas; PET-TAC para casos dudosos.

No hay guías de tratamiento, siendo la cirugía con escisión completa con márgenes de seguridad la mejor opción.

El sexo masculino, tumores mayores de 2 cm, metástasis ganglionares y tasa alta de mitosis son factores de mal pronóstico.

Muchos casos presentan recurrencia local a los 6-12 meses del diagnóstico inicial.

INDICADORES DE CALIDAD EN LA CIRUGÍA DEL ADENOCARCINOMA DE PÁNCREAS EN EL HOSPITAL RAMON Y CAJAL

P. Luengo Pierrard¹, L. Tortolero Giamate¹, P. Giordano¹, A. Sanjuanbenito Dehesa¹, E. Mendía Conde¹, JM. Molina Villar¹, E. Lisa Catalan¹, J. Lorca Alvaro¹, E. Lobo Martínez¹.

¹. Servicio de Cirugía General, Sección Biliopancreática. Hospital Ramón y Cajal, Madrid

Introducción

Los indicadores de calidad (IC) son una herramienta que nos permiten evaluar y mejorar nuestra calidad asistencial. Existen pocos trabajos que describan los resultados en la cirugía del cáncer de páncreas.

Objetivos

Describir y evaluar nuestra experiencia en la duodenopancreatectomía cefálica por adenocarcinoma de páncreas basándonos en algunos (IC) descritos por Sabater et al y Bilimoria et al.

Material y Método

Estudio descriptivo, observacional y retrospectivo de los pacientes diagnosticados de adenocarcinoma de cabeza de páncreas e intervenidos mediante duodenopancreatectomía cefálica, en el Hospital Ramón y Cajal, durante el período Enero 2010 y diciembre 2014.

Resultados

Se intervinieron 37 pacientes los cuales presentaron: Morbilidad: 43,2%, Fístula pancreática: 13,5%, Mortalidad perioperatoria: 10,81%. La Supervivencia fue del 69,4%, 28% y 18,1% al año, 3 y 5 años, respectivamente. Índice de reseabilidad: 93,47%, Linfadenectomía: 54,4%, Resección R1: 79%. Cirugías/año: 12 en 2012, en los otros años <12. El tiempo promedio transcurrido entre el diagnóstico y la cirugía fue de 15 días. Tiempo quirúrgico promedio 312 minutos.

Conclusión

De los 10 IC analizados cumplimos con 7 de ellos: Morbilidad <55%, Fístula pancreática <16%, Supervivencia >63%, >28% y >16% al año, 3 y 5 años, respectivamente. Reseabilidad >59%, Linfadenectomía >15 ganglios/cirugía en >50%, Tiempo promedio desde el diagnóstico hasta la cirugía < 60 días y Tiempo quirúrgico < 600 minutos.

No cumplimos con: Mortalidad < 5%, Radicalidad < 70%, Número de cirugías al año > 12.

A partir de nuestros resultados nuestro esfuerzo debe centrarse en mantener y seguir mejorando los IC con los que cumplimos y mejorar en aquellos que no. Debemos disminuir la Mortalidad. El número de cirugías al año se podría mejorar centralizando esta patología en centros de referencia nacional. Por último, en cuanto a la Radicalidad, es difícil de mejorar dado que el margen retroperitoneal es el más comúnmente afectado.

POROCARCINOMA COMO CASO INFRECLENTE DE TUMOR MALIGNO CUTANEO

H. Aguado López, C. Medina Reynoso, A. Sánchez Mozo, P. Guillamot Ruano, F.J. Granell Vicent
Hospital Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid

Introducción

El porocarcinoma es un tumor maligno infrecuente derivado de las glándulas sudoríparas, representando menos del 0.01% de los tumores cutáneos malignos con alto riesgo de recurrencia local, invasión ganglionar y metástasis. Su aspecto clínico es variable lo que retrasa su diagnóstico.

Caso clínico

Varón de 39 años sin antecedentes importantes que presenta una lesión en cara lateral del pie derecho en forma de placa de 1.2 cm. Histológicamente porocarcinoma bien diferenciado, 7 mm de espesor, crecimiento mixto, 4 mitosis por mm² sin invasión linfovascular.

Se realiza biopsia de ganglio centinela y ampliación de márgenes, siendo positiva. La linfogamagrafía de miembro inferior derecho presenta estación inguinal e iliaca derecha, realizándose linfadenectomía inguinal y e iliaca derecha; histológicamente una metástasis ganglionar de cinco ganglios. Estadificado como T2N2bM0, recibiendo radioterapia postquirúrgica. Actualmente libre de enfermedad.

Discusión

El porocarcinoma suele aparecer en extremidades inferiores (44%), tronco (24%) y cabeza (18%), en personas mayores (65 años de media), sin preferencias por el sexo.

Puede aparecer como nódulos o infiltrados con o sin placas verrucosas, erosivas, ulcerosas, o polipoides. Multinodularidad, ulceración, tamaño y crecimiento rápido son factores de riesgo. Diagnóstico diferencial con la queratosis seborreica, carcinoma de células basales, carcinoma de células escamosas y melanoma.

La recurrencia local es del 20% y de metástasis del 11%. El 20% de los tumores reaparecen tras la escisión con tasas de mortalidad a los 5 años del 67% si presentan afectación ganglionar.

El tratamiento es la escisión completa de la lesión, con tasas de curación del 70 al 80%, se recomienda tener márgenes de 10 mm mínimo. La biopsia del ganglio centinela puede ser útil. La quimioterapia y la radioterapia no han demostrado resultados.

Conclusión

El porocarcinoma es un tumor maligno agresivo difícil de identificar clínicamente siendo la mejor opción curativa el diagnóstico precoz y la intervención quirúrgica.

TUMOR PERFORADO DE ILEON ¿CAMBIA MI CONDUCTA ONCOLÓGICA?

E. Barzola Navarro¹, A. García García¹, M. Carmona , JM . Cáceres¹, MJ. Matito¹, MT. Espín¹, J. Salas Martínez. ¹. Complejo Hospitalario Universitario Badajoz. Servicio de Cirugía General.

Introducción

En las urgencias quirúrgicas, solemos encontrarnos con algunas circunstancias que pueden cambiar el pronóstico oncológico de los pacientes. Los tumores de GIST perforados son raros y la forma de presentación clínica influye en el pronóstico de estos pacientes.

Material y métodos

Paciente masculino de 57 años, que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal difuso que inicio de forma brusca en epigastrio, a la exploración física presenta signos de irritaciónperitoneal, con sospecha de perforación de víscera hueca se realiza radiografías, sin observarse signos de neumoperitoneo, en la analítica destaca leucocitosis con neutrofilia; se completa estudio con TC abdominal, encontrándose a nivel pélvico un apelotonamiento de asas delgado compatible con plastrón, no descartándose una tumoración y pequeñas burbujas extraluminales de aire; se decide intervención quirúrgica de urgencia. En la laparotomía se encuentra peritonitis purulenta de moderada cantidad y una tumoración de aproximadamente 10 cm, a nivel de borde antimesentérico de íleon adherida pero sin infiltrarla al fondo de la vejiga, se realiza resección oncológica de íleon. Los resultados anatomopatológicos diagnosticaron tumor de estroma intestinal (GIST) de íleon de 8cm, CD117+, con índice mitótico >10HPF, pT3N0, con márgenes quirúrgicos libres. Se presenta el caso en el comité de tumores y se decide iniciar tratamiento con Imatinib. En estudios de seguimiento no se evidencia signos de recidiva local.

Discusión y conclusiones

Los tumores de GIST de íleon perforados son excepcionales. En la búsqueda de la literatura se encontró 21 casos de abdomen agudo con peritonitis causada por perforación espontánea de GIST intestinales. La resección quirúrgica completa es el único tratamiento curativo para los GIST localizados. Sin embargo, el riesgo de recurrencia después de la cirugía es alto. Según la clasificación del pronóstico, basado en el tamaño, recuento mitótico, rotura y el sitio del tumor, nuestro paciente presenta un GIST de alto riesgo de malignidad. En base a esto, todos los pacientes con perforación del tumor deben ser considerados de alto riesgo de recurrencia. Por lo que en nuestro caso estaría indicado el tratamiento adyuvante con Imatinib.

INTUSUSCEPCIÓN INTESTINAL SECUNDARIA A MELANOMA METASTÁSICO. PRESENTACIÓN DE DOS CASOS

L. Tortolero Giamate¹, P. Luengo Pierrard¹, A. Ballester Pérez¹, M. Cornejo López¹, J. Cabañas Montero¹, L. Cabañas Navarro¹, A. Mena Mateos¹, E. Lobo Martínez¹.

¹. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción

El intestino es raramente asiento de metástasis, siendo el melanoma el tumor más frecuente. La intususcepción intestinal en el adulto (IIA) es rara y suele ser secundaria a un tumor de la pared intestinal.

Objetivo

Presentar dos casos de IIA secundario a melanoma metastásico. Describir aspectos clínicos, diagnósticos, quirúrgicos y anatomopatológicos.

Material y Método

Revisión retrospectiva de los casos intervenidos por IIA en el Hospital Ramón y Cajal entre los años 1985-2014. De 40 pacientes 2 (5%) fueron originados por melanoma metastásico.

Resultados

Caso 1: Varón de 44 años con antecedentes de exéresis de melanoma de tipo nodular, nivel de Clark IV, Breslow 6mm de la región dorsal superior y linfadenectomía axilar por afectación ganglionar. A los 6 años el paciente acude al servicio de urgencias por presentar dolor abdominal y vómitos de 48 horas de evolución. En TAC abdominal se evidencia obstrucción intestinal secundaria a intususcepción intestinal con punto guía. Se realiza intervención quirúrgica urgente, desinvaginación y resección de 15cm de segmento de ileon con la tumoración. La anatomía patológica reportó tumoración de 4,5cm compatible con melanoma metastásico.

Caso 2: mujer de 73 años con antecedente de exéresis de melanoma de región superciliar izquierda, nivel de Clark II, Breslow 1,1mm. A los 10 años acude a urgencias por presentar dolor abdominal asociado a escaso ventoseo de 1 mes de evolución. En estudio se objetiva captación intestinal en PET-TAC. Se realiza resección segmentar la intestinal de zona con intususcepción y tumor de 10cm. La anatomía patológica fue positiva para metástasis de melanoma.

Conclusión

Pueden desarrollarse metástasis a distancia del melanoma hasta 10 años después de resecar el tumor primario. Se debe sospechar melanoma metastásico como causa de de IIA en pacientes con antecedente de melanoma.

ROTURA ESPLÉNICA ESPONTÁNEA COMO DEBUT DE LEUCEMIA MIELOMONOCÍTICA CRÓNICA

A. Melero Abellán¹, A. De Andrés Gómez¹, A.B. Ponce Garrido², C. Navarro Moratalla¹, Ramón Gómez Contreras¹, J. Precioso Estiguín¹, A. García Vilanova¹, C. Zaragoza Fernández¹

¹. Consorcio Hospital General Universitario Valencia

². Hospital Universitario y Politécnico La Fé, Valencia

INTRODUCCIÓN

La leucemia mielomonocítica crónica (LMMC) se caracteriza por monocitosis, ausencia de cromosoma Philadelphia, <20 % blastos y una o más líneas hematológicas con displasia. La esplenomegalia es frecuente, pero la rotura atraumática y espontánea del bazo es una complicación rara como debut de enfermedad.

OBJETIVOS

Descripción de caso clínico de un paciente con enfermedad hematológica de base al que se le realiza esplenectomía de urgencia por rotura espontánea.

MATERIAL Y MÉTODOS

Varón de 82 años con hipertensión arterial, acude a urgencias con hipotensión franca TA 60/50 que remonta parcialmente con fluidoterapia intensa, asociado a dolor abdominal brusco en fosa renal izquierda sin traumatismo ni tos ni esfuerzo físico, náuseas y sudoración junto con irradiación del dolor hasta hacerse difuso. A la exploración física abdomen distendido, doloroso de manera difusa pero más en hipocondrio izquierdo, palpándose bazo tres traveses parrilla costal. Analítica con leucocitosis de 207500 (informe preliminar de citodiagnóstico que sugiere LMC vs LMMC.) Hb 12.8 y Cr 2.15. En la ecografía abdominal y TAC un bazo heterogéneo aumentado de tamaño (17 cm) con zona sugestiva de laceración – rotura junto con líquido libre difuso. Con diagnóstico de rotura esplénica espontánea se decide intervención quirúrgica urgente. En cavidad abdominal abundante hemoperitoneo junto con bazo aumentado de tamaño y fracturado en polo superior e inferior. Se procede a esplenectomía según técnica habitual siendo dificultosa por volumen esplénico pero que se completa sin incidencias. Ante alta sospecha de proceso mieloproliferativo se instaura tratamiento hematológico con hydrea e hidratación intensiva. La anatomía patológica informa de síndrome mieloproliferativo tipo leucemia mielode crónica con inmunohistoquímica compatible.

COMENTARIOS

El mecanismo por el cual se produce esta situación clínica se cree que es debido a la infiltración esplénica por células malignas que hace exceder la capacidad de distensibilidad esplénica causando la rotura capsular y la consecuente hemorragia.

CIRUGIA DE RESCATE EN PACIENTES CON TUMORES DEL ESTROMA GASOTRINTESTINAL (GIST) AVANZADOS O METASTASICOS

V. Artigas Raventós¹, D. Rivero Cruces¹, A. López Pousa¹, M. Rodríguez Blanco¹, G. Cerdán Riart¹, M. Trías Folch¹

¹ Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona, España.

Introducción

Un 20% son de los GIST son irresecables y metastásicos al momento del diagnóstico. Su tratamiento estándar es la terapia sistémica con inhibidores de la Tirosinquinasa de tipo Imatinib Mesilato. Si bien la exéresis quirúrgica es el tratamiento estándar de los tumores GIST avanzados y resecables, la cirugía de rescate tras el tratamiento con inhibidores de la Tirosinquinasa (TK) no está bien definido. Parece que el rescate quirúrgico tras una estabilidad tumoral puede mejorar la supervivencia en estos pacientes.

Materiales y métodos

Estudio retrospectivo observacional de una serie de 62 pacientes diagnosticados con GIST avanzados y metastásicos separados en 2 grupos, grupo A tratados exclusivamente con inhibidores de la TK y grupo B tratados con cirugía de rescate tras tratamiento con inhibidores de TK y buena respuesta o estabilización de la enfermedad. Todos los pacientes incluidos se consideraron sensibles a inhibidores de la TK. Las variables principales a evaluar fueron la supervivencia libre de progresión (SLP) y supervivencia global (SG). Se realizó análisis estadístico de mediana y rango de supervivencia mediante método Kaplan Meier.

Resultados

El rescate quirúrgico se realizó en 27 pacientes (43,5%) posterior a tratamiento con inhibidores de la TK y 35 (56,5%) pacientes fueron tratados únicamente con Imatinib. No se aprecia diferencia significativa cuando se comparan los grupos en relación a la SLP tras un seguimiento de 66 meses ($p=0,4$). La SG fue mayor en los pacientes con rescate que los que recibieron sólo tratamiento ($p=0,002$) con una media de seguimiento de 100 meses.

Conclusión

Los pacientes sometidos a cirugía de rescate para la enfermedad residual presentan mayor SG que los que recibieron solo tratamiento. Con respecto a la SLP no hubo diferencias estadísticamente significativas en ambos grupos.



2

Comunicaciones

GECOP

QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTERMICA LAPAROSCÓPICA (LHIPEC) POR 3 PUERTOS PARA EL MANEJO DE ASCITIS MALIGNA: ASPECTOS TÉCNICOS

G. Guíñez Robertson^{1,2}, G. Ortega Pérez¹, S. González Moreno¹, O. Alonso Casado¹.

¹. M.D. Anderson Cancer Center, Madrid.

². Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

INTRODUCCIÓN

El uso de LHIPEC para tratamiento paliativo de ascitis maligna ha mostrado resultados favorables con una baja morbilidad y alta eficacia, además de ser segura para el paciente y los cirujanos que realizan el procedimiento. Sin embargo, la técnica quirúrgica no se encuentra estandarizada y no existe información detallada que describa este procedimiento, dificultando su difusión y utilización en la práctica clínica.

OBJETIVOS

Describir la técnica quirúrgica utilizada para el manejo de un paciente con cuadro de ascitis maligna refractaria a manejo médico que fue tratado con LHIPEC, permitiendo entregar un método reproducible y seguro.

MATERIAL Y MÉTODO

Recopilación de datos clínicos, imágenes y videos realizados durante el tratamiento vía LHIPEC de un paciente con cuadro de ascitis maligna refractaria a manejo médico. Edición de imagen y descripción del procedimiento realizado mediante video.

RESULTADOS

Se presenta el caso de un paciente de sexo masculino de 80 años con cuadro de ascitis maligna secundaria a carcinomatosis peritoneal de probable origen biliopancreático. Se realiza LHIPEC por tres puertos. El paciente evoluciona en forma satisfactoria.

Se detallan mediante diagramas e imágenes los pasos realizados durante el procedimiento.

CONCLUSIÓN

La técnica descrita permite realizar a través de 3 puertos el tratamiento completo de una LHIPEC, en forma segura y permitiendo una distribución homogénea de los fármacos utilizados, requisito fundamental para obtener resultados adecuados. A través de este video se espera contribuir a la reproducción de este procedimiento en lugares donde la técnica laparoscópica se encuentre en desarrollo.

TERAPIA GUIADA POR OBJETIVOS HEMODINÁMICOS EN LA CIRUGÍA CITORREDUCTORA CON HIPEC

Esteve N, Ferrer A, Gómez G, Verd M, Melero C, Fabián D, Román J, Mora LC, Morales R. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

OBJETIVOS

La Cirugía Citorreductora (CCR) con HIPEC en el tratamiento de la Carcinomatosis Peritoneal (CP), produce importantes alteraciones hemodinámicas, metabólicas y hematológicas¹. Existe mucha heterogeneidad en el manejo perioperatorio² de estos pacientes.

Mostramos los resultados de la aplicación de la monitorización mínimamente invasiva de la Variación del Volumen Sistólico (VVS).

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de los pacientes sometidos a CCR e HIPEC, desde marzo 2014 a febrero 2015. Aplicación de un protocolo anestésico que estandariza la monitorización, los objetivos hemodinámicos y la fluidoterapia. La monitorización hemodinámica se realiza con el sistema FloTrac-Vigileo® (Edwards Lifesciences SL 4.0).

RESULTADOS

Se incluyeron 24 pacientes, con una edad media de 58 años (± 13.3) y 58% de carcinomas de ovario. Los principales datos intraoperatorios fueron: ICP 13.7 (± 8.1), 96% analgesia epidural, media de resecciones viscerales de 4.1 (± 2.1), 92% de citorreducción completa, 42% de transfusión perioperatoria, fluidoterapia (mediana y rangos) de 10750 ml [7275 - 13150], 8.8 ml/k/h [8.1 - 11.1] y diuresis de 1.5 ml/Kg/h [0.8 - 2,1]. No se registró ninguna relación entre el volumen de fluidoterapia y la diuresis. El IC y la VVS en todas las fases intraoperatorias fueron de 3.39 L min⁻¹m⁻² [3.1 - 3.6] y de 11.5% [4.5 - 18.0], respectivamente. El IC y la frecuencia cardíaca se mantuvieron estables durante la fase de la HIPEC.

CONCLUSIONES

Observamos una gran variación interindividual en los requerimientos de fluidos. La monitorización de la Variación del Volumen Sistólico³ (VVS) nos ha permitido predecir las necesidades de fluidoterapia o de DVA, individualizando para cada paciente y contribuyendo a la estabilidad hemodinámica observada en esta serie.

BIBLIOGRAFÍA

1. Raue W et al. Eur Surg Res. 2009; 43:365-72
2. Corbella D et al. World J Obstet Gynecol 2013; 10; 2: 129-136
3. Zhang Z et al. J Anesth. 2011; 25:904-16

PROTOCOLO ANESTÉSICO GUIADO POR OBJETIVOS EN LA CIRUGÍA CITORREDUCTORA CON HIPEC

Gómez G. Esteve N. Ferrer A. Melero C. Fabián D. Román J. Verd M. Mora LC. Morales R.
Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

OBJETIVOS

La Cirugía Citorreductora (CCR) con Quimioterapia Hipertérmica Intraperitoneal (HIPEC) ha conseguido prolongar la supervivencia de la Carcinomatosis Peritoneal¹ de distintos orígenes. Es un procedimiento complejo que requiere un elevado nivel de experiencia tanto quirúrgica como de cuidados perioperatorios. Se ha demostrado que la aplicación de un protocolo estandarizado mejora la seguridad y reduce la tasa de complicaciones². Existen múltiples controversias desde el punto de vista del manejo anestésico³.

Mostramos los resultados de la aplicación de un Protocolo Anestésico de monitorización y terapia guiada por objetivos hemodinámicos y metabólicos.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de los pacientes con CP sometidos a CCR e HIPEC, desde marzo 2014 a febrero 2015. El protocolo se basa en la anestesia combinada general/epidural, la monitorización hemodinámica no invasiva (FloTrac-Vigileo®. Edwards Lifesciences S.L. 4.0), la fluidoterapia y el uso de DVA ajustadas a parámetros dinámicos (Variación del Volumen Sistólico, VVS).

RESULTADOS

Se incluyeron 24 pacientes, con una edad media de 58 años (± 13.3) y un 75% de mujeres. El Protocolo Anestésico se aplicó en el 100% de los casos. Los principales datos intraoperatorios fueron: 96% analgesia epidural, 42% de transfusión perioperatoria, fluidoterapia de 10750 ml [7275 - 13150], 8.8 ml/k/h [8.1 - 11.1] y diuresis de 1.5 ml/Kg/h [0.8 - 2,1]. El IC y la VVS en todas las fases intraoperatorias fueron de 3.39 L min⁻¹m⁻² [3.1 - 3.6] y de 11.5% [4.5 - 18.0], respectivamente. Se registró un 25% de complicaciones graves.

CONCLUSIONES

La aplicación de un Protocolo Anestésico guiado por objetivos hemodinámicos contribuye a individualizar terapias y a la consecución de resultados postoperatorios que se encuentran dentro de los estándares².

BIBLIOGRAFÍA

1. Elias D, et al. Ann Surg 2010; 251(5):896–901
2. Kuijpers AM et al.. World J Surg. 2015; 39(2):453-60
3. Raue W et al. Eur Surg Res. 2009; 43(4):365-72

ALTERACIONES METABÓLICAS Y HEMATOLÓGICAS EN LA CIRUGÍA CITORREDUCTORA CON HIPEC

Ferrer A, Esteve N, Gómez G, Román J, Fabián D, Gómez G, Melero C, Mora LC, Morales R
RHospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

OBJETIVOS

La Cirugía Citorreductora (CCR) con HIPEC produce importantes alteraciones metabólicas y hematológicas¹.

Presentamos la evolución de los parámetros metabólicos y hematológicos de los pacientes sometidos a CCR con HIPEC.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de los pacientes con CP sometidos a CCR e HIPEC desde marzo 2014 a febrero 2015. Aplicación de un protocolo anestésico, de terapia guiada por objetivos hemodinámicos y analíticos.

RESULTADOS

Se incluyeron 24 pacientes, con una edad media de 58 años (± 13.3). Un 58% fueron carcinomas de ovario y un 33% de origen colorectal.

El pH disminuyó desde (media y rango) 7.42[7.32 - 7.57], hasta 7.28 [7.26 - 7.30] durante la HIPEC y 7.30 [7.24 - 7.45] a la salida de quirófano. Los valores de lactato aumentaron durante la HIPEC hasta 3.38 mmol l⁻¹[2.81 - 4.0], normalizándose en el primer día postoperatorio, sin precisar tratamiento. Se produjo hiperglucemia, 396 mg/dl [379-426) durante la HIPEC, a pesar de perfusión de insulina en el grupo inicial de 12 pacientes con glucosa al 5% como disolvente del citostático (oxaliplatino). A partir del cambio de disolvente a glucosa 1.25%, la glucemia se normalizó. 75% de los pacientes presentaron hipofosfatemia, 92% hipomagnesemia y 46% hipocalcemia. Todos los pacientes mostraron hipoalbuminemia.

Los valores medios más bajos de Plaquetas y más altos de INR se registraron al segundo día postoperatorio, siendo de 159 10⁹ l⁻¹ [73 - 341] y 1,41 [1,21 - 1.94], respectivamente, recuperando valores normales sin tratamiento.

CONCLUSIONES

En consonancia con otros estudios ², se produce una acidosis metabólica que es autolimitada. El cambio de disolvente del citostático a glucosa 1.25%, eliminó la necesidad de la perfusión de insulina para controlar la hiperglucemia³. La hipomagnesemia, hipocalcemia e hipoalbuminemia obliga a su reposición sistemática. Las alteraciones de la coagulación se normalizan en la mayor parte de los pacientes a partir del 3º día.

BIBLIOGRAFÍA

1. Webb CA. Anesth Analg. 2013
2. Pascual J. Arch Gynecol Obstet. 2014
3. Raytis JL. Open Journal of Anesthesiology 2014

MANTENIMIENTO DE LA TEMPERATURA CENTRAL EN LA CIRUGÍA CITORREDUCTORA CON HIPEC

Fabián D, Gómez G, Verd M, Esteve N, Ferrer A, Román J, Melero C, Mora LC, Morales R
Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

OBJETIVOS

La Cirugía Citorreductora (CCR) con HIPEC constituye un reto en el manejo perioperatorio¹. Las múltiples resecciones viscerales junto a la fase de hipertermia, obligan a establecer una estrategia para mantener la normotermia, la normovolemia y la perfusión tisular adecuada.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de los pacientes con CP sometidos a CCR e HIPEC, desde marzo 2014 a febrero 2015. Se aplicó una manta de convección de aire para calentar al paciente en las fases CCR y post-HIPEC. Se enfrió al paciente 60 min antes de la fase HIPEC, con parada del calentamiento activo y hielo en hemicuerpo superior.

RESULTADOS

Se incluyeron 24 pacientes, con una edad media de 58 años (± 13.3) y un 75% de mujeres. Un 58% fueron carcinomas de ovario y un 33% de origen colorectal. Los principales datos intraoperatorios fueron: ICP 13.7 (± 8.1), media de resecciones viscerales de 4.1 (± 2.1) y 92% de citorreducción completa. La temperatura media durante la CCR fue de 35.0°C [34.8 - 35.30], antes del inicio de la HIPEC fue de 33.9°C [32.5 - 35.7], durante la HIPEC 37.4°C [36.7 - 38.1] con un máximo de 39.3°C y a la salida de quirófano 36.2°C [33.8 - 37.5]. El IC y la frecuencia cardíaca se mantuvieron estables durante la fase de la HIPEC.

CONCLUSIONES

A pesar de las maniobras activas de calentamiento, se registra hipotermia ($T^a < 36^{\circ}\text{C}$) en la fase de CCR, que podría disminuirse con el calentamiento preoperatorio³ y durante la preparación anestésica. El enfriamiento activo una hora antes de la HIPEC permite no superar los 39.5°C. No se produce un estado hiperdinámico en la fase hipertérmica, quizás por la normovolemia observada en esta serie de pacientes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Corbella D. World J Obstet Gynecol 2013
2. Sun Z. Anesthesiology 2015
3. Moola S. Int J Evid Based Healthc. 2011

¿ES SEGURA LA ANALGESIA EPIDURAL EN LA CCR CON HIPEC?

Verd M. Gómez G. Ferrer A. Esteve N. Melero C. Torres M. Mariscal M. Mora LC. Morales R.
Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

OBJETIVOS

La Cirugía Citorreductora (CCR) con HIPEC en el tratamiento de la Carcinomatosis Peritoneal (CP), precisa de un tratamiento óptimo del dolor postoperatorio. La analgesia epidural ha demostrado disminuir las complicaciones y la mortalidad¹. Las alteraciones de la coagulación que se producen en el postoperatorio², pueden añadir un riesgo de complicaciones al retirar los catéteres epidurales. Realizamos una evaluación de la efectividad de la analgesia epidural y de las alteraciones de la coagulación en el postoperatorio.

PACIENTES Y MÉTODOS

Estudio prospectivo de los pacientes con CP sometidos a CCR e HIPEC desde marzo 2014 a febrero 2015. Los criterios para la retirada de los catéteres epidurales fueron: adecuado control del dolor (EN<3), plaquetas ≥ 80000 , INR < 1,5.

RESULTADOS

Se incluyeron 24 pacientes. La edad media fue de 58 años (± 13.3) con un 75% de mujeres. Un 58% fueron carcinomas de ovario y un 33% de origen colorectal. Un 13% de las epidurales no funcionaron.

El 87% de los pacientes tuvo dolor controlado en reposo (EN<3) y el 30% en movimiento. Un 8.7% tuvo dolor intenso en movimiento.

Los alteraciones máximas de Plaquetas y de INR se registraron al segundo día postoperatorio, $159 \cdot 10^9 \text{ l}^{-1}$ [73 - 341] y 1,41 [1,21 - 1.94], respectivamente, recuperando valores normales sin tratamiento. El 75% de los catéteres se retiraron entre el 3º y el 5º día postoperatorio, con INR inferior a 1.5.

No se aplazó la retirada de ningún catéter por alteraciones de la coagulación.

CONCLUSIONES

La analgesia epidural en la CCR con HIPEC es una práctica segura, que produce una excelente analgesia postoperatoria. El número creciente de resecciones hepáticas asociadas a la HIPEC³ pueden constituir un grupo de riesgo específico de complicaciones, que no ha sido estudiado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pöpping DM. Ann Surg 2014
2. Piccioni F. Int J Surg. 2015
3. Allard MA. EJSO 2013

ESTABLECIMIENTO DE LOS CRITERIOS RIFLE Y AKIN PARA DEFINIR EL FALLO RENAL AGUDO EN PROCEDIMIENTOS DE PERITONECTOMIA CON HIPEC PARA CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN OVÁRICO Y NO OVÁRICO

A. Arjona Sánchez¹, A. Cadenas Febres¹, JM Cabrera Bermon¹, A. Casado Adam¹, C. Muñoz Casares¹, J.M. Sánchez Hidalgo¹ y S. Rufián Peña¹.

¹Unidad de Cirugía Oncológica y Pancreática. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

INTRODUCCIÓN

El fallo renal agudo (ARD) es una complicación frecuente en procedimientos quirúrgicos complejos como la peritonectomía seguida de quimioterapia intraperitoneal en hipertermia (HIPEC). La descripción de esta complicación en las diferentes series no responde a criterios definidos ni estandarizados. El objetivo de este estudio es evaluar el ARD utilizando criterios estandarizados como los RIFLE y la modificación de AKIN en pacientes sometidos a procedimientos de citorreducción máxima con peritonectomía y HIPEC. Establecer qué sistema de definición posee más capacidad de detección del ARD en este tipo de procedimiento. Evaluar los factores de riesgo para el desarrollo del ARD, así como, su implicación en la morbi-mortalidad y estancia hospitalaria.

MÉTODOS

Se analizaron pacientes tratados en nuestra Unidad mediante procedimientos de peritonectomía y HIPEC desde 2011-2014. Se estudió la incidencia de ARD posoperatorio de estos pacientes y qué criterios de definición poseen más sensibilidad para su detección. Se analizaron factores perioperatorios de riesgo para desarrollar el ARD, mediante análisis multivariante. Se analizó el impacto que el ARD tiene en la morbilidad, mortalidad, días de estancia posoperatoria, y supervivencia en el primer año de estos pacientes.

RESULTADOS

147 pacientes fueron estudiados. La incidencia de fallo renal agudo definido por los criterios RIFLE y AKIN fueron del 31,3% y de 21,8%, respectivamente. La capacidad de detección fue superior para RIFLE ($p=0,001$). Los factores de riesgo detectados en el análisis multivariante para el daño renal agudo (ARI) fueron: descenso de pH pre-post HIPEC, empleo de Cisplatino, perfusión de coloides, cateterización ureteral y la extensión de la carcinomatosis (PCI). Para fallo renal agudo (ARF) fueron detectados: el incremento de Na pre-post HIPEC, uso de drogas inotrópicas y el PCI. El ARD tuvo impacto en una mayor estancia posoperatoria pero no así en la supervivencia temprana de los pacientes.

CONCLUSIÓN

Los criterios RIFLE son los que presentan una mejor capacidad de detección del fallo renal agudo en pacientes sometidos a procedimientos de peritonectomía y HIPEC. La optimización hemodinámica perioperatoria del paciente y la limitación del uso de catéteres pueden prevenir el fallo renal posoperatorio en estos pacientes, limitando su impacto en la prolongación de la estancia posoperatoria.

¿INFLUYE LA RESECCIÓN DE METÁSTASIS HEPÁTICAS EN LA MORBI-MORTALIDAD DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGIA CITORREDUCTORA CON HIPEC POR CARCINOMATOSIS PERITONEAL?

P. Jiménez Morillas¹, S. Tejada Gavela², P. Díaz Jover¹, C. Pineño Flores¹, F Sena Ruiz¹, JM Morón Canis¹, X Molina Romero¹, J Pérez Celada¹, X González Argente¹, R Morales Soriano¹

¹ Hospital Universitario Son Espases

² Universidad Islas Baleares. IUNICS

Introducción

Los avances perioperatorios han permitido asociar a la Cirugía Citorreductora con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (CCR+HIPEC) resecciones de metástasis hepáticas, con el objetivo de incrementar la supervivencia sin aumentar significativamente la morbi-mortalidad.

Objetivo

Analizar la morbi-mortalidad y la recaída hepática de los pacientes con carcinomatosis peritoneal por cáncer de colon, apéndice u ovario, en los que se realizó una CCR+HIPEC con resección de metástasis hepáticas.

Material y Métodos

Estudio retrospectivo de 78 pacientes intervenidos consecutivamente entre enero de 2010 y abril 2015. Se comparó un grupo de 62 pacientes con CCR+HIPEC sin resección hepática (Grupo MH-), con un grupo de 16 pacientes en los que se realizó una CCR+HIPEC con resección hepática por metástasis (Grupo MH+).

Resultados

No hubo diferencias significativas en la edad ($60,6 \pm 1,5$ años en el grupo MH-, y $60,8 \pm 2,8$ años en el grupo MH+) ni en la distribución por ASA. El índice de transfusión del grupo MH+ fue superior (75,0% vs 54,8%) ($p=0,144$). No hubo diferencias significativas en la duración de la intervención, número de anastomosis, ni en el número de órganos resecados. La morbilidad postoperatoria fue superior en el grupo MH+, aunque sin significación estadística (56,3% vs 34%; $p=0,101$). La mortalidad global fue del 2,5% (un paciente en cada grupo). La tasa de reintervención fue del 31,3% en MH+ y del 12,9% en MH- ($p=0,079$). No hubo diferencias en la estancia hospitalaria. Un 20% de los pacientes MH+ presentó recurrencia hepática. En este grupo, la media de la recurrencia fue a los 14 meses.

Conclusiones

1. La CCR+HIPEC con resección hepática puede realizarse con tasas de morbi-mortalidad similares a la citorreducción estándar por carcinomatosis peritoneal.
2. La resección de metástasis hepáticas puede aumentar la tasa de resecabilidad en un grupo seleccionado de pacientes con carcinomatosis peritoneal.

NEUMONITIS INTERSTICIAL BILATERAL INDUCIDA POR OXALIPLATINO POR VIA INTRAPERITONEAL

C. Pineño Flores¹, D. Ambrona Zafra¹, LI. Restrepo de la Cruz¹, JM. García Pérez¹, F. Sena Ruiz¹, P. Díaz Jover¹, P. Jiménez Morillas¹, J. Pérez Celada¹, XF. González Argente¹, R. Morales Soriano¹.

¹. Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca. Baleares

Introducción

El oxaliplatino es un agente utilizado en el tratamiento del cáncer colorrectal por vía intraperitoneal con hipertermia (HIPEC) en los pacientes con carcinomatosis peritoneal. Los efectos secundarios más frecuentes son las náuseas/vómitos, mielosupresión, hipersensibilidad y neuropatías, siendo poco frecuente la afectación pulmonar.

Material y métodos

Presentamos el caso de una mujer de 58 años con antecedentes de neoplasia perforada de ciego con implantes peritoneales y metástasis hepática. Se realizó una hemicolectomía derecha de urgencia y posteriormente recibió quimioterapia adyuvante con XELOX durante 6 meses, presentando en el 7º ciclo una reacción de hipersensibilidad leve que no se repitió en los siguientes ciclos. Ante la estabilización de la enfermedad se practicó cirugía citorreductora con HIPEC-oxaliplatino que toleró sin complicaciones. A las 48 horas postoperatorias presentó insuficiencia respiratoria progresiva requiriendo intubación, ventilación mecánica y drogas vasoactivas. La radiografía de tórax mostró infiltrados basales bilaterales con derrame pleural bilateral. A pesar del tratamiento antibiótico de amplio espectro, presentó empeoramiento clínico con radiología de distrés respiratorio, hemocultivos y cultivos BAS negativos. La tomografía mostró afectación parenquimatosa bilateral, con engrosamiento de septos. El cuadro se orientó como neumonitis intersticial por oxaliplatino sin datos de infección bacteriana. La evolución fue favorable con alta hospitalaria a los 32 días de la intervención y buena función respiratoria.

Discusión

Las reacciones adversas por oxaliplatino tienen una prevalencia del 12 al 19%. Son más frecuentes en mujeres con antecedentes pulmonares y exposición previa a oxaliplatino. La afectación pulmonar puede provocar lesión alveolar difusa, fibrosis intersticial, bronquiolitis obliterante o hemorragia alveolar. Los síntomas suelen ser inespecíficos. En los pocos casos descritos, los pacientes presentan un rápido empeoramiento respiratorio y elevada mortalidad.

Conclusiones

- 1- La administración de oxaliplatino por vía intraperitoneal puede desarrollar una neumonitis intersticial.
- 2- Ante un SDRA postoperatorio debe incluirse la neumonitis por oxaliplatino en el diagnóstico diferencial.

LAPAROSCOPIA DIAGNÓSTICA EN CARCINOMATOSIS PERITONEAL POR CÁNCER GÁSTRICO: TÉCNICA QUIRÚRGICA PASO A PASO

G. Guíñez Robertson^{1,2}, S. González Moreno¹, G. Ortega Pérez¹, O. Alonso Casado¹.

¹. M.D. Anderson Cancer Center, Madrid.

². Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

Introducción

El uso de la laparoscopia en pacientes con carcinomatosis peritoneal (CP) se encuentra en desarrollo. Dentro de los usos más extendidos se encuentra la laparoscopia diagnóstica (LD), ya que por este abordaje existe un adecuado acceso a toma de muestras citológicas e histológicas, que permiten la confirmación anatomopatológica necesaria del diagnóstico. Además ofrece una adecuada evaluación del Peritoneal Cancer Index (PCI), dato crucial en la toma de decisiones terapéuticas en esta enfermedad. Por estos motivos, la LD se posiciona actualmente como el estándar de manejo inicial en estos casos. Es conocido que existe gran variabilidad en la forma de realizar este procedimiento, motivo por el que se describe mediante video la técnica quirúrgica.

Objetivos

Describir y explicar la técnica quirúrgica utilizada para el diagnóstico y estadificación de un paciente con CP secundaria a cáncer gástrico.

Material y Método

Recopilación de imágenes y videos realizados durante la evaluación de un paciente con diagnóstico de CP por cáncer gástrico. Descripción del procedimiento mediante video.

Resultados

Se realizó una LD por dos trócares situados en línea media y se obtuvieron biopsias. A través del abordaje realizado se logró explorar completamente la cavidad abdominal. El procedimiento permitió una recuperación precoz y sin complicaciones por el hecho de ser mínimamente invasivo, evitando el retraso de tratamientos coadyuvantes.

Se detallan mediante diagramas e imágenes los pasos realizados durante el procedimiento.

Conclusión

El uso de LD como abordaje inicial para la toma de muestras y estadificación de la CP es una técnica segura y efectiva. Mediante este video se espera diseminar nuestra técnica y su racionalidad.

ESTUDIO INTRAOPERATORIO DE LAVADOS PERITONEALES EN PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL

Castillo Torres, MC; Gutiérrez Calvo, A; Busteros JI; Molina Villaverde, R; Zapico Goñi, A; Ramos, P; Ayuso, M.

Unidad de Carcinomatosis Peritoneal. Hospital Universitario Príncipe de Asturias. Alcalá de Henares. Madrid.

Introducción

En dos años se estudiaron en intraoperatoria, lavados peritoneales de pacientes con carcinomatosis peritoneal por cáncer gástrico, colorrectal y ovárico, candidatos a tratamiento con HIPEC.

Material y Método

Las muestras se obtuvieron instilando y aspirando 200 ml de suero salino estéril en cavidad abdominal. Se dividió en tres partes, una se centrifugaba obteniéndose un sedimento celular/pellet realizándose una extensión (Diff-Quick), de la segunda se obtenían 3 preparaciones con Cytospin (Diff-Quick, Papanicolaou y Pas Diastasa) y una tercera se procesaba con el protocolo habitual. Cuando en el líquido se reconocían fragmentos de grasa se hacía una extensión (Diff-Quick). Los resultados se comunican al cirujano en dos tiempos, a los 45 y a los 90-120 minutos.

Resultados

De 27 estudios, 3 resultaron malignos, 1 sospechoso, 22 benignos y 1 diferido. La concordancia entre diagnóstico intraoperatorio y citológico definitivo fue del 88,8% y la discordancia de 7,4 %. En 11 pacientes se realizó biopsia intraoperatoria de los implantes, resultando 5 malignos y 6 negativos. La concordancia del estudio intraoperatorio del lavado peritoneal y de los implantes fue del 63,63% y discordante en el 36,36%. En los casos discordantes (implante positivo-citología negativa), el diagnóstico citológico definitivo fue negativo.

Conclusiones

Los extendidos del pellet y de la grasa, tienen más cantidad de células y mejor conservadas.

Los pacientes con quimioterapia previa presentaban mayor dificultad diagnóstica debido a una escasa celularidad y a la presencia de atipia en las células mesoteliales. Las técnicas de inmunohistoquímica rápida solventaría ésta dificultad.

La concordancia entre diagnóstico citológico intraoperatorio y definitivo fue de 88,8%, con 2 casos falsos negativos y sin falsos positivos.

La concordancia entre el estudio intraoperatorio de los implantes y de la citología intraoperatoria ha sido 63,3%. En los casos discordantes (implante positivo-citología negativa), la negatividad ha estado presente también en el estudio definitivo del lavado.

Autor: María Carolina Castillo Torres, carolinacastillotorres@hotmail.com

TOXICIDAD HEMATOLOGICA SEVERA Y CINETICA DE LAS SERIES SANGUINEAS DESPUES DE CITOREDUCCION Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL

PA Torres-Mesa^{1,2}, S González-Moreno¹, G Ortega¹, O Alonso¹

¹ MD Anderson Cancer Center Madrid

² Centro Oncológico Ltda., Bogotá, Colombia

Objetivos:

Describir la cinética de las series sanguíneas y toxicidad hematológica, evidenciadas después de cirugía de citoreducción (CR) y quimioterapia intraperitoneal (QIP).

Pacientes y métodos: Revisión retrospectiva de pacientes sometidos a CR-QIP, por carcinomatosis peritoneal de diversos orígenes. Análisis de variables clínicas, quirúrgicas y evolución de líneas hematológicas en el postoperatorio; análisis univariado de factores de riesgo para toxicidad hematológica severa.

Resultados:

Entre enero de 2004 y marzo 2015, se realizaron 107 procedimientos CR-QIP en 97 pacientes, en MD Anderson Cancer Center Madrid. La quimioterapia intraperitoneal fue: HIPEC 89 casos (51 bidireccional); 16 HIPEC-EPIC y 2 casos EPIC. HIPEC con base-MMC es factor de riesgo independiente para toxicidad de médula ósea (OR 3.64, CI 95% 1.08-12.2; p=0.037), neutropenia severa (OR 17.18, CI 95% 3.41-86.5; p= 0.001), y trombocitopenia severa (OR 4.71, CI 95% 1.10-20; p=0.036). Toxicidad de médula ósea se correlacionó con primer CRS-QIP (p=0.038). Transfusión sanguínea intraoperatoria tuvo significancia borderline con trombocitopenia severa y toxicidad de médula ósea (p=0.087 y 0.080). Antecedente de neutropenia, uso de G-CSF con quimioterapia sistémica previa, CRS-QIP iterativa, esplenectomía, tiempo operatorio y PCI, no son factores de riesgo para toxicidad hematológica severa. Se muestran gráficas con la cinética de neutrófilos y plaquetas en casos de toxicidad severa. HIPEC-EPIC realizado en 16 casos, presentó neutropenia y trombocitopenia severa en 5 pacientes (32%) y 2 muertes.

Conclusión:

HIPEC con base-MMC es factor de riesgo independiente para toxicidad hematológica severa. Seguimiento diario de hemograma durante primeras dos semanas del postoperatorio, permite distinguir toxicidad de médula ósea, de citopenia transitoria secundaria al procedimiento quirúrgico. Quimioterapia sistémica previa, esplenectomía, tiempo operatorio y PCI, no son factores de riesgo para toxicidad hematológica severa. HIPEC-EPIC exclusivamente para casos seleccionados. Conocimiento del comportamiento de drogas quimioterapéuticas y líneas sanguíneas después de CR-QIP, su relación con potenciales complicaciones y efectos sobre el paciente, es esencial en programas emergentes.

LA CIRUGÍA HIPEC COMO TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN COLORRECTAL: EXPERIENCIA EN NUESTRO CENTRO

C. Rodríguez Silva¹, J. Carrasco Campos¹, A. Titos García¹, M. Ruiz López¹, I. González Poveda¹, JA, Toval Mata¹, S. Mera Velasco¹, T. Prieto-Puga Arjona¹, J. Santoyo Santoyo¹

1. Hospital Regional Universitario de Málaga (Carlos Haya), Málaga

INTRODUCCIÓN

El cáncer de colon es una de las principales causas de mortalidad en el mundo occidental, con un millón de casos diagnosticados anualmente. La carcinomatosis peritoneal representa la principal causa de mortalidad en el cáncer de colon, lo que hasta hace muy pocos años, significaba una expectativa de vida reducida a unos pocos meses. Sin embargo, la cirugía citorreductora e HIPEC (quimioterapia intraperitoneal hipertérmica) popularizadas por Sugarbaker suponen una alternativa revolucionaria para estos pacientes.

MATERIAL Y MÉTODO

Realizamos un estudio prospectivo desarrollado en nuestro centro, entre 2011-2014 en pacientes intervenidos por carcinomatosis peritoneal secundaria a cáncer de colon, en los que se realizó cirugía citorreductora e HIPEC.

RESULTADOS

Nuestra serie es de 29 pacientes, de los cuales, 4 fueron irresecables, completándose el procedimiento en 25 casos. El 62% eran mujeres y la mediana de edad fue de 51 años (rango 33-66). La mediana de estancia postoperatoria fue de 12 días (rango 5-66). El 93% habían sido intervenidos previamente, siendo el 24% en contexto urgente, evidenciándose hasta en un 58,6% carcinomatosis sincrónica. El 62% de los pacientes recibieron adyuvancia previa a cirugía citorreductora. La mediana de PCI intraoperatorio fue de 6 (rango 1-20). Se realizó técnica cerrada en un 29% y modalidad "coliseum" en el 71% de casos. La morbilidad global es del 20%, 2 casos fueron Clavien IIIA (absceso hepático y colección intraabdominal) y 3 casos Clavien II. Sólo tuvimos un éxitus en el postoperatorio debido a shock séptico refractario secundario a traslocación bacteriana. Actualmente, un total de 19 enfermos (76%) se encuentran vivos, 7 pacientes con enfermedad y 12 sin enfermedad.

CONCLUSIÓN

La cirugía HIPEC en la carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal representa un desafío técnico para el cirujano y al mismo tiempo, una oportunidad en enfermos seleccionados.

UTILIDAD DE LA QUIMIOTERAPIA INTRAABDOMINAL HIPERTÉRMICA MEDIANTE GEMCITABINA PARA LA INHIBICIÓN DE LA PROGRESIÓN TUMORAL EN UN MODELO EXPERIMENTAL DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL PANCREÁTICA, EN RELACIÓN A SU COMPORTAMIENTO CON LAS CÉLULAS TRONCALES TUMORALES CD133+ CXCR4+

E. García Santos¹, D. Padilla¹, P. Villarejo¹, S. Sánchez¹, T. Palomino¹, E. Fernández¹, C. Murillo¹, M. Rodríguez¹, A. Martínez², J. Martín¹.

¹. Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real

². Facultad de Medicina de Ciudad Real, Universidad de Castilla La Mancha, Ciudad Real

Objetivos

Se ha identificado, como origen del cáncer de páncreas, una población de células madre con transformación maligna e indiferenciada. Son las células madre tumorales pancreáticas con inmunofenotipo positivo para CD133 y CXCR4. Debido a su alta capacidad de invasión locorregional temprana, en nuestro estudio desarrollamos un nuevo modelo terapéutico, caracterizado por la aplicación de quimioterapia intraabdominal hipertérmica con Gemcitabina.

Nuestro objetivo será disminuir la progresión tumoral del cáncer de páncreas, mediante la reducción del volumen neoplásico y de la subpoblación de células madre tumorales pancreáticas CD133+CXCR4+.

Material y Método:

- Línea celular pancreática tumoral: La línea celular pancreática humana fue BxPC-3.
- Modelo Animal: 18 ratas inmunodeprimidas (athymic nude rat rnu/rnu, macho. Se realizó la inoculación de 13×10^6 cels/ml, en los 13 cuadrantes abdominopelvicos según el Índice de Carcinomatosis Peritoneal (ICP).
- Tratamiento: Grupo I (4 ratas) Salino iv. Grupo II (6 ratas) Gemcitabina iv. Grupo III (8 ratas) HIPEC a 41°C con Gemcitabina durante 30 min (GST COMBAT PRS, GALMAZ S.L.)+Gemcitabine iv.
- Estudio histológico: -Cuantificación inmuohistoquímica de las células neoplásicas pancreáticas y de la subpoblación de células madre tumorales pancreáticas CD133⁺CXCR4⁺

Resultados

Existió homogeneización en la distribución del fármaco con control de un mapa termográfico, no existiendo diferencia de 2.5-3°C entre cuadrantes. -Existió disminución del ICP entre Grupos de tratamiento ($p < 0,05$). -Existió disminución de la población de las células madre tumorales pancreáticas CD133+ CXCR4+ en el grupo en el que se aplicó HIPEC con respecto a los otros dos grupos de tratamiento ($p < 0,000$).

Conclusión

Los resultados iniciales son esperanzadores, existiendo disminución de la población de células madre tumorales CD133+ CXCR4+ en el grupo Hipec así como disminución del volument tumoral, con respecto a los otros dos grupos de tratamiento.

RESULTADOS DE MORBILIDAD Y SUPERVIVENCIA TRAS EXENTERACION POSTERIOR EN PACIENTES CON CANCER DE OVARIO AVANZADO TRATADAS CON CITORREDUCCION Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL INTRAOPERATORIA HIPERTERMICA (HIPEC)

Elena Gil Gómez, José Gil Martínez, Pedro Cascales Campos, Pedro A. Sanchez Fuentes, Víctor López, López, Alida Gonzalez Gilm Pilar Jimeno Griño, Víctor Soriano Giménez, Alfonso Romera García, Pascual Parrilla Paricio
Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca

Introducción

En cáncer de ovario avanzado es frecuente la afectación del rectosigma, y la exenteración posterior (PE) puede ser un procedimiento necesario para conseguir una citorreducción completa de la enfermedad.

Objetivo.

Analizar los resultados de una exenteración posterior en pacientes con diseminación peritoneal por cáncer de ovario avanzado primario y recurrente, tratados con citorreducción y HIPEC.

Métodos.

Se realizó un estudio retrospectivo sobre una base prospectiva de pacientes con cáncer de ovario avanzado primario y recurrente, en las que fue necesaria una PE en el contexto de una citorreducción y HIPEC, entre abril 2008- diciembre 2014.

Resultados

Se intervinieron 36 pacientes con una mediana de 57 años (rango: 27-78). En 22 pacientes (61,1%) la cirugía fue primaria o de intervalo. La mediana del PCI fue 14(3-32). Más de la mitad de las pacientes (52,8%) requirieron intervención en el compartimento supramesocólico y en 6 pacientes (16,7%) fue necesaria otra anastomosis además de la rectal. La citorreducción completa (CC-0) se consiguió en 29 pacientes (80,6%), con una mediana de duración del procedimiento de 360 minutos (210-610). Diez y ocho pacientes (50%) presentaron algún tipo complicación en el postoperatorio. En 13 pacientes (36%) las complicaciones fueron leves (I-II) y en 5 de ellas graves grado III-IV (13.7%). Tras el análisis multivariante, el $PCI > 14$ ($p=0,003$; $OR=16,39$; $IC95\%:2,59-100$) y el ser ASA III ($p=0,034$; $OR=16,94$; $IC95\%:1,24-250$) fueron factores independientes asociados a la presencia de complicaciones. Tras una mediana de seguimiento de 40 meses (4-85), la mediana de supervivencia libre de enfermedad fue de 15 meses, siendo a 1, 3 y 5 años del 60%, 35% y 28% respectivamente, con una supervivencia global a 1, 3 y 5 años del 97%, 78% y 72% respectivamente.

Conclusiones

La PE en el contexto de citorreducción y HIPEC, puede realizarse de forma segura, con aceptables cifras de morbimortalidad.

FAST-TRACK TRAS CITORREDUCCIÓN E HIPEC EN PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL. PUNTOS CLAVE EN LA SELECCIÓN DE PACIENTES, RESULTADOS Y CUMPLIMIENTO DEL PROTOCOLO

PA. Sánchez Fuentes¹, PA. Cascales Campos¹, J. Gil¹, E. Gil¹, V. López López¹, A. González Gil¹, P. Parrilla¹.

¹. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, IMIB-Arrixaca, Murcia

Objetivos:

Nuestro objetivo es analizar los resultados obtenidos tras la aplicación de un protocolo de fast-track en cirugía oncológica peritoneal, evaluar su aplicabilidad y conocer los factores asociados al cumplimiento del mismo.

Pacientes y método:

Fueron evaluados una serie de pacientes consecutivos con carcinomatosis peritoneal tratados mediante citorreducción e HIPEC entre septiembre de 2008 y diciembre de 2014. Se continuó con el protocolo iniciado en el preoperatorio durante el postoperatorio si el paciente cumplía los siguientes requisitos: citorreducción óptima (CC-0/1) y máximo una anastomosis digestiva. El objetivo perseguido era alcanzar una estancia postoperatoria ≤ 7 días sin reingreso.

Resultados:

Se analizó una serie de 156 pacientes, con una mediana de edad de 57 años (33-79 años) y una mediana del PCI de 8 (0-32). Ciento trece pacientes (72%) eran mujeres con cáncer de ovario con diseminación peritoneal. Cuarenta pacientes (25,6%) presentaron complicaciones en el postoperatorio, graves III-V en 18 de los mismos (10,5%), con una mediana de estancia postoperatoria de 6 días (4-52 días) y una tasa de reingreso del 9%. De los 42 pacientes con un alta hospitalaria superior a los 7 días, en 20 no se detectaron complicaciones postoperatorias. La tasa de cumplimiento del protocolo fue del 66%. La edad mayor de 57 años (OR 3,159; IC 95% 1,286-7,758; $p = 0,012$), la realización de una anastomosis digestiva (OR 3,834; IC 95% 1,562-9,414; $p = 0,003$) y el presentar una complicación (OR 18,704; IC 95% 6,888-50,790; $p = 0,000$) fueron factores independientes asociados con el incumplimiento del protocolo.

Conclusiones:

La aplicabilidad del protocolo fast-track en carcinomatosis peritoneal con citorreducción e HIPEC es factible, siendo necesaria la selección escrupulosa de pacientes para este protocolo.

CITORREDUCCIÓN INICIAL CON O SIN HIPEC EN PACIENTES CON CARCIOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN OVÁRICO, TUBÁRICO Y PERITONEAL PRIMARIO. RESULTADOS INICIALES DEL ENSAYO CLÍNICO PROSPECTIVO Y RANDOMIZADO (NCT02328716)

P.A. Cascales Campos, A. Gonzalez Gil, J. Gil Martínez, E. Gil Gómez, M.R. González Sánchez, V. Lopez Lopez, P. Sanchez Fuentes, J. Martinez García, A. Nieto Díaz, P. Parrilla Paricio.
Unidad de Cirugía Oncológica Peritoneal
Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. IMIB-Arrixaca. Murcia. España

OBJETIVOS

Analizar los resultados preliminares del ensayo clínico Fase III, prospectivo y randomizado (NCT02328716) que evalúa el papel de HIPEC con Cisplatino tras el tratamiento quirúrgico inicial de la carcinomatosis peritoneal de origen ovárico.

PACIENTES Y MÉTODO

Fueron incluidas pacientes con un reciente diagnóstico de cáncer de ovario con carcinomatosis peritoneal y una edad <75 años. La primera paciente se incluyó en Marzo de 2012, y hasta Abril de 2015 se han evaluado un total de 47 pacientes. Tres pacientes rechazaron participar en el ensayo por la posibilidad de no tratarse con HIPEC y otras 4 se excluyeron por ser su enfermedad irresecable durante la cirugía. Aleatorización informática. Simple ciego (las pacientes no conocen el grupo al que se asignan). Las pacientes del grupo HIPEC fueron tratadas con Cisplatino (dosis: 75mgr/m²).

RESULTADOS

Cuarenta pacientes han sido incluidas, 20 en cada brazo del estudio, con una mediana de edad de 63 años (41-73 años) y una mediana de PCI de 12 (2-39). No existieron diferencias estadísticamente significativas en ningún parámetro pre e intraoperatorio entre ambos grupos. Se detectaron 16 complicaciones postoperatorias I-V (40%), siendo 5 de ellas graves III-V (12.5%). Dos pacientes fallecieron en el postoperatorio por complicaciones derivadas del procedimiento quirúrgico (5%), una en cada grupo. Con una mediana de seguimiento de 14 meses (2-38 meses), la supervivencia libre de enfermedad a 1 y 3 años fue del 70% y 61% en el grupo tratado con HIPEC y del 55% y 16% en el grupo de citorreducción sin HIPEC, tendencia favorable al grupo HIPEC aunque todavía sin significación estadística (p=0.081)

CONCLUSIÓN

HIPEC con Cisplatino tras citorreducción inicial de la carcinomatosis peritoneal de origen ovárico no aumenta la morbimortalidad postoperatoria y sí que muestra una tendencia favorable en la mejora de los resultados referentes a la supervivencia libre de enfermedad.

TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL CON CIRUGÍA DE CITORREDUCCIÓN COMPLETA MÁS HIPEC. NUESTRA EXPERIENCIA ACUMULADA DURANTE 10 AÑOS

I. Manzanedo Romero; A. Serrano del Moral; E. Pérez Viejo; M. Hernández García; B. Martínez Torres; JM. Rodríguez Vitoria; C. Rihuete Caro; F. Pereira Pérez.
Hospital Universitario de Fuenlabrada. Madrid

INTRODUCCIÓN

La carcinomatosis peritoneal es una forma de diseminación tumoral considerada tradicionalmente una situación terminal o muy avanzada de diferentes tipos de tumores de origen abdominal o pélvico. El tratamiento intensivo, basado en la cirugía de citorreducción completa (CC) más la aplicación de quimioterapia intraperitoneal perioperatoria (EPIC) o quimioterapia hipertérmica intraperitoneal intraoperatoria (HIPEC), ha conseguido mejorar la supervivencia global de estos pacientes.

PACIENTES Y MÉTODO

Presentamos la serie completa de pacientes con carcinomatosis peritoneal de distintos orígenes, tratados con cirugía de CC más HIPEC con o sin EPIC, desde el inicio del programa de tratamiento multimodal de las enfermedades malignas del peritoneo en el Hospital de Fuenlabrada, en el año 2006. Se han realizado 287 intervenciones, desde Junio de 2006 hasta Marzo de 2015. Las cirugías citorreductoras han seguido los principios de peritonectomías descritos por Sugarbaker. Se ha realizado HIPEC según la técnica abierta del coliseo de Sugarbaker, a una temperatura de 42-43°C, aplicando diferentes agentes citostáticos en función del origen tumoral.

RESULTADOS

Las causas de la enfermedad peritoneal en la serie han sido: origen colorrectal (106 casos); ovárico, tubárico o peritoneal primario (70 casos); pseudomixoma peritoneal (58 casos); gástrico (33 casos); mesotelioma peritoneal (12 casos); y otros raros (8 casos). La mediana de PCI (peritoneal cancer index) ha sido de 8 (0-30). La tasa de citorreducción completa (CC-0 o CC-1) es del 93%. La estancia mediana en UCI/REA ha sido de 3 días, con una mediana de estancia hospitalaria de 16 días. Las complicaciones mayores (III -IV de Clavien) han sido del 33%, con una tasa de mortalidad de un 2%.

CONCLUSIONES

La carcinomatosis peritoneal debe ser tratada en centros con experiencia contrastada, mediante cirugía citorreductora (CC) más HIPEC, con una adecuada selección de los pacientes, para conseguir buenos resultados, con unas aceptables tasas de morbilidad y mortalidad.

TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN OVÁRICO, TUBÁRICO O PERITONEAL PRIMARIO CON CIRUGÍA CITORREDUCTORA MÁS QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA (HIPEC). ANÁLISIS DE RESULTADOS EN UN CENTRO DE REFERENCIA

I. Manzanedo Romero, E. Pérez Viejo; A. Serrano del Moral; B. Martínez Torres; M. Hernández García; C. Rihuete Caro; JM. Rodríguez Vitoria; F. Pereira Pérez.
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

INTRODUCCIÓN

La carcinomatosis peritoneal de origen ovárico, tubárico o peritoneal primario es una de las causas más frecuentes de enfermedad peritoneal. El tratamiento con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica intraoperatoria (HIPEC) asociada a una citorreducción completa (CC) parece una opción terapéutica prometedora en estas pacientes, por lo que presentamos los resultados obtenidos tras analizar nuestra serie.

PACIENTES Y MÉTODO

Desde 2007 hasta Diciembre de 2014 se han realizado 61 cirugías citorreductoras con HIPEC en 57 mujeres, con una mediana de edad de 55 años. El 52,5% de los procedimientos se han realizado en primera línea (carcinomatosis al diagnóstico), y un 47,5% en recaídas peritoneales. Todas las pacientes han sido sometidas a una cirugía citorreductora seguida de HIPEC con Cisplatino más Doxorrubicina (31 procedimientos) o con Paclitaxel (29 procedimientos).

RESULTADOS

En un 96,7% se ha conseguido una citorreducción completa (CC-0 o CC-1), necesitando realizar algún tipo de resección intestinal en un 52,6% de las cirugías. La mediana de PCI ha sido de 9 (0-31). La mediana de tiempo quirúrgico (incluida HIPEC) ha sido 400 minutos. La estancia mediana en UCI/REA postoperatoria ha sido de 2 días y la estancia mediana hospitalaria de 12 días. La tasa de complicaciones mayores (III-IV de Clavien) ha sido del 29,5%, sin que se haya registrado ningún caso de mortalidad. Con una mediana de seguimiento de 20 meses se han registrado 33 recaídas, con un intervalo libre de enfermedad de 14 meses. La mediana de supervivencia ha sido de 57 meses con una supervivencia a los 2 años de un 77% y a los 5 años del 52,2%.

CONCLUSIONES

La cirugía citorreductora más HIPEC es una técnica segura en grupos experimentados, que puede disminuir las recurrencias y aumentar la supervivencia en la carcinomatosis peritoneal de origen ovárico.

FACTOR PRONÓSTICO DEL ANÁLISIS DE CÉLULAS TUMORALES CIRCULANTES EN SANGRE PERIFÉRICA DE PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN COLÓNICO TRATADOS MEDIANTE CITOREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL INTRAOPERATORIA HIPERTÉRMICA

J. Torres Melero (1), M.J. Serrano (2), FG.Ortega (2), A. Morales González (1), P. Carmona (2), JL García Pucho (2), M. Delgado (2), JA. Lorente (2).

(1). Unidad Programa de Cirugía Oncológica Peritoneal-Carcinomatosis. C. Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

(2). Centro Genyo. Granada.

INTRODUCCIÓN

La principal contraindicación, la principal limitación de un procedimiento agresivo locorregional, como es la técnica de citorreducción completa y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (CRS+HIPEC) la diseminación a distancia. La presencia de células tumorales circulantes (CTCs) es considerada como factor indicativo de diseminación hematogena con un considerable valor pronóstico en la posible formación de metástasis a distancia.

OBJETIVOS

- **Primario.** Determinar el valor pronóstico de la presencia de estas células circulantes (CTC) en sangre periférica de pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen colónico.
- **Secundario.** Realizar una caracterización genotípica y fenotípica de estas CTCs

PACIENTES Y MÉTODOS.

14 pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal (CCR) que cumplen criterios para CRS + HIPEC. Recogida de muestras: 20 cc de sangre periférica en los periodos: 0 (antes cirugía) y 6 semanas (antes de iniciar quimioterapia adyuvante). El aislamiento de CTCs se realizó con técnicas de selección inmunomagnética. La detección y análisis fenotípico de CTCs: mediante de expresión de citoqueratinas y EGFR.

RESULTADOS

3varones/11 mujeres; período de seguimiento (8m-24m); G1:1; G2:7 y G3:6. IIIA:1; IIIB:2; IIIC:8 y IVB:3; PCI \leq 10:1, PCI 10-20: 11, PCI \geq 20: 2; CC0:9, CC1:2;CC2:1 y CC3:2. 6 . CTCs (0): 7 (50%), valor medio de CTCs 6,75/10 ml; CTC (6 s): 4 .. EGFR 4/7. ILE CTC(0) negativas: 24,57 meses; ILE CTC (6s) positivas: 8,57 meses. . Observamos una correlación positiva entre CTCs negativas y EGFR + en el periodo basal en los pacientes con obstrucción intestinal (21,4%). La presencia de CTCs identifican pacientes con enfermedad metástasis hepáticas y/o pulmonar con una reducción significativa en el PFS ($P= .0024$).

CONCLUSIONES

La presencia preoperatoria y la monitorización de CTC en el postoperatorio, así como su caracterización genética y fenotípica pueden considerarse como marcador pronóstico y predictivo de diseminación hematogena. En nuestro estudio hay una significativa relación entre CTCs y evolución clínica del paciente.

EFFECTO DEL INDICE DE MASA CORPORAL (IMC) EN LOS RESULTADOS DEL CÁNCER DE OVARIO AVANZADO TRATADO MEDIANTE CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA INTRAOPERATORIA (HIPEC)

E. Gil Gómez, J. Gil Martínez, P. Cascales Campos, M^a T. Soriano Palao, P. A. Sánchez Fuentes, V. López López, A. González Gil, D. Ferreras Martínez, J. Pérez-Andreu, Pascual Parrilla Paricio
Hospital Clínico Universitario Virgen De La Arrixaca

Objetivo

Analizar la correlación del IMC (Índice de Masa Corporal) en los resultados de las pacientes con diseminación peritoneal por cáncer de ovario tratadas con citorreducción y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC).

Métodos

Mediante estudio retrospectivo del IMC de una base de datos prospectiva (cáncer de ovario avanzado primario y recurrente), tratadas con citorreducción y HIPEC entre Abril 2008-Mayo 2015.

Resultados

Se intervinieron 152 pacientes con una mediana de 57 años (rango: 27-79). Se excluyeron las pacientes irresecables (17) y R2(3). En el 53% de las pacientes la cirugía fue primaria o de intervalo. El 70% (105) de los tumores fue de Tipo II. El 79% de las pacientes había recibido QT previa. La mediana del PCI fue de 9(1-32). El 61% requirieron intervención en el compartimento supramesocólico. La citorreducción completa(CC-0) se consiguió en 134 pacientes (88%) con una mediana de duración del procedimiento de 300 minutos (60-610). El 81% de las pacientes recibió HIPEC y en el 60% (91) fue necesario transfundir. Presentaron algún tipo complicaciones en el postoperatorio 49 pacientes (32%), en 29 pacientes (19%) las complicaciones fueron leves (I-II) y en 18 fueron graves, grado III-IV (12%). Las pacientes obesas fueron predominantemente estadios FIGOIII, más añosas, con más comorbilidades y mayor tasa de complicaciones graves. La obesidad se asoció significativamente a mayor presencia de tumores de Tipo II. No existieron diferencias en la supervivencia global ni en el periodo libre de enfermedad. Tras el análisis multivariante, la EDAD($p=0,002$;OR=1,08;IC95%:1,03-1,14) y el ESTADIO FIGO INICIAL ($p=0,05$;OR=2,43;IC95%:0,99-5,98) fueron factores independientes asociados a la presencia de complicaciones en las pacientes obesas.

Conclusiones

Las pacientes con cáncer de ovario avanzado, sobrepeso y de más edad, presentan mayor tasa de complicaciones y tumores tipo II. Sin embargo, estas no se asociaron con una disminución de la supervivencia global o del Periodo Libre de enfermedad.

EXPERIENCIA ACUMULADA EN EL TRATAMIENTO MULTIMODAL DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN GÁSTRICO EN CENTRO DE REFERENCIA

C. Rihuete Caro, I. Manzanedo Romero, E. Pérez Viejo, A. Serrano del Moral, M. Hernández García, B. Martínez Torres, J.M. Rodríguez Vitoria, F. Pereira Pérez.
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada, Madrid.

Introducción y Objetivos

Una forma de presentación del cáncer gástrico al diagnóstico es la carcinomatosis peritoneal, considerada clásicamente un estadio terminal. Sin embargo, la combinación de cirugía citorreductora completa (CC) con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica intraoperatoria (HIPEC) ha mostrado mejorar el pronóstico y la supervivencia. Nuestro objetivo es presentar la experiencia acumulada en nuestro centro.

Material y Método

Desde Junio de 2006 hasta Diciembre de 2014 se han incluido 30 pacientes para el tratamiento multimodal del cáncer gástrico. Se ha realizado laparoscopia exploradora para objetivar enfermedad peritoneal macroscópica (valorada por el *peritoneal cancer index* o PCI), citología positiva o ambas, y en los que estaba indicado se ha realizado CC más HIPEC según la técnica abierta del coliseo de Sugarbaker.

Resultados

Se ha realizado laparoscopia exploradora en 29 pacientes: 5 citología positiva, 7 enfermedad peritoneal macroscópica y 16 ambas. Se han tratado con CC más HIPEC 26 pacientes: 24 en el mismo acto el tumor primario y la enfermedad peritoneal y 2 en *Second Look*; consiguiendo en el 80,7% citorreducción completa, con una mediana de PCI de 6 (0-30). No se intervinieron 4 pacientes por progresión. La mediana de estancia en UCI o REA ha sido de 6 días (0-9), siendo la mediana de estancia hospitalaria de 16,5 días (4-58). La morbimortalidad se ha registrado siguiendo la escala de Clavien-Dindo, con un 46% de complicaciones graves (III o IV) y un evento de mortalidad postoperatoria. La mediana de supervivencia ha sido de 18 meses con una supervivencia al año del 67%, siendo la mediana de seguimiento de 13,5 meses (5-71).

Conclusión

El tratamiento multimodal de la carcinomatosis peritoneal de origen gástrico, basado en la quimioterapia sistémica perioperatoria más cirugía de citorreducción completa con HIPEC, puede mejorar la supervivencia en pacientes seleccionados, de una forma segura, en centros experimentados.

ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD TRAS CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN COLORRECTAL EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL GRUPO ESPAÑOL DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA PERITONEAL (GECOP)

V López-López¹, PA Cascales-Campos¹, J Gil¹, E Gil¹, P Sánchez-Fuentes¹, A González Gil¹, P Parrilla¹ y GRUPO ESPAÑOL DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA PERITONEAL (GECOP)².

¹HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. IMIB-ARRIXACA. MURCIA. ESPAÑA.

² GRUPO ESPAÑOL DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA PERITONEAL.

Objetivo

Analizar los resultados de una serie de pacientes con una edad igual o superior a los 75 años, diagnosticados de carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal tratados con citorreducción más HIPEC. Estos resultados acumulan la experiencia multicéntrica del Grupo Español de Cirugía Oncológica Peritoneal (GECOP).

Material y métodos

Estudio retrospectivo multi-institucional realizado en 10 centros que forman parte del GECOP entre noviembre de 2002 y marzo de 2014. Fueron incluidos pacientes con el diagnóstico de carcinomatosis peritoneal por cáncer colorrectal y con edad igual o superior a los 75 años sometidos a una citorreducción con procedimientos de peritonectomía y HIPEC.

Resultados

Se detectaron 20 complicaciones postoperatorias en 16 pacientes (44,4%). Doce complicaciones en 10 pacientes (28%) fueron leves (grado I-II) y 8 complicaciones en 6 pacientes (17%) fueron de moderadas a graves (grado III-IV). Dos pacientes fallecieron por complicaciones derivadas del procedimiento de citorreducción y HIPEC. La mediana en la supervivencia libre de enfermedad fue de 16 meses, con tasas a 1, 3 y 5 años del 80%, 62% y 47% respectivamente. La supervivencia global a 1, 3 y 5 años fue del 94%, 77% y 55% respectivamente. Tras el análisis univariante, fueron factores relacionados con mal pronóstico de supervivencia global: la presencia de comorbilidades preoperatorias ($p=0.013$), la presencia de metástasis hepáticas ($p=0.027$), la necesidad de transfusión sanguínea perioperatoria ($p=0.001$) y la presencia de complicaciones postoperatorias ($p=0.001$). Tras el análisis multivariante, la necesidad de transfusión sanguínea perioperatoria (OR: 2.56, IC95%: 1.95-6.24, $p=0.035$) y la presencia de complicaciones postoperatorias (OR: 3.25, IC95%: 2.35-7.56, $p=0.021$) fueron factores independientes relacionados con una menor supervivencia global.

Conclusión

La edad como único factor, especialmente en aquellos pacientes con edades ligeramente superiores a los 75 años, no es una contraindicación absoluta para una citorreducción y HIPEC en pacientes altamente seleccionados con carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal.

CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL INTRAOPERATORIA HIPERTÉRMICA (HIPEC) TRAS QUIMIOTERAPIA SISTÉMICA NEOADYUVANTE EN PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL POR CÁNCER DE OVARIO

PA Cascales-Campos¹, J Gil¹, E Gil¹, V López-López¹, P Sánchez-Fuentes¹, A Gonzalez Gil¹, P Parrilla¹

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca. IMIB-Arrixaca. Murcia

Objetivo

Analizar los resultados obtenidos en una serie de pacientes con carcinomatosis peritoneal por cáncer epitelial de ovario avanzado en estadios IIIC-IV sometidas a una citorreducción y HIPEC tras quimioterapia sistémica neoadyuvante (cirugía de intervalo).

Material y métodos

Desde Enero de 2008 hasta Enero de 2013 fueron incluidas un total de 62 pacientes con el diagnóstico de cáncer de ovario con diseminación peritoneal en estadios IIIC-IV. Todos los pacientes fueron tratados con el mismo régimen de quimioterapia sistémica recibiendo un esquema de platinos y taxanos con un total de 6-8 ciclos.

Resultados

La mediana de edad de las pacientes fue de 61.5 años (rango: 34-79 años) con una mediana del PCI de 10 (rango 2-32). En 50 pacientes (81%) la citorreducción fue completa CC-0, siendo en 12 pacientes (19%) CC-1. Tras una mediana de seguimiento de 38 meses (24-85), la mediana de supervivencia libre de enfermedad fue de 24 meses (IC95%: 17.7-30.3 meses). Tras el análisis multivariante un PCI ≥ 10 (OR: 3.45, IC95%: 2.68-6.89, $p=0.035$) y la imposibilidad de conseguir una citorreducción completa CC-0 (OR: 4.56, IC95%: 3.12-7.59, $p=0.015$) fueron factores independientes asociados con un menor intervalo libre de enfermedad. En el subgrupo de pacientes con una citorreducción completa (CC0) se obtuvo una mediana de intervalo libre de enfermedad de 40 meses, siendo la supervivencia libre de enfermedad a 1, 3 y 5 años del 86%, 56% y 48% respectivamente.

Conclusión

HIPEC tras citorreducción puede desempeñar un papel importante en la mejora de los resultados en pacientes con cáncer de ovario en estadio IIIC-IV tratadas con quimioterapia sistémica neoadyuvante.

RESULTADOS TRAS CITORREDUCCIÓN Y HIPEC TRAS UN RECIENTE DIAGNOSTICADOS DE UNA CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN OVÁRICO (UP-FRONT). ESTUDIO MULTICÉNTRICO

PA. Cascales-Campos¹, J Gil¹, E Gil¹, V López-López¹, S Sanchez², I Manzanedo³, R Morales⁴, and P. Parrilla¹

¹. HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. IMIB-ARRIXACA. MURCIA.

². HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CIUDAD REAL. CASTILLA LA MANCHA.

³. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA. MADRID.

⁴. HOSPITAL UNIVERSITARIO SON ESPASSES. MAYORCA. ISLAS BALEARES.

Objetivo

Analizar los resultados obtenidos de una serie multicéntrica de pacientes con carcinomatosis peritoneal por cáncer epitelial de ovario avanzado en estadios IIIC-IV primario sometidas a una citorreducción y HIPEC (up-front surgery).

Material y Método

Fueron recogidos los datos de pacientes con el diagnóstico de carcinomatosis peritoneal por cáncer de ovario tratadas mediante citorreducción y HIPEC sin neoadyuvancia previa. Este estudio retrospectivo multi-institucional se llevó a cabo utilizando una base de datos que contenía los parámetros recogidos prospectivamente en 4 centros españoles que forman parte del Grupo Español de Cirugía Oncológica Peritoneal (GECOP) y fue analizada la tasa de morbilidad postoperatoria y los datos de supervivencia de las pacientes incluidas en el estudio.

Resultados

Un total de 35 pacientes formaron parte del presente estudio, con una mediana de edad de 57 años (rango: 29-74 años) y una mediana del PCI de 11 (rango: 2-33). En 27 pacientes (77%) la citorreducción fue completa CC-0, siendo en 8 pacientes (23%) consideradas como CC-1. La tasa de morbilidad I-IV global fue del 54%, con una tasa de morbilidad graves III-IV del 17.2%. Tras una mediana de seguimiento de 37 meses (6-82 meses), la mediana de supervivencia libre de enfermedad no se había alcanzado en el momento del cierre de la base de datos para su análisis. La supervivencia libre de enfermedad a 1 y 3 años del 85% y 58%, respectivamente, con una supervivencia global a 1 y 3 años del 97% y 87%.

Conclusión

HIPEC tras citorreducción debe desempeñar un papel importante en la mejora de los resultados en pacientes con carcinomatosis peritoneal por cáncer de ovario en estadio IIIC-IV tratadas inicialmente con esta modalidad de quimioterapia intraperitoneal, que por otra parte debería ser tenida muy en cuenta a la hora de diseñar estudios prospectivos y randomizados en pacientes con esta patología.

ANÁLISIS MULTIVARIANTE SECUENCIAL RESTROSPECTIVO DE LOS FACTORES RELACIONADOS CON LA MORBILIDAD POSTOPERATORIA TRAS CITORREDUCCIÓN Y HIPEC EN CANCER DE OVARIO. UNA NUEVA FORMA DE APROXIMACIÓN AL ESTUDIO DE LA CURVA DE APRENDIZAJE

PA Cascales-Campos¹, J Gil¹, E Gil¹, V. López-López¹, P Sánchez-Fuentes¹, A González Gil¹ y P Parrilla¹.

¹. Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca.El Plamar. Murcia.

Objetivos

Evaluar nuestra curva de aprendizaje mediante un modelo sencillo basado en el análisis multivariante secuencial retrospectivo de los factores relacionados con la aparición de morbilidad postoperatoria en pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen ovárico tratados mediante citorreducción y HIPEC.

Material y Método

Desde Enero de 2008 hasta Diciembre de 2014 fueron incluidas un total de 150 pacientes con el diagnóstico de cáncer de ovario con diseminación peritoneal primario o recurrente. Todas las pacientes fueron evaluadas y tratadas por el mismo equipo multidisciplinar de cirujanos y oncólogos médicos. Se realizó un análisis

VARIABLE	n≤25			n≤50			n≤75			n≤100			n≤125			n≤150		
	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p	OR	IC 95%	p
ANASTOMOSIS	20.35	2.8-207	0.029	5.9	1.33-26.164	0.019	7.78	1.245-48.67	0.028	5.09	1.769-8.684	0.03						
NUMERO ANASTOMOSIS													6.81	1.098-11.92	0.001	5.18	2.58-10.41	<0.0001
SUPRAMESOCÓLICO	12.14	1.97-254	0.047	7.313	1.642-32.57	0.009	4.53	1.56-13.98	0.032	3.97	1.41-11.19	0.009	3.84	1.51-9.55	0.004	3.876	1.71-8.77	0.001
TRANSFUSIÓN										3.04	1.06-8.68	0.38	2.735	1.10-6.81	0.031	2.51	1.1-10.41	0.027

multivariante de las complicaciones globales detectadas tras el tratamiento combinado de citorreducción y HIPEC, dividiendo la serie en 6 grupos acumulativos de 25 pacientes (25, 50, 75, 100, 125, 150). La clasificación utilizada para la morbilidad postoperatoria fue la CTCAE-V3 del NCI.

Resultados

Un total de 47 pacientes presentaron algún tipo de complicación postoperatoria (31.3%) siendo en 20 de ellas (13.3%) graves grado III-IV. Los resultados del análisis multivariante se muestran en la Tabla 1.

Conclusión

El análisis multivariante secuencial retrospectivo permite una visión continua de la evolución de los factores independientes relacionados con las complicaciones postoperatorias más allá de la foto fija que ofrece un solo análisis de la serie global.

HIPEC: TÉCNICA CERRADA CON SISTEMA DE AGITACIÓN POR CO₂ (PRS/BIOSURGICAL ®) EN EL TRATAMIENTO MULTIMODAL DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL

E. Ovejero Merino, A. Gutiérrez Calvo, R. Gómez Sanz, I. Lasa Unzúe, A. López García, R. Marcos Hernández, F. Mendoza Moreno, A. Pedraza Muñoz, J. Granell Vicent.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS

- La cirugía citorreductora completa y el ICP son los dos factores pronósticos más importantes, desconociéndose, en el momento actual, el verdadero impacto de la HIPEC en los resultados. Existen dos técnicas fundamentales: ABIERTA y CERRADA, con diferentes variantes para mejorar su efectividad. (CERRADA: *menor pérdida térmica, mayor penetración en tejidos, menor riesgo de contaminación*); (ABIERTA: *distribución homogénea, no aumento de presión abdominal*).
- En nuestro centro incorporamos la técnica cerrada con sistema de agitación por CO₂ para mejorar la distribución del quimioterápico, manteniendo las virtudes de la técnica cerrada original: estabilidad / mantenimiento de la temperatura, mayor penetración tisular y mayor seguridad para el personal de quirófano.
- Presentamos nuestra experiencia y evaluamos su seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Durante 30 meses, prospectivamente, se recogen datos de 36 pacientes, evaluados en un Comité Oncológico Multidisciplinar, intervenidos en un protocolo de tratamiento multimodal; se realizan 27 citorreducciones con HIPEC.
- Para la recogida se diseña una base de datos de Access 2013, con base en el protocolo GECOP. Se analiza estadísticamente con SPSS 23.

RESULTADOS

- Tumores: colon (11), estómago (9), liposarcoma (1) y ovario (6).
- Citorreducción completa en el 100% de casos.
- ICP medio prequirúrgico: 3'7±10'8. ICP medio postquirúrgico: 5'42±11'37.
- Ninguna muerte intra ni perioperatoria.
- Un 74'1% de pacientes NO tiene complicaciones postquirúrgicas. Del 25'9% restante:

Colección intraabdominal	7'4% (2 pacientes)
Fiebre sin foco	7'4%
Peritonitis difusa / absceso intraabdominal	3'7% (1 paciente)
Fístula pancreática	3'7%
Insuficiencia cardíaca	3'7%
Toxicidad de quimioterapia	3'7%.

- En el seguimiento, en un 63% de pacientes NO hay recidiva, con una supervivencia media de 11'6 (±14'5) meses. Tres pacientes han fallecido durante el seguimiento.
- No ha habido ninguna fuga de agente quimioterápico.

CONCLUSIÓN

- Es una técnica segura, con un índice de complicaciones intraoperatorias y postquirúrgicas aceptables.

HITAC: TÉCNICA CERRADA CON SISTEMA DE AGITACIÓN POR CO₂ (PRS/BIOSURGICAL ®) EN EL TRATAMIENTO MULTIMODAL DEL PACIENTE CON CARCINOMATOSIS SECUNDARIA A ADENOCARCINOMA DE UNIÓN ESOFAGOGÁSTRICA

E. Ovejero Merino, A. Gutiérrez Calvo, R. Gómez Sanz, I. Lasa Unzué, A. López García, R. Marcos Hernández, F. Mendoza Moreno, A. Pedraza Muñoz, J. Granell Vicent.

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

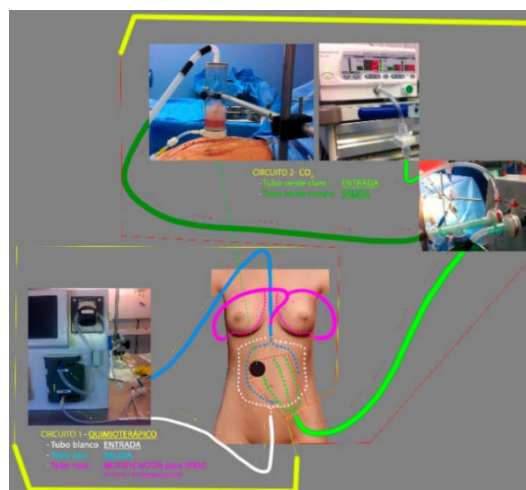
*(HITAC: Hyperthermic Intraoperative ThoracoAbdominal Chemotherapy); *(ICP: Índice de Carcinomatosis Peritoneal)

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS

- La HITAC es una modificación técnica de la HIPEC, que pretende tratar la posible diseminación neoplásica pleural de tumores que requieran la apertura del hiato esofágico o la apertura / resección diafragmática durante la cirugía citorreductora; en definitiva, cuando células tumorales pueden alcanzar la cavidad torácica desde la abdominal.
- Presentamos nuestra experiencia con la técnica cerrada con agitador de CO₂ y evaluamos su seguridad.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Durante 30 meses, prospectivamente, se recogen datos de 36 pacientes, evaluados en un Comité Oncológico Multidisciplinar, intervenidos dentro de un protocolo de HIPEC; en 3 se realiza citorreducción e HITAC.
- Para la recogida se diseña una base de datos de Access 2013, con base en el protocolo GECOP. Se analiza estadísticamente con SPSS 23.
- La quimioterapia se administra mediante TÉCNICA CERRADA con agitación por CO₂. La colocación de catéteres se expone en la figura.



RESULTADOS

- Tumores: unión esofagogástrica (3).
- Citorreducción completa en todos los pacientes.
- Vías de abordaje: abdominal en 1 caso (gastrectomía total), y toracoabdominal (Ivor-Lewis) en 2 (esofagogastrectomía polar superior con plastia de Akiyama). En todos los casos se usan drenajes torácicos en ambos hemitórax.
- ICP prequirúrgico: 5'33±12'22. ICP postquirúrgico: 8'67±15'14.
- Ninguna muerte intra ni perioperatoria.
- Ninguno de los pacientes ha tenido complicaciones postquirúrgicas.
- En el seguimiento, en dos pacientes NO hay recidiva, con una supervivencia media de 4'5 (±11'31) meses. Los tres están vivos.
- No ha habido ninguna fuga de agente quimioterápico y la perfusión torácica no ha condicionado ningún problema sistémico ni anestésico.

CONCLUSIÓN

- Se comprueba que la modificación técnica para HITAC es viable y segura, con pocas complicaciones intraoperatorias y postquirúrgicas.

PROCEDIMIENTO DE HIPEC/HITAC. TÉCNICA CERRADA CON SISTEMA DE AGITACIÓN POR CO₂ (PRS/BIOSURGICAL®) EN EL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL

E. Ovejero Merino, A. Gutiérrez Calvo, C. Vera Mansilla, R. Gómez Sanz, I. Lasa Unzúe, A. López García, R. Marcos Hernández, F. Mendoza Moreno, A. Pedraza Muñoz, J. Granell Vicent.

Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo.

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

Departamento de Cirugía, Ciencias Médicas y Sociales. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid.

INTRODUCCIÓN y OBJETIVOS

- Aunque el verdadero impacto de la HIPEC en el tratamiento multimodal de la carcinomatosis peritoneal está en estudio, forma parte del protocolo de actuación después de una citorreducción completa, con el objetivo de tratar la enfermedad microscópica residual.
- Existen dos técnicas fundamentales: ABIERTA y CERRADA, cada una con sus puntos fuertes e inconvenientes.
- En nuestro centro, incorporamos la técnica cerrada con sistema de agitación por CO₂, PARA MEJORAR LA DISTRIBUCIÓN DEL QUIMIOTERÁPICO, manteniendo las virtudes de la técnica cerrada original: estabilidad / mantenimiento de la temperatura, mayor penetración tisular y mayor seguridad para el personal de quirófano.
- Mostramos cómo se realiza el procedimiento en nuestro Hospital.

MATERIAL Y MÉTODOS

- Estudio prospectivo, desde noviembre de 2012 hasta abril de 2015, sobre 36 pacientes seleccionados por un "Comité oncológico multidisciplinar", en 27 de los cuales se realiza citorreducción y posterior HIPEC.

RESULTADOS

El esquema adyacente define nuestra técnica.

MORTALIDAD y SEGURIDAD de la técnica:

MORBILIDAD PERIOPERATORIA (incluye intra y postoperatoria)

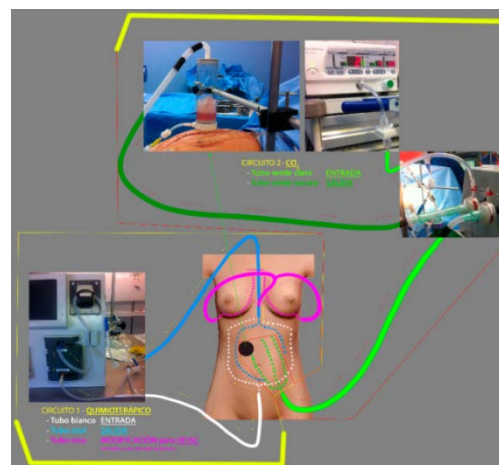
SIN complicaciones 20 (74'1%)

Complicaciones 7 (25'9%)

MORTALIDAD PERIOPERATORIA 0 pacientes

CONCLUSIÓN

- Se comprueba que es una técnica SEGURA, con pocas complicaciones intraoperatorias y postquirúrgicas.



EXPERIENCIA INICIAL DEL LAVADO PERITONEAL EXTENSO EN LA CIRUGIA DEL CANCER GASTRICO LOCALMENTE AVANZADO

Autores: I Fraile Alonso¹, R. López Pardo¹, D. Martínez Cecilia¹, P. Toral Guinea¹, G. Krasniqi¹, MA Morlan López¹

¹. Complejo Hospitalario de Toledo

OBJETIVOS

La realización de lavado peritoneal extenso (LPE), tras resección curativa en pacientes con adenocarcinoma gástrico localmente avanzado, esta en relación con la disminución de células tumorales libres en peritoneo. Presentamos un estudio comparativo entre pacientes con adenocarcinoma gástrico > pT2 tratados con cirugía radical y LPE y pacientes tratados solo con cirugía radical, para valorar la incidencia de recidiva peritoneal y supervivencia específica en relación con el LPE.

MATERIAL Y METODOS

Analizamos a los pacientes intervenidos por adenocarcinoma gástrico en el periodo comprendido entre Enero 2004 y Diciembre 2013, con los siguientes criterios de inclusión: afectación muscular (pT2) y cirugía con intención curativa. Excluimos a los pacientes con enfermedad metastásica (M1), esofagectomía o tumores de boca anastomótica.

Realizamos LPE de forma prospectiva a partir de Diciembre 2010, recogimos los datos de recidiva peritoneal, recidiva local y recidiva a otros niveles, así como la mortalidad por causa tumoral.

RESULTADOS

Establecemos dos grupos de pacientes: LPE (n: 23) con una media de seguimiento de 27,4 meses y no LPE (n: 40) con un seguimiento medio de 37,8 meses. Los pacientes que no recibieron LPE presentaron morfología polipoide o polipoide- ulcerada (Tipo I y II de Borrmann) en mayor proporción que los que no recibieron LPE (p: 0,02). No observamos diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a localización tumoral, grado histológico o estadio tumoral.

Los pacientes con LPE presentaron una supervivencia específica estimada superior a los que no recibieron LPE con significación estadística (p: 0,02). La recidiva peritoneal o combinada fue menos frecuente en grupo LPE (34 vs 27%), si bien la diferencia no fue estadísticamente significativa. (p: 0,58).

CONCLUSIONES

La realización de LPE podría influir de forma favorable en la supervivencia de pacientes intervenidos por adenocarcinoma gástrico localmente avanzado. En nuestra serie no se obtuvieron datos concluyentes en cuanto a la tasa de recidiva peritoneal.

Iñaki Fraile Alonso byfray22@yahoo.es

COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS TARDÍAS TRAS CITORREDUCCIÓN E HIPEC POR CARCINOMATOSIS PERITONEAL

JM García Pérez, C. Pineño, P. Jiménez, F. Sena, D. Ambrona, C. Jiménez Viñas, M. Jiménez, J. Pérez-Celada, R. Morales, FX González.

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. Baleares.

INTRODUCCIÓN

La cirugía de citorreducción (CCR) con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC), es el abordaje de elección de determinados casos de carcinomatosis peritoneal. Las complicaciones postoperatorias han sido bien descritas en la literatura, pero no así las complicaciones tardías.

OBJETIVO

Determinar las complicaciones y necesidades de atención especializada después de los primeros 90 días tras la intervención.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio retrospectivo sobre un registro de pacientes consecutivos. Entre enero de 2008 y febrero de 2015 fueron intervenidos 72 pacientes (48 mujeres y 24 hombres). El índice de carcinomatosis peritoneal medio fue de 11,8 (2 - 28). La morbilidad tardía fue estudiada midiendo las visitas a urgencias, los reingresos y las reintervenciones.

RESULTADOS

La edad media fue de 60,9 años (27 - 80). El tumor primario fue el colon 40 casos (55,5%), ovario 20 casos (27,7%), apéndice 10 (13,8%), gástrico 1(1,4%) y mesotelioma 1 (1,4%). El tiempo medio de intervención fue de 7,4 horas (3,5 - 12), con una media de 2,6 órganos resecaados por paciente. El número medio de anastomosis fue 1,3 (0-3). La estancia en UCI fue de 2,7 días (1,5 – 21) y de ingreso 13,1 días (5 - 42). La tasa de reintervenciones fue del 9,8% y la de reingresos del 34,5%. El 37,5% acudió a urgencias tras el alta. Las causas más frecuentes fueron la infección del tracto urinario 8 pacientes (11,1%), suboclusión intestinal (7 pacientes 9,7%), diarrea no filiada 6 pacientes (8,3%) y obstrucción de vía biliar 2 casos (2,7%). La mortalidad global fue del 2,7% (dos pacientes), hemorragia cerebral en un caso y trombosis mesentérica en otro.

CONCLUSIONES

La CCR+HIPEC conlleva una tasa importante de reingresos y visitas a urgencias durante el postoperatorio tardío, por lo que es necesario concienciar a los pacientes y personal sanitario dado el incremento progresivo de este tipo de intervenciones.

MORBI-MORTALIDAD TEMPRANA TRAS CITORREDUCCIÓN E HIPEC EN UN CENTRO TERCIARIO

JM García Pérez, C. Pineño, P. Díaz, F. Sena, D. Ambrona, C. Jiménez Viñas, M. Jiménez, J. Pérez-Celada, R. Morales, FX González.

Hospital Universitario Son Espases, Palma de Mallorca. Baleares.

INTRODUCCIÓN

La carcinomatosis peritoneal supone el estadio final de muchos procesos oncológicos. Su abordaje multidisciplinar con cirugía citorreductora (CCR + HIPEC) ha contribuido a una mejora en las cifras de supervivencia, no obstante, su alta complejidad determina que las complicaciones postoperatorias sigan siendo elevadas. El objetivo de nuestro estudio es describir las complicaciones más frecuentes en una serie consecutiva de pacientes sometidos a CCR+HIPEC por carcinomatosis peritoneal.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre enero de 2008 y mayo de 2015 fueron intervenidos 81 pacientes (57 mujeres y 24 hombres). La edad media fue de 60,8 años (27 - 80). El tumor primario fue el cáncer de colon en 43 casos(53%), carcinoma de ovario 24 casos (29%), carcinoma de apéndice 10 casos (12%), cáncer gástrico 2 casos (2,4%), mesotelioma un caso (1,2%), e intestino delgado un caso (1,2%). Las complicaciones se agruparon según la clasificación de Clavien y Dindo. La morbi-mortalidad fue seguida hasta el alta hospitalaria o fallecimiento del paciente

RESULTADOS

El índice de carcinomatosis peritoneal fue de 12,3 (2 - 28). La duración media de las intervenciones fue de 7,4 horas (3,5 - 12), la estancia media en la unidad de cuidados intensivos fue de 2,75 días (1,5 - 21). Se consiguió un grado de citorreducción CC-0 en 71 (87,6%), CC-1 en 9 (11,1%) y CC-2 en 2 pacientes (2,4%). La mortalidad postoperatoria fue del 2,4% (2 pacientes). La morbilidad global fue del 43%, con una morbilidad grados III-IV del 23,4%. La tasa de reintervenciones fue del 9,8% y la de reingresos del 4,5%. La estancia media hospitalaria fue de 15.1 días (7-45).

CONCLUSIONES

La CCR+HIPEC presenta una morbi-mortalidad similar a la de otros procedimientos quirúrgicos complejos tales como la duodenopancreatectomía o la esofagectomía, al igual que la tasa de reintervenciones urgentes y reingresos hospitalarios.

ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD TRAS CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN OVÁRICO EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL GRUPO ESPAÑOL DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA PERITONEAL (GECOP)

V López-López¹, PA Cascales-Campos¹, J Gil¹, E Gil¹, P Sánchez-Fuentes¹, A González Gil¹, P Parrilla¹ y GRUPO ESPAÑOL DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA PERITONEAL (GECOP)².

¹HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. IMIB-ARRIXACA. MURCIA. ESPAÑA.

² GRUPO ESPAÑOL DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA PERITONEAL.

Objetivo

Analizar los resultados de una serie de pacientes con una edad igual o superior a los 75 años, diagnosticados de carcinomatosis peritoneal de origen ovárico tratados con citorreducción más HIPEC. Estos resultados acumulan la experiencia multicéntrica del Grupo Español de Cirugía Oncológica Peritoneal (GECOP).

Material y métodos

Estudio retrospectivo multi-institucional realizado en 10 centros que forman parte del GECOP entre noviembre de 2002 y marzo de 2014. Fueron incluidos pacientes con el diagnóstico de carcinomatosis peritoneal de origen ovárico y con edad igual o superior a los 75 años sometidos a una citorreducción con procedimientos de peritonectomía y HIPEC.

Resultados

Veintiseis pacientes fueron incluidas, con una mediana de edad de 77 años (rango: 75-80 años). La mediana del PCI en las pacientes de la serie fue de 13 (rango 2-22). En 24 pacientes (92.3%) la citorreducción fue completa CC-0, siendo en 2 pacientes (7.7%) considerada como CC-1-3. La mediana de estancia postoperatoria tras citorreducción y HIPEC fue de 10.5 días (rango: 4 -19 días). Se detectaron 12 complicaciones postoperatorias en 9 pacientes (34.6%). Nueve complicaciones en 6 pacientes (23.1%) fueron leves (grado I-II) y 3 complicaciones en 3 pacientes (11.5%) fueron de moderadas a graves (grado III-IV). Ninguna paciente falleció por complicaciones derivadas del procedimiento de citorreducción y HIPEC. La mediana en la supervivencia libre de enfermedad fue de 12 meses, con tasas a 1, 3 y 5 años del 47%, 34% y 20% respectivamente. La supervivencia global a 1, 3 y 5 años fue del 91%, 83% y 74% respectivamente.

Conclusión: La edad como único factor, especialmente en aquellos pacientes con edades ligeramente superiores a los 75 años, no es una contraindicación absoluta para una citorreducción y HIPEC en pacientes altamente seleccionados con carcinomatosis peritoneal de origen ovárico.

ANÁLISIS DE LA MORBIMORTALIDAD TRAS CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN APÉNDICE-PSEUDOMIXOMA PERITONEAL EN PACIENTES MAYORES DE 75 AÑOS. ESTUDIO MULTICÉNTRICO DEL GRUPO ESPAÑOL DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA PERITONEAL (GECOP)

V López-López¹, PA Cascales-Campos¹, J Gil¹, E Gil¹, P Sánchez-Fuentes¹, A González Gil¹, P Parrilla¹ y GRUPO ESPAÑOL DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA PERITONEAL (GECOP)².

¹HOSPITAL CLÍNICO UNIVERSITARIO VIRGEN DE LA ARRIXACA. IMIB-ARRIXACA. MURCIA. ESPAÑA.

² GRUPO ESPAÑOL DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA PERITONEAL.

Objetivo

Analizar los resultados de una serie de pacientes con una edad igual o superior a los 75 años, diagnosticados de carcinomatosis peritoneal de origen apéndice-pseudomixoma peritoneal tratados con citorreducción más HIPEC. Estos resultados acumulan la experiencia multicéntrica del Grupo Español de Cirugía Oncológica Peritoneal (GECOP).

Material y métodos

Estudio retrospectivo multi-institucional realizado en 10 centros que forman parte del GECOP entre noviembre de 2002 y marzo de 2014. Fueron incluidos pacientes con el diagnóstico de carcinomatosis peritoneal de origen apéndice-pseudomixoma peritoneal y con edad igual o superior a los 75 años sometidos a una citorreducción con procedimientos de peritonectomía y HIPEC.

Resultados

Diecisiete pacientes fueron incluidos, con una mediana de edad de 76 años (rango: 75-80 años). La mediana del PCI en los pacientes de la serie fue de 16 (rango 6-39). En 10 pacientes (58.8%) la citorreducción fue completa CC-0, siendo en 7 pacientes (41.2%) considerada como CC-1-3. La mediana de estancia postoperatoria tras citorreducción y HIPEC fue de 16 días (rango: 8-96 días). Se detectaron 12 complicaciones postoperatorias en 9 pacientes (52.9%). Cuatro complicaciones en 4 pacientes (23.5%) fueron leves (grado I-II) y 8 complicaciones en 5 pacientes (29.4%) fueron de moderadas a graves (grado III-IV). Ningún paciente falleció por complicaciones derivadas del procedimiento de citorreducción y HIPEC. La mediana en la supervivencia libre de enfermedad fue de 12 meses, con tasas a 1, 3 y 5 años del 60%, 40% y 40% respectivamente. La supervivencia global a 1, 3 y 5 años fue del 91%, 83% y 74% respectivamente.

Conclusión

La edad como único factor, especialmente en aquellos pacientes con edades ligeramente superiores a los 75 años, no es una contraindicación absoluta para una citorreducción y HIPEC en pacientes altamente seleccionados con carcinomatosis peritoneal de origen apéndice-pseudomixoma peritoneal.

QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL EN CÁNCER DE OVARIO EN ESTADÍO AVANZADO

ML. Ruiz Juliá¹, V. Ruiz Luque¹, J. Fuentes Pradera², P. Martínez García¹.

¹. Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

². Unidad de Gestión Clínica de Hematooncología y Anatomía patológica (Oncología médica). Hospital Universitario de Valme, Sevilla.

Objetivos

El cáncer de ovario es la causa principal de muerte por cáncer ginecológico en los EEUU. Su alta tasa de mortalidad se debe a la extensión del tumor más allá del ovario en el diagnóstico, siendo la cavidad peritoneal el sitio principal de la enfermedad.

Ensayos clínicos publicados han evaluado el uso de quimioterapia intraperitoneal en el cáncer de ovario avanzado tras cirugía citorréductora óptima, demostrando una mejora significativa en la supervivencia.

Material y Método

Paciente de 47 años que acude a urgencias por dismenorrea, dolor abdominal inespecífico y sensación de plenitud precoz tras ingesta. A la exploración se aprecia una masa que ocupa la mayor parte de la pelvis.

TC abdomino-pélvico: masa pélvica de gran tamaño multilobulada, multitabizada, sólido-quística y realce del contraste en su interior, que comprime y desplaza estructuras vecinas.

Resultados

Laparotomía exploradora: gran tumoración ovárica izquierda y de ovario derecho que infiltra mesosigma y recto superior. Histerectomía total con doble anexectomía en bloque con pieza de resección recto-sigmoidea y peritonectomía pélvica. Linfadenectomía pélvica e intercavo-aórtica, omentectomía, apendicectomía y resección de asa de íleon por implante. Anastomosis colo-rectal termino-terminal y colocación de Port-a-Cath intraperitoneal.

Anatomía patológica: carcinoma indiferenciado de ovario derecho y carcinoma seroso de alto grado de ovario izquierdo limitado al ovario. Metástasis de carcinoma indiferenciado en serosas uterina, íleon e intestino grueso.

Se trata de un estadio III con citorréducción óptima. Se programa para un régimen de paclitaxel intravenoso seguido por carboplatino y paclitaxel intraperitoneal, cada tres semanas (seis ciclos).

Conclusión

La terapia intraperitoneal no es un enfoque nuevo de tratamiento, pero no ha sido ampliamente aceptada, requiriendo habilidad y experiencia para la cirugía y la quimioterapia.

Los datos publicados son muy alentadores y se debería promover una mayor investigación de nuevas estrategias, mejor determinación del régimen de medicamentos intraperitoneales, número óptimo de tratamientos y reducción de la toxicidad asociada.

EFICACIA DE LA CIRUGIA CITORREDUCTORA MAS QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTERMICA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS CANCERES PRIMARIOS Y SECUNDARIOS DE PERITONEO. METAANALISIS

D. González González¹, A. Aleman², O. Giano³, L. Ruso¹, Rodríguez¹, D. Lopez Fernández¹, R. Alvarez Gómez^{1,2}

¹. Clínica Quirúrgica 3. Hospital Maciel. Facultad de Medicina. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay.

². Departamento de Medicina Preventiva y Social. Universidad de la República. Montevideo. Uruguay.

³. Fondo Nacional de Recursos. Centro Colaborador Cochrane. Montevideo. Uruguay.

Objetivos

Evaluar la eficacia de la cirugía citorreductora y quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (QHIP) versus otras modalidades terapéuticas o abstención de tratamiento, en pacientes con cánceres primarios de peritoneo o carcinomatosis peritoneal secundaria a cánceres digestivos y ginecológicos.

Material y Método

Se trata de un metaanálisis que incluyó ensayos clínicos aleatorizados (ECA), cuyos pacientes tenían diagnóstico histológico o citológico de cáncer primario de peritoneo o carcinomatosis peritoneal.

Se comparó la cirugía citorreductora y QHIP versus Cirugía citorreductora más quimioterapia intraoperatoria normotérmica intraoperatoria o postoperatoria precoz; Cirugía citorreductora más quimioterapia sistémica postoperatoria; Quimioterapia sistémica; Cirugía paliativa más quimioterapia sistémica; Cirugía paliativa; Abstención de tratamiento.

Como resultado primario se consideró la sobrevida a 1,2,3 y 5 años.

Se elaboró la estrategia de búsqueda y el método fue la búsqueda en bases de datos electrónicas, revisión de referencias en estudios analizados y repositorio de literatura gris.

Se utilizó el programa Rev Man 5.3 para el análisis. Se utilizó la prueba de Mantel y Haenszel y se expresó el resultado en OR con un IC de 95%.

Se realizó estudio de heterogeneidad mediante prueba de Chi² considerándose significativa si $p < 0,05$. Se evaluó el riesgo de sesgo.

Resultados

Se identificaron 2 ECA.

Hubo bajo riesgo de sesgo para riesgo de desgaste y notificación, riesgo no claro en generación de la secuencia, ocultamiento de la generación y alto riesgo en sesgo de realización; bajo riesgo en la generación de la secuencia, desgaste y notificación y detección, riesgo poco claro para riesgo de detección, considerando cada ECA. No hubo diferencias estadísticamente significativas en la heterogeneidad.

La sobrevida al año fue: OR 0,4 (0,22 – 0,73) y el segundo año OR 0,4 (0,16 – 1,04).

Conclusión

El procedimiento de Sugarbaker mejora la sobrevida en forma significativa al año y dos años en el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal.

Daniel Alfredo González González: email: danielalfredogg@gmail.com

CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN NO CONVENCIONAL. ANÁLISIS DE 8 PACIENTES TRATADOS CON CITORREDUCCIÓN DE MÁXIMO ESFUERZO Y HIPEC

B. Martínez Torres, I. Manzanedo Romero, M. Hernández García, J.M. Rodríguez Vitoria, C. Rihuete Caro, E. Pérez Viejo, A. Serrano Del Moral, F. Pereira Pérez.
Hospital universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

INTRODUCCIÓN

Cualquier tipo de tumor podría desarrollar difusión tumoral al peritoneo. Presentamos la experiencia acumulada en el empleo de cirugía de citorreducción completa (CC) con quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC), como tratamiento de la carcinomatosis peritoneal de origen poco común, en un centro con experiencia amplia en el tratamiento de las enfermedades del peritoneo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Desde Junio de 2011 hasta Septiembre de 2014, se han intervenido 8 pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen no convencional. Todos ellos han sido tratados mediante quimioterapia sistémica, cirugía de citorreducción completa y HIPEC.

RESULTADOS

Se trata de una serie de 8 pacientes, 50% mujeres, con una mediana de edad de 54 años (17-69). Los orígenes son muy variados: un teratoma inmaduro, un carcinoma seroso-papilar uterino, un adenocarcinoma de intestino delgado, dos sarcomas, un colangiocarcinoma, un carcinoma de endometrio y un carcinoma de origen desconocido probable pancreatobiliar. La mediana del índice de carcinomatosis peritoneal es de 9.5 (3-25). Sólo dos pacientes han requerido resecciones intestinales y en un paciente no se ha conseguido citorreducción completa. El régimen de quimioterapia intraperitoneal utilizado ha variado desde cisplatino más doxorubicina, hasta paclitaxel, oxaliplatino bidireccional o mitomicina C. Tan sólo uno de los 8 pacientes ha presentado una complicación grave (III o IV de la escala de Clavien-Dindo). No se han registrado eventos de mortalidad. La mediana de estancia hospitalaria ha sido 6.5 días (4-28). 5 pacientes han presentado recidiva tumoral, con una mediana de intervalo libre de enfermedad de 7 meses. En el momento actual, sólo un paciente ha fallecido en el seguimiento (mediana de seguimiento de 9,5 meses), siendo la mediana de supervivencia de 16 meses.

CONCLUSIONES

La carcinomatosis peritoneal de origen poco común, en casos seleccionados, puede tratarse de forma agresiva con cirugía de citorreducción completa más HIPEC, con morbilidad aceptable, en centros experimentados.

IMPACTO DE LA TRANSFUSIÓN DE HEMODERIVADOS EN LOS RESULTADOS DEL CÁNCER DE OVARIO AVANZADO TRATADO MEDIANTE CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL INTRAOPERATORIA HIPERTÉRMICA (HIPEC)

E. Gil Gómez¹, J. Gil Martínez¹, P.A. Cascales Campos¹, M^a Teresa Soriano Palao¹, Víctor López López¹, P. Sánchez Fuentes¹, A. González Gil¹, J. Pérez Andreu², J. Ruiz Pardo¹, P. Parrilla Paricio¹.

¹Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

²Hospital Universitario Vall d'Hebron, Barcelona.

Objetivo

Analizar la correlación de la transfusión de hemoderivados en los resultados de las pacientes con diseminación peritoneal por cáncer de ovario avanzado tratadas con citorreducción y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC).

Métodos

Mediante estudio retrospectivo de una base de datos prospectiva (cáncer de ovario avanzado primario y recurrente) de pacientes con transfusión de hemoderivados, tratadas con citorreducción y HIPEC entre Abril 2008-Mayo 2015.

Resultados

Se intervinieron 152 pacientes, con mediana de 57 años (rango: 27-79). Se excluyeron las pacientes irresecables (17) y R2 (3). En el 53% la cirugía fue primaria o de intervalo. El 70% (105) de los tumores fue Tipo II. El 79% recibieron QT previa. La mediana del PCI fue de 9 (1-32). El 61% precisaron intervención en el compartimento supramesocólico. La citorreducción completa (CC-0) se consiguió en 134 pacientes (88%), con una mediana de duración del procedimiento de 300 minutos (60-610). El 81% de las pacientes recibió HIPEC y en el 60% (91) fue necesario transfundir. El 35% (53) presentaron algún tipo de complicación en el postoperatorio, el 62% fueron tipo I-II y el 34% de tipo III-IV. La mortalidad fue del 1,3%. Las transfundidas presentaron un PCI más elevado ($p < 0,002$), más cirugía primaria ($p < 0,003$), mayor CC-0 ($p < 0,001$) a expensas de mayores procedimientos, más linfadenectomías ($p < 0,001$), más anastomosis digestivas ($p < 0,008$) y más peritonectomías diafragmáticas ($p < 0,006$). Precisaron mayor tiempo operatorio ($p < 0,002$), mayor tiempo en Reanimación ($p < 0,004$) y más complicaciones ($p < 0,02$). No hubo diferencias en la supervivencia libre de enfermedad, pero sí una mayor supervivencia global para las pacientes transfundidas ($p < 0,005$). Tras el análisis multivariante, resultaron factores independientes asociados a la necesidad de transfusión, el PCI global ($p < 0,001$; OR=1,14; IC95%: 1,06-1,21), la realización de linfadenectomía ($p < 0,03$; OR=2,07; IC95%: 1,07-3,98) y mayor tasa de complicaciones ($p < 0,04$; OR=1,82; IC95%: 1,03-3,23).

Conclusiones

Más de la mitad de las pacientes con cáncer de ovario avanzado sometidas a citorreducción y HIPEC, precisan ser transfundidas perioperatoriamente. La necesidad de transfusión viene asociada al volumen de enfermedad (PCI), la realización de linfadenectomías y asocia un mayor número de complicaciones.

IDONEIDAD DEL AUC-RATIO COMO INDICADOR DE LA VENTAJA FARMACOCINÉTICA EN HIPEC. A PROPÓSITO DE LOS DERIVADOS DE PLATINO

M.I. Mas Fuster¹, A. Ramón López¹, F.J. Lacueva Gómez², P. Más Serrano^{1,3}, R. Nalda Molina¹.

¹. Facultad de Farmacia. Universidad Miguel Hernández de Elche, San Juan de Alicante, Alicante.

². Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández de Elche, San Juan de Alicante, Alicante.

³. Unidad de Farmacocinética Clínica. Área de Farmacia, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante.

Introducción y Objetivos

La quimioterapia intraoperatoria intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) en la carcinomatosis peritoneal tiene como objetivo intensificar el tratamiento de forma locoregional, minimizando la exposición sistémica. Para valorar la capacidad de un fármaco para alcanzar este propósito, se suele emplear el AUC-ratio. El objetivo del presente trabajo es evaluar la idoneidad del AUC-ratio como indicador de la ventaja farmacocinética de los fármacos oxaliplatino y cisplatino en su aplicación en HIPEC e identificar las variables que influyen en su valor.

Material y Métodos

Para evaluar el impacto de las variables que se consideraron relevantes en el AUC-ratio, tiempo de instilación y grado de compartimentalidad del fármaco, se simuló perfiles de concentraciones plasmáticas y peritoneales de un fármaco virtual. Se seleccionaron tres escenarios distintos, en función del grado de compartimentalidad (fármaco monocompartmental, poco bicompartimental y muy bicompartimental). El AUC-ratio se calculó para tiempos de instilación de 30, 60, 90 minutos y 500 horas. Para verificar que los resultados de las simulaciones reflejan el comportamiento clínico de oxaliplatino y cisplatino, se compararon con AUC-ratio previamente descritos en literatura.

Resultados

Las simulaciones reflejan que el AUC-ratio es mayor cuando mayor es el grado de bicompartimentalidad del fármaco. También se observa que el AUC-ratio disminuye a medida que se alarga el tiempo de perfusión. Estos resultados coinciden con los estudios clínicos descritos en la literatura, donde el valor de AUC-ratio disminuye a medida que los tiempos de perfusión aumentan.

Conclusión

El valor de AUC-ratio no es único ni característico de cada fármaco, sino que depende del tiempo de instilación y del grado de distribución sistémica del fármaco, por lo que no es un buen descriptor de la absorción sistémica del fármaco en HIPEC. Como alternativa al AUC-ratio, se propone el estudio de k_a como parámetro independiente y verdadero que refleja la cantidad de fármaco absorbido.

IMPACTO DEL PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO UTILIZADO EN HIPEC EN LOS PARÁMETROS FARMACOCINÉTICOS DEL OXALIPLATINO. ESTUDIO COMPARATIVO EN RATA WISTAR

M.I. Mas Fuster¹, A. Ramón López¹, F.J. Lacueva Gómez², P. Más Serrano^{1,3}, R. Nalda Molina¹.

¹. Facultad de Farmacia. Universidad Miguel Hernández de Elche, San Juan de Alicante, Alicante.

². Facultad de Medicina. Universidad Miguel Hernández de Elche, San Juan de Alicante, Alicante.

³. Unidad de Farmacocinética Clínica. Área de Farmacia, Hospital General Universitario de Alicante, Alicante.

Introducción y Objetivos

La quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) se plantea como alternativa a la quimioterapia sistémica en pacientes con carcinomatosis peritoneal. Sin embargo, el impacto del proceso quirúrgico *per se* en la farmacocinética (PK) de los fármacos no ha sido estudiado. El objetivo de este trabajo es analizar si los factores quirúrgicos asociados a HIPEC influyen en la distribución y eliminación de oxaliplatino en rata Wistar.

Material y Métodos

Se administró 1,5 mg de oxaliplatino vía intravenosa a 12 ratas Wistar sanas, aleatorizadas en dos grupos. El grupo 1 (n=6) fue el grupo control (sin ningún procedimiento adicional), mientras que a los animales del grupo 2 (n=6) se les realizó una perfusión intraperitoneal de dextrosa al 5%, simulando las condiciones HIPEC. Posteriormente, se obtuvieron las concentraciones plasmáticas a distintos tiempos, y se estimaron los parámetros PK mediante un modelo bicompartimental a través de un ajustado no lineal de efectos mixtos (software NONMEM 7.3[®]). Se exploró el efecto de la técnica HIPEC en los parámetros PK. El modelo fue validado internamente mediante visual predictive check (VPC). Los errores estándar de los parámetros se calcularon mediante bootstrap.

Resultados

El aclaramiento total y el volumen de distribución disminuyeron significativamente ($p < 0.001$) un 68% y un 53%, respectivamente, en el grupo 2 con respecto al grupo 1. El modelo se validó correctamente, con unos CV% de los parámetros PK menores al 33.5% y 30.6%.

Conclusión

El procedimiento quirúrgico realizado en rata Wistar para la administración de oxaliplatino mediante HIPEC altera, *per se*, los parámetros PK de este fármaco, con una disminución estadísticamente significativa del aclaramiento total y de la distribución a tejidos periféricos. Estos resultados apuntan a que es necesario utilizar parámetros PK distintos a los obtenidos con pacientes bajo administración intravenosa, con objeto de estimar perfiles de toxicidad en estudios clínicos.

UTILIDAD DE LA CITOLOGIA DEL LAVADO PERITONEAL EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL

I.M. Gallarín Salamanca¹, M.T. Espín Jaime¹, A. Rubio Fernández², M. Carmona Antúnez¹, A. Prada Villaverde¹, M. González Cordero³, J. Santos Naharro¹, J.L. Jimenez Redondo¹, H. Blanco Fernández⁴, J. Salas Martínez¹

¹Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Infanta Cristina, Badajoz

²Servicio de Anatomía Patológica, Hospital Infanta Cristina, Badajoz

³Servicio de Oncología Médica, Hospital Infanta Cristina, Badajoz

⁴Servicio de Cirugía Hepatobiliopancreática y trasplante Hepático

Objetivos

El desarrollo de metástasis peritoneales es el resultado del desprendimiento de células tumorales, adhesión a la superficie peritoneal e invasión. El papel del lavado peritoneal en pacientes con Cáncer Colorrectal (CCR) para la detención de células tumorales libres no está totalmente establecido. Las células tumorales libres pueden estar presentes antes de la manipulación del tumor o la diseminación celular puede ocurrir intraoperatoriamente.

Realizamos un estudio prospectivo con el objetivo de evaluar la utilidad de la citología como método de detención de células tumorales libres en pacientes intervenidos de CCR

Material y Método

Durante un periodo de dos años se realizó citología del lavado peritoneal intraoperatorio, antes y después de la resección del tumor, de forma sistemática a 139 pacientes intervenidos de forma programada por CCR con intención curativa. Los resultados se relacionaron con características clinicopatológicas de los pacientes incluidos en el estudio.

Resultados

Se detectaron células tumorales libres en una de las 278 muestras de citologías. No encontramos relación entre las características del lavado peritoneal y los parámetros clinicopatológicos de los pacientes estudiados. No encontramos diferencias en las características del lavado peritoneal realizado antes o después de la resección tumoral.

Conclusión

La citología del lavado peritoneal es el método "gold estándar" para detectar células tumorales libres peritoneales, pero su sensibilidad es baja (14-21% en cáncer gástrico y 0-11% en CCR). Otros métodos como la inmunohistoquímica y las técnicas de patología molecular, son mucho más sensibles pero menos específicos. Nuestros resultados confirman la baja sensibilidad de la citología como método diagnóstico de células tumorales libres. Actualmente estamos estudiando la utilidad del marcador epitelial de membrana (EMA) como método diagnóstico de células tumorales libres en el lavado peritoneal intraoperatorio de pacientes con CCR.

IMPORTANCIA DE LA EVALUACIÓN PREOPERATORIA MULTIDISCIPLINAR DE LA EXTENSIÓN DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL MEDIANTE TOMOGRAFIA AXIAL COMPUTARIZADA

E. Sagarra Cebolla¹, A. Poza García², A. Morales Taboada¹, P. Lozano Lominchar¹, A. Jullien Petrelli¹, M.A. Iparraguirre Díaz¹, J. del Corral Rodríguez¹, W. Vásquez Jiménez¹, L.A. González Bayón¹.

¹. Sº Cirugía General 3. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

². Sº de Radiodiagnóstico. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Objetivos

Valorar el rendimiento de la evaluación multidisciplinar del TAC, mediante la elaboración de un PCI radiológico, en la selección de los pacientes subsidiarios de tratamiento mediante citorreducción y quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (CRS+HIPEC)

Material y Métodos

Hemos recogido los datos de los pacientes diagnosticados de carcinomatosis peritoneal de origen colorectal, apendicular y ovárico que fueron seleccionados para tratamiento mediante CRS + HIPEC en nuestro centro, entre enero de 2012 y diciembre de 2014. En los datos incluidos se recoge el PCI radiológico preoperatorio calculado en la sesión multidisciplinar previa a la programación quirúrgica del paciente, el PCI intraoperatorio, el grado de citoreducción conseguido y la administración, o no, de HIPEC. El análisis estadístico se ha realizado mediante el programa SPSS Statistics versión 20.

Resultados

Las áreas que generalmente ocasionan una citorreducción subóptima son las áreas intestinales y el área 2. En estas áreas la TAC presenta una sensibilidad más baja, oscilando entre el 16,7% y el 57% en el global de los pacientes recogidos. El valor predictivo positivo de la prueba en estas áreas oscila entre el 86,7% y el 62,5%. Sin embargo la enfermedad es subestimada hasta en un 34% en el área 2 y en un 41% en las áreas intestinales. Esto impidió la realización de una CR óptima en el 14% de los pacientes

Conclusión

La evaluación conjunta de la TAC por radiólogos y cirujanos puede mejorar el rendimiento en la selección de pacientes para CRS + HIPEC.

FORMAS DE PRESENTACIÓN DE LOS TUMORES APENDICULARES REFERIDOS A UNA UNIDAD DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL

FJ Morera Ocón, E Muñoz Forner, M Garcés Albir, L Sabater Ortí, B Camps Vilata, J Ortega Serrano
Hospital Clínico Universitario de Valencia. Servicio de Cirugía General. Unidad de Carcinomatosis Peritoneal y HBP

Objetivos

Los tumores apendiculares con extensión extraapendicular pueden presentarse de varias formas clínicas, siendo el pseudomixoma peritoneal una de ellas. Realizamos una descripción de forma de presentación y tipo histológico de los tumores apendiculares referidos a nuestra unidad.

Material y Método Se incluyen los pacientes intervenidos de carcinomatosis peritoneal desde enero de 2012 hasta mayo de 2015 con origen histológico de neoplasia apendicular. Se analizaron: edad, sexo, diagnóstico de sospecha preoperatorio, diagnóstico anatomopatológico definitivo, índice de carcinomatosis peritoneal (PCI), y grado de compleción de la citorreducción (CC).

Resultados

Se incluyeron 30 pacientes consecutivos con diagnóstico definitivo de neoplasia apendicular. La mediana de edad fue de 63 años (26-74); 16 de ellos fueron hombres. PCI = 17 ± 9 , CC = 2 en 6 pacientes, CC=3 en una paciente con PCI de 39. El origen supuesto preoperatoriamente fue el apéndice en 26 casos, ovario en 3 y urotelial en 1. Resultados postoperatorios definitivos: neoplasia apendicular con extensión peritoneal, 29 adenocarcinomas mucosecretorios, 4 de ellos con células en anillo de sello, y un adenocarcinoma con células en anillo de sello.

Conclusiones

Los adenocarcinomas mucinosos extraapendiculares se manifiestan como: a) pseudomixoma peritoneal con ascitis mucinosa, b) carcinomatosis nodular gelatinosa sin ascitis mucosa, y c) carcinomatosis nodular o en placas desmoplásicas sin moco libre ni masas/nódulos gelatinosos. La histología no se correlaciona con la forma de presentación.

Los adenocarcinomas mucinosos de ovario diagnosticados con carcinomatosis peritoneal suelen ser metástasis de tumor apendicular.

El diagnóstico histológico de tumores apendiculares mucinosos debe consensuarse en cada hospital para estandarizar los resultados y establecer pronósticos de la enfermedad.

SECOND-LOOK O TRATAMIENTO PROACTIVO EN PACIENTES DE ALTO RIESGO DE IMPLANTACIÓN PERITONEAL (CARCINOMATOSIS). NUESTRA EXPERICIA

J. Torres Melero, M. Lorenzo Liñan, A. Morales González, C. M^a Artero, M^a Rodriguez, O. Carmona, M. Zarcos.

Unidad De Cirugía Oncológica Peritoneal-Carcinomatosis. Ugc De Cirugía. Ch Torrecardenas, Almería.

INTRODUCCIÓN:

En un grupo seleccionado de pacientes con carcinomatosis de origen colorectal, existe un abordaje quirúrgico potencialmente curativo, la citorreducción completa y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (CRS+HIPEC). Creemos sumamente importante, identificar “pacientes que potencialmente desarrollarán CP” y así, tratarlos en fases iniciales.

PROPOSITO:

El objetivo de esta comunicación es presentar nuestros resultados con “pacientes de alto riesgo de implantación peritoneal” que han sido tratados mediante técnicas de CRS+HIPEC.

PACIENTES Y METODOS.

Desde Enero 2005 hasta Junio 2015 hemos intervenido 296 pacientes mediante CRS+HIPEC por carcinomatosis de origen gastrointestinal-ginecológica. Desde 2011, hacemos especial hincapié en la identificación de aquellos pacientes con “alto riesgo de implantación peritoneal” planteando un second-look.

RESULTADOS:

20 pacientes que fueron intervenidos previamente por carcinoma colorrectal y considerados de “alto riesgo de implantación” (pT4-pT3b, obstruidos, perforados, implantación mínima inicial o afectación ovárica sincrónica). 12 hombres/8 mujer. 14 (70%) habían sido tratados de forma electiva . Tras quimioterapia iv, fueron reintervenidos en nuestra Unidad. (65%) presentaban CP : 9 con PCI \leq 10; 4 con PCI entre 10-20; en 7 caso, no había implantes- De los 13 pacientes con CP: 7 tenían implantación que fue reseca en la primera cirugía , 3 estaban perforados en el diagnóstico primario –uno de ellos obstruido-, 1 obstrucción intestinal y 1 con afectación simultánea ovárica y citología positiva. La reintervención consistió en: CRS+HIPEC en pacientes con implantación (13/20); CRS+ HIPEC + Omentectomía +/- ooforectomía en caso de NO encontrarse implantación peritoneal (4/20). En 3 pacientes no se realizó CRS+HIPEC. Hasta su última revisión (6 meses-42 meses) , 3 de 17 (17.6%) han recurrido en peritoneo.

CONCLUSIONES.

Es crucial identificar una “población de pacientes con alto riesgo de implantación” que podrían beneficiarse, en fases precoces, de CRS+HIPEC. Establecemos un posible algoritmo diagnóstico-terapéutico con especial hincapié en los procedimientos de second-look o de tratamiento proactivo.

TRATAMIENTO DE LA RECAÍDA PERITONEAL DEL CÁNCER DE OVARIO CON CIRUGÍA DE CITORREDUCCIÓN COMPLETA MÁS QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA INTRAPERITONEAL INTRAOPERATORIA (HIPEC)

I. Manzanedo Romero; E. Pérez Viejo; A. Serrano del Moral; M. Hernández García; B. Martínez Torres; JM. Rodríguez Vitoria; C. Rihuete Caro; F. Pereira Pérez.

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

OBJETIVOS

El tratamiento del carcinoma seroso ovárico, tubárico o peritoneal primario incluye la cirugía citorréductora con quimioterapia basada en el platino. A pesar de un tratamiento correcto, el índice de recurrencias es muy alto, siendo la recaída peritoneal la forma más frecuente de recidiva. El objetivo de este estudio es valorar los resultados del tratamiento de la recidiva peritoneal del cáncer de ovario mediante cirugía de citorreducción completa (CC) más quimioterapia intraperitoneal hipertérmica intraoperatoria (HIPEC), en nuestro centro.

PACIENTES Y MÉTODO

Realizamos una revisión de las pacientes intervenidas desde el año 2007 hasta final de 2014, mediante cirugía de CC más HIPEC, de recaída peritoneal de cáncer seroso de ovario, trompa o peritoneal primario. Se han realizado un total de 29 intervenciones, en 27 pacientes. 9 de las pacientes eran platino-resistentes (33,3%) y 18 platino-sensibles (66,6%). En todos los procedimientos se ha realizado CC con HIPEC siguiendo la técnica abierta del coliseo de Sugarbaker, con Paclitaxel (52%) o con Cisplatino-Doxorrubicina (48%).

RESULTADOS

La mediana de edad ha sido de 54 años (25-73). Los ciclos de quimioterapia sistémica recibidos han sido 7 (3-24). La mediana de PCI ha sido de 8 (1-31), consiguiéndose citorreducción completa (CC-0) en 27 intervenciones (93%), necesitándose resección visceral en 14 cirugías (48%). El tiempo quirúrgico total ha sido de 388 minutos (207-730). Han presentado complicaciones graves (III-IV de Clavien) 9 pacientes (31%), sin ningún caso de mortalidad, con una estancia de 15 días (4-78). El intervalo libre de enfermedad es de 17 meses (recaída en el 52%). La mediana de supervivencia global es de 57 meses, con una supervivencia a los 2 años del 78%.

CONCLUSIONES

El tratamiento de las recaídas peritoneales del cáncer de ovario puede incluir la cirugía de citorreducción completa con HIPEC, con seguridad aceptable y buenos resultados, en centros especializados.

CIRUGÍA DE SECOND LOOK EN CÁNCER COLORRECTAL CON ALTO RIESGO DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL

Á. Serrano del Moral¹, I. Manzanedo¹, E. Pérez Viejo¹, M. Hernández García¹, B. Martínez Torres¹, C. Rihuete¹, F. Pereira Pérez¹.

¹. Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos

El cáncer colorrectal con diseminación peritoneal clásicamente se ha considerado una enfermedad terminal. En los últimos años el tratamiento mediante citorreducción completa (CC) combinada con quimioterapia hipertérmica intraperitoneal (HIPEC) ha demostrado resultados esperanzadores. La extensión de la enfermedad peritoneal es uno de los principales factores pronósticos, por ello es fundamental diagnosticar a estos pacientes en la fase precoz de la enfermedad. Explorar la cavidad abdominal mediante una nueva cirugía (second-look) puede ayudar a diagnosticar y tratar de forma precoz a los pacientes con cáncer colorrectal de alto riesgo de desarrollar enfermedad peritoneal.

Material y Método

Presentamos 19 pacientes operados de adenocarcinoma colorrectal con alto riesgo de desarrollo de enfermedad peritoneal. Se consideraron pacientes de alto riesgo aquellos con tumores T4, N1c, pacientes con citología positiva o pacientes intervenidos de urgencia por perforación del tumor primario. A todos ellos se les realizó una nueva cirugía (second-look) tras terminar tratamiento con quimioterapia adyuvante, y ninguno tenía sospecha clínica ni radiológica de carcinomatosis peritoneal. Se les administró quimioterapia intraperitoneal hipertérmica a 42-43º con Oxaliplatino durante 30 minutos.

Resultados

Desde el año 2013 se han intervenido 19 pacientes. Dos de los pacientes se han intervenido por vía laparoscópica. En 9 de los pacientes se evidenció enfermedad peritoneal durante la cirugía de second-look, que fue tratada con CC más HIPEC. A los 10 pacientes sin carcinomatosis peritoneal se les administró HIPEC profiláctica sin incidencias. La mediana de estancia hospitalaria fue de 7 días. 6 pacientes presentaron complicaciones graves (III, IV o V de Clavien). Hasta ahora, mediana de seguimiento de 13 meses.

Conclusión

La cirugía de second-look en el adenocarcinoma colorrectal de alto riesgo puede servir para diagnosticar de forma precoz recaídas peritoneales y tratarlas, con un riesgo aceptable, en centros experimentados, mejorando así la supervivencia.

ESTUDIO COMPARATIVO EN TERMINOS DE MORBIMORTALIDAD DE NUESTRA EXPERIENCIA DE CITORREDUCCIÓN COMPLETA + HIPEC CERRADO CON TURBULENCIA DE CO2 FRENTE A LA PREVIA CON HIPEC ABIERTO TECNICA COLISEUM

E. Díaz Reques; I. Fabra Cabrera; L.Malave Cardozo; R.Caruso; B. Ielpo; H. Durán; V.Ferri; A. Ferronetti; Y.Quijano Collazo; E. Vicente López.
Hospital Universitario Madrid Sanchinarro

Introducción

Desde Febrero de 2014 hemos sustituido en nuestro centro la técnica de coliseum de HIPEC por el sistema patentado de HIPEC cerrado con turbulencia de CO2 con el objetivo de mejorar la seguridad de nuestro personal sin modificar resultados y riesgo en el paciente frente a la técnica abierta.

Material y método

Estudio comparativo bivariante de 34 enfermos; 17 pacientes según técnica abierta y 17 con la nueva técnica cerrada.

Resultados

Grupo HIPEC cerrado: 17 pacientes (11 mujeres y 6 varones). Edad media de 57 (74-37).Distribución por patologías: 9 CCR, 4 OVARICO, 3 gástrico y 1 PP. Estancia media de 30,7 y de UCI de 9,4 días.PCI medio de 8 (3-17). Tiempo medio operatorio: 564 min (420-840). 6 pacientes reintervenidos de los 17. Tasa de reingreso en UCI: 35% (6 de 17). 3 pacientes presentaron complicaciones no quirúrgicas. 0 exitus durante los 30 primeros días postoperatorios con 1 exitus de 17 en el 79 día PO.

Grupo HIPEC abierto: 17 pacientes (14 mujeres y 3 varones). Edad media 58 (42-69). Distribución por patologías: 10 ovarico, 5 CCR y 2 PP. Estancia postoperatoria: 24 días (9-75). Tiempo medio quirúrgico de 530 min (420-750). 5 pacientes reintervenidos de 17. Tasa de reingreso en UCI del 17,6% (3/17). 6 pacientes presentaron complicaciones no quirúrgicas. . 0 exitus durante los 30 primeros días postoperatorios con 1 exitus de 17 en el 75 día PO.

Ninguna de las variables estudiadas entre ambos grupos presentó significación estadística.

Conclusión

La técnica de HIPEC cerrado circuito de CO2 aporta mayor seguridad al personal sanitario sin diferencias estadísticamente significativas en cuanto a los tiempos intra y postoperatorios, al igual que en términos de morbilidad.

ANALISIS DE 37 PACIENTES CON NEOPLASIA MUCINOSA APENDICULAR TRATADOS CON CITORREDUCCIÓN MÁXIMA Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTERMICA

M. Hernández García¹, I. Manzanedo Romero¹, E. Pérez Viejo¹, Á. Serrano del Moral¹, B. Martínez Torres¹, J. M. Rodríguez Vitoria¹, C. Rihuete Caro¹, M. Iturbe González¹, L. Carrión Álvarez¹, F. Pereira Pérez¹

¹. Hospital Universitario Fuenlabrada, Madrid

INTRODUCCIÓN

El pseudomixoma peritoneal es una entidad poco frecuente. Actualmente se acepta que con la citorreducción máxima y la quimioterapia intraperitoneal perioperatoria se obtienen los mejores resultados en cuanto a supervivencia.

MATERIAL Y MÉTODO

Serie de 37 pacientes a los que se les ha realizado 51 procedimientos en nuestro centro mediante cirugía citorreductora asociando HIPEC a 42°C con o sin quimioterapia postoperatoria (EPIC). Protocolo empleado de mitomicina C a 35mg/m² durante 90 minutos u oxaliplatino 460mg/m² durante 30 minutos, mediante la técnica abierta del coliseo de Sugarbaker. Además EPIC con 5-FU durante cinco días en algunos casos.

RESULTADOS

Muestra formada por 14 hombres (37,8%) y 23 mujeres (62,2%), con mediana de edad de 56 años (32-80). El riesgo anestésico (clasificación ASA) ha sido \geq III en el 30%. El número medio de resecciones viscerales es de 3 por paciente: 7 Gastrectomías, 16 apendicectomías, 14 resecciones segmentarias de colon, 3 resecciones de recto, 5 resecciones parciales de intestino delgado, 10 esplenectomías y 11 histerectomías con anexectomía. Se han realizado 29 peritonectomías diafragmáticas, 25 peritonectomías pélvicas, 22 omentectomías mayores, 13 omentectomías menores y 16 peritonectomías de flancos. Mediana de tiempo del procedimiento es 7,5 horas (4-12,5 horas). CC0-1 en el 100%. Mediana de días de estancia hospitalaria de 20 días (6-53 días). Complicaciones 17 pacientes (45,9%), grado III-IV de Clavien-Dindo 26,8%. Mortalidad de 3 casos (8,1%). 5 cirugías de segundo tiempo y 9 cirugías de recidiva reintervenidos hasta citorreducción completa. La anatomía patológica según la clasificación de la OMS es de bajo grado en 32 pacientes. Se ha administrado además EPIC en 10 pacientes. Supervivencia a 5 años ha sido del 78%.

CONCLUSIONES

El tratamiento óptimo debe ser la citorreducción completa más HIPEC en unidades con experiencia en carcinomatosis peritoneal y en pacientes seleccionados. Los resultados obtenidos son extrapolables a la literatura.

ANÁLISIS DEL GRADO DE REGRESIÓN TUMORAL CON NEOADYUVANCIA EN CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE CÁNCER GÁSTRICO CON QT, NIPS, QT+NIPS

P.Lozano Lominchar , LA.González Bayón, W.Vásquez , JM.Asencio,I. Peligros, M. Martinez, M.Iparraguirre, E.Sagarra, A.Morales, A.Jullien

¹. Servicio de Cirugía General 3. Hospital Universitario Gregorio Marañón.

Diferentes modalidades de tratamiento neoadyuvante han sido utilizadas tales como quimioterapia, NIPS o la combinación de ambos, encontrándose una falta de criterios medibles para evaluar su eficacia.

Objetivos

Evaluar la eficacia de diferentes modalidades neoadyuvantes previas a citorreducción más HIPEC en carcinomatosis peritoneal de origen gástrico, basándose en el estudio histopatológico del grado de regresión tumoral.

Material y Método

Se revisaron 21 pacientes con diagnóstico de carcinomatosis peritoneal propuestos para citorreducción más HIPEC previa realización de tratamiento neoadyuvante con protocolo NIPS (5 pacientes), QT (10 pacientes), QT + NIPS (6 pacientes). Las muestras de anatomía patológica de implantes peritoneales tras el tratamiento fueron revisados por dos anatomopatólogos expertos estableciendo diferentes grados de regresión en cada muestra.

Resultados

El grado de regresión se estableció siguiendo una escala del 0-3, siendo el grado 0 la ausencia de células viables y el grado 3 la extensión tumoral extensa. En el grupo de NIPS el grado 0-1 se obtuvo en el 40% de los pacientes, en QT+NIPS en el 50% de los pacientes y en el grupo de QT fue en el 50% de los pacientes. La supervivencia media de aquellos pacientes en los que se obtuvo un grado de regresión 0 fue de 18 meses, cuando el grado de regresión fue de 3 la supervivencia fue de 9 meses.

Conclusión

El grado de regresión tumoral puede ser propuesto como un criterio medible para evaluar el grado de eficacia de los tratamientos neoadyuvantes previos a la citorreducción más HIPEC en carcinomatosis peritoneal de origen gástrico.

EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA EN CARCINOMATOSIS PERITONEAL DERIVADA DE CÁNCER DE OVARIO

C. Bravo Lázaro¹, J. Letéllez Fernández¹, B. Candel García¹, M. García Gil¹.

¹.Hospital Universitario de Fuenlabrada. Fuenlabrada. Madrid

Objetivo

Evaluar la eficacia y seguridad de la quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) asociada a cirugía de citorreducción en pacientes con carcinomatosis peritoneal derivada de cáncer de ovario.

Material y métodos

Estudio observacional retrospectivo llevado a cabo en un hospital de segundo nivel desde enero 2009 a mayo de 2015. Se incluyeron pacientes con carcinomatosis peritoneal derivada del cáncer de ovario, en tratamiento con HIPEC asociado a cirugía de citorreducción.

- **Variable principal de eficacia:** Supervivencia global.
- **Variable secundaria:** Porcentaje de pacientes que alcanzan grado de citorreducción óptima acorde con los criterios del Completeness Cytoreductive Score de Sugarbaker.
 - Óptima CC0: No existe residuo tumoral macroscópico en la cavidad peritoneal.
 - Óptima CC1: Residuo tumoral menor de 2,5 mm en su diámetro mayor.
- Se registraron: datos demográficos, fecha HIPEC, quimioterapia administrada, PCI (peritoneal cancer index) inicial, estancia hospitalaria, fecha muerte y eventos adversos (hematológicos, electrolíticos, renales). Los datos se obtuvieron de la historia clínica electrónica (Selene) y programa de preparación de Citostáticos (Dominion).
- **Análisis estadístico:** SPSS versión 15.0.

Resultados

Se incluyeron 58 pacientes. A continuación, se muestran los resultados:

Pacientes analizados	Variable	Resultados
N=58	Edad media	58,74 años (SD:11,35)
N=57	Superficie corporal media	1,65 m ²
N=58	Quimioterapia utilizada en HIPEC <ul style="list-style-type: none"> - Doxorubicina/cisplatino - Paclitaxel - Otros 	44,8%(26) 51,7%(30) 3,4%(2)
N=47	PCI inicial medio	12,55 SD:8,809)
N=44	% pacientes citorreducción completa <ul style="list-style-type: none"> - CC0 - CC1 	95,4%(42) 88,6%(39) 6,8(3)
N=47	% Mortalidad	25,5%(12)
N=47	Mediana Supervivencia Global (resultados preliminares a fecha 15/6/2015)	4,56 años
N=58	Mediana estancia hospitalaria media	12 días(4-86)
N=58	Anemia y necesidad transfusiones	31,6%(18)
N=58	Neutropenia	8,8%(5)

N=58	Trombocitopenia	12,3%(7)
N=58	Hipokalemia	35,1%(20)
N=58	Insuficiencia renal	0%

Limitación: Recogida de datos retrospectiva.

Conclusiones

La quimioterapia intraperitoneal hipertérmica asociada a cirugía es una alternativa efectiva y segura en pacientes con carcinomatosis peritoneal derivada del cáncer de ovario.

IMPACTO DE LA FLUIDOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS EN LA CIRUGIA DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL ASOCIADA A LA QUIMIOTERÁPIA HIPERTÉRMICA INTRAOPERATORIA

MA. Iparraquirre Díaz¹, S. Seguí Urbita¹, D. Florez Palacio¹, M. Ceballos¹, LA. Gonzalez Bayon¹, W. Vasquez¹, A. Morales¹, P. Lozano¹, E. Sagarra¹, A. Jullien¹, J. Rodriguez Del Corral

¹Servicio de Cirugía General III, Hospital Universitario Gregorio Marañón

Objetivos

Actualmente existe una gran controversia en cuanto al impacto del manejo de los líquidos durante la cirugía en los resultados postoperatorios.

El objetivo de nuestro estudio fue evaluar el impacto de la fluidoterapia en la evolución postoperatoria de los pacientes sometidos a HIPEC.

Material y métodos

Estudio de cohorte retrospectivo de los pacientes sometidos a CR+HIPEC en el año 2014 en nuestro centro, que fueron divididos en dos grupos en función de los líquidos administrados durante la cirugía: Grupo I (GI) pacientes que recibieron fluidos en una cantidad inferior a 8 ml/kg/h y Grupo II (GII): pacientes que recibieron más de 8 ml/kg/h. Se evaluaron las características demográficas de los pacientes, datos quirúrgicos y del manejo anestésico intraoperatorio, así como parámetros del postoperatorio, tiempo de intubación, días en Reanimación, complicaciones y estancia hospitalaria. Estadística: χ^2 , U de Mann-Whitney

Resultados

Se analizaron un total de 49 pacientes excluyéndose 8 casos por carecer de datos suficientes: GI=16; GII= 25.

La administración global de fluidos durante la cirugía fue de $6,6 \pm 1,1$ vs. $10,9 \pm 1,9$ mL/Kg/h, $p=0,0001$ en el GI en relación al GII, sin embargo el GII precisó noradrenalina en mayor proporción (68% vs. 25%, $p=0,007$). La estancia en reanimación fue inferior en el GI que en GII ($2,3 \pm 1$ vs $3,2 \pm 1,4$ días, $p=0,04$), precisando significativamente una mayor cantidad de fluidos los pacientes del GII en las primeras 48 h (8061 ± 2516 vs 5738 ± 2493 ml, $p=0,006$). La estancia hospitalaria fue inferior en el GI con respecto al GII (13,8 vs. 23,9 días, $p=0,02$).

Conclusiones

El aumento del volumen de fluidos en el intraoperatorio en los pacientes sometidos a CR+HIPEC condiciona un incremento en la estancia en Reanimación y en la estancia hospitalaria. No se encontró un aumento significativo de complicaciones quirúrgicas.

RELACIÓN DE LOS NIVELES DE LACTATO SÉRICO (NLS) EN LA EVOLUCIÓN POSTOPERATORIA EN PACIENTES SOMETIDOS A CIRUGÍA CITORREDUCTORA ASOCIADA CON QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA

MA. Iparraguirre Díaz¹, D. Florez Palacio¹, S. Seguí Urbita¹—M. Zaballo Garcia¹, LA. Gonzalez Bayon¹, W. Vasquez¹, A. Morales¹, E. Sagarra¹, P. Lozano¹, A. Jullien¹, J. Rodriguez Del Corral

¹Servicio de Cirugía General III, Hospital Universitario Gregorio Marañón

Objetivo

La cirugía citorreductora (CR) con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC), se asocia con importantes alteraciones metabólicas incluyendo el incremento del NLS. El objetivo es evaluar NLS en las primeras 24 h postoperatorias en relación con evolución postquirúrgica

Material y métodos

Estudio de cohorte retrospectivo sobre pacientes sometidos a CR+HIPEC en el año 2014; fueron divididos en dos grupos en función de NLS en las 24 h del postoperatorio: Grupo I (GI) pacientes con NLS inferiores a 1,7 mmol/L y Grupo II (GII): pacientes con NLS superiores a 1,7 mmol/L. Se registró la historia clínica, características demográficas, datos quirúrgicos, manejo anestésico intraoperatorio, parámetros postoperatorios, tiempo de intubación, días en Reanimación, complicaciones y estancia hospitalaria. Estadística: X^2 , U de Mann-Whitney, curva ROC determinando la asociación del nivel del lactato y estancia en reanimación.

Resultados

Se analizaron un total de 49 pacientes excluyéndose 1 caso por carecer de datos suficientes; GI=30; GII=18. El PCI fue estadísticamente superior en GII, así como el tiempo quirúrgico, número de peritonectomías y resecciones viscerales realizadas. Los pacientes del GII recibieron mayor infusión de líquidos ($p=0.03$), mayor porcentaje de transfusión ($p=0,004$), la estancia en reanimación fue superior ($p=0,001$), mayor tiempo de intubación postoperatoria ($p=0,009$). El GII presentó mayor tasa de complicaciones globales: 78% vs. 53%, $p=0,09$. En la curva ROC, Los NLS a las 24 h mostraron un área bajo la curva de 0,77 (IC 95% 0,54-0,89; $p=0,02$). Valores de de lactato a las 24 h de 1,75 mmol/L permitiría discriminar pacientes con riesgo de estancia prolongada en reanimación con una sensibilidad del 83% y especificidad del 71%.

Conclusiones

Los niveles de lactato elevados y mantenidos en las primeras 24 h del postoperatorio de CR+HIPEC se relacionan con mayor agresividad quirúrgica, predicen la aparición de complicaciones postoperatorias y prolongación de la estancia en la Unidad de Reanimación.

TRATAMIENTO DE ENTRADA DEL CARCINOMA SEROSO DE OVARIO, TROMPA O PERITONEAL PRIMARIO, ESTADIO IIIC O IV AL DIAGNÓSTICO, CON CIRUGÍA DE CITORREDUCCIÓN COMPLETA MÁS QUIMIOTERAPIA HIPERTÉRMICA INTRAPERITONEAL (HIPEC)

I. Manzanedo Romero; A. Serrano del Moral; E. Pérez Viejo; B. Martínez Torres; M. Hernández García; C. Rihuete Caro; JM. Rodríguez Vitoria; F. Pereira Pérez.
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

OBJETIVOS

El carcinoma seroso ovárico, tubárico o peritoneal primario puede presentarse al diagnóstico con extensión en forma de carcinomatosis peritoneal (estadio IIIC de FIGO), con o sin metástasis a distancia (estadio IV). El tratamiento clásico de estas pacientes es la cirugía de citorreducción máxima con quimioterapia sistémica basada en platino. El objetivo de este estudio es valorar los resultados del tratamiento de entrada de la carcinomatosis peritoneal de origen ginecológico, mediante cirugía de citorreducción completa (CC) más quimioterapia intraperitoneal hipertérmica intraoperatoria (HIPEC), asociada a la quimioterapia sistémica, en el Hospital de Fuenlabrada.

PACIENTES Y MÉTODO

Se han revisado las pacientes intervenidas desde 2008 hasta final de 2014, mediante cirugía de CC más HIPEC, como tratamiento quirúrgico de entrada del carcinoma seroso de ovario, estadio IIIC o IV. Se han operado un total de 32 mujeres, 5 como primera línea, y 27 tras neoadyuvancia. En todos los procedimientos se ha realizado CC con HIPEC siguiendo la técnica abierta del coliseo de Sugarbaker, con Paclitaxel (44%) o con Cisplatino-Doxorrubicina (53%).

RESULTADOS

La mediana de edad ha sido de 56,5 años (29-76). La mediana de PCI ha sido de 10,5 (0-30), consiguiéndose citorreducción completa (CC-0 o CC-1) en 31 intervenciones (97%), necesitándose resección visceral en 18 cirugías (56%). El tiempo quirúrgico total ha sido de 401 minutos (277-705). Han presentado complicaciones graves (III-IV de Clavien) 9 pacientes (28%), sin mortalidad, con una estancia hospitalaria de 12 días (6-81). El intervalo libre de enfermedad es de 13 meses. La mediana de supervivencia global es de más de 60 meses, con una supervivencia a los 2 años del 77%.

CONCLUSIONES

El tratamiento de entrada del carcinoma seroso de ovario, estadio IIIC o IV de FIGO, puede incluir una cirugía de citorreducción completa más HIPEC, con seguridad aceptable y resultados esperanzadores, en centros con experiencia contrastada.

CÁNCER DE VESÍCULA BILIAR. CIRUGÍA DE ARGINOMATOSIS E HIPEC

R. Soler Humanes, E. Sanchiz Cárdenas, CP.Ramírez Plaza, FJ. Moreno Ruiz, I. Machado Romero
Servicio de Cirugía General y Ap. Digestivo. Hospital Quirón Málaga.

INTRODUCCIÓN

El cáncer de vesícula biliar es uno de los más agresivos y de peor pronóstico. El peritoneo y el hígado son las regiones anatómicas a distancia más frecuentemente afectadas tanto al inicio como en las recurrencias. Su afectación se ha considerado clásicamente como incurable.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta un caso de tratamiento quirúrgico de carcinomatosis de cáncer de vesícula biliar estadio II-B locorregional (T2N1) en el que se encontró enfermedad peritoneal de grano pequeño en el ligamento redondo y peritoneo subdiafragmático derecho con anatomía patológica compatible con adenocarcinoma, presente también en el margen de sección del conducto cístico. Tras quimioterapia sistémica (6 ciclos de platino) con respuesta biológica y radiológica completa (CEA y Ca19.9 normales, así como PET-TC normal) se plantea revisión quirúrgica para completar la cirugía y valorar si es posible una cirugía R0 peritoneal sincrónica.

RESULTADOS

Se interviene quirúrgicamente realizándose en primer lugar una laparoscopia exploradora donde no se evidencia enfermedad peritoneal macroscópica, decidiéndose completar la cirugía con omentectomía radical supracólea y peritonectomía central resecano el ligamento redondo. Disección del muñón cístico remante y resección de un centímetro del lecho vesicular. Peritonectomía subdiafragmática derecha completa y aplicación de quimioterapia intraperitoneal (Oxaliplatino 43^o, 30minutos).

El resultado anatomopatológico descartó la presencia de células tumorales a cualquiera de los niveles.

CONCLUSIONES

Controlar los sitios de recurrencia y eliminar la enfermedad residual potencial microscópica existente en peritoneo que ya ha dado muestras de quimiosensibilidad al platino, hace de esta cirugía el tratamiento ideal y otorga un beneficio potencial alto al paciente. Las escasas series publicadas al respecto, demuestran que en el cáncer de vesícula biliar con enfermedad peritoneal y pacientes quimiosensibles, con un PCI bajo, pueden tener supervivencias medias de hasta 4 años cuando se someten a citorreducción e HIPEC.

CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN COLORRECTAL: LOS 100 PRIMEROS CASOS

E. Pérez Viejo¹, Á. Serrano del Moral¹, I. Manzanedo Romero¹, M. Hernández García¹, B. Martínez Torres¹, C. Rihuete¹, F. Pereira Pérez¹.

¹. Hoopital Unoversitario de Fuenlabrada, Madrid.

Objetivos

La carcinomatosis peritoneal ha sido tradicionalmente considerada como una situación terminal. Hay un abordaje que comprende cirugía de citorreducción (CRS) con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC), con ensayos clínicos randomizados en proceso.

Material y Método

Serie de 100 pacientes consecutivos tratados desde Diciembre 2007 hasta Enero 2015 en un único Centro Hospitalario mediante cirugía citorreductora asociando la administración intraoperatoria de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (43° C). El fármaco empleado es habitualmente Oxaliplatino (460mg/m²), durante 30 minutos mediante técnica abierta del coliseo descrita por Sugarbaker. Incluye tumores de origen colorrectal (CR) primarios con carcinomatosis peritoneal, persistencia de carcinomatosis peritoneal de origen CR, recaída peritoneal de CCR y 2nd looks en pacientes con CCR con alto riesgo de carcinomatosis peritoneal.

Resultados

La mediana de PCI fue de 3 (0-24; 68% PCI hasta 10; 20% 11-20 y 12% mayor que 20); la citorreducción (CC) fue 0 (no residuo tumoral) en 95%; 1 (residuo tumoral < 0,25 cm) en 3% y 3 (residuo tumoral > 2,5 cm) en 2% (tumores irreseccables). La mediana de seguimiento es de 13 meses y mediana de supervivencia de 13 meses. Un 30% de los pacientes han tenido recurrencia de su enfermedad durante el seguimiento (de los cuales el 48,7% en los 6 primeros meses, 14,6% entre 7-12 meses y 36,5% en el segundo año). Se administró HIPEC en 98%, siendo Oxaliplatino en 91% y Mitomicina C en 9%.

Conclusión

Aunque el seguimiento es corto y ha de seguirse analizando, la citorreducción completa de la enfermedad macroscópica asociada a la quimioterapia intraperitoneal hipertérmica que trata la enfermedad microscópica se está delineando como un tratamiento factible por equipos con experiencia que mejora la supervivencia de los pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal.

ESTUDIO DE LA CITOLOGÍA PERITONEAL COMO FACTOR PRONÓSTICO EN PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL(CP) SOMETIDOS A CIRUGIA CITORREDUCTORA(CRS) Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA(HIPEC)

G. Guíñez Robertson^{1,2}, S. González Moreno¹, G. Ortega Pérez¹, O. Alonso Casado¹.

¹. M.D. Anderson Cancer Center, Madrid.

². Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

Introducción

La presencia de células libres en la cavidad peritoneal ha demostrado ser un factor pronóstico en pacientes con neoplasias gastrointestinales, sin embargo, el papel de la citología peritoneal en pacientes con carcinomatosis peritoneal establecida no ha sido evaluado.

Objetivos

Determinar si la presencia de células libres en cavidad peritoneal en pacientes con CP sometidos a CRS+HIPEC es un factor pronóstico.

Materiales y Métodos

Revisión de registros clínicos de los pacientes sometidos a CR+HIPEC entre abril de 2004 y enero de 2015 en nuestro centro.

Análisis estadístico de las variables descritas mediante estudio con modelos uni- y multivariados utilizando el software Stata 12 SE.

Resultados

Se realizaron 106 procedimientos en 89 pacientes. La mediana de edad fue 57 años. Las neoplasias tratadas fueron: Colorrectal(37%), Apendicular y Pseudomixoma peritoneal(26%), Gástrico(11%), Ovario(9%), Primario peritoneal(8%), Otros(9%). En el 72% de los pacientes se realizó estudio de la citología peritoneal(Cyp), mediante análisis de lavado peritoneal o de líquido ascítico; de estos, el 36% presentaba citología positiva(Cyp+) para células neoplásicas. La supervivencia (SV) específica de enfermedad de los pacientes con Cyp+ fue 30% a 5 años, en los con Cyp- 58% ($p=0,021$). No hubo diferencias estadísticamente significativas en la SV libre de recida. En el análisis multivariado, Cyp no es un factor pronóstico independiente.

Conclusión

La citología peritoneal positiva en pacientes con CP establecida se relaciona con una menor SV específica de enfermedad en nuestra serie, aunque no constituyó un factor pronóstico independiente. Dado el potencial interés de este hallazgo, se necesitan estudios más amplios, dirigidos y prospectivos para evaluar de forma más rigurosa el valor pronóstico de CyP en CP establecida.

PRESENTACIÓN DE “ENSAYO CLÍNICO MULTICÉNTRICO, RANDOMIZADO, PARA EVALUAR LA EFICACIA Y SEGURIDAD DE LA QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA (HIPEC) CON MITOMICINA C ASOCIADA A CIRUGÍA EN EL TRATAMIENTO DEL CARCINOMA COLORRECTAL LOCALMENTE AVANZADO”. ESTUDIO HIPECT4 (EUDRACT: 2015-001801-15)

A. Arjona Sánchez¹, Pedro Barrios Sánchez², Enrique Boldo Roda³, Bruno Camps⁴, Joaquín Carrasco Campos⁵, Alfonso García Fadrique⁶, Luis González Bayón⁷, Alberto Gutiérrez Calvo⁸, Rafael Morales⁹, Gloria Ortega Pérez¹⁰, Estibalitz Pérez Viejo¹¹, Jose Miguel Del Pino Monzón¹², Juan Torres Melero¹³, Emilio Vicente¹⁴, Pedro Villarejo Campos¹⁵, A. Casado Adam¹, C. Muñoz Casares¹, J.M. Sánchez Hidalgo¹ y S. Rufián Peña¹.

- 1.- Unidad de Cirugía Oncológica y Pancreática. Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba
- 2.- Unidad Cirugía Oncológica. Hospital de Sant Joan Despí Moises Broggi, Barcelona
- 3.- Unidad de Cirugía Oncológica. Hospital Provincial Castellón
- 4.- Unidad de Cirugía Oncológica. Hospital Clínico, Valencia.
- 5.- Unidad Cirugía Oncológica. Hospital Carlos Haya, Málaga
- 6.- Servicio de Cirugía Oncológica Digestiva Instituto Valenciano de Oncología. Valencia
- 7.- Unidad de Cirugía Oncológica. H. U. Gregorio Marañón, Madrid.
- 8.- Unidad Cirugía Oncológica. H. U. Príncipe Asturias, Alcalá Henares
- 9.- Unidad de Cirugía Oncológica. Hospital Son Espases, Palma de Mallorca
- 10.- Servicio de Cirugía General. MD. Anderson, Madrid
- 11.- Servicio de Cirugía General. H.U. Fuenlabrada
- 12.- Unidades de Cirugía Colorrectal y Cirugía Oncológica Peritoneal. H. U. Nuestra Señora de la Candelaria. Tenerife
- 13.- Unidad de Cirugía Oncológica. H. U. Torrecárdenas, Almería
- 14.- Servicio Cirugía General. Clínica San Chinarro, Madrid
- 15.- Unidad de Cirugía Oncológica. H.U. Ciudad Real.

Introducción: La probabilidad de recurrencia locorregional y carcinomatosis peritoneal en pacientes con carcinoma de colon en estadio T4 es del 15% a los 12 meses y de un 40% a los 5 años. Se estima que un 26% de los pacientes con carcinoma de colon estadio T4 se beneficiarían de la adición de quimioterapia intraoperatoria en hipertermia (HIPEC). La adición de HIPEC a la cirugía de colon estadio T4 asociando cirugía de “targeting”, supondría un descenso en las tasas de recurrencia locorregional con el consiguiente beneficio en la supervivencia. Añadir HIPEC a la cirugía de colon supondría un nuevo abordaje multimodal controvertido, que necesita aún demostrar su beneficio para poder estandarizar su aplicación. Como es conocido, el método que ofrece mayor potencia para demostrar un beneficio terapéutico es la realización de ensayos clínicos randomizados. La dificultad de éstos radica en la coordinación del mismo, reclutamiento de pacientes y alto coste económico y humano. Es por ello que, se ha diseñado un ensayo clínico multicéntrico, con el apoyo del grupo GECOP y de Unidades de carcinomatosis emergentes, para así, poder cumplir con los requisitos de reclutamiento que este potente ensayo clínico propone.

Pacientes y métodos: Ensayo clínico fase III, independiente, aleatorizado, nacional, multicéntrico en pacientes que presenten carcinoma de colon, sigma y recto superior por encima de flexión peritoneal clasificados como cT4 ente 18-75 años de edad a los que se les realizará tratamiento proactivo con extirpación quirúrgica más resección de órganos diana para diseminación peritoneal más quimioterapia intraperitoneal en hipertermia (HIPEC) con mitomicina C en el grupo experimental y se comparará con el grupo control en los que se realizará tratamiento proactivo con extirpación quirúrgica más resección de órganos diana para diseminación peritoneal

sin HIPEC. **El objetivo:** del estudio es analizar el impacto que el tratamiento experimental aporta en el control de la recurrencia peritoneal (LC), intervalo libre de enfermedad (DFS) y supervivencia global (OS). **Variables:** control locorregional de la enfermedad en meses (LC), tasa de control locorregional a los 12 meses, 3 años (%LC), supervivencia libre de enfermedad en meses (DFS) y tasa de supervivencia libre de enfermedad (%DFS) a los 12 meses, 3 años, y supervivencia global en meses (OS) y tasa de supervivencia global a los 12 meses, 3 años. (%OS). **N=200** . **Centros incluidos:** 15. **Duración:** 5 años . Inclusión del último paciente a los 2 años.

Conclusiones: La posibilidad de iniciar un ensayo clínico multicéntrico de tal repercusión, aportará respuestas sobre el beneficio de la adición de HIPEC al tratamiento “standard” del carcinoma de colon localmente avanzado

TUMOR CARCINOIDE DE CÉLULAS GLOBOIDES DEL APENDICE VERMIFORME: TENDENCIA A DISEMINACIÓN PERITONEAL

X. Arteaga Martín¹; M. Alkorta Zuloaga¹; A. Beguiristain Gómez¹; A. Lacasta Muñoa²; M.A. Medrano Gómez¹; R. Jiménez Agüero¹; I. Ruiz Montesinos¹; L. Egaña Otaño²; G. Elorza Echaniz¹; J.M. Enríquez Navascues¹; M^a Aranzazu Juaristi³

¹Servicio de Cirugía General y del Ap. Digestivo. H. Universitario Donostia San Sebastian. Guipúzcoa

²Servicio de Oncología Médica. H. Universitario Donostia. San Sebastian. Guipúzcoa

³Servicio de Anatomía Patológica del H. Universitario Donostia. San Sebastian. Guipúzcoa

Objetivos

El tumor carcinoide de células globoides es más agresivo y su tratamiento debe ser más agresivo. Se presenta el caso de un paciente con tumor de células globoides apendicular y su tratamiento. Se revisa la literatura.

Material y método

Descripción de un caso clínico de tumor carcinoide de células globoides y revisión de la literatura en la base de datos OVID.

Resultados

Varón de 52 años con cuadro clínico y radiológico de apendicitis aguda perforada en noviembre de 2011 siendo intervenido de forma urgente. Informe AP : Apendicitis aguda sobre tumor carcinoide de células globoides con dudosa afectación del borde de sección así como meso apendicular. Se decide tras revisión de la literatura, realizar tratamiento definitivo con colectomía derecha, omentectomía y colecistectomía + HIPEC según protocolo del Dr. Elias

Conclusión

Basándonos en la literatura revisada, creemos que el tratamiento más adecuado para este tipo de tumor incluye la cirugía citorreductora + HIPEC con intención de disminuir la diseminación postoperatoria.

CÁNCER GÁSTRICO Y CARCINOMATOSIS PERITONEAL: EXPERIENCIA INICIAL EN EL USO DE QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA

J. Triguero Cabrera, Y. Fundora Suárez, A. García Navarro, J.L Díez Vigil, N. Pineda Navarro, P. Notario Fernández, I. Vallejo, J.A. Jiménez Ríos.

Servicio de Cirugía General y Digestiva. Servicio de Farmacología Clínica. Hospital Universitario Virgen de las Nieves. Complejo Hospitalario Universitario de Granada.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La cirugía de citorreducción con quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) es el tratamiento estándar para carcinomatosis peritoneal (CP) de origen colorrectal, apendicular u ovárica, pero su uso es cuestionado en cáncer gástrico. Nuestro objetivo, es presentar el primer caso de adenocarcinoma gástrico con CP tratado mediante gastrectomía total (GT), citorreducción peritoneal completa e HIPEC, en nuestro centro.

CASO CLÍNICO

Mujer de 51 años que consultó por epigastalgia de 6 meses de evolución, realizándose una endoscopia digestiva alta, con hallazgo de tumoración gástrica en la incisura angularis. El resultado de la biopsia fue adenocarcinoma gástrico tipo intestinal. El estadiaje otorgado por ecoendoscopia fue T4a,N1,Mx y el estudio de extensión resultó negativo. Fue sometida a laparoscopia exploradora con hallazgo de dos implantes macroscópicos en peritoneo subdiafragmático derecho, confirmándose la presencia de células neoplásicas.

Dada la edad, el inicio de clínica obstructiva y el bajo Índice de Carcinomatosis Peritoneal (ICP) evidenciado en la laparoscopia, se decidió tratamiento quirúrgico de entrada. Durante la intervención se visualizaron dos nuevos implantes metastásicos en peritoneo subdiafragmático derecho con un ICP de 3, realizándose peritonectomía subdiafragmática y parietal anterior derecha con resección del ligamento redondo, GT con linfadenectomía D2 e HIPEC.

Se utilizó la técnica cerrada, con infusión continua durante 60 minutos de doxorubicina y cisplatino. La cirugía y el postoperatorio inmediato transcurrieron sin complicaciones. El TAC de control tras el primer mes postoperatorio no mostró signos de recidiva o complicaciones.

DISCUSIÓN

El tratamiento de la carcinomatosis de origen gástrico, tradicionalmente ha incluido medidas terapéuticas paliativas, basadas en quimioterapia sistémica. Estudios recientes han demostrado mejores resultados tras uso de HIPEC, en pacientes correctamente seleccionados: ICP bajo y posibilidad de cirugía de citorreducción macroscópica completa. Dados los resultados alentadores en una enfermedad potencialmente mortal sin este tipo de tratamiento, se ha iniciado su uso en nuestro centro.

JENNIFER TRIGUERO CABRERA: j-triguero@hotmail.com

RESULTADOS PRELIMINARES EN ENSAYO CLÍNICO “PAPEL DE LA QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL INTRAOPERATORIA CON PACLITAXEL EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RADICAL DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN OVÁRICO: HIPERTERMIA VS NORMOTERMIA”. Nº EudraCT: 2011-004373-89

A. Casado Adam¹, F.C. Muñoz Casares¹, A. Arjona Sánchez¹, M.A. Fernández Peralbo², M.D. Luque de Castro², M.C Muñoz Villanueva³, J.M. Sánchez Hidalgo¹, T. Caro Cuenca⁴, R Ortega Salas⁴, S Rufián Peña¹.

¹. Unidad de Cirugía Oncológica Peritoneal. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

². Departamento de Química Analítica. Campus de Rabanales. Universidad de Córdoba.

³. Unidad de Metodología y Bioestadística del IMIBIC. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

⁴. Servicio de Anatomía Patológica. Hospital Universitario Reina Sofía. Córdoba.

Objetivos

El tratamiento de la carcinomatosis de ovario con cirugía citorreductora y HIPEC es aún controvertido. El efecto de los quimioterápicos empleados así como su farmacocinética están en estudio en la actualidad. Nuestro objetivo es analizar el efecto que ejerce en la farmacocinética (concentración tisular, plasmática y sérica) la administración por vía intraperitoneal intraoperatoria del quimioterápico paclitaxel en condiciones de hipertermia versus normotermia.

Material y Métodos

Ensayo clínico unicéntrico, aleatorizado, prospectivo, simple ciego, realizado entre julio de 2012 y noviembre de 2014. Se incluyeron 32 pacientes con carcinomatosis peritoneal de ovario estadio IIIc de FIGO, 16 recibieron paclitaxel intraperitoneal intraoperatorio en hipertermia versus 16 en normotermia, tras cirugía citorreductora en ambos grupos. Variable principal: Concentración de paclitaxel en plasma, suero y tejido pre y post tratamiento.

Resultados

En las 32 pacientes analizadas, el nivel de cirugía citorreductora obtenida, PCI, extensión de peritonectomía, tiempo operatorio, y demás datos demográficos fueron similares entre ambos grupos, excepto en el IMC, que fue superior en el grupo de normotermia frente a hipertermia (29 ± 5 frente a 25 ± 3 , respectivamente; $p=0,007$). La morbilidad quirúrgica (Clavien >III), hematotoxicidad y nefrotoxicidad según CTCAE v4.0 fueron similares en ambos grupos.

Los niveles de paclitaxel en suero y plasma inmediatamente tras su administración fueron ligeramente superiores en el grupo de hipertermia frente a los niveles en suero y plasma 1 hora post-administración y en tejido, que fueron ligeramente superiores en el grupo de normotermia, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas ($p=0,372$, $p=0,856$, y $p=0,525$, $p=0,119$ y $p=0,252$, respectivamente).

Conclusión

A la vista de estos resultados preliminares, podemos avanzar que el paclitaxel ha demostrado tener una adecuada farmacocinética para alcanzar concentraciones en suero, plasma y tejido durante su administración intraperitoneal intraoperatoria tras cirugía citorreductora. Sin embargo, no se demostraron diferencias significativas entre su administración en condiciones de hipertermia frente a normotermia.

ANÁLISIS DE SUPERVIVENCIA DEL TRATAMIENTO DE 89 PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL MEDIANTE CIRUGÍA CITORREDUCTORA(CRS) Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA(HIPEC)

G. Guíñez Robertson^{1,2}, S. González Moreno¹, G. Ortega Pérez¹, O. Alonso Casado¹, P. Torres-Mesa³ L. González Bayón⁴

¹. M.D. Anderson Cancer Center, Madrid.

². Facultad de Medicina Clínica Alemana – Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile.

³. Centro Oncológico Ltda., Bogotá, Colombia.

⁴. Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción

El tratamiento de pacientes seleccionados con carcinomatosis peritoneal mediante CR+HIPEC se ha posicionado como el estándar de tratamiento en diversas patologías, debido a que ha demostrado un aumento en la supervivencia(SV) de los pacientes con una morbilidad aceptable para una cirugía mayor.

Objetivos

Describir las características de los pacientes sometidos a CR+HIPEC en nuestro centro.

Analizar las variables relacionadas a los pacientes y su tratamiento en función de la mortalidad y sobrevida.

Materiales y Métodos

Revisión de registros clínicos de los pacientes sometidos a CR+HIPEC entre abril de 2004 y enero de 2015.

Análisis estadístico de variables seleccionadas mediante estudio con modelos uni- y multivariados utilizando el software Stata 13 SE.

Resultados

Se realizaron 106 procedimientos en 89 pacientes. La mediana de edad fueron 57 años. El origen de las neoplasias tratadas fue: Colorrectal(37%), Apendicular y Pseudomixoma peritoneal(26%), Gástrico(11%), Ovario(9%), Primario peritoneal(8%), Otros(9%). La mediana de PCI fue 15 y en el 84,2% se obtuvo una citorreducción CC-0 ó CC-1. Hubo un 6,6% de mortalidad. La mediana de SV fue 46 meses, 39% a 5 años y la mediana de recaída peritoneal fue 28 meses, 74% a 5 años. El diagnóstico histológico, la presencia de ascitis, la citología peritoneal y el índice de citorreducción se relacionaron con la SV de forma estadísticamente significativa. .

Conclusión

Los resultados de nuestra serie son comparables a las otras series existentes, confirmando la utilidad de la CR+HIPEC como método de tratamiento de las neoplasias de la superficie peritoneal. Se identifica el estado de la citología peritoneal como una nueva variable con posible significado pronóstico en carcinomatosis peritoneal que merece ser estudiada en futuros estudios más amplios.

PERITONECTOMY AND HYPERTERMIC INTRAPERITONEAL CHEMOTHERAPY – CHALLENGING THE DISEASE

Almeida, AB^{1,2}, Bessa-de-Melo R^{1,2}, Aral M^{1,2}, Silva M^{2,3}, Leite D^{2,3}, Sarmiento C^{2,4}, Costa-Maia J^{1,2}

¹. Department of General Surgery, Centro Hospitalar de Sao Joao

². University of Porto Medical School

³. Department of Anesthesiology, Centro Hospitalar de Sao Joao

⁴. Department of Medical Oncology, Centro Hospitalar de Sao Joao

Introduction

During the last decades, peritoneal surface malignancies have been surgically approached with curative intent, no longer necessarily representing a terminal stage of disease. The procedure involves a multidisciplinary team and traduces a change of attitude, based on high-level scientific evidence showing long-term survival. Specialized units are needed in order to achieve the best results. The aim of this report is to present our preliminary experience in the combined treatment of peritoneal carcinomatosis (PC) using cytoreductive surgery (CRS) plus hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC).

Methods

Patients with PC proposed to CRS and HIPEC between July 2010 and July 2015 were identified from a prospective database and retrospectively reviewed. CRS included the peritonectomy procedures described by Sugarbaker, as well as multivisceral resections in order to achieve a complete cytoreduction (CC). HIPEC that followed was performed via the open abdomen technique. Patient, tumor and operative parameters were analyzed, as well as overall (OS) and disease-free survival (DFS).

Results: Forty-one patients (28 women, 13 men, median age 55 years) were proposed for surgery, of whom 80.5% (n=33) have effectively been treated with CRS + HIPEC. Two patients underwent isolated HIPEC for ascites control and in all others extension of disease precluded surgical resection. The main primaries originating PC were colorectal adenocarcinoma (n=13), gastric adenocarcinoma (n=7), pseudomyxoma peritonei (n=7) and appendiceal adenocarcinoma (n=6). Median PC index in treated patients was 11 (range 1-37). Macroscopically, CC was achieved in 30 (90.9%) patients. In-hospital mortality was 7.3% (3/41); overall morbidity was 41,5% (n=17). Median follow-up was 17 months (range 1-53). Median OS and DFS were 33 and 17 months, respectively.

Conclusion

Cytoreduction plus HIPEC for PC is associated with acceptable mortality and morbidity and offers improved survival. Success is highly dependent on careful selection of patients and specialized perioperative care, provided in specialized referral units.

CIRUGÍA DE CITORREDUCCIÓN E HIPEC EN EL PSEUDOMIXOMA PERITONEAL. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA CIRUGÍA, RECIDIVA Y SECOND LOOK

N. V. Ledezma Peredo¹, M. C. Fernandez Moreno¹, M. Garcés Albir¹, E. Muñoz Forner¹, F. Morera Ocon¹, B. Camps Vilata^{1,2,3}

¹. Hospital Clínico Universitario de Valencia. Servicio de Cirugía General y del Aparato digestivo.

². Jefe de la Unidad de Cirugía Peritoneal.

³. Facultad de Medicina, Universidad de Valencia.

Introducción

El pseudomixoma peritoneal es una entidad clínico patológica caracterizada por ascitis mucinosa, de diferentes orígenes, siendo la más frecuente la de origen apendicular.

El tratamiento actual implica la citorreducción completa e HIPEC.

Objetivos

Analizar los resultados recidiva y Second Look de los pacientes con Pseudomixoma Peritoneal que se trataron con cirugía de Citorreducción e HIPEC.

Material y Método

Hemos estudiado 93 pacientes intervenidos desde el año 1997 analizando edad, sexo, tumor primario, grado de CCR obteniendo, resultados del estudio anatomopatológico de las muestras resecadas, complicaciones y evolución, según los casos de recidiva y second look sucesivos.

Resultados

La edad media de nuestros pacientes fue de 58,6 años, (26-75) siendo el 59,1% mujeres y 40,9% hombres.

Se clasificaron siguiendo los criterios de Ronnet en PMCA 93,2%; DPAM 6,8%. El PCI oscilo 3-36 siendo la media de 20. Tiempo medio de intervención de 8,6 horas (6,5-12 h.)

Consiguiendo CCR = 0 en el 86% de los casos. Complicaciones operatorias 26,1%, 2 exitus.

La supervivencia en CCR 0 y CCR 1 alcanzo el 71 % a los 13,6 años, siendo 3,6 años para CCR 2.

Conclusión

El tratamiento multidisciplinar, técnica Sugarbaker de CRS más HIPEC para el Pseudomixoma Peritoneal:

- Es segura por presentar una morbimortalidad aceptable.
- La supervivencia global es mayor a 10 años.
- La supervivencia libre de enfermedad es mayor a 7 años.

La citorreducción completa, PCI bajo y tipo histológico DPAM presentaron mayor supervivencia.



3

Comunicaciones Urología

LA EXACTITUD DE LA RESONANCIA MULTIPARAMÉTRICA DE LA PRÓSTATA MEDIANTE CRITERIOS PI-RADS PARA EVALUAR PRESENCIA DE CÁNCER EN DIFERENTES REGIONES DE LA PRÓSTATA

Lista F, Nuñez C, Garcia Mediero JM, Meilan E, Rodríguez Barbero JM, Angulo JC.

Servicio de Urología. MD Anderson Cancer Center Madrid

Servicio de Urología. Hospital Universitario de Getafe. Universidad Europea de Madrid

Introducción: La resonancia multiparamétrica (MRImp) prostática es la modalidad de imagen que mejor evalúa el cáncer de próstata de forma preoperatoria. No obstante, la correlación entre imagen y espécimen dista de ser perfecta. Recientemente se han definido criterios consensuados para mejorar la exactitud del informe radiológico.

Material y Método: Estudio prospectivo en 85 pacientes tratados con prostatectomía radical a los que se les practicó MRImp 1,5T con estudio en T2 (T2W), difusión (DWI) y perfusión (DCE). Todos tenían biopsia prostática positiva previa. El espécimen de prostatectomía fue procesado mediante técnica de corte completo. Los estudios de imagen fueron revisados por dos observadores siguiendo criterios *Prostate Imaging Reporting and Data System* (PI-RADS) con gradiente 1-5. Cada modalidad evaluada (T2W, DWI y DCE) se interpretó como positiva si 3 (dudoso), 4 (muy probable sí) o 5 (seguro sí). La definición topográfica empleada tanto en imagen como en el espécimen se basó en una segmentación por cuadrantes de la glándula, según definición simplificada de las zonas de Barzell. Se analiza concordancia (k) por zonas. Se definen modelos de regresión para predecir cáncer en diferentes porciones anatómicas de la glándula empleando las variables T2W, DWI, DCE, edad, gleason y volumen prostático. Se especifica el área bajo la curva (ABC) ROC de estos modelos.

Resultados: La concordancia (k) en la presencia de cáncer entre cada tipo de estudio empleando criterios PI-RADS y el espécimen para las zonas evaluadas es muy variable. Ronda entre 0,25(0,02-0,49) y 0,80(0,68-0,93) para T2W; entre 0,41(0,18-0,64) y 0,83(0,71-0,95) para DWI y entre 0,36(0,16-0,56) y 0,73(0,58-0,88) para DCE. La única variable independiente predictiva de cáncer en la región apical prostática es el estudio DCE (HR 0,14; 0,03-0,78) con ABC 0,85%. DWI es la única variable independiente predictiva de cáncer en base prostática (HR 0,1; 0,01-0,95) con ABC 80%. El tumor en zona transicional (ZT) se predice mejor con DWI (HR 0,18; 0,03-0,97) y DCE (HR 0,1; 0,01-0,73) simultáneamente al ser independientes, con ABC 87% para este modelo. No es posible establecer modelo predictivo en zona periférica porque todos los pacientes evaluados presentaron algún foco tumoral en esta región.

Conclusiones: La exactitud de cada estudio que compone MRImp prostática es muy variable en las diferentes zonas analizadas. En nuestra serie la presencia de tumor en ZT se predice mejor empleando DWI y DCE. La afectación tumoral del ápex se detecta mejor mediante DCE. La presencia de tumor en base prostática se evalúa con mayor precisión mediante DWI.

RESULTADOS A LARGO PLAZO DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO Y COMPARATIVO ENTRE EL ABORDAJE LAPAROSCÓPICO Y ABIERTO PARA LA CISTECTOMÍA RADICAL

Mateo E., Meilán E., Lista F., García-Mediero J.M., Ramón de Fata F., Romero I., Núñez C., Angulo J.C.

Hospital Universitario de Getafe, Universidad Europea de Madrid, MD Anderson Cancer Center, Madrid, España

Introducción: Se presenta el seguimiento a largo plazo de un estudio prospectivo y comparativo llevado a cabo en un hospital universitario entre cistectomía radical abierta (CRA) y cistectomía radical laparoscópica (CRL) con linfadenectomía y derivación urinaria extracorpórea.

Pacientes y métodos: Estudio de cohorte prospectivo no aleatorizado llevado a cabo con pacientes intervenidos entre enero 2008 y enero 2014. El objetivo principal consiste en el análisis comparativo de supervivencia cáncer-específica con ambos abordajes. Los objetivos secundarios son la comparación de resultados operatorios entre ambos abordajes, la evaluación de complicaciones siguiendo la escala Clavien-Dindo y la escala de dolor postoperatorio auto-percibido mediante escala analógica visual (EAV).

Resultados: 156 pacientes con cáncer vesical invasivo de alto grado fueron tratados mediante CRA (n=70) o CRL (n=86). Todos los pacientes han sido evaluados periódicamente hasta el momento de fallecimiento o hasta el fin de estudio en setiembre 2014. El seguimiento mínimo es 6 meses y el seguimiento medio 27.8 ± 20.4 meses. La edad media es 66.9 ± 9.4 años y la proporción hombre/mujer 19:1. Se comprobó la equivalencia entre grupos para edad, distribución de estadios, proporción de pacientes con ganglios positivos, cis, uropatía obstructiva, quimioterapia adyuvante y tipo de derivación urinaria, lo que confirma la idoneidad de la comparación de ambos grupos a pesar de la falta de aleatorización. No existen diferencias en la supervivencia cáncer-específica entre grupos (log-rank; $p=0,7$) ni tampoco en el tiempo de duración de la cirugía ($p=0,18$). La estancia hospitalaria fue menor para CRL ($p<0,002$) y también la tasa de transfusión ($p=0,0001$). La tasa y severidad de complicaciones fue menor para CRL (70% vs 52,3%, cualquier grado; 20% vs 13,9%, grado \geq III) ($p=0.03$). El riesgo de evisceración ($p=0,03$), infección de herida quirúrgica ($p=0,004$), colección abdominal ($p=0,02$) y neumonía ($p=0,01$) fue mayor en CRA. La EAV de dolor en el día 3 fue menor en CRL ($p=0.0013$).

Conclusión: Los datos a largo plazo confirman que la CRL es un tratamiento de efectividad equivalente a la CRA para el cáncer de vejiga invasivo de alto grado, y que presenta además ventajas con respecto a indicadores sanitarios (estancia hospitalaria, transfusión), dolor postoperatorio y la seguridad del procedimiento.

Palabras Clave: Cáncer de Vejiga, Cistectomía radical, Laparoscopia

EL ESTUDIO CON DIFUSIÓN (MRI-DW) MEJORA LA MRI PROSTATICA EN LA EVALUACIÓN DE LA INVASIÓN EXTRACAPSULAR Y OTROS PARÁMETROS DE ESTADIFICACIÓN EN PACIENTES CON CÁNCER DE PRÓSTATA LOCALIZADO CANDIDATOS A PROSTATECTOMÍA RADICAL

Lista F, Gimbernat H, Garcia Mediero JM, Rodríguez Barbero JM, Núñez C, Angulo JC.
Servicio de Urología. MD Anderson Cancer Center Madrid
Servicio de Urología. Hospital Universitario de Getafe. Universidad Europea de Madrid

Introducción: La evaluación de la extensión extracapsular (EEC), la invasión de vesículas seminales (VVSS) y de ganglios linfáticos regionales resulta necesaria para planificar correctamente el tratamiento del cáncer de próstata localizado. Se desarrolla un modelo que evalúa el riesgo de EEC y tiene en cuenta hallazgos clínicos, histopatológicos y de imagen.

Material y Método: Estudio prospectivo sobre 85 pacientes con cáncer de próstata localizado que reciben prostatectomía radical. La biopsia prostática se practicó un mes antes del estudio de imagen, que incluyó resonancia magnética en T2 (MRI-T2), resonancia balanceada por difusión (MRI-DW) y coeficiente de difusión aparente (ADC). Se evaluó la consistencia de los estudios (k) y se analizaron curvas ROC y se compararon las áreas bajo la curva (ABC). Se llevó a cabo un modelo de regresión para predecir EEC.

Resultados: La media de edad fue $63,7 \pm 6,9$ años (45-80) y de PSA $12,65 \pm 13,8$ ng/ml (1-83,7). El tacto rectal fue sospechoso en 32(37,65%). La categoría pT fue pT2a en 12(14%), pT2b 3(3%), pT2c 37(43%), pT3a 19(22%) y pT3b 14(17%). Se evidenció EEC en 33(39%), invasión de VVSS en 14(16,5%) y ganglios afectados en 5(6%). La consistencia en la evaluación de EEC entre imagen y espécimen fue 0,35 para MRI-T2 (S=0,33, E=0,96, VPP=0,84, VPN=0,69, Ex=0,72) y 0,62 para MRI-DW (S=0,58, E=0,98, VPP=0,95, VPN=0,75, Ex=0,82). El valor de ADC para pacientes con EEC fue 0,76 (95%CI 0,68-0,93) y este valor no se asoció con la puntuación de Gleason (p=0,21) ni con valor de PSA (p=0,66). El ABC para predecir EEC fue 65% para MRI-T2, 78% para MRI-DW y 50% para ADC (Z=0.008). Cada punto de Gleason aumentó 5,1 veces la probabilidad de EEC, cada unidad de PSA la aumentó 1.06 veces y cada punto de ADC la disminuyó 0,3 veces. EL análisis multivariante confirmó que el valor ADC fue factor protector leve para EEC, OR=0,01 (95%CI 0,002-0,14), mientras que la puntuación de Gleason aumentó severamente el riesgo, OR=4,92 (95%CI 2,1-11,4). La consistencia en la evaluación de invasión de VVSS fue 0,43 para MRI-T2 y 0,67 para MRI-DW; ABC 69% y 82%, respectivamente (Z=0.02). La consistencia para evaluar ganglios positivos fue 0,4 para MRI-T2 y 0,7 para MRI-DW; ABC 68% y 88%, respectivamente (Z=0.36).

Conclusiones: MRI-DW permite mejor evaluación preoperatoria de EEC que MRI-T2. También MRI-DW (coeficiente ADC) y puntuación de Gleason son los factores más fiables para predecir EEC. La superioridad de MRI-DW también se demuestra para evaluar invasión de VVSS pero no para afectación ganglionar.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE CIRUGÍA LAPAROENDOSCÓPICA A TRAVÉS DE PUERTO ÚNICO Y LAPAROSCOPIA MULTIPUERTO EN EL TRATAMIENTO DE LAS MASAS RENALES

Cristina Redondo, Helena Gimbernat, Elisa Meilán, Cristina Esquinas, Erika Mateo, Ana García-Tello, Fernando Ramón de Fata, Javier C. Angulo

Hospital Universitario de Getafe, Universidad Europea de Madrid, Madrid, España

INTRODUCCIÓN: La cirugía laparoendoscópica a través de puerto único (LESS) umbilical es una nueva modalidad de laparoscopia desarrollada para mejorar la cosmética y favorecer la recuperación temprana del paciente y tiene una de sus mejores indicaciones en el tratamiento quirúrgico de las masas renales. Se presenta un análisis retrospectivo que evalúa y compara los resultados operatorios y las complicaciones de la cirugía renal LESS (diferentes técnicas) y laparoscópica multipuerto.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio comparativo de resultados perioperatorios y de morbilidad de la cirugía LESS (n=49) y de la laparoscopia multipuerto (n=53) en el tratamiento de las masas renales. El abordaje LESS se ha llevado a cabo con material reutilizable curvo colocado en el ombligo a través de una plataforma multicanal. Se ha empleado material de minilaparoscopia a través de un puerto accesorio de 3.5-mm en el 69.4% de los pacientes del grupo LESS. Se han analizado aspectos demográficos, tipo de técnica quirúrgica, tiempo operatorio, pérdida sanguínea estimada, hemoglobina diferencial, tasa de transfusión, número y severidad de complicaciones (Clavien-Dindo), estancia hospitalaria y datos histopatológicos.

RESULTADOS: No se detectaron diferencias entre grupos relativas a seguimiento, edad, género, IMC, hemoglobina (Hb) preoperatoria y tipo de cirugía (nefrectomía, nefrectomía parcial o nefroureterectomía). Un caso (1.9%) se convirtió de laparoscopia a cirugía abierta y otro (2%) de LESS a laparoscopia convencional de 4-puertos. El tiempo medio operatorio fue ligeramente mayor en LESS pero la diferencia no alcanzó significación estadística (186 vs 181 min; p=0,6). La tasa de transfusión intraoperatoria fue menor en LESS (14% vs 32%; p=0,03) y también la pérdida hemática (332 vs 534; p<0,0001). Tanto la Hb postoperatoria (12 vs 10,3; p<0,0001) como la diferencial (3,35 vs 2,5; p=0,03) fue mayor en LESS, aunque también se emplearon con mayor frecuencia agentes hemostáticos (44,4% vs 20,8%; p<0,0001). No se detectaron diferencias en número (p=0,6) ni en severidad (p=0,47) de complicaciones. La estancia media fue menor en LESS (3,2 vs 6,3d; p<0,0001) y también la proporción de pacientes con drenaje (75,5% vs 90,6%; p=0,04) y el número medio de días con drenaje (2,4 vs 3,7d; p=0,0004). La proporción de lesiones benignas fue también mayor en LESS (30,5% vs 1,9%; p<0,0001) pero el tamaño de las lesiones fue similar (4,7 vs 5,1cm; p=0,5).

CONCLUSIONES: La cirugía LESS umbilical con plataforma reutilizable permite llevar a cabo diferentes técnicas quirúrgicas para el tratamiento de las masas renales con un consumo de tiempo y con seguridad equivalente a laparoscopia convencional multipuerto. El abordaje LESS se ha empleado más frecuentemente para lesiones benignas y entre sus ventajas destacan menor pérdida hemática y menor estancia hospitalaria.

NOMOGRAMA PREDICTIVO DE COMPLICACIONES EN CIRUGÍA UROLÓGICA UMBILICAL CON O SIN TRÓCAR ACCESORIO (ABORDAJE REDUCIDO DE PUERTOS)

García-Tello A., Esquinas C., Gimbernat H., Redondo C., Meilán E., Angulo J.C.

Servicio de Urología. Hospital Universitario de Getafe, Universidad Europea de Madrid, Madrid

Introducción: La mayoría de los procedimientos laparoscópicos en urología pueden realizarse a través de una plataforma multicanal de acceso umbilical con empleo ocasional de un puerto accesorio adicional. Se presenta una serie de pacientes intervenidos mediante abordaje reducido de puertos y se evalúan los factores relacionados con el desarrollo de complicaciones.

Material y Método: Estudio retrospectivo de 225 pacientes consecutivos sometidos a diferentes procedimientos quirúrgicos, 21 (9,3%) mediante puerto único y 204 (90,7%) con puerto accesorio (≤ 10 mm). Se clasificaron los procedimientos respecto a la complejidad en 3 niveles. Las complicaciones fueron descritas de acuerdo a la escala de Clavien-Dindo. Se realizó un análisis univariante para detectar las variables relacionadas con el riesgo de complicaciones y el análisis multivariante (stepwise) para determinar los factores independientes. Se calcula un nomograma que permite predecir la probabilidad de desarrollar complicaciones con este tipo de cirugía.

Resultados: Se describió alguna complicación en 39 pacientes (17,3%) (cistectomía 36,4%, nefrectomía parcial 26,1%, nefroureterectomía 22,2%, nefrectomía 18,2%, prostatectomía 11,2% y otros 7,7%). En el análisis univariante el ASA ($p=0,001$), $\geq pT3$ ($p=0,0007$), linfadenectomía ($p=0,02$), tipo de cirugía ($p=0,02$), tiempo quirúrgico ($p=0,0005$), transfusión intraoperatoria ($p=0,005$), hemoglobina postoperatoria (Hb) ($p=0,0003$), Hb preoperatoria ($p=0,02$), y experiencia del cirujano ($p=0,08$) se asociaron con desarrollo de complicaciones. En el análisis multivariante nivel de complejidad ($p=0,0047$), experiencia ($p=0,007$) y cirugía oncológica en tumor localizado ($p=0,0019$) fueron factores predictivos independientes. En base a estos hallazgos se define un nomograma predictivo de complicaciones. El área bajo la curva ROC para este modelo es 0,76.

Conclusiones: Resulta posible predecir el riesgo de complicaciones de la cirugía laparoendoscópica umbilical teniendo en cuenta la extensión tumoral (el carácter de enfermedad órgano-confinada) en cirugía oncológica, la experiencia del equipo quirúrgico (deseablemente >100 casos) y el tipo de cirugía, lo que permite optimizar la indicación de la misma.

Palabras clave: Laparoscopia, puerto único, complicaciones.

ESTUDIO COMPARATIVO ENTRE ABORDAJES LAPAROENDOSCÓPICO UMBILICAL, LAPAROSCOPIA MULTIPUERTO Y RETROPÚBICO PARA PROSTATECTOMÍA RADICAL

Helena Gimbernat, Cristina Redondo, Elisa Meilán, Cristina Esquinas, Ana García-Tello, Jose M. García-Mediero, Fernando Ramón de Fata, Javier C. Angulo
Hospital Universitario de Getafe, Universidad Europea de Madrid, Madrid, España

INTRODUCCIÓN: La prostatectomía radical laparoendoscópica umbilical con material accesorio de minilaparoscopia (LESS híbrido) es un abordaje novedoso de elevada complejidad para el tratamiento quirúrgico del cáncer de próstata. Se comparan los resultados operatorios y complicaciones de este abordaje frente a laparoscopia multipuerto y a prostatectomía retropúbica en una misma institución.

MATERIAL Y MÉTODO: Estudio prospectivo no aleatorizado que compara resultados operatorios y seguridad de prostatectomía radical mediante abordaje laparoendoscópico umbilical (n=103), laparoscopia multipuerto (n=47) y cirugía abierta retropúbica (n=59) para en cáncer de próstata localizado. La decisión de abordaje se basó en la elección del paciente. En la laparoendoscopia umbilical se empleó plataforma multicanal reutilizable con instrumentos curvos de doble rotación y un puerto accesorio de 3.5-mm en fosa ilíaca. Se evalúan datos demográficos, tiempo quirúrgico, pérdida hemática estimada, hemoglobina (Hb) diferencial, necesidades de transfusión, estancia hospitalaria y número y severidad de complicaciones (Clavien-Dindo).

RESULTADOS: No hubo diferencias entre grupos en cuanto a seguimiento, edad, BMI, Hb preoperatoria y ASA. No hubo conversión de una a otra técnica. El tiempo medio de cirugía fue más bajo ($p=0,0002$) para abordaje retropúbico (153 ± 52 min) que laparoscopia multipuerto (183 ± 55 min) o umbilical (188 ± 54 min). Por el contrario pérdida hemática ($p<0,0001$), Hb diferencial ($p<0,0001$) y tasa de transfusión (χ^2 , $p=0,02$) fueron menores en umbilical (277 ± 105 cc; $-2,9\pm 1,4$ gr/dL; 7,8%) que laparoscopia multipuerto (319 ± 106 cc; $-3,6\pm 1,1$ gr/dL; 10,6%) y retropúbica (453 ± 206 cc; $-4,6\pm 1,3$ gr/dL; 22%). Los días con drenaje ($p<0,0001$) y la estancia ($p<0,0001$) fueron menores también en umbilical ($3,1\pm 2,9$ d; $3,7\pm 3,3$ d) que multipuerto ($3,8\pm 2,8$ d; $5,1\pm 3,8$ d) o abierta ($3,5\pm 2$ d; $4,9\pm 3,8$). La proporción de pacientes con complicaciones menores (\leq grado 2) fue significativamente menor ($p=0,04$) en abordaje umbilical (6,9%) que en multipuerto (23,9%) y retropúbico (27,6%), pero la proporción de pacientes con complicaciones mayores (\geq grado 3) fue equivalente ($p>0,05$) para umbilical (4,9%), multipuerto (8,7%) o abierta (6,9%).

CONCLUSIONES: La prostatectomía radical laparoendoscópica umbilical resulta segura y ofrece resultados operatorios ventajosos respect a prostatectomía laparoscópica multipuerto y especialmente a prostatectomía retropúbica en pérdida hemática, tasa de transfusión, estancia hospitalaria y tasa de complicaciones menores. Supone por el contrario mayor tiempo quirúrgico y elevada complejidad técnica. Se necesita mayor seguimiento para comparar resultados oncológicos y funcionales, actualmente en fase de desarrollo.



4

Comunicaciones Enfermería

PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE VERTIDOS ACCIDENTALES DE CITOSTÁTICOS EN LA HIPEC

Medina I., Ferrer E., Esteve N., Niebla L., Rabadán S., Pérez M., Barragán R., Enrique F., Solivellas P., Pulido A., Gómez L., Torrejón E., Morales R.

Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

Objetivos

La Quimioterapia Hipertérmica Intraperitoneal (HIPEC) se basa en la administración de citostáticos en la cavidad abdominal a temperaturas elevadas (42-43°C). Durante el procedimiento es imprescindible mantener las normas de seguridad¹ para la protección del paciente y de los profesionales.

Presentamos la forma de actuación ante un caso de vertido accidental de citostático durante la realización de la Quimioterapia Hipertérmica Intraperitoneal (HIPEC)

Pacientes y métodos

Aplicación del protocolo de actuación ante vertidos accidentales aprobado por el Servicio de Prevención de Riesgos Laborales de Hospital Universitario Son Espases, en un vertido de Plaquitalxel causado por una dehiscencia de sutura en la pared vaginal de un Carcinoma de ovario durante la HIPEC

-El Protocolo comprende los siguientes apartados:

- Identificar y detener el punto de fuga

- Recoger vertido debidamente protegidas con los EPI

- Neutralizar con empapadores impregnados en alcohol de 70 grados

- Fregar con agua jabonosa y aclarar con agua

- Revisar y renovar protecciones

- Continuar la HIPEC

- Registrar el vertido en Hoja de Registro del citostático administrado y del personal presente en el accidente

- Comunicar a Servicio de Protección de Riesgos Laborales

Resultados

Desde marzo de 2014 a febrero de 2015, se ha realizado HIPEC en 24 pacientes. Se ha detectado un vertido por dehiscencia de sutura (4%), que se ha resuelto favorablemente aplicando el protocolo de nuestro Hospital y con la rápida actuación del equipo quirúrgico presente.

Conclusiones

Gracias a la organización de las actividades, la rápida actuación y el conocimiento del protocolo a seguir por el equipo quirúrgico se garantiza la seguridad² y la mínima exposición al agente citostático del paciente y del personal presente en la HIPEC

Bibliografía

1. Caneparo A. Eur J Surg Oncol. 2014

2. Guía de buenas prácticas para trabajadores profesionalmente expuestos a agentes citostáticos. ENMT. ISCIII. MEC. 2011

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA DE ANESTESIA EN LA CIRUGÍA CITOREDUCTORA CON HIPEC

Niebla L. Ferrer E. Medina I. Ayala L. Rabadán S. Pérez M.. Enrique F. Esteve N. Gómez G. Morales R.

Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

Objetivos

La Cirugía Citorreductora (CCR) con Quimioterapia Hipertérmica Intraperitoneal (HIPEC) está indicada en la Carcinomatosis Peritoneal¹ de distintos orígenes. Es un procedimiento muy complejo que requiere un elevado nivel de experiencia en cuidados perioperatorios.

Presentamos nuestra experiencia en la elaboración y aplicación de un Protocolo de Enfermería de Anestesia, que comprende todas las actividades organizadas para la preparación, inducción, mantenimiento, control de temperatura, educación y traslado del paciente con Carcinomatosis Peritoneal (CP), sometido a CCR con HIPEC.

Pacientes y métodos

Nuestro Protocolo comprende los siguientes apartados: Checklist del material de Anestesia. Posición y confort del paciente. Monitorización. Fluidoterapia. Perfusiones. Analíticas. Control de Temperatura en fase CCR y en fase HIPEC. Profilaxis Antibiótica. Profilaxis náuseas – vómitos. Analgesia Epidural. Analgesia preventiva. Reversión y extubación, si procede. Traslado a Reanimación

Resultados

Se incluyeron 24 pacientes, con una edad media de 58 años (± 13.3) y un 75% de mujeres. El Protocolo Anestésico se aplicó en el 100% de los casos. Los principales datos intraoperatorios fueron: 58% cáncer de ovario y un 33% colorectal, 96% analgesia epidural, 42% de transfusión perioperatoria,. Un 50% de los pacientes recibieron perfusión de noradrenalina y un 71% fueron extubados en quirófano. Se ha constituido un grupo estable de enfermería: X ENF + X AUX. Se ha realizado difusión del protocolo y presentación del programa de HIPEC en sesión general del hospital.

Conclusiones

La organización de todas las actividades contenidas en el manejo anestésico de la CCR con HIPEC, es indispensable para garantizar la efectividad y la seguridad de todo el procedimiento². El papel de la Enfermería de Anestesia en este tipo de cirugías de alta complejidad, es básico y forma parte del enfoque multidisciplinar de la HIPEC.

Bibliografía

1. Kuijpers AM, World J Surg. 2015
2. Sasot A. Congreso HIPEC Amsterdam 2014

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICA EN LA CIRUGÍA CITOREDUCTORA CON HIPEC

Ferrer E. Medina I. Ayala L. Niebla L. Rabadán S. Pérez M. Enrique F. Montero R. Solivellas P. Pulido A. Gómez L. Torrejón E. Morales R
Hospital Universitario Son Espases. Palma de Mallorca

Objetivos

La Cirugía Citorreductora (CCR) con HIPEC ha conseguido prolongar la supervivencia de la Carcinomatosis Peritoneal¹ de distintos orígenes. Es un procedimiento complejo que requiere un elevado nivel de experiencia de enfermería quirúrgica.

Presentamos nuestra experiencia en la elaboración y aplicación de un Protocolo de Enfermería Quirúrgica que agrupa las actividades, el reparto de responsabilidades, la organización del material, el manejo de la bomba de perfusión y las normas de seguridad de la CCR con HIPEC.

Pacientes y métodos

El Protocolo comprende los siguientes apartados

- Preparación del quirófano:
 - Protección de superficies
 - Instrumental, material fungible y aparataje específicos
 - Recuentos pre y post HIPEC
 - Bomba HIPEC y aspirador de humos
 - Equipos de protección individual (EPI)
 - Registros informatizados y manuales
- Seguridad, protección y cuidados del paciente:
 - Posición quirúrgica
 - Control de la temperatura
- Información a familiares
- Recuento y registro de las muestras
- Embalaje de instrumental contaminado
- Doble limpieza de aparataje utilizado

Resultados

Desde marzo de 2014 a febrero de 2015, se ha realizado HIPEC en 24 pacientes, con una edad media de 58 años ($\pm 13,3$) y un 75% de mujeres. Un 58% cancer de ovario y un 33% colorectal. El Índice de carcinomatosis fue de 13,7 ($\pm 8,1$), la media de resecciones viscerales 4,1 ($\pm 2,1$) y un 92% de citorreducción completa.

Se ha constituido un grupo estable de 8 enfermeras y 4 auxiliares, realizándose formación del manejo de la bomba de perfusión, difusión y publicación del protocolo del programa de HIPEC en el Hospital. Se han iniciado líneas de trabajo de investigación de enfermería: Estudio de Calidad de Vida y Protocolo de Vertidos Accidentales.

Conclusiones

El enfoque multidisciplinar del equipo médico y de enfermería de la HIPEC, es básico para garantizar el éxito del programa². La definición de roles y responsabilidades es una de las bases para desarrollar con efectividad y seguridad, las múltiples tareas contenidas en los programas de CCR e HIPEC.

Bibliografía

1. Kuijpers AM, World J Surg. 2015
2. Sasot A. Congreso HIPEC Amsterdam 2014

HIPEC, TECNICA CERRADA. SEGURIDAD Y PROTECCION EN EL AMBITO QUIRURGICO

S. Huerta Martínez, M. Alarcón Abellán, M.A. Carballo Salpico, B. Pardo García, T. Vallejo Riado
Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

INTRODUCCION

Desde Noviembre de 2012 en el HUPA, se realizan intervenciones a pacientes con carcinomatosis peritoneal mediante Quimioterapia Intraperitoneal Hipertérmica Intraoperatoria de Circuito Cerrado (HIPEC).

Esta técnica consiste en la administración de fármaco quimioterápico intraperitoneal a alta temperatura (41-43°C), mediante una bomba peristáltica con circuito cerrado entre el paciente y dicha bomba, con el fin de destruir células neoplásicas residuales.

Al tratarse de una técnica novedosa, compleja y agresiva hay que extremar las medidas de actuación y prevención.

OBJETIVOS

- Conseguir la máxima seguridad tanto para el paciente como para el equipo multidisciplinar.
- Prevenir posibles complicaciones.
- Evitar la contaminación ambiental

MATERIAL Y METODOS

- Atraves de intervenciones enfermeras estandarizadas y sistemáticas, se lleva a cabo actividades que aseguran el bienestar y confort del paciente.
- Así como las medidas de protección específicas para todos los profesionales de la salud implicados en el proceso.

RESULTADO

Minimizar los riesgos y permitir la incorporación de nuevas pautas de actuación que mejoren la calidad asistencial.

CONCLUSIONES

- El trabajo organizado evita errores y aumenta la seguridad del paciente y del equipo a todos los niveles dentro de ámbito quirúrgico.
- La técnica cerrada minimiza la contaminación ambiental.

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A HIPEC

M. Alarcón Abellán, M.A. Carballo Salpico, S. Huerta Martínez, B. Pardo García, T. Vallejo Riado
Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares, Madrid.

INTRODUCCION

En la actualidad la Carcinomatosis Peritoneal es susceptible de recibir tratamiento curativo: Quimioterapia Intraperitoneal Hipertérmica Intraoperatoria de circuito cerrado (HIPEC). La aplicación de este tratamiento y su técnica quirúrgica novedosa (técnica cerrada) implican un reto para la enfermería que debe estar al día en los cuidados dirigidos a estos pacientes, así como poner en marcha los protocolos adecuados para evitar accidentes y riesgos derivados de dicha técnica. Desde Noviembre de 2012 en el HUPA se realizan intervenciones a pacientes diagnosticados de carcinomatosis peritoneal a los que se aplica este tratamiento complejo y agresivo, por lo que hay que extremar las medidas de actuación y prevención,

OBJETIVOS

- Protocolizar los cuidados de enfermería en base a la experiencia diaria.
- Aplicar dichos protocolos por el equipo multidisciplinar.
- Aplicar los protocolos establecidos por el servicio de Salud Laboral
- Divulgar la nueva concepción de la técnica HIPEC por parte del personal de enfermería, al resto de unidades implicadas en el proceso.

MATERIAL Y METODO

- Comunicación verbal entre las diferentes unidades que intervienen en el proceso.
- Utilización del Check List (Listado de Verificación Quirúrgica)
- Protocolo técnico de intervención quirúrgica.
- Plan de cuidados específico para esta cirugía e individualizado para cada paciente.

RESULTADO

La secuencia organizada y sistemática de intervenciones evita olvidos innecesarios que pueden ocasionar consecuencias en la seguridad del paciente.

Así mismo permite elaborar un plan de cuidados estandarizado siguiendo el método científico.

CONCLUSIONES

Obtención de máxima calidad en los cuidados con el mínimo riesgo para el paciente y el personal mediante la aplicación de protocolos quirúrgicos adecuados.

PAPEL DE LA ENFERMERIA EN LAS UNIDADES DE CIRUGÍA ONCOLÓGICA PERITONEAL. SU INTEGRACIÓN EN LOS EQUIPOS MULTIDISCIPLINARES QUE TRATAN A LOS PACIENTES CON CARCINOMATOSIS

CM^a Artero (1), M^a del M. Rodríguez (1), O. Carmona (1), M. Zarco (1), I López (1), M Lorenzo Liñán (1), J. Torres Melero (1).

Unidad de Cirugía Oncológica Peritoneal-Carcinomatosis. C. Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

INTRODUCCIÓN

Las opciones de tratamiento de los pacientes con carcinomatosis peritoneal (CP) , independientemente de su origen, son extremadamente limitadas. Actualmente, en un grupo seleccionado de pacientes, existe un abordaje quirúrgico potencialmente curativo, la citorreducción completa y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (CRS+HIPEC). Creemos sumamente importante, no sólo una cirugía citorreductora completa sino que también, estos pacientes sean valorados por unidades multidisciplinarias especializadas en este tipo de pacientes, y en los cuales, la enfermería debe estar integrada y perfectamente identificadas sus funciones.

OBJETIVO

Describir los diferentes programas de actuación realizados por la enfermería quirúrgica de nuestro centro (CH Torrecárdenas, Almería) aplicados a los pacientes con carcinomatosis de origen gastrointestinal y ginecológica

MATERIALES Y MÉTODOS

Se describen los diferentes protocolos de actuación realizados, en cada una de las distintas áreas, por los equipos de enfermería integrados en nuestra Unidad de Cirugía Oncológica Peritoneal. Desde su creación en Enero del 2005 hasta la fecha hemos intervenidos 298 con CP de origen gastrointestinal y ginecológica mediante técnicas de CRS+HIPEC).

RESULTADOS

Se describe pormenorizadamente cada uno de los protocolos de actuación realizados por enfermería quirúrgica, distinguiéndose diversos periodos: 1) Fase de preparación del quirófano, 2) preparación del paciente, 3) preparación del material quirúrgico y del campo operatorio, y 4) Instrumentación y cuidados durante la técnica quirúrgica, así como en otras fases del proceso tales como : ingreso y cuidados postoperatorios y tras alta.

CONCLUSIONES

El desarrollo y establecimiento de un protocolo de actuación de enfermería, en cada una de las fases del proceso asistencial “Carcinomatosis” permite una mejora en la eficiencia, garantiza la seguridad del paciente, optimiza recurso, facilita la cirugía, disminuye la morbi-mortalidad e impacta positivamente en los diversos indicadores evaluados. La inclusión de la enfermería en estos equipos multidisciplinarios mejora significativamente los resultados obtenidos, contribuyendo a una mejora de la calidad asistencial.

PROTOCOLO DE USO Y MONTAJE DEL SEPARADOR OMNITRACK PARA FORMAR EL COLISEO EN LA HIPEC

A. Sánchez Sánchez¹, T. Laredo Ródenas¹, J. Moreno Sánchez¹, M.C. Nieto Martínez¹, M.J. Martínez Esteban¹, L. Vázquez Valcárcel¹, G. Pérez Sánchez¹, J. Campoy Moreno¹, A. Hernández Solano¹.

1. Diplomado Universitario en Enfermería. Servicio de Quirófano. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia.

Introducción

La HIPEC consiste en una cirugía de extirpación tumoral abdominal máxima y la perfusión, durante 1 hora, de toda la cavidad abdominal con una solución hipertérmica a 43°C que incluye el quimioterápico más apropiado. La eficacia del procedimiento se fundamenta en la máxima cirugía abdominal, la alta concentración del fármaco que se consigue en el abdomen y el efecto antitumoral del calor.

Objetivos

1. Dar a conocer el separador Omnitrack.
2. Crear un protocolo de montaje del coliseo.
3. Favorecer y facilitar la técnica.

Material y Método

Con la técnica de coliseo que se utiliza en el método abierto, la piel del borde de la herida quirúrgica se fija al marco del separador Omnitrack formando una pequeña campana

Pasos:

1. Colocación equipo quirúrgico cesáreas. Ref: 7965P. 3M.
2. Colocación de dos separadores Omnitrack formando un círculo.
3. sujeción del campo transparente del campo quirúrgico al separador formando una bolsa.
4. Colocación de las sondas de temperatura y catéteres aferentes y eferentes.

Resultados

Se ha dado a conocer el separador Omnitrack al personal y se ha creado un protocolo para su montaje, con el cual se unifican los conocimientos del personal de quirófano y se confirma la óptima mejora que aporta dicha técnica

Conclusión

Las ventajas de esta técnica son:

- a) El acceso a la cavidad abdominal es muy fácil, particularmente en casos de hemorragia u oclusión de uno de los catéteres aferentes que conducen la solución que contiene la quimioterapia
- b) Se asegura una distribución uniforme del calor y las drogas en toda la superficie peritoneal.
- c) Las anastomosis son realizadas al final del procedimiento disminuyendo la posibilidad de recurrencias en este sitio y en la herida del abdomen.

Las desventajas de este método son la pérdida de calor a través de la abertura realizada en la membrana de plástico que cubre el abdomen así como la posible pérdida de las drogas.

Primer Autor: Agustín Sánchez Sánchez. E-mail: beiconfrost@hotmail.com.

CONTROL Y MANEJO DE LA TEMPERATURA EN PACIENTES SOMETIDOS A CITORREDUCCIÓN DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL MEDIANTE HIPEC

A.Sánchez Sánchez¹, T. Laredo Ródenas¹, J. Moreno Sánchez¹, L. Vázquez Valcárcel¹, A. Graña Fuentes¹, M.T. Ruiz Puente¹, A. Sánchez Pérez¹, A. Larios Adorna¹.

1. Diplomado universitario en Enfermería. Servicio de Quirófano. Hospital General Universitario Santa Lucía de Cartagena. Murcia.

Introducción

La cirugía citorreductora con HIPEC es una técnica usada para prevenir recurrencias peritoneales en pacientes de alto riesgo, o como tratamiento de pacientes con carcinomatosis peritoneal establecida. El control de la temperatura corporal durante el proceso es fundamental para el correcto desarrollo de la técnica.

Objetivos:

- Mantener la temperatura corporal en el rango de estabilidad hemodinámica mediante medios físicos y de fluidoterapia.
- Controlar la temperatura de entrada en el coliseo para favorecer la técnica de HIPEC (43° C).
- Disminuir la toxicidad mediante el mantenimiento de la temperatura intracavitaria entre 41°C y 43°C.

Material y métodos

Estudio observacional, longitudinal y retrospectivo de 26 pacientes sometidos a la técnica de HIPEC en el Hospital Universitario Santa Lucía, Cartagena (Murcia) durante 2013 y 2014.

Resultados

Las variables fueron: edad (37-72años), temperatura corporal (35,5-37,8°C), tiempo de citorreducción quirúrgica (3-5h) y tiempo de administración de HIPEC (30-90 min). En dos de los casos no se mantuvo la temperatura dentro de los rangos establecidos. En tres casos, se dieron complicaciones por dehiscencia de sutura de la anastomosis.

Se controló la temperatura corporal invasiva mediante sonda esofágica y durante la HIPEC con tres sondas de temperatura intraabdominales de entrada, salida y media del fluido.

Las medidas físicas usadas para el mantenimiento de la temperatura en cada fase del proceso fueron: manta térmica de calor/frío, sueroterapia tibia y desde una hora anterior a la HIPEC hasta la finalización, sueroterapia fría y aplicación de frío local.

Conclusiones

Debemos mantener durante la citorreducción quirúrgica la temperatura corporal por encima de 35,5° C para disminuir la hipotermia, favoreciendo la cicatrización, coagulación e incidencia de infecciones.

Mediante el aumento o disminución de la temperatura y el flujo de entrada desde el equipo de perfusión de HIPEC, se disminuye la toxicidad y se favorece la efectividad de la técnica.

Primer autor: Agustín Sánchez Sánchez. E-mail de contacto: beiconfrost@hotmail.com.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE DERRAME ACCIDENTAL DE FÁRMACOS CITOSTÁTICOS DURANTE LA APLICACIÓN DE HIPEC (HYPERTHERMIC INTRAPERITONEAL CHEMOTHERAPY) EN QUIRÓFANO

T. Laredo Ródenas¹, A. Sánchez Sánchez¹, J. Moreno Sánchez¹, L. Vázquez Valcárcel¹, M. García Guardiola¹, N. Ramírez Tirado¹, A.M. Nicolás Guillermo¹, P.A. Pérez Conesa¹.

1. Diplomado Universitario en Enfermería. Servicio de Quirófano. Hospital General Universitario Santa Lucía. Cartagena. Murcia.

Introducción

La Carcinomatosis Peritoneal incluye toda diseminación tumoral que afecta a serosa peritoneal y anejos.

Tras la citorreducción quirúrgica, mediante la Técnica de Sugarbaker, se aplica la quimioterapia intraperitoneal hipertérmica (HIPEC) a 41 -43 °C de 30 a 90 minutos. Los fármacos citostáticos son sustancias citotóxicas que causan disfunción celular, inhibiendo el crecimiento de las células cancerosas. Debido a su mecanismo de acción pueden provocar efectos mutagénicos, carcinogénicos o teratogénicos.

Objetivos

- Elaborar un protocolo de actuación ante exposiciones accidentales a citostáticos.
- Identificar y minimizar los riesgos del personal manipulador, paciente y medio relacionados con la manipulación de citotóxicos en quirófano.
- Usar correctamente los EPI's para disminuir riesgos y minimizar la exposición.

Material y métodos

Ante un derrame de citotóxicos:

1. Sobre una superficie:

- Empapar el derrame con paños absorbentes desde la parte menos afectada a la que más.
- Retirar el tapiz situado bajo la mesa quirúrgica que habrá absorbido parte del líquido intraperitoneal.
- Si hay restos sólidos se cogerán con unas pinzas o un cepillo-recogedor.
- Se lavará tres veces con agua y jabón o/ lejía jabonosa.
- El material empleado se introducirá primero en una bolsay seguidamente en un contenedor azul "Residuo citostático".
- Los EPIs de todo el personal serán introducidos en un contenedor de residuo citostático.

2. Exposición accidental del manipulador:

- Piel intacta: Lavar con agua y jabón no antiséptico 10 minutos.
- Corte/punción: Lavar con agua y jabón 10 minutos, aplicar alcohol 70° y si inoculación, tratar como una extravasación.

INFORMAR A SALUD LABORAL.

Resultados

Las sustancias citotóxicas utilizadas en la HIPEC son potencialmente peligrosas debido a los efectos nocivos que provocan. Ante un derrame accidental es indispensable que el personal de enfermería actúe de forma eficaz.

Conclusión

La realización de un protocolo ante accidentes con citotóxicos es necesario y de gran ayuda para resolver ésta situación, lo que garantiza una buena praxis enfermera.

Primer autor: Tatiana Laredo Ródenas. E-mail de contacto: tati.laredo@gmail.com.

MANEJO DE LA MAQUINA PARA ADMINISTRAR QUIMIOTERAPIA INTRAOPERATORIA (QUIO) A TRAVÉS DEL TIEMPO, EN MDANDERSON CANCER CENTER

I. Gómez Porras, M. Sangrador , B. Moreno , M. Nieto.
Md Anderson Cancer Center

INTRODUCCIÓN

El tiempo, la especialización, las mejoras técnicas y la inquietud por la seguridad de los pacientes y los profesionales, han favorecido una evolución positiva desde las primeras máquinas que se usaron para la QUIO, hasta la actualidad, aunque confiamos que la evolución no pare.

OBJETIVO

El objetivo principal de este trabajo es dar a conocer cómo ha evolucionado el diseño y los cambios en el manejo del equipo para administrar la QUIO desde los inicios de este procedimiento en nuestro centro (2004) hasta la actualidad.

MATERIAL Y MÉTODO

En abril del 2004 realizamos la primera intervención de Citorreducción con QUIO, utilizando una máquina copia de la utilizada por el Dr. Sugarbaker en Washington. Desde entonces hasta ahora hemos pasado por el manejo de diferentes modelos, intentando siempre mejorar la seguridad para el paciente y para el personal que participa en este procedimiento.

Con la primera máquina el contacto del personal con la quimioterapia era mayor, los riesgos de derrame de la quimioterapia en el momento del montaje y en el propio acto quirúrgico eran muy elevados. Actualmente el sistema es cerrado, los riesgos de exposición del personal han disminuido y en consecuencia se trabaja de forma más segura.

CONCLUSIÓN

Pasados los años podemos decir que el manejo en estas cirugías de alto riesgo ha evolucionado positivamente con la incorporación de nuevas tecnologías que permiten trabajar de forma más segura tanto para el paciente como para el personal que participa en el procedimiento. El personal de enfermería debe tener un nivel de formación adecuado y continuado para asegurar la excelencia en los cuidados relacionados con esta técnica quirúrgica y preservar también su propia seguridad frente al manejo de agentes citotóxicos.

ESTUDIO DE GLUCEMIAS EN PACIENTES NO DIABETICOS SOMETIDOS A CIRUGIA DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL + HIPEC

L. Barber Castaño, M.B. Barragan Álvaro, M.J. Aldea García, A.I. Laguna Sanz, E.M. Burgos Jiménez, M.E. Mateo Resino
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

Introducción y Objetivos:

Los cistostáticos utilizados en la HIPEC se diluyen en peritofundina 1,5% o glucosa al 5%, razón por la cual los pacientes durante el procedimiento aumentan rápidamente la glucemia alcanzando valores superiores a 300 mg/dl.

El objetivo es poder establecer un criterio de actuación que permita que los valores de la glucemia no se eleven en exceso utilizando insulina IV

Material y Método:

Estudio descriptivo comparativo del aumento de la glucemia en función de la dilución utilizada y del tiempo de la técnica (30 min, 60 min, 90 min)

Se excluyen todos los pacientes diabéticos

Recogida de datos: glucemia capilar en la sala de recepción de pacientes, previo al montaje del coliseo, cada 10 min al comenzar la perfusión del diluyente hasta el final de la HIPEC, y un último valor al final de la cirugía.

Resultados:

Aumento de la glucemia capilar durante la cirugía citorrreductora + HIPEC

Los valores de la glucemia capilar vuelven a sus parámetros normales después del proceso quirúrgico

Conclusión:

Aumento de la glucemia por estrés quirúrgico

Toma de glucemia capilar previa a la HIPEC y cada 10 min hasta el final de la técnica

Recuperación de los valores normales de la glucemia tras finalización de la cirugía

CIRUGIA CITORREDUCTORA Y TECNICA HIPEC POR LAPAROSCOPIA

M.J. Aldea García, M.B. Barragan Álvaro, M.E. Mateo Resino, A.I. Laguna Sanz, E.M. Burgos Jiménez, L. Barber Castaño
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

En la unidad de Carcinomatosis Peritoneal del Hospital Universitario de Fuenlabrada se realizan cirugías de citorreducción completa + HIPEC abierta (técnica Sugarbaker) desde 2006, llevando más de 300 intervenciones realizadas.

Algunas de estas intervenciones se realizan por laparoscopia tanto la citorreducción como la HIPEC (técnica cerrada)

Con este poster lo que pretendemos es mostrar como realizamos la técnica HIPEC cerrada aprovechando los portales de la laparoscopia y las diferencias con la técnica abierta

CIRUGIA CITORREDUCTORA TORACO-PLEURAL Y QUIMIOTERAPIA HIPERTERMICA INTRATORACICA

E.M. Burgos Jiménez, M.B. Barragan Álvaro, M.E. Mateo Resino, A.I. Laguna Sanz, M.J. Aldea
García, L. Barber Castaño
Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid

En la unidad de Carcinomatosis Peritoneal del Hospital Universitario de Fuenlabrada se realizan cirugías de citorreducción completa + HIPEC abierta (técnica Sugarbaker) desde 2006, llevando más de 300 intervenciones realizadas.

En dos casos se encontró enfermedad torácica

Con este poster lo que pretendemos es mostrar como realizamos la quimioterapia hipertérmica intratoracica

ROL DE LA ENFERMERA EN CIRUGÍA ONCOLÓGICA COMPLEJA: CITORREDUCCIÓN

M. Sangrador Andreu¹, Gómez Porras¹, M. Nieto Alonso¹, B. Ruiz Pino¹.

1. Hospital Md Anderson Cancer Center Madrid.

Introducción:

La citorreducción es una cirugía compleja que consta de diversos tiempos quirúrgicos, muchas técnicas de instrumentación y cuidados peri operatorios al paciente. Los conocimientos sobre este procedimiento y el entrenamiento de las habilidades técnicas del personal de enfermería son necesarios para el correcto desarrollo y resultado de la intervención.

Objetivos:

- Conocer las necesidades peri operatorias del paciente y las técnicas y cuidados necesarios a realizar para el desarrollo seguro de la intervención.
- Definir el aparataje, material fungible e instrumental específico necesario para la preparación del quirófano.
- Describir los tiempos quirúrgicos y los aspectos más relevantes desde el punto de vista de enfermería, instrumentista y circulante, durante la intervención.

Material y Método:

1. Preparación del Quirófano: Aparataje, Material fungible, Instrumental y Medicación, para la anestesia y la cirugía.
2. Preparación del Paciente: Identificación, Monitorización; Colocación del paciente; Protección de puntos de apoyo; Mantenimiento de la temperatura corporal; Sondaje vesical; Vías arterial, venosa Central y Periférica; Vía aérea y Anestesia.
3. Procedimientos Instrumentista: Preparación mesas de Instrumental, mesa de mayo y mesas auxiliares; Recuentos: gasas, compresas, agujas e instrumental; Descripción de tiempos quirúrgicos; Colocación de apósitos en incisión y drenajes.
4. Procedimientos Circulante: Control peri operatorio del paciente, Apoyo a la instrumentista; Apoyo a Anestesia; Recogida, identificación y envío de biopsias intraoperatorias y diferidas a AP; Traslado del paciente a UVI.

Resultados y conclusión:

El tiempo invertido por el personal de enfermería en adquirir conocimientos y entrenarse para la realización de una técnica quirúrgica compleja y de larga duración, como la Citorreducción, revierte directamente en el acortamiento de los tiempos quirúrgicos, la disminución de complicaciones intra y postoperatorias y en definitiva en el éxito de la cirugía.

Presentación : Formato oral

DE AYER A HOY, EN LOS CUIDADOS POSTOPERATORIOS, DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A QUIMIOTERAPIA INTRAOPERATORIA EN EL SERVICIO DE REANIMACIÓN

M. López Díaz, M.C. Heras Escobar, M.M. Díaz Salcedo, C. Lerín Cuevas, S. Bermejo López.
Hospital General Universitario Gregorio Marañón. Madrid.

Desde hace 15 años, en nuestro hospital general universitario Gregorio Marañón, se vienen realizando tratamientos, con quimioterapia intraoperatoria, a determinados pacientes que son intervenidos quirúrgicamente, los cuáles son atendidos en su postoperatorio inmediato en el servicio de reanimación.

Nos proponemos ver la evolución de dichos cuidados y hacer protocolos de actuación para estandarización de los mismos. Dada la evolución de la técnica quirúrgica, han variado los cuidados de enfermería para adaptarse al tratamiento requerido.

Revisaremos los protocolos establecidos en el hospital para adaptarlos a los cuidados precisos de este momento.

Constataremos que los cuidados de enfermería han evolucionado en función de la técnica quirúrgica y se pueden estandarizar para mejorar la atención de enfermería.

GUÍA DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN EN PACIENTES INTERVENIDOS CON LA TÉCNICA DE SUGARBAKER

M. Puñal Robles, N. Ribas Ferrús, E. Pato Rivera, S. Lucha Barrete, L. Rodríguez Gutiérrez, M. Lima Agraz, C. Mateo Lozano, O. Bernal Perez-Caballero, E. Puñal Robles, M. Cano Medina.
Hospital Moisses Broggi. Sant Joan Despí.

Introducción y Objetivo

La etapa pre y postoperatoria son una de las fases importantes para la recuperación de un paciente intervenido de una carcimatosis peritoneal. El objetivo es elaborar una guía de cuidados estandarizados para mejorar la calidad asistencial asegurando la continuidad de las curas y proporcionándole una atención adecuada.

Material y Métodos

Para ello se ha realizado un estudio retrospectivo de 120 pacientes tratados con peritonectomía radical más HIPEC, en el 2014 mediante la revisión de toda la documentación de enfermería. De todos ellos se ha valorado la evolución postoperatoria: cuidados, tratamiento y complicaciones.

Resultados

A partir del análisis de los datos se comprobó que todos los pacientes ingresan 24 horas antes de la intervención para realizar una correcta preparación. La estancia media en UCI después de la intervención fue de 2 días y en la unidad de Hospitalización una media de 14,5 días. Al ingreso en planta el 100% de los pacientes son portadores de NPT, SNG en aspiración suave, catéter venoso central, catéter epidural, variación entre 3-5 drenajes tipo Jackson y un redón (en función si hay esplenectomía), sonda vesical, balance hídrico y herida abdominal. El 91% de los pacientes siguen una evolución correcta y se van de alta a domicilio a los 12 días después de la intervención.

Conclusiones

La identificación de estos datos nos permitió la elaboración de una propuesta de cuidado de enfermería a los pacientes en el pre y postintervención, orientada a la evolución rápida y favorable del individuo, la prevención de complicaciones y la promoción del autocuidado. Concretándola en un poster fácil de consulta que organiza de forma secuencial las actuaciones de la enfermera.

SEGUIMIENTO DE LA DIETA EN PACIENTES INTERVENIDOS CON LA TÉCNICA DE SUGARBAKER

S.López Gutiérrez, M. Duque Redondo, MT. González Hernández, J. Ibañez Carod, MI. López Sánchez, A. Cheema Devi, R. Aguilar Gómez, AB. Navarro Carrillo, F. Molina Sendra.
Hospital Moisés Broggi. Sant Joan Despí.

Objetivo

La cirugía de carcimatosis peritoneal con la técnica de Sugarbaker es muy agresiva, el inicio de la tolerancia oral se debe realizar de manera adecuada para evitar posibles complicaciones y asegurarse una correcta evolución. El objetivo de la revisión es realizar una guía de la progresión de la dieta y del tipo de alimentos que están permitidos y en cada fase.

Métodos

Para ello se ha realizado un estudio retrospectivo de la progresión de la dieta que han realizado 121 pacientes tratados con peritonectomía radical más HIPEC en el 2014

Resultados

El 100% de los pacientes suben de la UCI con nutrición parenteral central, el 91% de estos pacientes la mantienen una media de 8'8 días, al 6'7 día de media se disminuye el ritmo de la nutrición parenteral a la mitad y se inicia la nutrición oral con una dieta CP1 de 800 Kcal que consta de tostadas con aceite y jamón dulce (3 veces al día) y se va progresando hasta llegar a una dieta blanda 2 o 3 según tolerancia.

Conclusiones

El empleo de una dieta específica es parte del tratamiento que han de seguir estos pacientes en la unidad de hospitalización. La realización de un poster con los alimentos que se pueden tomar en cada momento de la evolución colocado en el office de la unidad a disminuido la incidencia de errores, sobretodo en momentos no relacionados con las comidas principales, como las meriendas o los resopones.

www.seoq-gecop2015.com

Secretaría Técnica



Calle Londres, 17-1º
Madrid, 28028 España

Tel: +34 913 612 600 · Fax: +34 913 559 208

www.tilesakenes-spain.com