

XXVI Congreso Nacional de Cirugía

Madrid, 6-9 de noviembre de 2006

PREMIOS BRITISH JOURNAL OF SURGERY

COMUNICACIONES ORALES

7 NOVIEMBRE 2006
15.30 – 17.00

SALA PRADO
O-024 – O-031

O-024

ASCITES DETECTED ON ENDOSCOPIC ULTRASOUND BUT NOT HELICAL MULTI-SLICE CT IS A PREDICTOR OF INOPERABILITY FOR OESOPHAGO-GASTRIC CANCER

J. Sultan, S. Robinson, N. Jennings, S. Johnson, D. Karat, K. Wynne, N. Hayes, S.M. Griffin, D.L. Richardson y S. Preston
Northern Oesophago-Gastric Cancer Unit, Royal Victoria Infirmary, Newcastle Upon Tyne (UK).

Aims: EUS is capable of detecting low volume ascites (LVA) not seen with high resolution CT. The aim of the study was to assess the significance of this finding in the management of patients with oesophago-gastric (OG) cancer.

Patients and methods: From a prospectively compiled unit database of patients staged with OG cancer (January 2002 to January 2006), those with LVA were analysed retrospectively.

Results: 802/1118 patients staged with OG cancer underwent an EUS, of these 67 had LVA. 4 were excluded as they were inoperable due to medical fitness. 42/63 (67%) patients were deemed inoperable at initial staging (23 metastases, 18 advanced locoregional disease with 15/18 T4 disease). One patient with an obstructed antral cancer underwent a palliative subtotal gastrectomy for a pT4N3M1 (peritoneal metastases) adenocarcinoma.

The remaining 21 patients underwent staging laparoscopy. 11/21 (52%) had positive findings rendering them inoperable: 7 omental/peritoneal metastases, 2 fixed tumour, 1 hepatic invasion, 1 fixed coeliac nodes. 10/21 (48%) patients had a laparoscopy which rendered them resectable and potentially curable (9 negative cytology and one crural invasion). 5/10 patients have undergone potentially curative surgery (pT2N2M0, pT2N0M0, pT3N0M0, pT2aN0M0 and pT2N1M0 cancer), 1 continues neo-adjuvant treatment and 4 were inoperable at surgery (2 omental deposits, 1 hepatic invasion and 1 fixed tumour to the pancreas).

Of the 62 patients where definitive management has been determined only 5 (8%) had potentially curative therapy. The remaining 92% were incurable. In patients with LVA on EUS and laparoscopy with potentially curable disease, 44% (4/9) were inoperable at surgery.

Conclusions: The presence of ascites on EUS but not helical multi-slice CT when staging OG cancer is indicative of incurable disease in 92%. This must therefore be considered a highly significant factor by the multi-disciplinary team when considering management options.

O-025

COST-EFFECTIVE MANAGEMENT STRATEGY FOR ACUTE PANCREATITIS IN NON-SPECIALIST UNITS

R. Saif, A. Burza, K. Mohiuddin, T. Symes, V. Bhattacharya and R. Farrell
Queen Elizabeth Hospital, Gateshead Health NHS Trust, Gateshead, UK

Introduction: Acute pancreatitis (AP) results in many emergency admissions, mostly to non-specialist units. AP is associated with significant mortality and use of resources.

Methods: Cases of AP managed in a district general hospital from August 2001 to July 2002 were audited retrospectively. Following this, an "Acute Pancreatitis Protocol" was introduced, with automatic biochemical severity stratification (ABSS) and Modified Early Warning System (MEWS) monitoring by nursing staff. Admissions with AP were audited prospectively from August 2003 to December 2004.

Results: In the first audit period, there were 105 admissions (74 patients), 31 admissions (29.5%) to critical care beds (HDU/ITU) and 6 deaths (5.7% of admissions, 8.1% of patients). In the second audit period, with ABSS and MEWS as standard practice, there were 147 admissions (112 patients) but only 20 admissions (13.6%) to HDU/ITU and 7 deaths (4.8% of admissions, 6.25% of patients). The decreased HDU/ITU admission rate was statistically significant (chi-square = 9.615, $P < 0.01$).

Conclusion: Protocol-driven ABSS and MEWS monitoring for AP resulted in fewer admissions to HDU/ITU without an adverse effect on mortality. ABSS and MEWS are cost-effective in reducing demand on critical care resources, without increasing risk to patients.

'Take-home message'

Early management of acute pancreatitis in non-specialist units can be improved by the use of a simple multidisciplinary protocol.

O-026

LOS NIVELES SÉRICOS DE VEGF Y SU EXPRESIÓN TUMORAL SON FACTORES PRONÓSTICOS INDEPENDIENTES DE SUPERVIVENCIA Y DE RECIDIVA EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO TRAS UNA RESECCIÓN CURATIVA

O. Vidal Perez¹, I. Elizalde¹, A. Soriano-Izquierdo², L. Badiella⁴, J.P. Metges³, A. Volant³, M. Valentini¹, J. Bollo¹, A. Castells¹ y M. Pera Roman²

¹Hospital Clinic Barcelona, Barcelona, ²Hospital Universitario del Mar, Barcelona,

³Centre Hospitalier Universitaire Cavale Blanche et Morvan, Brest, Francia,

⁴Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona.

Introducción: La sobreexpresión del factor de crecimiento del endotelio vascular (VEGF) y del activador del plasminógeno tipo urokinasa (uPA) en el tumor y los niveles elevados de estos factores en el suero

de pacientes con tumores del tracto digestivo superior influyen sobre la supervivencia de estos pacientes, si bien su valor pronóstico en el cáncer gástrico todavía no ha sido demostrado.

Objetivo: Evaluar el valor pronóstico de los niveles preoperatorios de VEGF y uPA en suero y de su expresión tumoral en relación con la supervivencia y la aparición de recidiva en pacientes con cáncer gástrico intervenidos con pretensión curativa.

Pacientes y métodos: Se determinaron, mediante técnica de ELISA, las concentraciones de VEGF (VEGF-s) y de uPA en el suero de 20 controles y de 97 pacientes con cáncer gástrico (70% estadios I-II) antes de realizar una resección R0. Se evaluó la expresión tumoral de VEGF (VEGF-t) y uPA mediante técnicas inmunohistoquímicas. Se analizaron 12 variables epidemiológicas, histológicas y terapéuticas, realizándose un análisis univariante y multivariante con el fin de seleccionar los factores con valor pronóstico independiente para la supervivencia y recidiva.

Resultados: El VEGF-s fue significativamente superior en los pacientes con cáncer gástrico frente a los controles sanos, no siendo así con los niveles de uPA. Tras un seguimiento medio de 47 ± 3 meses, la probabilidad de supervivencia relacionada con la enfermedad (SRE) a los 2, 5 y 10 años fue del 86%, 69% y 59%, respectivamente. El análisis univariante identificó la VEGF-t ($p = 0,001$) y unos niveles elevados (> 289 pg/ml) de VEGF-s ($p = 0,045$), junto con el estadio pTNM, grado de curabilidad, invasión perineural, cociente ganglios afectos/resecados y tipo de linfadenectomía, como variables asociadas a la SRE. En relación con la recidiva tumoral, el tiempo medio libre de enfermedad fue de 20 ± 3 meses, siendo la probabilidad de recidiva a los 2, 5 y 10 años del 78%, 62% y 62%, respectivamente. Las variables predictivas de la recidiva fueron idénticas a las obtenidas para la SRE. El análisis multivariante identificó la VEGF-t y unos niveles elevados de VEGF-s como factores pronósticos independientes para la SRE de los pacientes.

Conclusión: Después de un seguimiento largo, la VEGF-t y unos niveles elevados de VEGF-s son factores pronósticos independientes para la supervivencia y la aparición de recidiva del cáncer gástrico. La detección de estos marcadores nos podría permitir identificar un subgrupo de pacientes, que tienen un mayor riesgo de presentar recidiva y una elevada mortalidad relacionada con la enfermedad. En este subgrupo de pacientes debemos centrar nuestros esfuerzos terapéuticos, con un seguimiento más exhaustivo y quizás, plantear su inclusión en protocolos de tratamiento adyuvante en los que se asocien fármacos anti-angiogénicos.

O-027

TRASPLANTE DE PÁNCREAS EN LA UNIVERSIDAD DE BARCELONA: PERÍODO 2000-2005

E. Astudillo, M.A. López-Boado, F.X. González, R. Rull, J. Romero, S. García, M.J. Ricart y L. Fernández-Cruz

Hospital Clinic, Barcelona.

Los resultados del trasplante de páncreas han mejorado de forma significativa en los últimos años, aproximándose a los del trasplante de otros órganos sólidos. Han contribuido a ello especialmente, una inmunosupresión más eficaz, un tratamiento postrasplante mejor y una técnica quirúrgica depurada.

Objetivo: Presentar los resultados del trasplante simultáneo de riñón y páncreas, en la Universidad de Barcelona, en el período 2000-2005.

Materiales y métodos: Desde febrero de 1983 se han realizado en la Universidad de Barcelona 312 trasplantes simultáneos de riñón y páncreas. Se analiza el período 2000-2005, en el que se han realizado 111 trasplantes simultáneos de riñón y páncreas, en pacientes con diabetes, mellitus tipo I, 79 (71%) de ellos en hombres y 32 (29%) en mujeres. En todos los pacientes se realizó un trasplante de órgano completo, con reconstrucción arterial del injerto mediante anastomosis espleno-mesentérica termino-terminal y derivación intestinal de la secreción exocrina. Todos recibieron inmunosupresión cuadruple con Tacrolimus o Ciclosporina, Micofenolato-mofetil, Timoglobulina o Simulect y prednisona. La profilaxis frente a la infección se realizó con Cefotaxima, Vancomicina, Fluconazol, Nistatina, Septrin y Ganciclovir. Sistemáticamente se llevó a cabo profilaxis de la trombosis, con heparina de bajo peso molecular y ácido acetil-salicílico.

Resultados: La edad media de los pacientes fue de 38-7 años y la duración de la diabetes de 24-7 años. Estaban en diálisis en el momento del trasplante 104 (93,7%) pacientes, con un tiempo medio de 27-18 meses, solamente 7 (6,3%) no necesitaban aún diálisis. La edad media de los donantes fue de 29-11 años, con predominio del sexo masculino, 71 (64%) hombres frente a 40 (36%) mujeres. El tiempo de isquemia fue de 9-3 horas para el páncreas y de 11-3 horas para el riñón. La supervivencia actuarial del paciente, el riñón y el páncreas fue de un 98,16%, un 95,39% y un 90,85% al año, de un 98,16%, un 95,39% y un 89,56% a los 3 años y de un 98,16%, un 92,41% y un 89,56% a los 5 años respectivamente. Fallecieron 2 (1,8%) pacientes por infección por *Aspergillus* y se perdieron 6 injertos renales y 7 pancreáticos. La causa de pérdida de éstos fueron: fístula anastomótica en 3 casos, la muerte del paciente en 2 casos, trombosis del injerto en un caso y recidiva de la diabetes en otro.

Conclusiones: El trasplante de páncreas es una opción terapéutica segura y eficaz para el tratamiento de los diabéticos tipo I con insuficiencia renal terminal.

O-028

DUODENOPANCREATECTOMÍA CEFÁLICA CON ANTRECTOMÍA VERSUS PRESERVACIÓN PILÓRICA. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO

J. Altet Torné, J. Fabregat Prous, F.J. García Borobia, R. Jorba Martín, J.R. Frago Montanuy, C. Valls Durán, M.T. Serrano Piñol, S. Guirao Marín, J. Martín Comín y A. Rafecas Renau

Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat.

Objetivos: Presentar los resultados de un estudio prospectivo y randomizado que compara la técnica que incluye antrectomía "W" con la técnica que preserva el píloro "P" en la duodenopancreatectomía cefálica. Establecer esta comparación en cuanto a morbilidad postoperatoria y retraso de vaciado gástrico.

Pacientes y método: Se diseña un estudio prospectivo y randomizado. La muestra se constituye por todos los pacientes afectados de una tumoración de cabeza de páncreas o del área periampular que por el estudio preoperatorio practicado se considere resecable y que acepten participar en el estudio. La randomización se lleva a cabo en quirófano: tras confirmar la resecabilidad del tumor y la factibilidad de cualquiera de las dos técnicas, se realiza la técnica "W" o "P" mediante apertura de un sobre elegido de forma aleatoria. Se registran variables preoperatorias y postoperatorias en relación a la morbilidad. El vaciado gástrico se analiza desde un punto de vista clínico (día de retirada de la sonda nasogástrica y de tolerancia a líquidos) y mediante estudio isotópico (gammagrafía de vaciado gástrico) preoperatorio y a la quinta semana postoperatoria. Los test estadísticos utilizados son chi-cuadrado y t-Student.

Resultados: Entre agosto de 2003 y marzo de 2006 se han analizado 87 casos, de los que se han randomizado 75 pacientes (36 "W", 39 "P"), por lo que 12 pacientes han constituido el grupo "no intervención" (9 no resecables, 3 no randomizables por no poder llevarse a cabo la técnica de preservación pilórica). Los grupos han sido homogéneos en cuanto a las variables de estudio preoperatorio (edad, sexo, variables analíticas, riesgo ASA y Apache II a las 24 horas postoperatorias). El estudio anatomopatológico ha mostrado los siguientes diagnósticos: 39 adenocarcinoma ductal, 18 ampuloma, 6 colangiocarcinoma distal, 1 adenocarcinoma duodenal, 11 otros (2 tumor papilar intraductal mucinoso, 2 pancreatitis crónica, 1 pancreatitis linfoplasmocitaria, 4 neuroendocrino, 1 angiosarcoma epiteloide, 1 carcinoma poco diferenciado). El valor medio de riesgo ASA ha sido 2,63, y de Apache II, de 7,07. La morbilidad posquirúrgica global ha sido del 33,3%: 1,33% fístula biliar, 5,33% fístula digestiva, 13,3% fístula pancreática, 8% hematoma intrabdominal, 18,6% absceso intrabdominal, 8% reintervención quirúrgica, 37% retraso de vaciado gástrico según criterio clínico. La estancia hospitalaria (mediana) ha sido de 17 días. La mortalidad postoperatoria global ha sido del 6,6%. No se han encontrado diferencias estadísticamente significativas entre los dos grupos en cuanto a morbilidad ($p = 0,32$), estancia hospitalaria ($p = 0,38$), vaciado gástrico según criterio clínico ($p = 0,81$), ni isotópico ($p = 0,92$).

Conclusiones: Los resultados preliminares de este estudio no muestran diferencias significativas entre los dos grupos en cuanto a morbilidad y retraso de vaciado gástrico

O-028

IMPROVED OUTCOME FOLLOWING CENTRALISATION OF OESOPHAGEAL RESECTIONA. Al-Sarira¹, G. David¹, S. Singer¹, J. Slavin¹, M. Deakin² y D. Corless¹¹Leighton Hospital, Crewe, (UK), ²University Hospital North Staffordshire, Stoke on Trent (UK).

Objectives: Surgical treatment for cancer of the oesophagus and gastro-oesophageal junction (GOJ) remains a complex and challenging task. Centralisation of oesophagectomy (OE) and oesophagogastrrectomy (OEG) has been recommended to improve outcomes. Hospital episode statistics (HES) data were analysed to evaluate national trends in practice and outcomes following OE and OEG in England between 1997 and 2003.

Patients and methods: National (HES) data were obtained from the Department of Health for the years 1997 to 2003. Patients were included in the study if they underwent OE or OEG for oesophageal or GOJ cancer. Hospital volume threshold was determined based on the median (50th percentile) hospital volume of 8 resections per year, this point divided the hospitals into two equal sized groups and allowed comparison with studies from Europe and USA. The study years were grouped in three time periods to examine centralisation and its effect on outcomes.

Results: In total 11838 resections were performed over the study period. The proportion of resections performed at high volume hospitals increased from 76.4% during time period 1 (1997 to 1999) to 88% during time period 3 (2002 to 2003), ($P < 0.001$). The overall in-hospital mortality rate was 10.1% which showed a significant reduction from 11.7% to 7.6% during the study period ($P < 0.001$). High volume hospitals demonstrated significant decline in mortality rate over time (11.3% to 7%, $P < 0.001$). On the other hand, low volume hospitals had higher mortality rate and did not show improvement over time (13.2% to 11.9%). There was a trend towards fewer patients undergoing resection; new cases of cancer in the England 5672 in 1997 (31.5% resected) to 6230 in 2003 (26% resected) ($P < 0.001$). Length of stay remained unchanged over time at 16 days (IQR, 13 to 25 days) but there appeared to be a significant increase in the median waiting time for resection by 5 days ($P = 0.001$) over the study period.

Conclusions: Fewer patients are undergoing oesophageal resection. Improvement in the mortality rate may be explained by increasing centralisation over time but also could be due to improved preoperative selection.

O-030

RESULTADOS A LARGO PLAZO DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO Y RANDOMIZADO COMPARANDO EL TRATAMIENTO MÉDICO Y QUIRÚRGICO EN EL ESÓFAGO DE BARRETT

D. Ruiz de Angulo, L.F. Martínez de Haro, A. Ortiz, V. Munitiz, J. Molina, J. Bermejo, A. Serrano y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Persiste en discusión si el potencial premaligno del epitelio metaplásico del esófago de Barrett (EB) es diferente según el tipo de tratamiento aplicado (médico ó quirúrgico). Actualmente no hay respuesta a esta pregunta ni será fácil encontrarla, ya que el riesgo de malignización, aunque evidente, es bajo. Además, las aberraciones genéticas que favorecen el desarrollo de displasia y adenocarcinoma pueden haber ocurrido antes de practicar la cirugía antirreflujo. Para clarificar esta cuestión, son necesarios estudios prospectivos randomizados.

Objetivo: Presentar los resultados de un estudio prospectivo randomizado, que comenzó en 1982, comparando el tratamiento médico y quirúrgico en pacientes con esófago de Barrett.

Pacientes y métodos: El grupo de estudio se compone de 60 pacientes con EB sometidos a tratamiento médico con 40 mg día de Omeprazol (desde 1992, inicialmente anti-H2) y 68 pacientes a los que se realizó una funduplicatura de Nissen por vía abierta (en 2 pacientes se añadió una gastroplastia de Collis). Ambos grupos fueron homogéneos en edad, sexo, datos clínicos, radiológicos, endoscópicos e histológicos, así como en las pruebas funcionales con manometría, pHmetría y

Bilitec. En todos los pacientes se realizó evaluación anual clínica, endoscópica e histológica. La manometría y estudios de pH se realizaron en todos los pacientes antes del tratamiento y en los pacientes intervenidos al año, 5 y 10 años tras la cirugía.

Resultados: Tras una mediana de seguimiento de 5,5 años (1-22) en el grupo de tratamiento médico y 7,5 años (1-22) en los pacientes con funduplicatura de Nissen, los resultados clínicos fueron satisfactorios en aproximadamente el 90 % de los pacientes en ambos grupos. La curación de la esofagitis y la estenosis fue superior ($p < 0,05$) con la cirugía, aunque la desaparición completa del segmento metaplásico no ocurrió en ningún paciente. La pHmetría esofágica postoperatoria en los pacientes quirúrgicos demostró un 15% (10/68) de recidivas del reflujo (fallo de la cirugía). Desde el punto de vista histológico, apareció displasia de bajo grado de novo en el 24 % de los pacientes con tratamiento médico y el 10% de los intervenidos, evolucionado a displasia de alto grado 4 pacientes de cada grupo, evidenciándose un fallo de la cirugía en 3 pacientes que malignizaron tras la funduplicatura de Nissen. Si excluimos a los 10 pacientes intervenidos que presentaron una recidiva pHmétrica del reflujo y constituimos un subgrupo de 58 pacientes con cirugía eficaz, podemos apreciar como solo presentaron displasia de novo un 4% de los pacientes, y solo uno evolucionó a displasia de alto grado (un paciente con EB familiar).

Conclusiones: No existen diferencias estadísticamente significativas entre el tratamiento médico y quirúrgico en la prevención de la progresión a displasia y adenocarcinoma. Cuando la cirugía es eficaz (85 % de los casos de nuestra serie), el riesgo de progresión a displasia y adenocarcinoma es significativamente menor que en los pacientes sometidos a tratamiento médico.

O-031

LONG-TERM OUTCOMES IN PATIENTS UNDERGOING HEPATIC RESECTION FOR METASTATIC COLORECTAL CANCER WITH SYNCHRONOUS RESECTABLE EXTRA-HEPATIC DISEASE

T. O'Rourke, M. Rees, P. Tekkis, F. Welsh y T. John

The North Hampshire Hospital, Basingstoke, UK.

Background: Extra-hepatic disease has been shown to have an adverse impact on survival following liver resection for colorectal metastases.

Aims: To evaluate cancer-specific survival in patients undergoing hepatic resection for metastatic colorectal cancer with synchronous resectable extra-hepatic disease.

Methods: Clinical, pathological and compete follow-up data were prospectively collected from 925 consecutive patients undergoing primary hepatic resection for colorectal liver metastases at a single centre from 1986 to 2005. Histopathological analysis defined 778 (84.1%) patients with negative hepatic resection margins (R0-group), 68 (13.6%) patients with positive margins without extrahepatic disease (R1-group) and 79 (8.5%) patients who had synchronous extrahepatic disease resected (R2-group). Multivariate Cox-regression analysis was used to compare outcomes between these groups.

Results: At a median follow up of 2.2 years, the actuarial 5-year survival for R0, R1 and R2-groups was 38.7%, 9.5% and 9.7%; median survival was 3.9, 2.0 and 2.1 years respectively ($p < 0.01$). Of the R2-group, 18 (23%) patients underwent liver resection with radical local lymphadenectomy and 11 (14%) with subsequent resection of synchronous lung metastases. The actuarial 5-year survival for this subgroup of 29 patients compared with remaining R2 patients was 31.9% versus 0%, and median survival was 3.5 years versus 2.1 years respectively ($p < 0.01$). Having adjusted for stage and grade of the primary cancer, carcinoembryonic antigen level, number and diameter of tumour at the time of liver resection, multivariate analysis revealed that patients with resectable extra-hepatic lymph nodes or lung metastases had a similar long-term survival compared to the R0 group (Hazard ratio=1.1, 0.4; $p > 0.3$).

Conclusions: These data suggest that aggressive resection of extra-hepatic disease in selected patients may offer a survival benefit similar to that of a 'curative' (R0) liver resection.