

CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

COMUNICACIONES ORALES

7 NOVIEMBRE 2006
17.30 – 19.00

SALA PRADO
O-032 – O-040

O-032

EL PAPEL DE LA DECONTAMINACIÓN SELECTIVA DEL TRACTO DIGESTIVO ALTO EN CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA. RESULTADOS PRELIMINARES DE UN ESTUDIO PROSPECTIVO RANDOMIZADO

M. Miró Martín, L. Farran Teixidó, M. Llop Talaverón, M. Sans Segarra, C. Bettonica Larrañaga, H. Aranda Danson, A. García Ruiz de Gordejuela, A. Rafecas Renau
Hospital Universitario de Bellvitge, Hospital de Llobregat

La dehiscencia anastomótica y las infecciones respiratorias son la principal causa de morbilidad en los pacientes con cirugía exérética esofagogastrica. Se ha postulado que uno de los factores implicados es la presencia de flora bacteriana patógena en la luz digestiva a nivel de la anastomosis. La disminución del número de dehiscencias y del número de infecciones respiratorias es esencial para disminuir la morbilidad de estos pacientes.

Objetivo: Evaluar la eficacia de la decontaminación selectiva del tracto digestivo alto en la reducción de la incidencia de dehiscencia anastomótica, infección respiratoria y mortalidad en la cirugía exérética esofagogastrica.

Material y métodos: Estudio prospectivo randomizado doble ciego en pacientes sometidos a gastrectomía total con esofagoyeyunostomía por cáncer gástrico, y esofagectomía con anastomosis esofagogastrica transtorácica o transhiatal por cáncer esofágico. Desde el día anterior a la intervención hasta el 5º día post-cirugía se administraba: Grupo A: eritromicina 500 mgr + gentamicina sulfato 80 mg + nistatina sulfato 100 mg en suspensión oral cada 6 horas. Grupo B: placebo. Los pacientes fueron randomizados y evaluados por investigadores externos. Se analizaron las dehiscencias anastomóticas, infecciones respiratorias y mortalidad.

Resultados: Desde Enero del 2000 hasta Marzo de 2005, 109 pacientes consecutivos fueron randomizados. De ellos, 18 (16,5%) fueron excluidos al no cumplimentar todo el tratamiento. De los 91 restantes, se realizaron 42 esofagectomías (31 transtorácicas y 11 transhiatales), (46,2%) y 49 gastrectomías totales (53,8%). En función del protocolo, los resultados fueron los siguientes: Dehiscencia anastomótica: Grupo A 1/40 (2,5%), grupo B 3/51 (5,9%) $p = 0,405$. Infección respiratoria: Grupo A 5/40 (12,5%), Grupo B 10/51 (19,6%) $p = 0,269$. Mortalidad: Grupo A 2/40 (5%), Grupo B 3/51 (5,9%) $p = 0,615$. En estudio estratificado:

Esofagectomías: Dehiscencia anastomótica: Grupo A 0/18 (0%), Grupo B 3/24 (12,5%) $p = 0,176$. Infección respiratoria: Grupo A 4/18 (22,2%), Grupo B 7/24 (29,1%) $p = 0,443$. Mortalidad: Grupo A 0/18 (0%), Grupo B 3/24 (12,5%) $p = 0,176$. GASTRECTOMÍAS: Dehiscencia anastomótica: Grupo A 1/22 (4,5%), Grupo B 0/27 (0%) $p = 0,449$. Infección respiratoria: Grupo A 1/22 (4,5%), Grupo B 3/27 (11,1%) $p = 0,387$. Mortalidad: Grupo A 2/22 (9%), Grupo B 0/27 (0%) $p = 0,196$.

Conclusiones: La decontaminación intestinal con gentamicina, eritromicina y nistatina no disminuye significativamente la incidencia de dehiscencia anastomótica, infección respiratoria y mortalidad en los pacientes del estudio. Sin embargo, muestra una tendencia a la mejoría en infección respiratoria tanto en gastrectomías totales como esofagectomías, y una tendencia a una menor incidencia de dehiscencia en pacientes sometidos a esofagectomía. En vista a la tendencia encontrada, es necesario una reevaluación con una muestra mayor.

O-033

COMPORTAMIENTO DE LOS TUMORES ESTROMALES EN FUNCIÓN DE LA RADICALIDAD QUIRÚRGICA

I. Pascual Miguel, M.A. Pacha González, M.M. Cuadrado Velázquez, N. Pérez Romero, R. Farre Font, M. Torres Cortada, D. Troyano Escribano, J. Albero Fabre, I. Ojanguren, J. Fernández-Llamazares Rodríguez y M.A. Broggi Trias
Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona

Objetivo: Los tumores estromales del tracto gastrointestinal no pueden ser considerados benignos por el riesgo de recidiva a 20 años con cualquier tamaño tumoral.

La aparición de tratamientos nuevos hace preciso revisar la clasificación de estos tumores para un mejor control y planteamiento terapéutico. Analizamos la supervivencia de los pacientes diagnosticados de tumor estromal que han recibido tratamiento quirúrgico relacionando su estadio según la clasificación de Fletcher y la radicalidad de la técnica quirúrgica.

Material y métodos: Entre el año 94 y febrero del 2006 en nuestro centro se han intervenido 45 casos de tumores estromales, de los cuales 29 eran hombres y 16 mujeres. La localización más frecuente es la gastroduodenal (55%), seguida de la intestinal (31%), colorectal (3%) y otros (4%).

Relacionamos su estadio según la clasificación de Fletcher (que considera el número de mitosis, la localización y el tamaño y los divide en tumores de alto, bajo e intermedio riesgo), y la radicalidad de la técnica quirúrgica, con la supervivencia y el tiempo libre de enfermedad. De los 19 pacientes con tumores de bajo grado de malignidad y de los 4 pacientes de grado intermedio se consiguió realizar cirugía radical en 100% de los casos, con supervivencia de 95% y 100% respectivamente.

te. De los 22 pacientes con tumores de alto grado de malignidad, se consiguió realizar cirugía radical únicamente en el 64% de los casos con 71% de pacientes sanos en el momento control. De los tumores de alto riesgo sin cirugía radical únicamente el 12% sobrevivían en el momento control.

Resultados: La radicalidad en la cirugía modifica el pronóstico en los casos de tumores de alto riesgo de malignidad y de riesgo intermedio. Es necesario seguir ajustando la clasificación de los tumores estromales considerando la radicalidad quirúrgica.

O-034

VOLUME-OUTCOME RELATIONSHIP FOR OESOPHAGEAL RESECTION

A. Al-Sarira¹, G. David¹, V. Hanchanalele¹, J. Slavin¹, M. Deakin² y D. Corless¹

Leighton Hospital, Crewe (UK)¹, University Hospital North Staffordshire, Stoke on Trent (UK)²

Objectives: Oesophageal resection has been shown to have improved outcomes when performed at high volume centres and a strong inverse volume-outcome relationship in a number of studies worldwide. We analysed nationwide data between 1997 and 2003 to investigate this relationship for England and to examine variations between hospitals.

Patients and methods: We have included all patients who underwent oesophageal resection in England from 1997 through 2003 using Hospital Episode Statistics data. In-hospital mortality was determined for hospital volume quintiles (very low, < 10; low, 10-14; medium, 15-25; high, 26-41; very high, > 41).

Results: In total 11838 oesophageal resections were performed between 1997 and 2003. The overall in-hospital mortality rate was 10.1% and varied 2-fold from 5.7% to 12.7% across hospital volume groups ($P < 0.001$). In a case-mix-adjusted multivariate analysis, the risk of death was higher, while having surgery at a very low volume hospital (odd ratio (OR), 2.8; 95% confidence interval (CI), 2.2-3.6; $P < 0.001$) or a low volume hospital (OR, 2.5; 95% CI, 1.9-3.2; $P < 0.001$) compared to the very high volume hospitals. Overall median length of hospital stay (LOS) was 16 days which decreased by 3 days from 18 to 15 days ($P < 0.001$) and the proportion of patients who experienced prolonged LOS (LOS > 75th percentile, 25 days) decreased by 9.5% from 29.2% to 19.7% across hospital volume groups ($P < 0.001$) with higher volume hospital performing better.

Conclusions: Outcome of oesophageal resections vary across hospitals in England. It is better at higher volume hospitals. To improve quality of care and outcome for patients in need for oesophageal surgery, patients should be managed in higher volume hospitals. These data justify the reorganising and centralising of oesophageal cancer service.

O-035

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA DISPLASIA DE ALTO GRADO EN EL ESÓFAGO DE BARRETT

V. Munitiz, A. Ortiz, L.F. Martínez de Haro, J. Molina, J. Bermejo, D. Ruiz de Angulo, J. Castañar y P. Parrilla
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Para la mayoría de los autores el tratamiento de elección para el esófago de Barrett (EB) que ha evolucionado a una displasia de alto grado (DAG) es la resección esofágica, ya que en la mitad de los casos el análisis posterior de la pieza demuestra la existencia de una neoplasia más avanzada. El objetivo de este trabajo es presentar nuestra experiencia en el tratamiento quirúrgico del EB que ha evolucionado a DAG.

Pacientes y métodos: Entre 1982 y 2004, 128 pacientes diagnosticados de EB fueron incluidos en un estudio prospectivo randomizado para valorar la eficacia del tratamiento médico (n = 60) ó quirúrgico (n = 68). Durante una mediana de seguimiento de 7 años (2-25), 8 pacientes desarrollaron una DAG (6,2%). Además, otros 5 pacientes con el mismo diagnóstico fueron remitidos desde otros centros. Por tanto, el grupo de estudio está constituido por 13 pacientes. Todos eran varones, con una mediana de edad de 58 años (34-80) cuando se diag-

nosticó la DAG. Todos los pacientes (excepto uno asintomático) con DAG referían síntomas típicos de reflujo de larga evolución (mas de 10 años de clínica en el 54%) y todos padecían un reflujo ácido patológico severo (mediana % tiempo total de pH < 4 del 31,4%). Los 8 pacientes de nuestra serie a los que realizó una manometría esofágica presentaban un EEI hipotensivo. En todos los casos la longitud del EB fue mayor de 3 cm (EB largo), con una longitud mediana de 8,5 cm (4-12). En 8 casos los pacientes estaban bajo tratamiento médico con 40 mg diarios de Omeprazol y los otros 5 pacientes habían sido intervenidos mediante funduplicatura de Nissen por vía abierta, diagnosticándose la DAG tras una mediana de 5 años (1-16) una vez instaurado el tratamiento. Tras el diagnóstico de DAG y confirmación con otras biopsias y otro patólogo, realizamos una esofagrectomía transtorácica según la técnica de Ivor-Lewis (si el estudio preanestésico no contraindicó la cirugía), comprobando mediante biopsia intraoperatoria la resección completa del epitelio metaplásico en el borde proximal de la pieza.

Resultados: No hubo mortalidad postoperatoria. La morbilidad fue del 38% (5 pacientes), debido a atelectasia pulmonar (2), infección de la herida (2) y mediastinitis por dehiscencia parcial de la anastomosis (1). El estudio histológico definitivo de la pieza informó de DAG-carcinoma in situ en 7 de 13 (54%), ADC T1N0 en 3 de 13 (23%), T2N0 en 2 de 13 (16%) y un caso (8%) de T2N1. Todos los pacientes están vivos tras un seguimiento mediano de 4,7 años (1-14), pero en 1 paciente ha aparecido metaplasia intestinal (EB) en el remanente esofágico a los 4 años de la cirugía, sin signos de displasia.

Conclusiones: Ante un paciente con EB y ADC, la mejor opción terapéutica es la resección quirúrgica, que puede hacerse con mortalidad cero en centros experimentados. En casi la mitad de los casos existe un ADC precoz o más avanzado en el momento de la cirugía, por lo que la supervivencia a los 5 años puede ser superior al 90%.

O-036

FACTORES PRONÓSTICOS DEL DESARROLLO DE COMPLICACIONES RESPIRATORIAS EN LA CIRUGÍA DEL CÁNCER DE ESÓFAGO

E. Muñoz Forner, F. López Mozos, R. Martí Obiol, V. Martí Martí, B. Flor Civera y S. Lledó Matoses
Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: Las complicaciones respiratorias tras la cirugía del cáncer de esófago suponen la mayor causa de morbilidad postoperatoria con cifras que oscilan entre un 20 y un 50%. El objetivo del presente estudio es analizar los factores predictivos del desarrollo de complicaciones respiratorias en nuestra serie de pacientes.

Pacientes y métodos: Se incluyeron los pacientes diagnosticados de adenocarcinoma o carcinoma epidermoide de esófago, que fueron sometidos a resección curativa según técnica de Lewis-Tanner e intubación izquierda selectiva durante el acto anestésico. Se recogieron las siguientes variables para su análisis: edad, ASA, tabaquismo, IMC, tratamiento neoadyuvante, albúmina y hemoglobina preoperatorias, transfusión peroperatoria, volumen de líquidos administrados intraoperatoriamente, analgesia epidural, duración de la intervención y el desarrollo de dehiscencia de sutura. Se define como complicación respiratoria la presencia de neumonía con cultivo positivo y/o la presencia de síndrome de distrés respiratorio del adulto o de daño pulmonar agudo según los criterios de la American-European Consensus Conference (1992).

Resultados: Se incluyeron un total de 41 pacientes con una edad media de 58,39 (± 9,9). Diez pacientes (24,6%) presentaron complicaciones respiratorias: 7 pacientes con neumonía y distrés respiratorio (17,1%), y 3 pacientes con criterios únicamente de distrés (7,3%). De todos los parámetros analizados, sólo la infusión de líquidos (ml/Kg/hora) presentó en el análisis univariante una relación significativa ($p = 0,045$) con el desarrollo de distrés respiratorio. Tras la realización de la curva ROC, se demostró que un volumen superior a 6300 ml. es un predictor de desarrollo de complicaciones respiratorias con una sensibilidad de 100% y una especificidad de 65%.

Conclusiones: La administración de líquidos intraoperatorio parece tener influencia en el desarrollo de distrés respiratorio tras la cirugía del cáncer de esófago.

O-037**ACONDICIONAMIENTO GÁSTRICO EN CIRUGÍA ESOFÁGICA. ESTUDIO CLÍNICO Y EXPERIMENTAL**

S. Lamas Moure, M. Sans Segarra, L. Farran Teixidó, D. Azuara García, J. De Oca Bruguete, E. Alba Rey, E. Escalante Porrúa y A. Rafecas Renau

Hospital Universitario de Bellvitge, Hospitalet de Llobregat

Objetivos: Estudiar una nueva técnica de acondicionamiento gástrico mediante un procedimiento angiográfico intervencionista preoperatorio, que comportará la neovascularización fundica gástrica antes de la confección de una gastroplastia tubular en la cirugía de esofagectomía total con anastomosis cervical.

Material y métodos: Se ha establecido un modelo experimental, con 30 ratas de la raza Sprague. Se les ha practicado la ligadura del pedículo coronario gástrico. Por grupos de 5 animales, se les ha realizado una relaparotomía a las 24 horas, 3, 6, 10, 15 y 21 días. Se ha valorado saturación de O_2 , aspecto macroscópico gástrico y se ha realizado una gastrectomía para su procesado histológico (técnicas de hematoxilina-eosina, Tunel y Ki-67). Se ha establecido un grupo control de 5 animales sin ligadura vascular.

Para el estudio clínico se ha practicado embolización selectiva a 17 pacientes, de las arterias gástrica izquierda, derecha y esplénica, de 15 a 21 días antes del procedimiento quirúrgico. Se les realiza esofagectomía y anastomosis esófago-gástrica cervical. Se excluyen del estudio en caso de antecedentes de úlcera péptica o pancreatitis aguda. Se ha valorado el aspecto gástrico y la saturación de O_2 en fundus durante la laparotomía antes de confeccionar la gastroplastia.

Resultados: en los registros de saturación fundica no ha habido diferencias entre los grupos de animales. Las tinciones por las técnicas de hematoxilina-eosina, Tunel y Ki-67, muestran una desaparición gradual en el tiempo de los fenómenos tisulares de inflamación, y la aparición de neovascularización submucosa fundica, máxima a los 10 días de la ligadura vascular, con diferencias significativas en el test de Mann-Whitney ($p < 0,05$).

Sobre 17 pacientes 14 se han embolizado correctamente, sin registrar complicaciones anastomóticas a corto y medio plazo tras la cirugía.

Conclusiones: la embolización selectiva preoperatoria puede ser una eficaz herramienta terapéutica para mejorar la morbilidad de la cirugía esófago-gástrica reconstructiva, como avalan los estudios experimentales y clínicos, aunque sean necesarios estudios randomizados a largo plazo.

O-038**EARLY STAGE OESOPHAGEAL CANCER - OUTCOME FOLLOWING SURGICAL RESECTION**

J. Singh, M. Evans, M. Morgan, X. Escofet, W. Lewis, G. Clark
University Hospital of Wales, Glamorgan, (UK).

Introduction: Patients undergoing surgical resection for high grade dysplasia (HGD) or early oesophageal cancer have high expectations for cure. Endoscopic therapies to treat these lesions are associated with good short-term results but the risk of local recurrence may prove prohibitive.

Methods: We evaluated the results of surgical therapy in a cohort of patients operated between 1998-2006 who were staged by endoscopy with multiple biopsies, endoscopic ultrasound & CT. Subtotal transhiatal oesophagectomy was performed with abdominal lymphadenectomy, resection of the lower mediastinal nodes, and reconstruction with the tubularised stomach via a left neck approach.

Results: There were 28 patients, (median age 66.5 yrs, range 35-79, 20 males). The pre-operative diagnosis was 4 HGD, 22 T1 adenocarcinoma and 2 T1 SCC. Of the 26 patients with HGD or adenocarcinoma, 24 (92%) arose from Barrett's mucosa, median 8 cm long (range 3-13). Fifteen (58%) of patients were diagnosed from endoscopic surveillance programmes. Seven patients had Barrett's oesophagus without a visible lesion. After resection, 4 had HGD and 3 had invasive adenocarcinoma. In contrast, 21 patients with a visible lesion at endoscopy had stage T1 invasive cancer in the resected specimen ($p < 0.01$). Mortality was 2/28 (7%). The median lymph node harvest was 14 (range 5-36). One patient (with SCC) had a solitary node metastases. Five year survival was 75%.

Four patients died between 20 – 72 months post operatively, one at 52 months from recurrent cancer.

Conclusions: The presence of a visible lesion at endoscopy was predictive of invasive carcinoma. None of our patients with T1 adenocarcinoma had lymph node metastases. Consequently we consider that patients with early adenocarcinoma do not require an extended lymphadenectomy and are ideal for laparoscopic oesophagectomy.

O-039**DOES BODY MASS INDEX INFLUENCE PROGNOSIS IN OESOPHAGEAL CANCER PATIENTS AFTER SUBTOTAL OESOPHAGECTOMY?**

J. Sultan, N. Jennings, S. Johnson, K. Wynne, S.R. Preston, D. Karat, N. Hayes y S.M. Griffin

Northern Oesophago-Gastric Cancer Unit, Royal Victoria Infirmary, Newcastle Upon Tyne (UK)

Aims: Oesophagectomy remains the mainstay of potentially curative treatment in patients with oesophageal cancer with long-term survival being governed by various factors. Body mass index (BMI) is an important prognostic indicator in common cancers of the western world including breast, lung and colon cancers. The aim was to compare recurrence rates, cancer related deaths (CRD) and operative details according to BMI in all patients who received potentially curative subtotal oesophagectomy at one specialist centre.

Patients and methods: From prospectively collected data, all patients who had undergone a R0 subtotal oesophagectomy for adeno- or squamous cell carcinoma between March 1991 to March 2005 were grouped firstly, into those with node negative (stage 1 and 2a) or node positive disease (stage 2b and 3) and secondly, those with a BMI of either < 20.00 (underweight), 20.01-25.00 (normal), 25.01-30.00 (overweight) or > 30.01 (obese) and these groups were compared.

Results: A total of 400 patients were identified but complete data was only present in 325. Of these, 37 patients were underweight, 109 were normal weight, 115 overweight and 64 were obese. Total operation time and blood loss were significantly lower in the underweight group ($p < 0.01$). There was a greater proportion of patients transfused in the underweight compared to the obese group ($p < 0.001$). Based on nodal yields, lymphadenectomy was not compromised in those with a BMI > 25. There was no significant difference in time to recurrence or CRD in either node negative or node positive oesophageal cancer.

Conclusion: BMI does not appear to influence the prognosis of those with either node negative or node positive oesophageal cancer.

O-040**UTILIDAD DE LA MEDICIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA TRAS LA ESOFAGUECTOMÍA POR CÁNCER**

P. Rebasa, S. Navarro Soto, A. Luna, S. Montmany, J. Carbol y O. Colomer
Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell

Introducción: La esofagectomía en los pacientes con cáncer esofágico tiene un importante impacto negativo en la calidad de vida. Recientes estudios en población inglesa demuestran que esta afectación es transitoria y durante los dos primeros años tras la esofagectomía. Creemos que la medición de la calidad de vida puede tener gran utilidad en el seguimiento clínico de estos pacientes.

Hipótesis: El seguimiento de la calidad de vida tras la esofagectomía puede ser un dato clínico mayor que ayude en la toma de decisiones de estos pacientes.

Material y método: Estudio prospectivo longitudinal analítico sobre todos los pacientes tributarios de cirugía por cáncer de esófago desde enero de 2002. Medición de calidad de vida mediante test SF-36, antes de la cirugía, y a los 6, 12, 18, 24 y 36 meses después de la misma. Estandarización de los resultados de calidad respecto a la población española. Comparaciones mediante t de Student para datos apareados, o t de Student para datos independientes en función del análisis.

Resultados: Se disponen de datos completos para 24 pacientes. El percentil del componente mental estandarizado del SF-36 es 44,3 preoperatoriamente y para el componente físico es de 49,6. A los 6 meses de la intervención, el componente mental es de 51,3 (ascenso no signifi-

fativo) y el componente físico es de 39,3 (descenso significativo con una $p = 0,001$). Los pacientes que eran clínicamente resecables pero que en quirófano resultaron ser irresecables tenían en promedio 10 puntos menos de componente físico y 6 puntos menos de componente mental que los que serían resecables. Finalmente, hemos detectado que el SF-36 sufre un descenso muy notable tanto en el componente mental como en el físico por lo menos 6 meses antes de que se demuestre la recidiva clínica en el paciente. En la medición efectuada a los 6 meses (en pacientes libres de enfermedad en el momento de la medición), el componente físico es 14 puntos inferior en los pacientes que recidivarán que los que permanecerán libres de enfermedad ($p = 0,017$), y el mental de 13 puntos menos ($p = 0,020$).

Conclusiones: SF-36 es una herramienta útil en la toma de decisiones teniendo en cuenta la calidad de vida en pacientes con neoplasia de esófago. Si se confirma en estudios con mayor número de pacientes, puede ser también una excelente herramienta en la detección precoz de la recidiva.

7 NOVIEMBRE 2006
15.30 – 17.00

SALA CALATRAVA
O-041 – O-049

O-041

CÁNCER GÁSTRICO: VALORACIÓN PROBABILÍSTICA ANTE UN ESTADIO GANGLIONAR NEGATIVO, Y SUS CONSECUENCIAS

J.M. Miralles Tena, J. Escrig Sos, D. Martínez Ramos, V. Ángel Yepes, C. Villegas Cánovas, V. Senent Vizcaíno, R. García Calvo y J.L. Salvador Sanchís
Hospital General, Castellón

Introducción: En el adenocarcinoma gástrico el hecho de presentar o no ganglios positivos tras la intervención quirúrgica tiene una importancia transcendental de cara al pronóstico y a la indicación de tratamientos adyuvantes. La 5^a edición de la clasificación TNM estableció un mínimo de 15 ganglios analizados para considerar clasificable a un caso como N negativo. Esto mejoró la homogeneidad dentro de cada estadio TNM en cuanto al pronóstico de supervivencia y resolvió ciertas diferencias al respecto con los estadios japoneses. Pero este mínimo de muestra ganglionar analizada tenía el inconveniente de crear un nuevo estadio poco deseable, el de los inclasificables. A pesar de su mayor seguridad, esta condición desapareció en la 6^a edición TNM.

Objetivo: Aproximación al cálculo de la probabilidad de error tras un estadio ganglionar negativo en nuestro centro, a partir de una muestra ganglionar negativa que se obtenga de un paciente concreto, sea esta muestra más o menos amplia.

Pacientes y métodos: A partir de los datos retrospectivos de 75 resecciones gástricas consecutivas por cáncer gástrico en un periodo de 3 años, se calculan dichas probabilidades de forma general, según el estadio T de la clasificación TNM 6^a edición, y según el tipo de linfadenectomía realizada. El total de ganglios obtenido en estos pacientes fue de 1630, de los cuales 1308 corresponden a los pacientes N positivos y 425 ganglios fueron positivos para infiltración tumoral entre los últimos. De modo cualitativo, 58 casos (77%) fueron clasificados como N positivos. Se utiliza una modificación de un procedimiento basado en el Teorema de Bayes.

Resultados: La media general de ganglios extraídos fue de 22 ± 12 , que desglosada por tipo de linfadenectomía fue de 17 ± 9 para la D1, y de 30 ± 11 para la D2 (Mann-Whitney $p < 0,001$). La media general de ganglios positivos no varió entre ambos tipos y fue de 6, cifra idéntica a la media de ganglios positivos por caso de toda la serie (6 ± 6). De forma general, se precisan al menos 11 ganglios negativos para asegurar un verdadero pN0. Para los tumores T1 se precisan al menos 2 ganglios, 11 para los T2, y 14 para los T3. Una linfadenectomía D2 requiere más ganglios que una D1, pero sus estadios pN0 son casi siempre seguros, mientras que en las linfadenectomías D1 se produjo un 24% de estadificaciones inseguras.

Conclusiones: Se ha descrito un modelo matemático sencillo y reproducible que puede ayudar al cirujano a conocer la calidad de las estadi-

ficaciones ganglionares negativas en un importante grupo de pacientes con cáncer gástrico.

O-042

IMPACTO DEL LAVADO DEL LECHO QUIRÚRGICO CON CLORHEXIDINA TRAS RESECCIÓN CURATIVA EN EL CÁNCER GÁSTRICO EN LA PRESENCIA DE CÉLULAS TUMORALES VIABLES EN CAVIDAD PERITONEAL. RESULTADOS PRELIMINARES

V. Navarro Aguilar¹, R. Martí Obiol¹, F. López Mozos¹, R. Martí Obiol¹, F. López Mozos¹, F. Dasí Fernández², B. Flor Civera¹, V. Martí Martí¹ y S. Lledó Matoses¹

Hospital Clínico Universitario, Valencia¹, Universidad de Valencia, Valencia².

Introducción: La importancia de la presencia de células tumorales viables en cavidad peritoneal viene dada por el mal pronóstico que condiciona. La clorhexidina ha demostrado in vitro una gran actividad frente a células neoplásicas, una solución al 0,02% es capaz de eliminar un 98% de células en un cultivo de Mtn3. En el presente estudio realizamos un método de detección ultrarrápido (45') de células tumorales libres en lavados intraperitoneales utilizando un protocolo combinado de extracción de RNA automático y un sistema de RT-PCR cuantitativo a tiempo real (qRT-PCR) mediante el que medimos los niveles de expresión de los genes CEA, CK20 (como marcador epitelial de células tumorales diseminadas), MMP-7 (como marcador pronóstico) y telomerasa. Nuestra hipótesis de trabajo es que el lavado con una solución de clorhexidina al 0,02% de la cavidad peritoneal es capaz de eliminar, o al menos disminuir de forma significativa, las células neoplásicas viables en la cavidad peritoneal, con una nula toxicidad general.

Material y método: Estudio prospectivo, aleatorizado sobre pacientes diagnosticados de cáncer gástrico en los que se realiza cirugía curativa (R_0). El procedimiento se detalla a continuación:

1) Laparotomía "rooftop" y lavado de cavidad con 500 ml. de suero fisiológico y recogida de 100 ml. para la determinación de genes en células tumorales viables (lavado 1)

2) Tras realizar la gastrectomía se realiza un lavado de la cavidad peritoneal. Se establecen dos grupos de pacientes: Grupo I: lavado con clorhexidina: 500 ml. de clorhexidina al 0,02% (duración 5 minutos). Grupo II: grupo control. Se realiza lavado con 500 ml. de suero fisiológico. Recogida de 100 ml de suero de lavado en ambos grupos para nueva determinación de genes (lavado 2). Se coloca drenaje de lavado-aspiración en lecho quirúrgico.

3) Al 4º día postoperatorio se instila 500 ml de suero fisiológico a través del drenaje y se recogen 100 ml. para análisis (lavado 3).

Las muestras son recogidas para análisis de la expresión génica de CEA, CK20, MMP-7 y telomerasa mediante el ABI 7700 Sequence Detection System.

Resultados: Se han intervenido 13 pacientes (11 V y 2 M) que cumplían los criterios de inclusión. Hemos observado una reducción en la expresión de CK20, CEA, MMP-7 y telomerasa en el segundo lavado. También se observa una disminución de todos los valores excepto la expresión de CK20 al analizar el tercer lavado.

Conclusión: Tras el análisis de resultados preliminares, se observa una tendencia en la disminución de la expresión de los genes CEA, CK20, MMP-7 y telomerasa tras el lavado peritoneal con clorhexidina. Hacen falta más casos para demostrar la tendencia y controlar la evolución de estos pacientes para evaluar el impacto de esta disminución sobre la recidiva local y la supervivencia.

O-043

GASTRIC CANCER SURGERY - A BALANCE OF RISK AND RADICALITY

P. Lamb, S. Shanmugam, M. White, M. Irving, J. Wayman y S. Raimes
Northern Oesophago-Gastric Cancer Unit, Cumberland Infirmary, Carlisle, UK

Objectives: The widespread adoption of radical gastric cancer surgery in the West has been prevented by the high associated morbidity and mortality. The aim of this study was to determine whether using tailored procedures and a modified D2 lymphadenectomy would allow such surgery to be performed with an acceptable outcome.

Patients and methods: 180 consecutive patients (median age 70 years, m:f 2:1) undergoing resection for gastric adenocarcinoma with curative intent were studied prospectively. The extent of lymphadenectomy was based upon preoperative and intraoperative staging and balanced against the age and health of the patient. Spleen and pancreas were not routinely resected.

Results and conclusions: 85 patients underwent subtotal (n = 56) or partial gastrectomy (n = 29) for distal tumours and 95 patients underwent total or complete gastrectomy for tumours involving the proximal stomach. 62 patients underwent a D1 lymphadenectomy, 85 patients a modified (spleen and pancreas preserving) D2 lymphadenectomy, 30 patients a formal D2 lymphadenectomy, and 3 patients a more extended resection. 45 patients were TNM stage 1, 37 patients stage 2, 61 patients stage 3, and 37 patients stage 4. 20 patients (11.1%) had more advanced disease identified at laparotomy and underwent a palliative resection. Postoperative complications were identified for 48 patients (26.5%) including a major surgical complication for 17 patients (9.4%). The in-hospital mortality was 1.7% (3 of 180). The mean ASA grade was 2.18 and the predicted mortality according to the POSSUM and P-POSSUM equations was 21.4% and 7.8%, respectively. The overall stage-specific 5-year survival was 68.2%, 54.2%, 23.3%, and 5.9%. By tailoring the extent of resection and balancing risk and radicality for the individual patient, gastric cancer surgery can be performed with low mortality in the United Kingdom.

O-044

ANÁLISIS DE MORTALIDAD POSTOPERATORIA TRAS GASTRECTOMÍA POR CÁNCER: INFLUENCIA DE LA EDAD, A.S.A., POSSUM E ÍNDICE DE CHARLSON

A. Palacios Nieto¹, J.C. Rodríguez Sanjuán¹, R.A. García Díaz¹, S. Trujeda Carrera¹, J. Llorca², F. De la Torre Carrasco¹ y M. Gómez Fleitas¹

Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander¹, Universidad de Cantabria, Santander².

Objetivos: Analizar la influencia sobre la mortalidad postoperatoria de distintos factores: edad, índices de estimación del riesgo quirúrgico (clasificación ASA, sistema POSSUM e índice de Charlson), estadio de la enfermedad (clasificación pTNM), radicalidad de la resección y dehiscencia anastomótica.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de 122 pacientes tratados mediante gastrectomía por cáncer gástrico entre 1998 y 2004. La edad media fue de 68,6 años (34-92). Los procedimientos realizados fueron: gastrectomía parcial distal en 89 pacientes, gastrectomía total en 28, esófago-gastrectomía en 3 y gastrectomía proximal en 2. La intención de la cirugía fue radical en todos los casos excepto en 14 en los que fue paliativa. De acuerdo con la clasificación ASA, 71 pacientes pertenecían al grupo I, 33 al II, 17 al III y 1 al IV. Se definió mortalidad postoperatoria como la acaecida tras la intervención antes del alta hospitalaria, independientemente de los días transcurridos. El análisis multivariante se realizó mediante regresión logística.

Resultados: La mortalidad postoperatoria fue de 13,1% (16 pacientes). Se observó una relación directa con la edad, de modo que en los pacientes sin mortalidad la edad media fue de 67,5 años (ds: 12,5) mientras que en los pacientes fallecidos fue de 76,1 (ds: 6,2) (p = 0,008). No se produjo ningún caso de mortalidad en menores de 65 años. A partir de ese punto, aumentaba linealmente con la edad. Además, la mortalidad se relaciona con mayores puntuaciones en la clasificación ASA: I: 12,7%; II: 3%; III: 35,3%; IV: 0. En el análisis crudo tienen efecto sobre la supervivencia la edad, ASA, POSSUM y –en el límite– el índice de Charlson. Al ajustar por edad, tanto ASA como el Charlson pierden significación (aunque los dos siguen al límite). En el análisis multivariante, la edad mantuvo su influencia (OR: 1,09, IC 95%: 1,01-1,17; p = 0,23), al igual que el sistema POSSUM (OR: 1,09, IC 95%: 1,03-1,15; p = 0,004) y clasificación ASA III-IV, aunque ésta pierde valor al ser ajustada por edad y POSSUM (OR: 2,37, IC 95%: 0,67-8,38; p = 0,181)

Conclusiones: La edad y evaluación mediante sistema POSSUM tienen un importante valor pronóstico de mortalidad postoperatoria tras gastrectomía por cáncer. En menor medida, la clasificación ASA también ofrece información pronóstica.

O-045

UK GUIDELINES FOR REFERRAL OF SUSPECTED OESOPHAGO-GASTRIC CANCER; DO THEY DETECT EARLY CANCER OR FAST-TRACK ADVANCED AND INOPERABLE DISEASE?

R. Nijjar, R. Daniel, C.S. Robertson y M.S. Wadley
Worcester Royal Hospital, West Midlands, (UK).

Objectives: To assess the detection of early (stage I) oesophago-gastric (OG) cancer using national guidelines for referral of suspected OG cancer to a specialist unit. Our primary end points were to identify the stage of cancer referred via the urgent pathway and our secondary end points were to assess the presenting symptoms of the patients referred.

Patients and methods: Prospective data was collected for all patients diagnosed with OG cancer between 1st January 2003 and 31st December 2005 at our institute. Primary care physicians referred patients with suspected cancer by filling in standardised pro formas with tick boxes for presenting symptoms. Patients were either sent for upper gastro-intestinal endoscopy or outpatient assessment within two weeks of referral, depending on the symptoms. Early stage disease was defined as T1/T2 N0 M0 and referrals were analysed for presenting symptoms and cross referenced with histological diagnosis.

Results: In total, 276 patients were diagnosed with OG cancer (171 oesophageal cancers and 105 gastric cancers) with a median age of 72 years (range 40-101 years) and a male to female ratio of 2.4:1. One hundred and six patients (36.4%) had operable disease after standard staging; 62 oesophageal and 44 gastric. Twenty four patients (8.6%) had early OG cancer; 15 oesophageal and 9 gastric.

Eighty four patients (30.4%) were referred through the urgent referral system and of these 5 (6%) had early stage disease, 19 (23%) had advanced stage disease ($\geq T3, \geq N1$) and 60 (71%) had advanced non-operable disease. Symptom analysis of urgent referrals showed dysphagia, alone or in combination with dyspepsia and weight loss, anaemia or vomiting was described by 40% of patients with early OG cancer compared to 70.7% of patients with advanced stage/inoperable disease. In the 5 patients with early OG cancer, recorded symptoms were dysphagia, dysphagia and dyspepsia with alarm symptoms, dysphagia and abnormal barium meal, as an urgent colorectal referral and one with no symptoms indicated on the referring pro forma. Dyspepsia over the age of 55 years, jaundice or abdominal mass were not recorded in early OG cancers and seen in only 4 patients (5.1%) of advanced/inoperable OG cancers.

Conclusion: The urgent referral criteria for suspected OG cancer identified only 30% of the total OG cancers presenting between 2002 and 2005 and only 6% of these urgent referrals had early stage disease. These early cancers presented with a variety of symptoms whereas advanced stage/inoperable disease commonly presented with dysphagia. In our institute, the UK urgent referral guidelines are more likely to identify and “fast track” advanced or inoperable disease rather than early OG cancer and thus fail to identify patients with potentially curable disease.

O-046

DISCRIMINATIVE VALUE OF PATIENTS SYMPTOMS IN PREDICTING UPPER GASTROINTESTINAL CANCER

A. Al-Sarira¹, M. Ballal¹, S. Selvachandran¹, D. Cade¹, M. Deakin² y D. Corless¹

Leighton Hospital, Crewe, (UK)¹, University Hospital North Staffordshire, Stoke on Trent, (UK)².

Objectives: Published guidelines for symptomatic Upper Gastrointestinal (GI) referrals have resulted in an increased referral rate. While this has improved the service to patients it has created a logistical problem in processing the volume of referrals. Inaccurate initial symptoms assessment leads to inappropriate patient management and hence reduces the cost effectiveness of the service. Previous work using a patient consultation questionnaire (PCQ) linked to an electronic patient record (EPR) and a computer generated scoring system has been shown to be an effective and objective way of predicting colorectal malignancy and streamlining referrals. The aim of this study was to derive and evaluate diagnostic determinants of gastric and oe-

sophageal cancer based on patients' symptom profile derived from an Upper GI PCQ.

Patients and Methods: A detailed upper GI PCQ was sent to all patients coming for first time endoscopy. All symptoms and diagnostic outcomes were collected and stored in the EPR to create a databank.

Results: 402 patients were included, 4% of which were found to have cancer, and 31.3% of which had curative surgery. Univariate and multivariate analysis resulted in four factors being positive predictors for cancer. These were age, retrosternal dysphagia, duration of abdominal pain less than 6 months and progressive abdominal pain. On the other hand there was one negative predictor, being female sex. When a generated scoring system was applied on the study population it excluded 40% of the workload and produced a cancer detection rate of 10% in those endoscoped with AUC (area under curve) of 0.87 in the ROC (receiver-operating characteristic) analysis.

Conclusions: Scoring for upper GI symptoms, as a predictor of cancer is possible and could result in reducing the workload in endoscopy by prioritisation of referrals. Other referrals can then be automatically redirected to a more appropriate patient pathway.

O-047

POGNOSTIC FACTORS FOR OUTCOME AFTER RESECTION FOR GASTRIC CANCER

A. Al-Sarira¹, G. David¹, B. Al-Sarierah², M. Kazem¹, S. Ballal¹, J. Slavin¹, M. Deakin³ y D. Corless¹

Leighton Hospital, Crewe (UK)¹, Southport Hospital, Southport (UK)², University Hospital North Staffordshire, Stoke on Trent (UK)³.

Objectives: Expertise in gastric surgery is difficult to maintain because of the decreasing incidence of gastric cancer and the fall in surgery for peptic ulcer. To evaluate the prognostic impact of hospital volume and patient characteristics on in-hospital mortality rate (IMR) and length of stay (LOS).

Patients and methods: Data for all patients who underwent gastrectomy for gastric cancer in England between 1997 and 2003 were retrieved from Hospital Episode Statistics database. The relationship between hospital volume and outcome was determined by dividing the patients into five approximately equal sized groups based on annual hospital volume quintiles [very low (< 8), low (9-11), medium (12-15), high (16-21), very high (> 21)].

Results: In total 12025 gastric resections were performed over the study period. Overall IMR was 10.1% and it did not vary between hospital volume groups ($P = 0.331$). In case mix-adjusted multivariate analysis, hospital volume had no prognostic influence when the very low volume group was compared to the very high volume group (odds ratio (OR), 0.74; 95% confidence interval (CI), 0.74-1.18; $P = 0.564$). Prognostic factors for higher IMR were male gender (OR, 1.5; 95% CI, 1.12-1.86; $P = 0.004$) compared to female, and age (> 64 years) (OR, 2.89; 95% CI, 2.31-3.62; $P < 0.001$). Median LOS was similar over the five hospital volume groups (15 days; (inter quartile range, 12-24 days).

Conclusions: Hospital volume has no impact on outcomes after gastric resection in England. Contributing factors to outcome were male gender and age greater than 64 years.

O-048

LA TRANSFUSIÓN PERIOPERATORIA EN EL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO Y SU RELACIÓN CON LA MORBI-MORTALIDAD Y LA RECAÍDA

J. García del Caño, J. Aguiló Lucía, J.M. Tenias, C. Muñoz, M. Garay, L. Minguet, V. Viciana, M. García Botella y R. Ferri Espí
Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.

Objetivo: Determinar si la administración de transfusiones durante el período perioperatorio a los pacientes intervenidos por adenocarcinoma gástrico, tiene relación con la morbilidad, la mortalidad postoperatoria y la recaída.

Material y método: Se incluyeron los pacientes intervenidos de adenocarcinoma gástrico en el período comprendido entre Enero de 1985 y Diciembre de 2002. Se analizaron variables dependientes del paciente (edad, sexo, patología asociada, cirugía gástrica previa, cifra de albúm-

na y presentación clínica), variables dependientes de la intervención quirúrgica (transfusiones, intención de la cirugía, tipo de gastrectomía, tipo de linfadenectomía y experiencia del cirujano) y variables dependientes del tumor (pTNM y estadio tumoral). Se analizó la asociación de dichas variables con la presencia de morbilidad, mortalidad postoperatoria y recaída. Para ello se aplicó un análisis bivariante mediante una prueba de Ji-cuadrado para las variables cualitativas y una t de Student para las cuantitativas. La independencia de las relaciones encontradas se analizó con un modelo de regresión logística.

Resultados: Se incluyeron 236 pacientes, 159 hombres y 77 mujeres. La edad media fue de 67 años (DE: 11,0). El 41,4% debutó por hemorragia digestiva alta. Se administró transfusión preoperatoria en 65 casos (27,5%), intraoperatoria en 76 (36,2%) y postoperatoria en 44 (18,6%). Se intervinieron 207 pacientes (87,7%), siendo resecados el 82,6%. La gastrectomía total se llevó a cabo en el 49,4% de los casos y la intención curativa de la cirugía resectiva fue en el 85,8% de los pacientes. Se efectuó linfadenectomía D2 en 84 casos y se asoció esplenectomía en 52 pacientes. Se observaron complicaciones en 74 casos (31,4%) con 16 casos de mortalidad postoperatoria (6,8%). Se detectaron 64 recaídas (27,1%). En el análisis bivariante, las transfusiones sólo se asociaron a la aparición de complicaciones (40,5% de los pacientes transfundidos y 21,7% de los no transfundidos, $p = 0,002$), pero a la mortalidad ni a la recaída. En el análisis multivariante la administración de transfusión en el período perioperatorio mostró ser un factor predictivo independiente de morbilidad postoperatoria (OR = 1,14; IC 95%: 1,02-1,29).

Conclusiones: La transfusión realizada en el período perioperatorio de la resección quirúrgica por adenocarcinoma gástrico se ha asociado con la presencia de complicaciones postoperatorias. Sin embargo, no se ha relacionado con la mortalidad postoperatoria ni con la recaída.

O-049

PATTERNS OF LYMPH NODE METASTASIS IN EARLY OESOPHAGO-GASTRIC CANCER

N. Jennings, J. Sultan, K. Wynne, S. Preston, D. Karat, N. Hayes y S. Griffin

Northern Oesophago-Gastric Cancer Unit, Newcastle Upon Tyne, (UK).

Background: Radical (D2) lymphadenectomy has a role in the management of early gastric cancer (EGC) as an appreciable number of patients present with lymph node metastasis (LNM). There is little published data regarding the pattern of LNM in early oesophageal adenocarcinoma. With the advent of minimally invasive oesophagectomy the degree of lymph node dissection required when treating early oesophageal cancer is a matter of controversy. We aim to evaluate the rate of LNM in early (T1) adenocarcinoma of the oesophagus, oesophago-gastric junction (OGJ) and stomach, with respect to current operative management.

Patients and methods: Prospectively collected data were analysed from 151 patients with early adenocarcinoma (oesophageal = 65, OGJ = 26, gastric = 61). Patients were subsequently grouped in to an oesophageal or gastric group depending on the site of their tumour and the operation they received. Results are presented with regard to depth of invasion and LNM for each group.

Results: LNM and depth of invasion by site were as follows. Oesophageal LNM = 1.5% (1/65) and the sub mucosa was involved in 60% (39/65) of patients. OGJ LNM = 23% (6/26) and the sub mucosa was involved in 65% (16/24) of patients. Gastric LNM = 23% (13/61) and the sub mucosa was involved in 79% (48/61) of patients. Sub mucosal invasion and the proportion of LNM were greater in the gastric group of patients compared to the oesophageal group, (79.9% (59/74) vs. 62.8% (49/78) $P = 0.008$, 24.3% (18/74) vs. 3.8% (3/78) $P = 0.001$, respectively). Sub group analysis failed to demonstrate a significant difference between the depth of invasion and LNM in either group although there were no LNM seen in oesophageal tumours confined to the mucosa.

Conclusion: Early tumours arising in the oesophagus appear to show a different pattern of LNM when compared to EGC. The rate of LNM in this group was significantly lower and no metastases were seen with lesions confined to the mucosa. These results may have implications for the future management of early oesophageal cancer.

7 NOVIEMBRE 2006

17.30 – 19.00

SALA CALATRAVA

O-050 – O-058

O-050**PREDISPOSITION TO BARRETT'S OESOPHAGUS IN SYMPTOMATIC FIRST-DEGREE RELATIVES OF PATIENTS WITH OESOPHAGEAL ADENOCARCINOMA**

S. Robinson, F. Di Franco, S. Preston, D. Karat, N. Hayes y S.M. Griffin
Northern Oesophago Gastric Cancer Unit, Newcastle Upon Tyne, (UK).

Objectives: Oesophageal adenocarcinoma is thought to arise on a background of Barrett's oesophagus (BO) secondary to gastro-oesophageal reflux disease (GORD). Previous studies have identified certain alcohol dehydrogenase 3 (ADH3) and uridine 5'-diphosphate – glucuronyltransferase (UGT1A7) polymorphisms as being associated with an increased risk of carcinoma. The study aim was to assess the frequency of GORD and BO in first degree relatives (FDRs) of oesophageal adenocarcinoma patients and determine an association with either ADH3 or UGT1A7 genotypes.

Patients and methods: On receipt of ethical approval, FDRs were asked to complete the Mayo GORD questionnaire. If symptomatic, endoscopy was offered and a blood sample for DNA extraction taken. UGT1A7 and ADH specific PCR amplification products were visualized using agarose and polyacrylamide gels to determine genotypes. The control group for the questionnaire phase was formed by members of the public attending the daycase surgery unit. Age and sex-matched endoscopic controls, undergoing investigation of GORD symptoms, were recruited from routine endoscopy lists.

Results: Analysis of the questionnaire results yielded trends, but no significant difference, in frequency of reflux ($p = 0.17$), regurgitation ($p = 0.07$) or dysphagia ($p = 0.37$) between the FDRs ($n = 151$) and controls ($n = 254$). Within the endoscopic study the controls ($n = 34$) experienced significantly more symptoms ($p = 0.004$). However, FDRs ($n = 38$) were statistically more likely to have a positive endoscopy ($p = 0.01$), longer hiatus hernia ($p = 0.003$) and histologically proven BO (odds ratio 19.25; 95% CI 2.4-156.6; $p < 0.001$). No difference was found in the frequency of putative carcinogenic genotypes between FDRs and control groups for both ADH3 and UGT1A7.

Conclusions: This study confirms the increased incidence of BO in FDRs (OR 19.25), despite a similar incidence of GORD symptoms, and independent of ADH3 and UGT1A7 polymorphisms.

O-051**ABORDAJE LAPAROSCÓPICO DE LA PATOLOGÍA GÁSTRICA. ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA DE TRES AÑOS (66 CASOS)**

M. Lozano Gómez, E. Toscano Novella, P. Moreno De la Santa Barajas, A. Varela Mato, A. Climent Aira, C. Magdalena López
Povisa Hospital, Vigo.

Introducción: El desarrollo progresivo de la cirugía laparoscópica permite aumentar el número de sus indicaciones.

OBJETIVOS: Analizamos nuestra casuística en patología gástrica a través de abordaje laparoscópico.

Material y métodos: Desde Marzo 2003 a Abril 2006, se han intervenido en nuestro Servicio 66 pacientes con patología gástrica mediante abordaje laparoscópico. De ellos 35 eran hombres y 31 mujeres, con una edad media de 70 años (R 40/92). Presentaban fundamentalmente adenocarcinoma gástrico, en mucha menor proporción GIST, un tumor carciñoide, un linfoma gástrico y 8 casos de patología benigna (Enf. de Crohn, úlcus gástrico, etc). Se realizaron 9 gastrectomías totales, 2 esofago-gastrectomías, 30 gastrectomías subtotales y distales, 11 derivaciones y en 7 casos se realizó otro tipo de procedimiento (gastrostomía, piloroplastia...). Reestadiajes y diagnósticas 7 casos.

Durante la cirugía se decidió convertir a laparotomía por diversos motivos a 7 pacientes (11%), principalmente por dificultades técnicas. La estancia hospitalaria postoperatoria fue de 11,48 días (R 2-42). La tasa de complicaciones mayores fue del 20% entre ellas reintervención en el postoperatorio inmediato por fuga de anastomosis, 2 fistulas intestinales resueltas con tratamiento conservador, 3 abscesos intraabdomi-

nales resueltos mediante punción percutánea, un edema de anastomosis que retrasó el inicio de la tolerancia oral y una trombosis yugular interna por catéter central. El 50 % de las intervenciones se realizó con intención curativa y el resto paliativa, diagnóstica o exploradora. El ASA de los pacientes fue de 2,7 (R 2-4). La mortalidad operatoria fue de 6 pacientes (9 %). Número de ganglios en el grupo total: 15 (R 3-43) y en las gastrectomías totales 23 (R 9-43).

Conclusión: Creemos que el empleo de la laparoscopia en pacientes con patología gástrica está justificado tras valorar su escasa tasa de complicaciones mayores, baja mortalidad, la capacidad de reproducir los parámetros oncológicos de la cirugía abierta y la corta estancia hospitalaria, siempre que se realice por equipos con experiencia en cirugía laparoscópica y se sigan sistemáticamente los resultados para su valoración. Estudios prospectivos a más largo plazo son necesarios.

O-052**REPARACIÓN PROTÉSICA DE HERNIA HIATAL GIGANTE.****ESTUDIO ALEATORIZADO**

A. Vázquez Tarragon, J.M. Guallar, M.D. Periáñez, B. Patiño, E. Martínez Mas, R. Trullenque Juan, C. Castro, M. Martínez Abad y F. Delgado
Hospital Universitario Dr Peset, Valencia.

Introducción: Las hernias hiatales gigantes se consideran para tratamiento quirúrgico: Cuando se asocia reflujo (hernia tipo I que evoluciona a tipo III); y cuando por su tamaño existe riesgo de volvulo, estrangulación o hemorragia (tipo II y III), además de ser sintomáticas. Con la cirugía tradicional, existe una elevada tasa de recidiva anatómica (5-42%), recidiva sintomática (4-21%) y reintervención por recidiva (1-4%). El objetivo de este trabajo es evaluar el impacto del refuerzo hiatal con una malla dual sobre las tasas antes enumeradas.

Material y métodos: Estudio prospectivo aleatorizado, 19 controles y 18 casos con colocación de malla dual sobre el cierre posterior de pilares. En todos los casos se realizó: abordaje laparoscópico, reducción de la hernia, resección del saco, cierre de pilares y válvula de 360° corta y holgada. Ambos grupos resultaron homogéneos respecto al tipo de hernia, edad, sexo, tamaño hiatal, presión y localización del EEI, y score De Meester.

Resultados: No hubo mortalidad ni morbilidad relevante. En todos los casos se consiguió el control de los síntomas, excepto en un caso del grupo control que requirió relaparoscopia por disfagia severa persistente (rotación del mangúito). Al año de la intervención persistía disfagia leve en 3 casos del grupo con malla y en 1 del grupo control; la disfagia moderada solo apareció en el grupo control (2 casos), sin alcanzarse el nivel de significatividad estadística. No hubo recidivas clínicas, pero si radiológicas: En el estudio baritado al año de la intervención hubo 2 hernias por deslizamiento y 2 ascensos de mangúito en el grupo control, frente a ninguno en el grupo con malla (test exacto de Fisher, $p < 0.001$). Los dos casos de hernia por deslizamiento coinciden con las 2 disfagias moderadas. No hubo gas-bloat, pero la prevalencia de meteo-rismo es frecuente y homogéneo en ambos grupos.

Discusión: Aunque con ambas técnicas se consigue el control sintomático, existen diferencias en cuanto a la recidiva radiológica, que por otro lado, se asocia a disfagia moderada, aunque sin llegar a extremos de requerir reintervención.

El uso de mallas duales hiatales no aumenta la morbilidad a medio plazo, y se asocia a una menor tasa de recidiva radiológica.

O-053**THE INFLUENCE OF LAPAROSCOPIC ANTIREFLUX SURGERY ON THE DIETARY AND POSTURAL TRIGGERS OF GASTRO-OESOPHAGEAL REFLUX**

N.S. Balaji, K. Moorthy, D. Vasanth, M. Deakin y C.V.N. Cheruvu
University Hospital of North Staffordshire, Stoke on Trent, (UK).

Background and Aim: It is known that some diets, beverages and posture can aggravate symptoms of Gastroesophageal reflux (GOR). The alleviation of reflux symptoms precipitated by these specific triggers after surgery is usually evaluated by global satisfaction scores or grading systems. We propose to investigate the results of laparoscopic antireflux

surgery (LARS) on selected precipitants of GOR based on a trigger based evaluation tool.

Methods: A prospective pilot study to identify dietary triggers formed the basis of a trigger specific questionnaire pre and post LARS. The triggers included different food varieties (spicy food, fatty food, and chocolate), beverages (coffee, tea), alcohol, smoking and postures (supine, bending and exercise). The severity of symptoms related to these stimuli were graded prior to surgery as severely incapacitating (SI), moderately incapacitating (MI) or having no effect (NE). The effect and extent of relief after surgery were graded as complete relief (CR), significant relief (SR) or no effect (NE).

Results: 25 patients (M: F-18: 7) with a median age of 44 (IQR 32-54) were approached at a median follow up of 13 months from surgery to evaluate the GOR response pattern pre and post LARS.

Spicy food was the most severe preoperative food trigger in 22/25 (88%) while oily and fatty food affected 20 (80%) and 18 (72%). Alcohol and Citrus juices produced SI reflux in 17 (68%) and 9 (36%) respectively. Supine posture was the worst postural preoperative precipitant in 23/25 (92%) (SI reflux-17 or MI reflux-6) of patients while bending and exercise affected 20 (80%) and 19 (76%) of patients. However smoking had little effect (SI reflux-0, MI reflux-2).

LARS resulted in complete relief in 20/22 (90%) after spicy food, 85% after oily food and 94% after fatty food. Resumption to reflux free alcohol intake was seen in 91% of patients. CR from supine reflux was seen in 21/23 (91%) and significant relief in the rest.

Conclusion: Spicy and fatty food, alcohol and supine posture are significant preoperative precipitants of GOR which are effectively controlled with LARS. Specific trigger based questionnaires are also effective tools in evaluating post operative symptom outcomes.

O-054

ESTUDIO DE LA FISIOPATOLOGÍA DE LA ASOCIACIÓN ENTRE LA LITIASIS VESICULAR Y EL REFLUJO GASTROESOFÁGICO

M. del Bas Rubia, P. López Sánchez, L. Medina, J. Feliu Canaleta, A. Bianchi Cardona, L.A. Hidalgo Grau, X. Suñol Sala y P. Clave Civit
Hospital de Mataró, Mataró

Antecedentes: En estudios previos nuestro grupo ha demostrado que el reflujo gastroesofágico (RGE) puede estar causado por un incremento en la liberación postprandial de colecistokinina (CCK) y que los pacientes con colelitiasis presentan una prevalencia de síntomas de RGE muy elevada y muy superior a la de la población general.

Objetivo: Caracterizar los mecanismos de asociación entre la litiasis vesicular y el reflujo gastroesofágico ácido (RGE).

Material y métodos: a) Validación del cuestionario de síntomas de Carlson-Dent en 56 pacientes diagnosticados de RGE mediante pH-metría de 24h y endoscopia y determinación del punto de corte del cuestionario a partir del cual se diagnostica clínicamente RGE. b) Estudio de los síntomas de RGE, del vaciamiento vesicular –ecografías seriadas- y de los niveles plasmáticos de CCK en respuesta a una comida de prueba de 181 kcal en 63 pacientes con colelitiasis y 6 voluntarios sanos.

Resultados: a) Una puntuación de 4,5 en el cuestionario de síntomas Carlson-Dent ofrece una sensibilidad del 90,5% y una especificidad del 76,9% en el diagnóstico de RGE. b) El grupo control presenta un vaciamiento vesicular medio del 68,25% a los 60 minutos de la ingesta, asociado a niveles plasmáticos postprandiales de CCK de $12,9 \pm 8$ pM y ausencia de síntomas de RGE. c) Utilizando una puntuación de 4,5, la prevalencia de síntomas RGE en pacientes con colelitiasis es del 62,2%. El 48,5% de los pacientes con colelitiasis presentan una disminución del vaciamiento vesicular ($< 50\%$ del volumen vesicular durante la primera hora post ingesta), que en los casos más severos (vaciamiento $< 25\%$) se asocia a un incremento postprandial en los niveles de CCK ($28,4 \pm 4,2$ pM) y a un importante aumento de los síntomas de reflujo ($9,38 \pm 1,10$, $p < 0,05$).

Conclusión: Los pacientes con colelitiasis presentan una elevada prevalencia de síntomas de reflujo gastroesofágico debido al incremento en la liberación postprandial de CCK secundario a su disfunción vesicular. El RGE debe ser tenido en cuenta en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con colelitiasis. (FIS PI020662)

O-055

REFLUJO GASTROESOFÁGICO: ALTERACIONES PSICOPATOLÓGICAS E INFLUENCIA EN LOS RESULTADOS POSTOPERATORIOS

C. Yáñoz¹, C. Artieda¹, A. Díaz de Liaño¹, E. Olivera³, S. Zegarra², L. Flores¹, C. Garde¹, I. Romeo¹ y H. Ortiz¹

Hospital Universitario Virgen del Camino, Pamplona¹, Hospital II Essalud-Cañete, Lima, Perú², Hospital Pasteur, Montevideo, Uruguay³.

Existen referencias en la literatura médica acerca de la influencia de las alteraciones psicopatológicas y su repercusión negativa en los resultados de la funduplicatura por laparoscopia.

Objetivo: Analizar la influencia de las alteraciones psicopatológicas evaluadas mediante el cuestionario GHQ-28, en los pacientes intervenidos por reflujo gastroesofágico.

Material y métodos: Estudio prospectivo en una serie de 74 pacientes consecutivos (49 varones, 25 mujeres, edad media 43 años) a los que se les ha practicado una funduplicatura por laparoscopia. Además de los estudios funcionales, los pacientes cumplimentaron en el preoperatorio los cuestionarios SF-36, GIQLI y el GHQ 28.

Seis meses después de la intervención se repitieron las pruebas funcionales y los cuestionarios. También se les interrogó acerca del grado de satisfacción.

Se ha realizado una comparación de los resultados postoperatorios entre aquellos pacientes que presentaban un cuestionario GHQ normal y aquellos que presentaban alteraciones psicopatológicas definidas por el cuestionario GHQ 28.

Resultados: 29 pacientes presentaron un resultado patológico en el cuestionario GHQ preoperatorio.

No existieron diferencias entre los pacientes con el resultado GHQ-28 normal y aquellos con resultado patológico en cuanto a resultados funcionales y grado de satisfacción en relación con la intervención.

En general, todos los pacientes presentaron una mejoría de su calidad de vida. Sin embargo, los pacientes con resultado patológico en el cuestionario GHQ-28 presentaron peores resultados en todos los dominios de los cuestionarios de calidad de vida GIQLI y SF36, que aquellos pacientes con cuestionario GHQ normal.

Conclusiones: Los pacientes con alteraciones psicopatológicas, determinadas mediante el cuestionario GHQ-28, presentan después de una funduplicatura por laparoscopia peores resultados en los estudios de calidad de vida que los pacientes con resultado normal en el cuestionario GHQ-28.

O-056

MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LOS PACIENTES CON TRASTORNOS MOTORES DEL ESÓFAGO DISTINTOS A LA ACHALASIA DE CARDIAS

L.F. Martínez de Haro, A. Ortiz, V. Munitiz, J. Castañer, D. Navarro, D. Ruiz de Angulo, E. Perol y P. Parrilla
Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Los trastornos motores esofágicos primarios (TMEP) se producen por una alteración de los mecanismos de control neurohormonal del cuerpo esofágico y/o sus esfínteres por una etiología desconocida. De todos ellos, el mejor tipificado es la achalasia de cardias. Sin embargo, existen otros (espasmo difuso idiopático, esófago en "casquenueces", esfínter esofágico inferior hipertensivo, etc...) cuya fisiopatología es menos conocida y, por tanto, su tratamiento está peor definido y, en ocasiones, puede ser motivo de controversia.

Objetivo: Presentar nuestra experiencia en el manejo diagnóstico y terapéutico de los pacientes con TMEP distintos a la achalasia de cardias.

Material y métodos: Entre Enero-1978 y Enero-2006 se han realizado en nuestro servicio un total de 3032 manometrías esofágicas, de las cuales 186 fueron diagnósticas de Achalasia del cardias, 34 de Espasmos Difusos Esofágicos Primarios (EDEI, Grupo I) y 35 como Peristaltismo Esofágico Sintomático (PES, Grupo II), por lo que el grupo de estudio está constituido por 69 pacientes. Se consideró EDEI cuando más de un 20% de las degluciones iban seguidas de ondas simultáneas de más de 30 mm Hg coexistiendo con peristaltismo normal. Los criterios manométricos para el diagnóstico de PES fueron la presencia de ondas peristálticas de una presión ≥ 180 mm Hg y $< 20\%$ de ondas simultáneas.

Resultados: La edad mediana (rango) en el Grupo I fue de 40 años (rango, 21-72) y en el Grupo II de 51 (rango, 30-77). En todos los pacientes el diagnóstico se realizó mediante valoración clínica, radiológica, endoscópica, pHmétrica y, especialmente, manometrítica. El dato clínico predominante en el Grupo I fue la disfagia y el dolor torácico, mientras que en el Grupo II fue el dolor torácico. La pHmetría esofágica permitió descartar los desórdenes motores secundarios al reflujo y la endoscopia verificó la ausencia de malignidad u otra patología orgánica. Desde el punto de vista radiológico, en el Grupo I, 10/34 pacientes (29%) presentaban divertículos por pulsión; el patrón radiológico en la mayoría de los pacientes del Grupo II fue normal. En ambos grupos se instauró de entrada tratamiento conservador consistente en antagonistas H₂, antidepresivos y ansiolíticos. En el Grupo I se indicó la cirugía en 7 casos (21%) por clínica invalidante (n = 5) y por presencia de un divertículo sintomático (n = 2). La cirugía consistió en realizar una miotomía longitudinal del esófago a través de toracotomía izquierda, asociada a diverticulectomía en 2 casos. En el Grupo II ningún caso requirió tratamiento quirúrgico. Tras una mediana de seguimiento de 10 años (rango, 3-17), los resultados obtenidos en los pacientes sometidos a cirugía fueron satisfactorios en todos los pacientes. El resto de los pacientes del Grupo I y los del Grupo II se controlaron satisfactoriamente con tratamiento conservador.

Conclusiones: Los trastornos motores espásticos del esófago son entidades poco frecuentes y de dudosa traducción clínica, por lo que raramente precisan tratamiento quirúrgico. La miotomía longitudinal del esófago es una técnica eficaz en el control de los síntomas siempre que se haga una adecuada selección de los pacientes.

O-057

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ACHALASIA DE CARDIAS TRAS MÁS DE 10 AÑOS DE SEGUIMIENTO

A. Ortiz, L.F. Martínez de Haro, A. Lage, V. Munitiz, D. Ruiz de Angulo, P. Cascales, D. Navarro y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: Existen un gran número de publicaciones que comunican un 80-90% de resultados satisfactorios a corto y medio plazo tras el tratamiento quirúrgico de la achalasia de cardias. Sin embargo, apenas existen estudios que analicen si estos resultados se mantienen o si, por el contrario, debido a la progresión de la enfermedad, se deterioran a un plazo más largo, ya que la cirugía no es un tratamiento etiológico.

Objetivo: Valorar si los resultados quirúrgicos de nuestra serie se han mantenido o se han deteriorado a lo largo del tiempo debido a una posible progresión de la enfermedad o a la aparición de reflujo gastro-esofágico.

Pacientes y métodos: El grupo de estudio está constituido por 140 pacientes intervenidos por el mismo equipo quirúrgico y empleando la misma técnica (miotomía de Heller y fundoplicatura parcial posterior a través de una laparotomía). El seguimiento mediano fue de 12 años (rango, 1-26 años). Setenta y siete pacientes tenían un seguimiento de más de 10 años. Postoperatoriamente, se realizó una evaluación clínica anual y una evaluación endoscópica, radiológica, manometrítica y pHmétrica al año y luego cada 5 años tras la cirugía ó cuando el paciente presentaba síntomas que requerían dichas exploraciones.

Resultados: Clínicamente, el porcentaje de resultados satisfactorios fue superior al 90% hasta los 5 años de seguimiento. Posteriormente, los resultados fueron empeorando gradualmente hasta descender a un 65% pasados los 15 años (p < 0,001), principalmente debido a la reaparición de disfagia y/o dolor torácico. Con respecto a la radiología el diámetro esofágico descendió tras la intervención sin que hubiera cambios significativos a lo largo del seguimiento. La endoscopia reveló signos inflamatorios en el 12,5% de los pacientes (estando el 45% asintomáticos). Las lesiones aparecieron tardíamente durante el seguimiento en el 45% de estos pacientes. El estudio pHmétrico mostró tasas patológicas de reflujo en el 14% de los pacientes, todos ellos con esofagitis. En 42% el reflujo apareció tardíamente y 42% estaban asintomáticos. La manometría puso de manifiesto un descenso significativo de la presión basal del esfínter inferior y del cuerpo esofágico, que se mantuvo durante el seguimiento.

Conclusiones: Los resultados tras la miotomía de Heller asociada a fundoplicatura parcial posterior se deterioran con el tiempo principal-

mente debido a la presencia de disfagia y/o dolor torácico. Sin embargo, el tratamiento consigue un más que aceptable 65% de resultados satisfactorios tras más de 15 años de seguimiento. Nuestro estudio demuestra la importancia del seguimiento a largo plazo y la utilidad de tests objetivos para evaluar los resultados.

O-058

GRADIENTES VERTICALES Y TRANSVERSALES DE ESPECIALIZACIÓN FUNCIONAL DEL ESÓFAGO HUMANO

O. Estrada Ferrer, R. Farré, M. Aulí, B. Lecea, X. Suñol y P. Clavé
Hospital de Mataró, Mataró.

Objetivo: Explorar los mecanismos regionales de control intrínseco de la motilidad esofágica humana comparando las respuestas entre el cuerpo esofágico y las porciones craneal y caudal del esfínter esofágico inferior (EEI, especialización vertical) y entre la curvatura menor y mayor del EEI (especialización transversal).

Pacientes y métodos: Estudio *“in vitro”* en baño de órganos de tiras transmurales circulares de esófago humano obtenidas de: a) cuerpo esofágico, b) porción craneal/caudal del EEI, c) región clasp –curvatura menor/–sling –curvatura mayor- del EEI de donantes de órganos y pacientes intervenidos por neoplasias de esófago. Diseño experimental: Estimulación de las motoneuronas del plexo mientérico con campo eléctrico (EFS, 0,4 ms, 0,3-20 Hz, 26 V) y con nicotina (100 µM) y caracterización de las respuestas inhibitorias amb L-NNA 1 mM, y las excitadoras con atropina 1 µM.

Resultados: a) Respuestas a la estimulación neural con EFS. El cuerpo esofágico responde al EFS con una intensa contracción colinérgica (12,1 ± 2,2 g) después de un período de latencia nitrérgica, las tiras de la porción superior del EEI con una pequeña contracción colinérgica (4,5 ± 0,34 g, p < 0,05) después de una relajación nitrérgica (-2,28 ± 0,46 g) y las de la parte caudal exclusivamente con una relajación nitrérgica (-2,96 ± 0,52 g, ns). Las tiras de la región clasp del EEI responden con una intensa relajación nitrérgica (-4,53 ± 1,2 g) y una mínima contracción colinérgica (0,1 g); y las del sling con una pequeña relajación nitrérgica (-2,62 ± 0,6 g) y una intensa contracción colinérgica (3,6 ± 0,6 g, p < 0,05).

b) Respuestas a la estimulación neural con nicotina. La nicotina (100 µM) no induce ninguna respuesta en las tiras del cuerpo esofágico; en cambio induce relajación en las regiones superior (-2,9 ± 0,3 g), inferior (-3,1 ± 0,3 g, ns), clasp (-5,2 ± 0,1 g) y sling (-3,4 ± 2 g, p < 0,05) del EEI. Despues de L-NNA, la nicotina no induce ninguna respuesta en sling y una intensa relajación en clasp.

Conclusiones: El esófago humano presenta una marcada especialización regional funcional en respuesta a la estimulación neural del plexo mientérico consistente en: a) un gradiente vertical en el cuerpo esofágico con activación decreciente de la inervación excitadora colinérgica; b) un gradiente transversal al EEI con predominio de respuestas neurales inhibitorias nitrérgicas en la curvatura menor y excitadoras colinérgicas en la curvatura mayor.

9 NOVIEMBRE 2006

9.00 – 10.30

SALA LA MANCHA

O-285 – O-293

O-285

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO DE LA ACALASIA ASOCIADA A OTRAS ALTERACIONES DE LA UNIÓN ESOFAGO-GÁSTRICA

R. Berindoague¹, E.M. Targarona¹, X. Palá², F. Sallent², C. Balaguer¹, C. Martínez¹, P. Hernández¹, S. Vela¹, R. Medrano¹, J.L. Pallarés¹ y M. Trías¹

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona¹, Hospital de Igualada, Igualada².

A pesar de su baja incidencia, la frecuencia de tratamiento quirúrgico de la acalasia se ha visto incrementada gracias a las ventajas de la cirugía laparoscópica. Por ello, el cirujano puede encontrarse frente a situaciones inusuales de la unión esofagogastrica (EG) asociadas a la acalasia, como un divertículo epífrénico, una hernia de hiato, un volvulo gástrico ó una pseudoacalasia.

Objetivo: Evaluar la presencia de alteraciones de la unión esofagogastrica asociadas a acalasia y valorar su incidencia así como su tratamiento simultáneo por cirugía laparoscópica.

Material y métodos: Entre enero/1999 y marzo/2006, se han intervenido en dos Servicios de Cirugía General y Digestiva 77 pacientes diagnosticados de acalasia y los datos se han recogido de forma prospectiva en una base de datos conjunta. A los pacientes se les realizó una miotomía de Heller laparoscópica asociada a funduplicatura.

Resultados: De la serie de 77 pacientes, en ocho casos (10,4%) se asociaban alteraciones de la unión esofago-gástrica: pseudoacalasia en tres pacientes (3,9%), hernia hiatal paraesofágica en tres casos (3,9%), divertículo esofágico (1,3%), y vólvulo gástrico (1,3%). De los tres pacientes diagnosticados de pseudoacalasia, uno de ellos con diagnóstico preoperatorio y los otros con diagnóstico durante la cirugía de adenocarcinoma de unión esofagogastrica (conversión a laparotomía en ambos casos). En los tres casos con hernia paraesofágica asociada el tratamiento consistió en una miotomía de Heller laparoscópica con excisión del saco herniario, cierre de pilares y funduplicatura posterior. Un paciente también presentaba un pequeño divertículo esofágico y otro paciente presentaba un vólvulo gástrico organoaxial en cuyo caso se realizó la miotomía tipo Heller por laparoscopia con funduplicatura posterior y gastropexia anterior. El seguimiento medio ha sido de 39 meses.

Conclusiones: La asociación de acalasia con otras alteraciones de la unión esofagogastrica diagnosticada previo a la cirugía no supone un impedimento para el abordaje laparoscópico en la mayoría de casos. El tratamiento quirúrgico de ambas alteraciones es seguro y efectivo por laparoscopia.

O-286

EVALUACIÓN CLÍNICA E INSTRUMENTAL DE LA FUNDUPPLICATURA LAPAROSCÓPICA EN EL TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR REFLUJO GASTROESOFÁGICO

I. Domínguez Serrano, C.C González Gómez, A. Robin, P. Talavera, E. Pérez-Aguirre, A. Sánchez-Pernaute y A. Torres
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: Evaluar clínica y funcionalmente los resultados a corto plazo de la funduplicatura laparoscópica en el tratamiento quirúrgico de la enfermedad por reflujo gastroesofágico.

Material y método: Se intervinieron consecutivamente 110 pacientes, 54 mujeres y 56 varones, con edad media de 49 años. El tiempo medio de evolución de la sintomatología fue de 43 meses. El 90% de los pacientes estaban con tratamiento, el 72% de ellos con IBP. El 90,9% de los pacientes tenían endoscopia hecha; 6 tenían esofagitis grado A, 24 grado B, 5 grado C y 7 grado D. 36 pacientes tenían diagnóstico de esófago de Barrett. Se realizó esofagograma a 67 enfermos (61%); 28 de ellos (41%) tenían hernia hiatal. Dos pacientes no tenían pHmetría realizada. Entre los restantes, el valor medio de DeMeester fue de 59,9 y el tiempo medio de exposición al ácido de un 17,5%. En 97 pacientes se realizó manometría, siendo el valor medio de la presión del EEI de 7,6 mm Hg. En 20 casos el cuerpo era normal, en 34 tenía un trastorno motor leve, en 23 moderado, en 14 severo y en 2 aperistalsis. Se realizó funduplicatura laparoscópica en 109 casos, y laparotómica en 1. La técnica empleada fue Nissen holgado en 83 casos, en 23 Nissen-Rossetti, en 1 Toupet y en 2 Dor. En dos ocasiones no se completó la técnica por vía laparoscópica. En dos pacientes hubo reintervención precoz, uno por perforación de fundus y otro por sospecha – no confirmada – de sepsis abdominal. La estancia media postoperatoria fue de 3 días.

Resultados: Se revisó a todos los pacientes al año de la cirugía, y se solicitó la realización de pruebas instrumentales a todos ellos (esofagograma, pHmetría, manometría y endoscopia) con el fin de evaluar de forma objetiva el resultado de la cirugía. Solamente se realizaron 56 pHmetrías, 58 manometrías, 34 endoscopias y 77 esofagogramas. 36 enfermos, 32%, reconocieron síntomas al año de la cirugía; solamente 10, 9,1%, aquejaban síntomas típicos de reflujo. Entre las pruebas realizadas se encontraron un 68% de casos con valores de DeMeester inferiores a 14,72, un 72% con tiempo de exposición al ácido menor de 4,5%, un 70% de pacientes con recuperación del tono del esfínter esofágico inferior y un 100% de resolución de las alteraciones endoscópicas. Los pacientes con peores resultados pHméticos fueron los que tenían previamente pHmetría más patológica, con mayor porcentaje de

tiempo de exposición al ácido y esfínter más hipotensivo. No hubo relación entre el resultado de la cirugía y la técnica empleada, las alteraciones endoscópicas previas, el esófago de Barrett o el tiempo de evolución de la enfermedad.

Hubo 3 reintervenciones, 1 por migración, 1 por disfagia y 1 por hernia paraesofágica.

Conclusiones: En nuestra población es difícil obtener una evaluación objetiva del resultado de la cirugía antirreflujo. Clínicamente, el resultado es satisfactorio para más del 90% de los pacientes; sin embargo, la evaluación pHmética y manometrífica desciende estos valores al 70%.

O-287

SEGUIMIENTO DEL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO NO RESECIDO TRAS ESTADIAJE LAPAROSCÓPICO DE M1

J. Osorio Aguilar, J. Rodríguez Santiago, J. Camps Lasa, E. Veloso Veloso, C. Marco Molina
Hospital Mutua de Terrassa, Terrasa.

Objetivo: Analizar la supervivencia y la necesidad de procedimientos paliativos (cirugía, técnicas endoscópicas y radiológicas) en los pacientes afectos de adenocarcinoma gástrico con diseminación intraabdominal diagnosticada por laparoscopia de estadioje tras estudio preoperatorio de extensión radiológico negativo.

Material y método: De enero 1998 a diciembre 2005 han sido intervenidos 160 pacientes por adenocarcinoma gástrico con intención curativa, tras estudio preoperatorio negativo (TAC abdominal y RX de tórax). Se recogieron los datos de forma prospectiva. Se practicó laparoscopia de estadioje previa a la intervención en 107 pacientes (66,9%), apreciando enfermedad diseminada abdominal en 22 (20,6%). De los 53 pacientes a los que no se realizó laparoscopia, 11 presentaron M1 inoperadas (20,8%). Los pacientes no intervenidos fueron candidatos a quimioterapia sistémica.

Resultados: Tras la laparoscopia diagnóstica de enfermedad diseminada, no se realizó ningún gesto quirúrgico en 17 pacientes (77,3%); en 3 se practicó una gastrectomía paliativa (13,6%); en un enfermo se realizó una derivación gastroyeyunal; y una yeyunostomía en otro. Ninguno de los 17 enfermos a los que no se realizó ningún gesto quirúrgico precisó una cirugía posterior, aunque en tres de ellos se colocó una prótesis endoscópica para paliar una obstrucción. La supervivencia media de los pacientes en los que no se resecó el tumor fue de 11,55 meses para los diagnosticados por laparoscopia y de 4,75 meses por laparotomía. En los pacientes gastrectomizados la supervivencia media fue de 4 meses.

Conclusiones: El estadioje laparoscópico evita laparotomías innecesarias y selecciona pacientes para terapias adyuvantes. La supervivencia de los enfermos con cáncer gástrico diseminado es pobre, y no mejora con resecciones paliativas. En la mayoría de los casos, las complicaciones pueden resolverse sin necesidad de cirugía.

O-288

¿ES POSIBLE CONSEGUIR UNA MORBIMORTALIDAD POSTOPERATORIA EN LA GASTRECTOMÍA CON LINFADENECTOMÍA D2 SEMEJANTE A LA OBTENIDA POR LOS AUTORES JAPONESES?

A. Díaz de Liaño, C. Yáñez, C. Artieda, S. Zegarra, E. Olivera, L. Flores, I. Romeo y H. Ortiz
Hospital Universitario Virgen del Camino, Pamplona.

Desde hace varias décadas se conocen los trabajos procedentes de Japón que comunican resultados muy superiores a los de Occidente en el tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico, fundamentalmente al asociar la linfadenectomía avanzada.

Objetivos: Estudiar si se pueden conseguir resultados quirúrgicos semejantes, en lo referente a morbilidad y mortalidad postoperatorias, en relación con el factor cirujano y la aplicación del protocolo de trabajo de una Unidad Esófago-gástrica.

Material y métodos: Estudio prospectivo de 126 casos consecutivos de cáncer gástrico resecados con intención curativa y linfadenectomía D2. Se excluyen los tumores gástricos diferentes a los adenocarcinomas, así como los casos con otros tumores malignos. Se aplicó nuestro protocolo de prevención de complicaciones.

89 varones y 37 mujeres, con edades entre 36 y 84 años. 75,3% gastrectomía total y 24,6% subtotal. 78,5% R0 y 21,4% R1. Tipo de Lauren: 61,1% intestinal, 33,3% difuso, 5,5% indeterminado. Localización: 28,6% tercio superior, 28,6% medio, 39,6% inferior, 3,1% muñón gástrico. Media de ganglios extirpados: 32,9 por caso. Estadificación: Estadio 0: 6 casos, IA: 22, IB: 28, II: 13, IIIA: 22, IIIB: 12, y IV: 23.

Resultados: Se presentaron complicaciones postoperatorias en 37 pacientes (29,4%). En total, 61 complicaciones. De ellas 13 respiratorias (10,3%). Dehiscencias de anastomosis: 4 casos (3,1%). Reintervenciones quirúrgicas: 13 casos (10,3%).

Mortalidad postoperatoria de la serie: 2 casos (1,6%). Mortalidad de la gastrectomía subtotal 0%, y de la total 2,1%. Mortalidad de la dehiscencia 0%.

Conclusiones: Los resultados quirúrgicos de esta serie nos demuestran la posibilidad de realizar la gastrectomía D2 por cáncer gástrico con una morbilidad postoperatoria semejante a la comunicada por los autores orientales.

O-289

VALORACIÓN INICIAL DEL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE EN LA CIRUGÍA DEL CÁNCER GÁSTRICO

V. Navarro Aguilar, R. Martí Obiol, R. López Mozos, I. Chirivella, A. Cervantes Ruipérez, B. Flor Civera, V. Martí Martí y S. Lledó Matoses
Hospital Clínico Universitario, Valencia.

El enfoque actual del tratamiento del CG pasa por realizar un tratamiento neoadyuvante (TNA) tanto con quimioterapia (QT) como con quimiorradioterapia (Q-RT). El principal inconveniente que se asocia con estos tratamientos es el posible aumento de la dificultad de la cirugía y de la aparición de complicaciones en el postoperatorio. Exponemos nuestra experiencia tras el inicio de un programa de tratamiento neoadyuvante en el CG localmente avanzado.

Material y método: Analizamos los pacientes diagnosticados de CG en nuestro servicio en el período febrero 2003 a febrero 2006. El diagnóstico se realiza mediante endoscopia y biopsia y el estudio de extensión mediante TAC toracoabdominal y ecoendoscopia. La indicación de realizar tratamiento neoadyuvante se establece en los casos considerados como localmente avanzados (estadios superiores a T₂ y todos los N₊). Las variables analizadas son: tipo de tratamiento administrado, valoración de resultado del mismo, tratamiento quirúrgico empleado, nivel de linfadenectomía, ganglios aislados, desarrollo de complicaciones (médicas o quirúrgicas) en el postoperatorio.

Resultados: Se trata de 49 pacientes (44V y 5M) con edad media de 66 ± 12,9 años (rango 35-93). Se indicó tratamiento neoadyuvante en 18 casos (estadios II: 3 casos; IIIA: 10; IIIB: 2 y IV: 3). En 6 casos se administró un esquema de Q-RT y en los 12 restantes QT. En 11 casos (61,1%) se apreció una reducción tumoral y en 9 (50%) se aprecia una disminución del estadio patológico con respecto al clínico (down staging), siendo más efectivo el esquema de QT (QT: 8 de 12 casos; Q-RT 3 de 6 casos). De los casos con tratamiento neoadyuvante en 13 se realizó cirugía considerada como curativa y en 7 de estos una linfadenectomía D2. No apreciamos diferencias en cuanto al desarrollo de complicaciones postoperatorias al comparar los pacientes con que recibieron TNA con los que no recibieron. Sí se aprecian diferencias al analizar el tiempo quirúrgico, con una mayor duración de la cirugía en el grupo de TNA. Tampoco se observan diferencias en el número de ganglios aislados.

Conclusiones: El tratamiento neoadyuvante en el CG permite realizar una cirugía curativa con linfadenectomía correcta, sin aumentar la morbilidad.

O-290

ANÁLISIS DE LA CORRELACIÓN DEL ESTADIO CON LA SUPERVIVENCIA EN EL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

J. García Del Caño, J.M. Tenias, J. Aguiló Lucía, M. Garay Burdeos, C. Muñoz, L. Minguet Mocholí, J. Torró Richart, M. Jordá Richard y J. Medrano
Hospital Lluís Alcanyís, Xàtiva.

Objetivo: Analizar la correlación del estadiaje anatomo-patológico (pT y pN) del adenocarcinoma gástrico con la supervivencia.

Material y métodos: Se incluyeron los pacientes intervenidos de adenocarcinoma gástrico durante el período comprendido entre Enero de 1985 y Diciembre de 2002. Las variables analizadas fueron el grado de afectación parietal (pT), el grado de afectación ganglionar (pN), distinguiendo el número de adenopatías extirpadas y el número de casos con más de un 20% de adenopatías afectas, y el estadio según la 5^a Edición de la UICC. La descripción de la supervivencia para toda la cohorte se realizó con una curva de supervivencia por el método de Kaplan-Meier. La relación entre cada variable explicativa y el tiempo de supervivencia se analizó con la prueba de log-rank y finalmente se construyó un modelo multivariante mediante regresión de Cox. La relación se resumió por el "Hazard ratio".

Resultados: De 207 pacientes con adenocarcinoma gástrico se resecaron 172 (82,6%). Se realizó gastrectomía total en 85 casos (49,4%) y linfadenectomía D2 en 89 casos. La intención fue curativa en el 85,8% de los casos. El número de adenopatías extirpadas fue: menor o igual a 15 en el 50,6%, de 16 a 25 en el 30% y mayor de 25 en el 19,4% de los pacientes. En el 53,5% de los casos más del 20% de las adenopatías extirpadas estaban infiltradas. Los resultados del pTNM fueron: pT1 26 casos (15%), pT2 22 (12,7%), pT3 100 (58,4%) y pT4 24 (13,9%); pN0 46 (26,7%), pN1 64 (37,2%), pN2 45 (26,2%) y pN3 17 (9,9%). Por estadios: I 9,3%, II 11,1%, III 42,5% y IV 37,2%. En el análisis bivariante, las variables dependientes del tumor que mostraron asociación con la supervivencia fueron el grado de afectación parietal, la afectación ganglionar, el porcentaje de adenopatías afectas y el estadio tumoral ($p < 0,0001$ en cada una de ellas). En el estudio multivariante, un estadio igual o superior a II y un porcentaje de adenopatías afectas superior al 20% supusieron al menos triplicar el riesgo de fallecer (Estadio II: HR = 3,07; IC 95%: 0,84-11,16; Estadio III con más de 20% de adenopatías afectas: HR = 10,10; IC 95%: 3,14-32,49; Estadios II/III con menos de 20% de adenopatías afectas: HR = 3,26; IC 95%: 0,98-10,91).

Conclusiones: En relación a la supervivencia de los pacientes intervenidos por adenocarcinoma gástrico, el modelo más parsimonioso aglutina en una misma categoría a los pacientes en estadio II y a los de estadio III con menos de un 20% de adenopatías afectas. Estas dos variables se pueden combinar en una sola, reduciendo el número de categorías sin obtener pérdida de información significativa.

O-291

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA NEOPLASIA DE ESÓFAGO. MORBIMORTALIDAD ASOCIADA A LAS DIFERENTES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS

A. García Ruiz de Gordejuela, L. Farran Teixidor, C. Bettonica Larrañaga, H. Aranda Danso, S. Lamas Moure, M. Miró Martín, N. Gómez Romeu, L. Losa Bidegain, M. Sans Segarra y A. Rafecas Renau
Hospital Universitari de Bellvitge, Hospital de Llobregat.

Introducción: La neoplasia de esófago es una de las patologías gástrintestinales que peor pronóstico presenta. La cirugía es uno de los mejores tratamientos que se puede ofrecer. Existen todavía discrepancias sobre la técnica quirúrgica a realizar, en cuanto a morbilidad asociada y también respecto al pronóstico de la enfermedad.

Material y métodos: Desde noviembre de 1999 se recogen de forma prospectiva todas las neoplasias esofágicas intervenidas en este Centro. Se estudian los factores relacionados con antecedentes personales, técnica quirúrgica y morbi-mortalidad relacionada con la intervención. Para el análisis estadístico se utiliza la prueba de la chi-cuadrado para las variables cualitativas y la U de Mann Whitney para las cuantitativas.

Resultados: En el período de tiempo estudiado se han intervenido 55 pacientes por neoplasia de esófago. De ellos 50 son hombres (90,9%) y la edad media de los enfermos es de 60,05 años (rango 30 a 80 años). La disfagia (27 casos) seguida de la pirosis (27 casos) y el síndrome tóxico (24 casos) son la sintomatología más frecuente. En un 32,7% (18 pacientes) se asocia con diagnóstico de Barrett. En la mayoría de los pacientes la Anatomía Patológica informa de un adenocarcinoma (34 pacientes, 61,8%), siendo el estadio III el más frecuentemente encontrado (T3N1). En el 75% de los casos se ha realizado la intervención de Ivor-Lewis con linfadenectomía torácica estándar y abdominal D2. En el 75% de los pacientes intervenidos se ha encontrado morbilidad asociada, siendo la más frecuente el derrame pleural (45,5%, 25 pacientes) segui-

do de la fiebre (23,6% 13 pacientes). El número de fistulas diagnosticada es de 5 (9,1%). Se han tenido que reintervenir 4 enfermos (7,3%). La mortalidad postoperatoria ha sido del 10,9% (6 enfermos). Comparando el Ivor-Lewis y la cirugía transhiatal ambos grupos son homogéneos en cuanto a antecedentes personales, forma de presentación y tipo de neoplasia. Aunque la morbilidad es superior en las resecciones transhiatales (78,57%, 11 casos frente a 73,17%, 30 casos), no hay diferencias significativas ($p = 0,494$). Si que hay diferencias significativas en la mortalidad que es de 4 y 2 pacientes respectivamente ($p = 0,031$); observándose en la serie que no ha habido éxitus en los últimos 15 meses. Aunque la estancia media es ligeramente superior en la Ivor-Lewis (23,78 frente a 20,07 días), la diferencia no es significativa ($p = 0,208$).

Conclusiones: La intervención de Ivor Lewis aunque es más agresiva presenta una menor morbi-mortalidad perioperatorias. Se precisa completar el estudio con seguimiento a largo plazo para valorar si esta mayor agresividad se corresponde con mejoría en la calidad de vida y en la supervivencia.

O-292

RESULTADOS DE SEGURIDAD Y EFECTIVIDAD DE LAS GASTRECTOMÍAS REALIZADAS ENTRE 1994 Y 2005

J.M. Vitorres López, I. Díez Del Val, C. Martínez Blázquez, V. Sierra Esteban, J. Valencia Cortejoso y L. Gómez-Acedo Bilbao
Hospital Txagorritxu, Vitoria.

Introducción: Hemos analizado los resultados de seguridad (complicaciones perioperatorias) y efectividad (supervivencia a 5 años) de las gastrectomías por cáncer realizadas en nuestro Servicio entre 1994 y 2005.

Material y métodos: Entre enero de 1994 y diciembre de 2005, hemos intervenido a 306 pacientes (67% varones) con una edad media de 67 años (Rango: 26-93). La localización del tumor fue la siguiente: 44 (14,4%) en fundus, 76 (24,8%) en cuerpo, 163 (53,3%) en antró y 23 (7,5%) combinados, tipo linitis plástica. Se realizaron 150 gastrectomías totales y 156 subtotal, además de 9 pancreatectomías caudales, 36 esplenectomías, 12 colectomías segmentarias y 4 hepatectomías atípicas, cuando el tumor invadía directamente dichos órganos. Excepto si se trata de cirugía paliativa, realizamos una linfadenectomía D2, incluyendo según localización los niveles 1 (grupos 1 al 6) y 2 (7 al 11). Habitualmente, la reconstrucción se realiza en Y de Roux.

Resultados: La mortalidad operatoria fue de 5,6% (17 de 306) y la morbilidad del 31,4% (96/306): 24% quirúrgicas incluyendo 16 dehiscencias de la esófago o gastroyeyunostomía y otras tantas del muñón duodenal, así como 7% médicas. Precisaron reintervención 38 pacientes (12,4%), incluyendo 22 de las 32 dehiscencias citadas. En nuestra serie, la mortalidad se relacionó de manera estadísticamente significativa con la edad > 80 años. No aumentó la mortalidad, sin embargo, con el tipo de gastrectomía (total vs subtotal), la esplenopancreatectomía, la extensión de la linfadenectomía o la intencionalidad paliativa o curativa de la intervención. El número medio de ganglios obtenidos por paciente fue de 19,8, con un 59% de los casos con ≥ 15 , es decir, correctamente estudiados.

La supervivencia global a 5 años fue del 37%. Si comparamos los pacientes con más o menos de 15 ganglios linfáticos, la supervivencia a cinco años en el Estadio II varía entre el 65 y el 49%, y en el IIIA entre el 44 y el 5%, lo cual se debe sobre todo a un correcto estadiaje y, tal vez, al valor terapéutico de la linfadenectomía.

Conclusiones: La gastrectomía representa el tratamiento de elección del cáncer gástrico, con una morbimortalidad aceptable. Es preciso el esfuerzo conjunto de anatopatólogos y cirujanos para obtener el número de ganglios que permita un estadiaje y un pronóstico adecuados.

O-293

VALORACIÓN CON EL O-POSSUM DE LA MORTALIDAD EN ESOFAGUECTOMÍA POR CÁNCER

L. Sanz Álvarez, J. García Noval, N. Gutiérrez Corral, A. Suárez Álvarez, S. Del Valle Ruiz, J.J. González González, F. Navarrete Guijosa y E. Martínez Rodríguez
Hospital Universitario Central de Asturias. Universidad de Oviedo, Oviedo.

Introducción: El O-POSSUM es una escala de valoración del riesgo de mortalidad para cirugía esofagogástrica basado en parámetros preo-

peratorios y en el tipo de intervención. La esofaguestomía por cáncer es una cirugía que conlleva una mortalidad no despreciable y en la que es muy importante la buena selección preoperatoria de los pacientes.

Pacientes y métodos: Entre enero de 1987 y diciembre de 2004 intervinimos a 163 pacientes con cáncer de esófago y cardias por vía transhiatal o con la técnica de Ivor-Lewis, con recogida prospectiva de los datos clínicos, analíticos, patológicos y quirúrgicos. Aplicamos retrospectivamente el O-POSSUM a esta serie de pacientes con la intención de medir nuestros resultados de acuerdo a un sistema universalmente validado.

Resultados: La localización tumoral más frecuente fue el tercio medio esofágico (71 pacientes, 43,6%), con un 57,1% de tumores epidermoides. Se realizó esofaguestomía trastorácica en 138 casos (84,7%), con intención curativa en 102 (62,6%). El estadio tumoral fue: I = 12, IIA = 37, IIB = 13, III = 61, IV = 40. Tuvieron complicaciones postoperatorias 100 pacientes (61,3%) y fallecieron 19 (11,7%). La mortalidad esperada fue del 9,9% (16 pacientes), sin diferencias significativas con la mortalidad observada. La estratificación del riesgo de mortalidad según el O-POSSUM en grupos de riesgo bajo (de 0- a 10% de mortalidad), medio (10-20%) y alto (mayor del 20%) mostraba una mortalidad esperada de 5, 6 y 4 pacientes respectivamente, frente a la mortalidad observada de 10, 8 y 1 paciente. Los tres grupos de riesgo de mortalidad diferían en la edad, siendo más jóvenes los pertenecientes a los grupos de riesgo bajo y medio ($p = 0,001$).

Conclusiones: La mortalidad observada en nuestra serie es superior a la esperada aplicando la escala O-POSSUM, a expensas de un aumento de mortalidad en los grupos de riesgo bajo y medio. Sin embargo, el grupo de alto riesgo tiene una mortalidad 4 veces inferior a la esperada. El peso relativo otorgado a la edad en el O-POSSUM es superior a la influencia real de la edad de los pacientes sobre la mortalidad.

PÓSTERS

7 NOVIEMBRE 2006

PATIO COMENDADOR/ SALA ESCUDO P 047 – 062

P-047

TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL LEIOMIOMA ESOFÁGICO: ANÁLISIS DE NUESTRA EXPERIENCIA

P. Priego Jiménez, E. Lobo, G. Rodríguez, N. Alonso, M.A. Gil Olarte, J. Cabañas, N. Losa, D. García Teruel, I. Moreno, J. Pérez de Oteyza y V. Fresnedo
Hospital Ramón y Cajal, Madrid.

Introducción: El leiomioma es el tumor benigno más frecuente del esófago. Tradicionalmente el tratamiento quirúrgico de estos pacientes consistía en la enucleación. El avance en las técnicas mínimamente invasivas ha provocado un aumento del abordaje endoscópico en detrimento de la cirugía abierta.

Objetivos: El objetivo del trabajo fue comparar los resultados obtenidos por vía abierta y por vía laparoscópica en este tipo de patología.

Material y métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de los leiomiomas intervenidos en nuestro centro entre 1986-2004, obteniéndose 9 leiomiomas esofágicos. Cuatro eran mujeres y cinco varones, con unas edades comprendidas entre los 40-70 años, siendo la edad media de 53,5 años. Los síntomas más frecuentes eran pirosis (5 casos), disfagia (3 casos) y dolor retroesternal (3 casos). El tratamiento quirúrgico fue en todos los casos la enucleación. En cinco pacientes se realizó un abordaje abierto (3 toracotomías y 2 laparotomías) y en 4 casos se realizó una laparoscopia (2 toracoscopias y 2 laparoscopias).

Resultados: La estancia hospitalaria postoperatoria oscila entre los 2-8 días, con una media de 5,12 días, siendo esta menor en el grupo en el que se realizó cirugía laparoscópica en comparación con el grupo de cirugía abierta (3,25-7 días). No existe ningún caso de perforación de la mucosa esofágica ni de reconversión. Tampoco se describe ningún caso de mortalidad, complicación intraoperatoria ni de recidiva tumoral. Dos pacientes presentan algún tipo de complicaciones: dolor torácico post cirugía, obstrucción intestinal por bridas 8 años después de la cirugía.

Conclusión: La enucleación es un procedimiento fácilmente realizable y constituye el tratamiento de elección del leiomioma esofágico. Actualmente el abordaje debe ser laparoscópico. Somos partidarios del cierre de la muscular y bajo nuestro punto de vista la biopsia preoperatoria no está indicada.

P-048

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO DEL CÁNCER ESOFÁGICO EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS

M. Flores Cortes, M. Flores, Z. Valera, E. Romero, R. Jiménez, J.M. Suárez, D. Domínguez, F. Ibañez, A. Vázquez, J.M. Hernández de la Torre y F. Alcántara

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Nuestro objetivo es analizar el tipo de tratamiento ofertado en nuestra Unidad a los pacientes en los últimos 5 años.

Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo en el que analizamos a 158 pacientes diagnosticados de cáncer de esófago tratados en nuestra Unidad entre enero del 2000 y diciembre del 2005. En este estudio hemos analizado los resultados anualmente en relación con las siguientes variables: numero de pacientes diagnosticados, edad media, sexo, variedad histológica por sexo, número de pacientes intervenidos con intención curativa, o mediante cirugía paliativa (prótesis, yeyunostomías o gastrostomías de alimentación), pacientes no operados (prótesis endoscópica, tratamiento oncológico, tratamiento médico/radioterápico).

Resultados: Presentamos una tabla que resume los resultados obtenidos durante los 6 años del estudio. Se diagnosticaron 158 pacientes con tumores esofágicos, predominando el tumor epidermoide (74%) frente al adenocarcinoma. La edad media es de 62 años \pm 1 año, con una mayor incidencia en hombres (86%). El 36,07% de los pacientes fueron candidatos a tratamiento quirúrgico pero sólo al 18,45% de esos pacientes se les realizó una cirugía con intención curativa.

Año	NºT	H	M	Ep.	Ade.	P.Int	C.Cu	Y/G	Cel	P.N	Int	Med	Prot	Onc
2000	27	27	0	22	5	8	0	5	3	15	5	1	9	
2001	36	28	8	25	11	14	7	5	2	22	3	4	15	
2002	25	23	2	21	4	8	5	2	1	17	2	3	12	
2003	27	24	3	20	7	7	5	1	1	20	1	2	17	
2004	20	19	1	14	6	9	5	2	2	11	2	2	7	
2005	23	15	8	15	8	11	7	2	2	12	3	3	6	

NºT: total de pacientes. H: hombres. M: mujeres. Ep: Epidermoide. Ade: Adenocarcinoma P.Int: Pacientes intervenidos C. Cu: cirugía curativa. Y/G: yeyunostomía/Gastrostomía. Cel: Celestín. P.N.Int: Pacientes no intervenidos Med: tratamiento médico. Prot: Protésis endoscópica. Onc: Quimioterapia/Radioterapia.

Discusión: Hemos observado en nuestra serie un aumento de la proporción de pacientes que han podido beneficiarse de una cirugía potencialmente curativa al presentar un estadio menos avanzado. Este tumor sigue predominando más en varones. El tipo histológico más frecuente es el epidermoide aunque evidenciamos un aumento progresivo del adenocarcinoma en nuestra serie. El aumento de la supervivencia dependerá, por tanto, de la posibilidad de realizar una resección tumoral completa por lo que sólo los pacientes con neoplasias localizadas y con un riesgo aceptable podrán beneficiarse de una cirugía radical curativa.

P-049

TUMORES ESTROMALES GÁSTRICOS. OPCIONES TERAPÉUTICAS SEGÚN SU POTENCIAL MALIGNO

L.E. Escudero Almazán, P. Del Moral Ramírez, A. Durán Porta, P. Viella Reglà, M. Gratacós Teixidor, F. Vasco Rodríguez, J. Antón Lugo, J. Gelonch Romeo y E. Quintanilla Muñoz

Hospital de Palamós, Girona.

Objetivo: Descripción de una serie de pacientes con tumores del estroma (GIST) gástricos, poniendo de manifiesto las diferencias en su manejo, terapéutica y pronóstico.

Material y métodos: Evaluación retrospectiva y descriptiva de 3 pacientes con GIST gástricos, que se intervinieron en nuestro Servicio entre Octubre del 2003 y Diciembre del 2005.

Resultados: Caso 1: Varón de 53 años, con epigastralgias de años de evolución. Se realizó endoscopia (FEG) que halló lesión polipoidea ulcerada en cara anterior de cuerpo gástrico. La biopsia fue compatible con GIST. El TC abdominal y la ecocendoscopia no encontraron diseminación neoplásica. El paciente fue intervenido, realizándose gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux. El postoperatorio fue correcto. La Anatomía patológica (AP) informó de GIST gástrico potencialmente agresivo (4,5 cmms de diámetro, con más de 15 mitosis x 10 campos). Al año de seguimiento, se diagnosticó con TC abdominal y PAAF de metástasis hepáticas múltiples (> 6) en lóbulo hepático izquierdo. Se inició tratamiento con imatinib, observando una respuesta completa en el TC-PET, sin recidivas loco-regionales ni a distancia, por lo que fue reintervenido en el H⁴ J Trueta de Girona, practicándose hepatectomía izquierda ampliada (complicada con abscesos hepáticos y empiema). Tras 30 meses de evolución, el enfermo sigue tratamiento con imatinib sin signos de recidiva.

Caso 2: Mujer de 67 años, con antecedentes de hepatopatía por virus de hepatitis C y cílicos hepáticos por colelitiasis. En una ECO de control se halló nódulo perigástrico, que en el TC se diagnosticó de tumoración extrínseca de cara anterior gástrica. La FEG halló una lesión submucosa (biopsias negativas). La paciente fue intervenida, practicándose colecistectomía laparoscópica y resección atípica gástrica laparoscópica con endoGIAs. El postoperatorio cursó sin complicaciones. La AP informó de GIST con *bajo riesgo* de malignidad (3 cmms de diámetro con 1 mitosis x 50 campos). A los 9 meses de la intervención, no presenta recidivas.

Caso 3: Mujer de 75 años, que sufrió episodio de colecistitis aguda litiasica, hallándose incidentalmente en la ECO y TC tumoración gástrica de gran tamaño en cara posterior. La FEG halló una lesión submucosa de gran tamaño (biopsias negativas). La paciente se intervino (laparoscopia reconvertida a laparotomía, por plastrón perivesicular con empiema) Se practicó una colecistectomía difícil y una gastrectomía subtotal con reconstrucción en Y de Roux, sin complicaciones. La AP informó de GIST con potencial maligno incierto (8,7 cmms de diámetro con 2 mitosis x 50 campos). A los 6 meses de la intervención, no se observan recidivas y se ha propuesto a la paciente adyuvancia con imatinib dentro de un ensayo clínico.

Conclusiones: En nuestra corta serie predominan los hallazgos incidentales de GIST en pacientes asintomáticos u oligosintomáticos. Como se observa en estos 3 casos, los GIST gástricos comprenden un variado espectro de formas clínicas que dependen del potencial maligno de la tumoración, por lo que el tratamiento debe individualizarse con un enfoque multidisciplinario entre anatopatólogos, cirujanos y oncólogos.

P-050

ADENOCARCINOMA PRIMITIVO DE INTESTINO DELGADO CON PRESENTACIÓN DE NOVO

M. Bruna Esteban, P. Galindo, A. Salvador, J.V. Roig, C. Redondo y C. Sancho

Consortio Hospital General Universitario, Valencia.

Introducción: El adenocarcinoma de intestino delgado es un tumor muy infrecuente, que constituye únicamente el 0,5 % de las neoplasias diagnosticadas a nivel gastrointestinal. Muchas de estas neoplasias son secundarias a metástasis de carcinomas en otras localizaciones (pulmón, cervix, hipofaringe, etc.) o aparecen asociadas a distintas patologías intestinales como la enfermedad de Crohn, la poliposis adenomatosa familiar, la fibrosis quística y el esplenomegalia entre otras, siendo el adenocarcinoma primitivo de intestino delgado con aparición *de novo* muy raro.

Objetivo: Revisar la bibliografía y los casos de adenocarcinoma primitivo de intestino delgado diagnosticados en nuestro servicio.

Pacientes y diseño: Estudio retrospectivo y descriptivo de los 4 casos diagnosticados e intervenidos durante los años 2.000 a 2.005 en nuestro servicio.

Resultados: Incluimos 2 varones y 2 mujeres con una edad media de 66 años. La clínica fue inespecífica, con cuadros de suboclusión, dolor abdominal, hemorragia digestiva, anemia microcítica y síndrome constitucional. Las pruebas complementarias realizadas fueron un tránsito gastrointestinal, una endoscopia y tomografía computarizada abdominal, siendo variable su rentabilidad según la localización y tamaño tumoral. Todos los pacientes se presentaron con estadios localmente avanzados. La cirugía realizada fue la resección segmentaria intestinal con linfadenectomía, desestimándose la realización de una duoden-

pancreatectomía cefálica en uno de localización duodenal por el mal estado del paciente. Un caso falleció en el postoperatorio por una sepsis y fracaso multiorgánico. Únicamente uno de los pacientes sobrevive libre de enfermedad tras 2 años de seguimiento.

Conclusiones: El adenocarcinoma primitivo de intestino delgado es una entidad infrecuente en nuestro medio. La exérésis quirúrgica es la única técnica potencialmente curativa, aunque debido a la clínica inespecífica y el retraso diagnóstico, los pacientes presentan estadios muy avanzados cuando son intervenidos y la supervivencia global es baja.

P-051

TUMOR ESTROMAL MEDIASTÍNICO

D. Troyano Escrivano, E. Fernández, J.M. Sastre, P. López de Castro, M.I. Ojanguren, J. Fdez-Llamazares y M.A. Broggi

Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción: Los tumores estromales gastrointestinales son una estirpe tumoral caracterizada por la presencia de las proteínas CD34 y c-Kit. Su frecuencia en el tracto digestivo es menor al 5% del total de tumores gastrointestinales siendo su localización mediastínica < 5% del total de tumores estromales.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico de un varón de 65 años de edad sin antecedentes de interés que inicia un cuadro de disfagia diagnosticándose una tumoración submucosa que ocupa los tercios medio e inferior del mediastino.

Resultados: La tumoración se estudia mediante TGED, TC Tóraco-abdominal. RMN torácica. Ecografía transesofágica y punción biopsia diagnosticándose de un tumor GIST esofágico. Se realiza tratamiento quirúrgico a través de laparotomía más toracotomía derecha con resección esofágica y reconstrucción mediante gastroplastia intratorácica según Lewis. Las características del tumor (tamaño superior a 15 cm y elevado número de mitosis por campo) establecen su mal pronóstico y obligan a tratamiento adyuvante.

Conclusión: Los tumores estromales gastrointestinales son poco frecuentes y su pronóstico es independiente de su localización, estando directamente relacionado con la cirugía R0 y los criterios de malignidad

P-052

THE ADDITION OF ENDOSCOPIC ULTRASOUND TO THE ROUTINE STAGING OF PATIENTS WITH OESOPHAGO-GASTRIC MALIGNANCY REDUCES THE NUMBER OF PATIENTS UNDERGOING OPEN AND CLOSE LAPAROTOMY

N. Jennings, J. Sultan, K. Wynne, S. Preston, D. Karat, N. Hayes y S. Griffin

Northern Oesophago-Gastric Cancer Unit, New castle Upon Tyne. (UK).

Aim: To evaluate the effect of endoscopic ultrasound (EUS) in the staging of oesophago-gastric cancer patients, in terms of the proportion of patients that subsequently underwent an open and close laparotomy or R2 resection.

Methods and patients: Prospectively collected data from 840 patients (511 oesophageal, 329 gastric) presenting from 1993 to 2004 were analysed. 437 patients underwent EUS as part of their staging regime. Results compared patients staged with or without EUS. Analysis with regard to the number of patients that underwent an open and close laparotomy or an R2 resection for all patients with oesophago-gastric cancer is presented.

Results: The addition of EUS to the staging of oesophago-gastric cancer patients was associated with a significant reduction in the proportion of patients that underwent an open and close laparotomy or R2 resection (13.1% to 7.1% ($p = 0.004$)) and (9.7% to 5.0% ($p = 0.01$)). Subgroup analysis for gastric cancer showed a reduction in the laparotomy only rate (16.9% to 7.1% ($p = 0.01$)). No significant change was seen for R2 resections. Similar subgroup analysis for oesophageal cancer patients failed to demonstrate any effect with the addition of EUS.

Analysis of data following the introduction of helical CT scanning revealed the same pattern with a reduced laparotomy only rate seen for gastric cancer patients (36% vs. 8% ($p = 0.024$))

Conclusions: The inclusion of EUS in the staging protocol for gastric cancer significantly reduces the number of patients with potentially curable tumours who subsequently undergo an open and close laparotomy.

P-053

EARLY GASTRIC CANCER PRESENTS WITH DYSPEPSIA

N. Jennings, J. Sultan, S. Preston, D. Karat, N. Hayes y S. Griffin
Northern Oesophago-Gastric Cancer Unit, Newcastle upon Tyne, (UK).

Objectives: There has been considerable recent controversy about the referral guidelines for patients complaining of upper GI symptoms requiring upper GI endoscopy. We aimed to review the cohort of patients treated in our unit with EGC with reference to their previous treatment and reported symptoms.

Methods and patients: Patients were identified via the prospectively collected unit database. The medical notes were reviewed and the presenting complaint, duration of symptoms, previous treatment and H.pylori status recorded.

Results: 87 patients were diagnosed as having an EGC and this was confirmed histologically on resection in 79 patients. 8 patients did not undergo operation as a result of poor fitness. Of the operative cohort the mean age was 68.5 years (30-89) with 10% of the cohort being less than 55 at the time of diagnosis.

60.9% of patients were H.pylori negative and 62.1% had been treated with a PPI or H2 antagonist prior to endoscopy. 70% of the patients presented with dyspepsia alone. 67% of patients reported their symptoms had been present for less than six months.

Increasing depth of invasion was associated with lymph node metastasis with 5% of mucosal lesions having lymph node involvement compared to 44% of sub-mucosal lesions ($P = 0.016$)

Conclusion: Dyspepsia alone is the predominant presenting complaint of the majority of patients with early gastric cancer. This condition can only reliably be diagnosed by endoscopy and it is therefore essential that patients presenting with new onset dyspepsia be appropriately investigated. Progression from mucosal to sub-mucosal invasion is an associated with increased lymph node metastasis.

P-054

LONG TERM SURVIVAL FOLLOWING SURGERY FOR OESOPHAGO-GASTRIC MALIGNANCY

N. Jennings, J. Sultan, K. Wynne, S. Preston, D. Karat, N. Hayes y S. Griffin
Northern Oesophago-Gastric Cancer Unit, Newcastle upon Tyne, (UK)

Aims: There is limited published data regarding long-term results following surgery and radical lymphadenectomy for upper GI cancer in the UK population, we present a consecutive series of 128 patients treated by a single surgeon with surgery alone between 1990 and 1994 with complete ten year follow up.

Methods and patients: Prospectively compiled data was stored on the unit database. All patients who attended the unit during the given time period were analysed. Survival analysis was performed using life tables.

Results: Median survival was greater than 10 years for EGC and 3352 days for node negative oesophageal cancer. There was a single episode of late recurrence occurring greater than 5 years after surgery.

Oesophageal Stage	Number	5 Year Survival (%)	10 Year Survival (%)	Median Survival (Days)
0	1	0	0	1742
1	7	100	100	3657
2a	21	55	55	2477
2b	9	19	19	787
3	24	14	9.5	390
Overall	62	38	33	719
Gastric Stage				
0	3	100	100	3620
1a	6	100	100	3218
1b	7	100	100	3643
2	8	57	57	1178
3a	11	13	13	748
3b	3	0	0	897
4	6	0	0	360
Overall	44	48	48	1352

Conclusions: If complete surgical resection of the primary tumour and nodal disease is possible then surgery offers a long-term cure for early cancers. Late recurrence beyond five years is a rare occurrence.

P-055

BLOOD TRANSFUSION REQUIREMENTS IN OESOPHAGO-GASTRIC SURGERY

N. Jennings, J. Sultan, S. Davies, S. Preston, D. Karat, N. Hayes, Y.K.S. Viswanath y S.M. Griffin
Northern Oesophago-Gastric Cancer Unit, Newcastle upon Tyne, (UK).

Objectives: Historically transfusion rates following major upper GI resections have been in the order of 45%. The potentially need for transfusion has led to protocols for routine cross matching of blood pre-operatively in many units. Blood remains a scarce commodity in the NHS and its cost continues to increase. Advances in blood issuing now allow for rapid issuing of appropriate blood products from a previous group and save sample.

Methods and patients: To evaluate the role of not cross matching blood prior to Upper GI resections, database interrogation from prospectively compiled data on transfusion requirements was performed. A continuous case series of 522 resections from two centres was studied and a cost analysis performed.

Results: 9.8% of oesophagectomies (n = 26) and 12.7% of gastrectomies (n = 33) required an intra-operative transfusion ($p = 0.273$). Only 26 of the 522 resections required an intra-operative transfusion of greater than two units ($p < 0.01$). A total of 3147 units of blood were cross-matched of which only 171 (5.4%) were used during the operative period. The cost of cross matching unused blood was £22877.

Conclusions: Routine cross matching of blood products is not required prior to major upper GI surgery as the need for significant intra-operative transfusions is rare. Transfusion requirements are decreasing and in the advent of electronic cross matching and issuing of blood, to group and save patients is an alternative option. Units should undertake local audit and implement policy changes.

P-056

SÍNDROME DEL LIGAMENTO ARCUATO

V. Sierra Esteban, C. Martínez Blázquez, I. Díez del Val, J.M. Vitorres López, J. Valencia Cortejoso y L. Gómez-Acedo Bilbao
Hospital Txagorritxu, Vitoria.

Presentamos el caso de una mujer de 33 años con antecedentes de cirugía pélvica previa (apendicectomía abierta y anexitomía laparoscópica por endometrioma), estudiada por epigastralgia de un año de evolución, con ecografía, gastroscopia, tránsito intestinal baritado y TAC abdominal normales. Durante los últimos 3 meses, el dolor se hace de mayor intensidad y duración, de predominio postprandial y se acompaña esporádicamente de vómitos. La paciente se encuentra de baja laboral.

El estudio mediante angio-Resonancia magnética, posteriormente confirmado por arteriografía, muestra en las proyecciones laterales una estenosis segmentaria del tronco celíaco que aumenta en inspiración, con leve dilatación poststenótica, sin circulación colateral destacable ni otra patología, hallazgos compatibles con un síndrome compresivo del ligamento arcuato.

La paciente fue intervenida por laparotomía en febrero del presente año. Tras disechar la arteria coronaria gástrica, el ligamento arcuato se identifica adecuadamente introduciendo el dedo por el plano preaórtico desde la "V" de los pilares diafragmáticos del hiato esofágico. Se procede a su sección, simultáneamente con fibras del plexo solar, liberando el tronco celíaco desde su origen en la aorta.

El postoperatorio fue favorable, salvo por la presencia de vómitos incoercibles atribuidos a la sección del plexo, que precisaron la administración simultánea de Ondansetron, Dexametasona y Haloperidol.

La paciente se encuentra prácticamente asintomática a los 3 meses de la intervención.

P-057

NUESTRA EXPERIENCIA EN LA PERFORACIÓN DEL ESÓFAGO TORÁCICO

M. Segura Reyes, M.J. Álvarez Martín, A. Becerra Massare, A.M. García Navarro, A. Mansilla Rosello, M. Serradilla Martín, C. Moreno Cortes y J.A. Ferron Orihuela
Hospital Universitario Virgen de la Nieves, Granada.

Introducción: La perforación esofágica es infrecuente, su incidencia se está incrementando por el aumento de los procedimientos endoscópicos. La localización torácica es la más habitual. La instrumentación endoscópica constituye el 50%-75% de todas las etiologías. El retraso en el tratamiento constituye la principal causa de morbilidad. La radiología de tórax, tránsito esofágico y el TAC torácico constituyen los pilares del diagnóstico. La actitud terapéutica depende de la causa, localización y tiempo de evolución. Se han identificado a las primeras 24 horas como el intervalo aceptable para realizar tratamiento conservador o el cierre primario de la perforación, con o sin colgajo de refuerzo.

Objetivo: Evaluar nuestros resultados en la cirugía de la perforación del esófago torácico.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de una serie de 4 pacientes con perforación del esófago torácico, entre Enero del 2004 y Diciembre del 2006, a los que se les realizó esofaguestomía total con esofagostomía cervical, yeyunostomía de alimentación, lavado y drenaje mediastínico. Caso N°1: Varón de 61 años con antecedentes de cirrosis alcohólica y estenosis del tercio distal del esófago secundaria a esófago de Barret. Remitido por perforación del esófago torácico postdilatación endoscópica. Debido al retraso en el tratamiento y las malas condiciones locales del esófago con induración fibrotica y absceso pleural izquierdo se indicó esofaguestomía. Caso N° 2: Paciente de 82 años con antecedentes de HTA, DM que en el transcurso de una ECO-Endoscopia para estatificación de un proceso tumoral esofágico sufre perforación tumoral. Se realizó, dada la causa subyacente, esofaguestomía total con gastrectomía polar superior. Fue éxito a los dos años de la intervención por progresión tumoral. Caso N° 3: Varón de 55 años con antecedentes de dislipemia que sufre perforación del tercio distal del esófago por SD. Boerhaave. Se realiza al comprobar intraoperatoriamente la existencia de gran absceso mediastínico y perforación sobre base indurada, esofaguestomía total con buena evolución postoperatoria salvo fibrosis pulmonar residual. Caso N° 4: Paciente de 68 años con antecedentes personales de HTA, que ingresa de urgencias con cuadro clínico y radiológico compatible con perforación esofágica secundaria a espina de pescado. Se interviene precozmente encontrando una perforación lineal del esófago distal sin evidencia de mediastinitis por lo que se realizó sutura primaria y fundusplastica de Dor. Se reinterviene a los 6 días por dehiscencia de sutura, y se realiza esofaguestomía total con gastrectomía polar superior. Siendo éxito postquirúrgico por shock séptico y fracaso multiorgánico.

Resultados: En nuestra serie hemos tenido un caso de éxito postquirúrgico (25%) tras esofaguestomía total en un paciente reintervenido por fallo de la sutura primaria.

Conclusiones: El tratamiento de la perforación del esófago torácico debe individualizarse. Se puede realizar esofaguestomía total cuando no es posible la reparación primaria por las malas condiciones de la pared, por la presencia de una obstrucción distal no tratable o el fallo de una reparación primaria previa. A pesar de los avances en las técnicas quirúrgicas y los cuidados perioperatorios, la perforación del esófago torácico posee aún una alta morbilidad.

P-058

PREDICTORS OF OUTCOMES OF GASTRECTOMY FOR GASTRIC CANCER IN THE ELDERLY (> 75 YEARS)

K. Moorthy, N.S. Balaji, M. Seenath, M. Deakin y C.V.N Chevuru
University Hospital of North Staffordshire, Stoke on Trent (UK).

Background: There is very little data on the outcomes of patients undergoing gastrectomy for gastric cancer in the western world.

Aim: To identify the predictors of operative morbidity and mortality.

Methods: There were 201 gastrectomies performed for cancer in the period between 1997 and 2005 of which 80 were performed on patients

over 75 years of age. All resections were carried out by upper gastrointestinal surgeons.

Results: There were 47 men and 33 women with a median age of 80 years (range 75-89). Dyspepsia (30%), obstruction (23%), anaemia (18%) and bleeding (16%) were the common presenting features. 80% had elective resections while 20% underwent emergency surgery. 53% had significant co-morbidity of which 60% were cardio-respiratory. 70% were subtotal and 30% were total gastrectomies. In 45% of resections the surgeon considered the procedure to palliative. 80% of the resections were D1. The median lymph node harvest for D1 was 15 (Inter quartile range- 15) and for D2 resections was 27 (IQR). 47% of patients had significant post-operative morbidity. Cardio-respiratory and major surgical complications occurred in 40% and 15% of the patients respectively. The in-hospital mortality was 13%. On univariate and multivariate analysis pre-operative cardio-respiratory co-morbidity was the only significant predictor of post-operative morbidity ($p = 0.02$) while other important variables such as presenting symptoms, method of admission, ASA status, type and extent of resection were not significant. The type of resection (total vs sub-total) was the only significant predictor of post-operative mortality ($p = 0.01$). Of 121 concurrent resections in patients below 75 years of age the medical and surgical complication rates and mortality rate were 24%, 17% and 8% respectively.

Conclusion: Cardio-respiratory co-morbidity predicts post-operative morbidity in elderly patients undergoing gastrectomy and total gastrectomy is associated with a high mortality.

P-059

LA CIRUGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA COMO ALTERNATIVA TERAPÉUTICA EN EL MEGAESÓFAGO SECUNDARIO A ACALASIA DE LARGA EVOLUCIÓN

J. Camps Lasa, J. Rodríguez Santiago, J. Osorio Aguilar, I. Larrañaga Blanc, S. Sánchez Cabús, E. Veloso Veloso y C. Marco Molina

Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa.

Objetivo: El tratamiento quirúrgico recomendado en casos de megaesófago coloniforme secundario a acalasia de larga evolución es la esofagectomía. En circunstancias especiales se puede plantear una cirugía menos agresiva. Se presentan dos casos tratados con miotomía de Heller y funduplicatura de Dor laparoscópica valorando el seguimiento clínico y la necesidad de tratamientos adicionales.

Pacientes y métodos: CASO 1: mujer de 64 años, diagnosticada de acalasia desde hace 40 años. La fibrogastroscopia muestra gran dilatación esofágica. El tránsito objetiva gran dilatación del esófago torácico con disposición mediastínica lateral y afilamiento en punta de lápiz de la unión. El TC evidencia una marcada dilatación esofágica que provoca compresión pulmonar de LID y desplazamiento anterior de tráquea y carina. CASO 2: varón de 45 años, con acalasia de 6 años de evolución tratada con dilataciones endoscópicas ocasionales. La fibrogastroscopia y el tránsito esofagogastrico revelan gran dilatación del esófago con retención alimentaria. La manometría muestra alteración grave de la motilidad con 100% de ondas terciarias. Los pacientes solicitaron tratamiento con otra técnica menos agresiva, practicándose miotomía de Heller y funduplicatura de Dor laparoscópica. No hubo complicaciones postoperatorias. Se inició dieta sólida a las 48 h y fueron dados de alta a las 72 h.

Resultados: Durante el seguimiento del primer caso se observó al inicio un episodio de atrapamiento aéreo que se solucionó con sonda nasogástrica. Posteriormente ha presentado disfagia ocasional tolerando en todo momento la dieta sólida y líquida. Durante los 12 meses de seguimiento no ha requerido ningún tratamiento adicional. En el segundo caso se observó reflujo ocasional que se trató con IBP, no habiendo presentado disfagia ni dificultad de tránsito durante los 19 meses de seguimiento. Ningún paciente ha precisado tratamientos adicionales como dilataciones neumáticas, toxina botulínica o reintervención quirúrgica.

Conclusiones: La miotomía de Heller y funduplicatura de Dor vía laparoscópica es una opción terapéutica a tener en cuenta en casos evolucionados de acalasia en los que los pacientes rechazan la esofagectomía o ésta esté contraindicada.

P-060

NUESTRA EXPERIENCIA EN EL MANEJO DEL BEZOAR: UNA SERIE DE 78 CASOS

P. García Pastor, D. Moro Valdezate, G. Alcalá García del Río, J. García Armengol y F. Checa Ayet
Hospital de Sagunto, Sagunto.

Introducción: Bezoar es un conglomerado de fibras vegetales, pelos o concreciones de diferentes sustancias que se localizan a lo largo del aparato digestivo. Se han hecho relativamente frecuentes desde la introducción de la vagotomía troncular asociada al tratamiento de la úlcera péptica gastroduodenal.

Material y métodos: Estudio de una serie consecutiva de 78 pacientes afectos de bezoar gastrointestinal atendidos en nuestro servicio de cirugía, y análisis de los datos retrospectivos de la revisión de las historias clínicas: factores demográficos, antecedentes de riesgo, presentación clínica y métodos diagnósticos, manejo terapéutico y evolución.

Resultados: Desde mayo de 1990 a marzo de 2006 se han atendido en nuestro servicio 78 pacientes afectos de bezoar gastrointestinal, mayoritariamente hombres (76%), edad media 54 años (35-78). El 72% tenía antecedentes de cirugía previa, fundamentalmente vagotomía troncular bilateral asociada a piloroplastia para tratamiento del úlcus gastroduodenal. Asimismo, es frecuente un gran volumen de ingesta de fibra vegetal –cítricos y caquis sobre todo- (aprox. 40%), y las alteraciones en la dentición y masticación. Se presentaron generalmente como oclusión de intestino delgado distal, y en un 39% de casos el diagnóstico definitivo se hizo en la propia laparotomía; otro porcentaje importante se diagnosticó por la sospecha clínica y la radiología simple. Solo un pequeño porcentaje –los más recientes- se diagnosticaron con exactitud preoperatoriamente mediante técnicas de imagen más avanzadas: ecografía y TAC. El tratamiento consistió en la cirugía como urgencia: extrusión del bezoar al ciego, reservando la enterotomía a los casos en que la fragmentación-extrusión no fue posible. En el 59% de casos había un bezoar gástrico asociado, que mayoritariamente se trató en el mismo acto operatorio mediante gastrotomía; un porcentaje menor se trató con posterioridad mediante endoscopia. Los resultados a corto y medio plazo son excelentes; mínimas tasas de morbilidad asociada, aunque 2 casos de recurrencia de bezoar gástrico, que se han resuelto mediante endoscopia.

Discusión: Se trata de una patología muy prevalente en nuestro medio, probablemente por la gran tradición de ingesta de fruta. Hay que sospecharlo si, además, hay antecedente de cirugía gástrica o se trata de personas anoréxicas con deficiencias en la dentición o masticación. La clínica es típica, y el diagnóstico cada vez más exacto antes de la intervención, gracias a la eco y TAC, que proporciona imágenes concluyentes. El tratamiento de urgencia está estandarizado, y los resultados son óptimos.

P-061

ENFERMEDAD DE CROHN CON MANIFESTACIÓN ESOFÁGICA

R. Farré Font, N. Pérez Romero, D. Troyano Escrivano, J.M. Sastre Papiol y J. Fernández Llamazares
Hospital Universitario Germans Trias i Pujol, Badalona.

Introducción: La enfermedad de Crohn es extremadamente rara (1-10%). Se debe realizar diagnóstico diferencial con todas las causas de estenosis esofágicas benignas o malignas.

Material y métodos: Se presenta el caso de una mujer de 40 años sin alergias medicamentosas conocidas con antecedentes de hepatitis a los 2 años y meningitis a los 5 años con retraso mental leve como secuela, que presenta vómitos y disfagia de 1 mes de evolución. La FGS muestra una estenosis ulcerada con fibrina que impide el paso del endoscopio a unos 26 cm de arcada dentaria. Biopsias y citologías negativas para células malignas con tejido de granulación. Sin respuesta al tratamiento médico con inhibidores de la bomba de protones se realizan sesiones de dilataciones esofágicas (cuatro en total) y se inicia tratamiento con corticoides y NPT. Un empeoramiento de la disfagia y un cuadro de broncoaspiración tras 2 meses de tratamiento médico nos obliga al tratamiento quirúrgico. Se realiza esofagectomía, gastroplastia, piloroplastia y yeyunostomia de alimentación presentando buena evolución postoperatoria y a alta. La anatomía patológica definitiva cita extensas áreas de ulceración esofágica superficial algunas de ellas con

configuración tipo fisura, hipertrofia muscular y abundante infiltrado linfoplasmocitario en todas las capas de la pared esofágica y alrededor de los plexos nerviosos. Dichos hallazgos son compatibles con enfermedad inflamatoria intestinal de tipo enfermedad de Crohn.

Discusión: el estudio de extensión con colon-ileoscopia y tránsito intestinal descarta otras lesiones en el tracto intestinal confirmándose únicamente las lesiones esofágicas. **Conclusiones:** El tratamiento de elección es inicialmente con corticoides sistémicos, inmunosupresores y nutrición parenteral. En casos de resistencia al tratamiento pueden realizarse dilataciones endoscópicas con balón, aún con el riesgo de fistulas y perforaciones. Si existen fistulas establecidas el tratamiento de elección es quirúrgico, así como en casos de fracaso del tratamiento conservador.

P-062

SUPERVIVENCIA EN EL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO RESEACADO. EXPERIENCIA DE 20 AÑOS

J. Gironés Vilà, J. Roig García, E. Garsot Savall, M.M. García-Gil, J. Rodríguez Hermosa, M. Puig Costa, M. Pujades de Palol y A. Codina Cazador

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona.

Introducción: El adenocarcinoma gástrico continua siendo tras muchas décadas una de las neoplasias digestivas más letales. En nuestro centro se diagnostican entre 25-30 casos anuales de los cuales solamente unos dos tercios son resecados con intención curativa. Hemos querido analizar la influencia de los factores pronóstico en nuestra serie, con especial incidencia en el grupo de edad menor a 45 años. También analizamos el valor ratio ganglionar (ganglios afectados/ganglios obtenidos).

Objetivo: Determinar los factores que pueden influir en el pronóstico de los pacientes intervenidos de cáncer gástrico con intención curativa

Material y métodos: Estudio de 277 pacientes de cáncer gástrico con intención curativa durante los últimos 20 años. Las variables estudiadas han sido: Edad (\leq 45 años y $>$ 45 años), sexo, marcadores tumorales (CEA, CA 19.9 y α FP), tipo histológico (clasificación de Lauren), presencia o no de displasia, grado de diferenciación, clasificación TNM, estadificación, y ratio ganglionar.

La supervivencia univariante se ha estimado mediante el método Kaplan Meyer y la multivariante con los modelos de regresión de Cox.

Resultados: La supervivencia acumulada a los 5 años según estadios a partir del TNM es de 75% para estadio IA, 67% estadio IB, 53% estadio II, 33% estadio IIIA, 14% estadio IIIB y 14% estadio IV.

Los factores asociados a la supervivencia a 20 años en el análisis multivariante fueron: edad \leq 45 años y los de estadio IAB, II y IIIA, y que además presenten un ratio ganglionar próximo a 0.

Conclusión: Nuestros resultados son equiparables a los de otras series que analizan la supervivencia. Pero hemos observado que para estadios I A-B, II y III A que los menores de 45 años tienen mejor pronóstico que los de mayor edad.

8 NOVIEMBRE 2006

PATIO COMENDADOR/
SALA ESCUDO
P 147 – 161

P-147

ESOFAGUECTOMÍA IVOR-LEWIS CON LINFADENECTOMÍA AMPLIADA POR UN EQUIPO DE CIRUJANOS GENERALES Y TORÁCICOS

V. Valentí, J.L. Hernández-Lizoain, F. Martínez-Regueira, C. Pastor, I. Poveda, P. Martí, G. Zozaya y J. Álvarez-Cienfuegos
Clínica Universitaria de Navarra, Pamplona

Objectivos: Evaluar las ventajas de la esofaguestomía tipo Ivor-Lewis realizada por un equipo multidisciplinar de cirujanos generales y torácicos.

Métodos: Entre enero 1998 y diciembre 2002, se realizaron en nuestro centro 24 esofaguestomías tipo Ivor-Lewis. El estudio clínico, patológico e histológico fue realizado en todos los casos. La evolución de los pacientes fue comparada con aquellos pacientes intervenidos sólo por cirujanos generales.

Resultados: La edad media fue de 57 años (rango 40-73). 9 pacientes (37,5%) fueron clasificados como ASA II, 14 (58,3%) como ASA III y sólo 1 como ASA IV. En 16 casos (66,6%) el tumor estaba localizado en el tercio inferior del esófago y el 93% de ellos fueron adenocarcinomas; 6 casos (25,8%) fueron en tercio medio y sólo dos casos (22,2%) en tercio superior, ambos fueron carcinomas escamosos. 15 pacientes fueron adenocarcinomas (62,5%) y 9 (37,5%) fueron carcinomas escamosos. Tratamiento neoadyuvante fue administrado en 15 casos. 5 casos (20,8%) fueron estadio 0, 3 pacientes (12,5%) fueron estadio I, 5 pacientes (20,8%) fueron IIa, 1 paciente (4,2%) fue estadio IIb y 10 patients (41,6%) estadio III. El número medio de ganglios estudiados fue 15 siendo positivos en el 41,6% de los casos, sin diferencias en el tipo histológico pero si en el tratamiento neoadyuvante. Ningún paciente falleció en el postoperatorio siendo la mortalidad esperada para el sistema POSSUM de 18,77% para la fórmula de Copeland y 6,65% para la fórmula de Whitley. Se observaron complicaciones postoperatorias en el 25% de los casos, siendo la esperada del 61,4%. Complicaciones pulmonares en el 16,6%, infección de herida en el 12,5%, lesión en el conducto torácico en 8,3% y parálisis transitoria de las cuerdas vocales en el 4,2%. Ningún paciente presentó fuga de la anastomosis esófago-yeunal. La estancia media en cuidados intensivos fue de 77 horas (rango 48-168 horas) y la estancia media hospitalaria de 4,2 días (rango 10-30 días).

Conclusiones: Los resultados en el tratamiento del cáncer de esófago han mejorado con el abordaje multidisciplinar de especialistas en esta patología. Nuestro trabajo muestra ómo la contribución entre cirujanos generales y torácicos conlleva una mejora en la morbi-mortalidad operatoria después de la esofaguestomía tipo Ivor-Lewis.

P-148

HEMOPERITONEO 2º A ROTURA ESPONTÁNEA DE TUMOR ESTROMAL GÁSTRICO (GIST)

F.S. Luque Sánchez, J. Conde Ortega, J.L. Jiménez Lefler, A. Nevado Infante, J.J. Alia, I. Luque Bravo y A. Navarro Cantero
Hospital de Montilla, Montilla.

Introducción: Los tumores estromales gastrointestinales (GIST) son neoplasias mesenquimales del tracto gastrointestinal, su localización más frecuente es el estómago. Ocurren normalmente en varones de entre la 5^a y 6^a décadas y su tamaño suele ser grande, presentando una clínica inespecífica. Su diagnóstico se basa en pruebas de imagen, llegando a su diagnóstico definitivo por medio de la inmunohistoquímica. Todos ellos tienen potencial maligno y su tratamiento es quirúrgico.

Caso clínico: Paciente varón de 76 años con antecedentes de hipertensión y Ca de próstata en tratamiento hormonal. Acude por dolor abdominal de 12 horas a nivel epigástrico tras la ingesta, acompañando de náuseas sin vómitos. Sufre mareo y pérdida de conciencia, al levantarse de la cama. A la exploración está consciente orientado y colaborador, con dolor a palpación en epigastrio y hemiabdomen derecho, con defensa muscular. La analítica muestra leucocitosis con neutrofilia, Hemoglobina de 11,9, hematocrito 35%, glucemia de 225, el resto normal. TAC que muestran masa de aspecto sólido quística, de unos 8 cm compatible en primer lugar con tumor estromal, además presenta líquido libre intraabdominal en relación con hemoperitoneo. Se interviene realizando laparotomía media, encontrado hemoperitoneo de aproximadamente un litro y tumoración de unos 8-9 cm que ocupa la curvatura menor gástrica con rotura de la misma y sangrado activo. Sin infiltración de órganos vecinos. Ante la sospecha de GIST gástrico se llevó a cabo una Gastrectomía vertical atípica de la curvatura menor con márgenes macroscópicos libres, sin limpieza ganglionar y cierre de la misma. Estudio inmunohistoquímico mostró que se trataba de un tumor estromal gástrico de 9 cm con límites quirúrgicos libres de tumor, positivo para CD117, CD34 y vimentina, siendo negativo para S-100, enolosa, actina y desmina. Con menos de 5 mitosis por 50 campos.

Discusión: Los GIST son tumores de extirpe mesenquimal que pueden aparecer en todo el tracto gastrointestinal, su localización más frecuente la gástrica. Su clasificación ha presentado mucha controversia en los últimos años pero hoy se puede precisar su origen celular por medio de técnicas inmunohistoquímicas generalmente positivos para CD117 (re-

ceptor de membrana c-kit), CD34 y vimentina. Su clínica es inespecífica, el síntoma principal son molestias pépticas con sangrado digestivo por erosiones en la mucosa. Nuestro caso debutó de manera poco habitual con rotura y sangrado intraabdominal. Su tratamiento es quirúrgico con resección local del tumor o gastrectomía para conseguir márgenes libres. No siendo necesaria la linfadenectomía regional ya que la principal vía de diseminación es hematogena. Los factores pronósticos más importantes de estos tumores son su tamaño, peor en los mayores de 10cm. y el índice mitótico > de 5 mitosis por 50 campos. En los casos no resecables o con metástasis puede jugar un papel importante la quimioterapia con mesilato de imatinib.

P-149

RUPTURA ESPONTÁNEA DE BAZO POR METÁSTASIS DE ADENOCARCINOMA GASTRICO

L.A. González Sáez, J.I. Rivas Polo, F. Bahamonde Calvelo, I. Mella García y A. López Candocia
Hospital Juan Canalejo, A Coruña.

Objetivos: Las metástasis esplénicas son infrecuentes, siendo excepcional que originen una rotura espontánea de bazo. Aportamos un caso de adenocarcinoma gástrico que debutó con abdomen agudo y shock por estallido del bazo debido a la presencia de metástasis en este órgano. Tras una revisión bibliográfica exhaustiva, encontramos 22 citas al respecto, excluyendo tumores linfáticos y leucemias. Solo 6 por tumores digestivos y ningún caso por cáncer gástrico que se haya presentado de este modo como primera manifestación clínica.

Material y métodos: Se presenta el caso clínico de un varón de 81 años que acudió al Servicio de Urgencias por presentar dolor abdominal agudo y estado de shock. Como antecedentes personales destacan, gastritis crónica diagnosticada con gastroscopia y biopsia, litiasis biliar y coledocal con episodio de colangitis, tratado con colecistectomía y tubo de Kher, ERCP y en una segunda intervención coledocoduodenostomía. A la exploración física destaca, palidez cutáneo-mucosa, sudoración fría, hipotensión, taquicardia y dolor abdominal difuso a la palpación. En la analítica se objetiva un hematocrito de 34%, leucocitos 13600 mm³, neutrófilos 85,20%. TP 16'90 s., urea 43 mg/dl y creatinina 1,30 mg/dl. Se realizó TAC abdominal que evidenció infarto esplénico masivo con signos de rotura y hemoperitoneo. Se practicó intervención quirúrgica urgente confirmándose los hallazgos descritos y practicando esplenectomía. La anatomía patológica del bazo objetiva infiltración de la pulpa roja por células de citoplasma amplio y claro y se ven las células tumorales con el núcleo rechazado hacia la periferia (anillo de sello). Con técnicas de inmunohistoquímica y usando el antígeno leucocitario común se tienen los linfocitos y usando la CK-20, la membrana y los núcleos de las células neoplásicas. En el posoperatorio se realiza tránsito radiológico gas-troduodenal que muestra estenosis de la 2^a porción duodenal con preservación del patrón mucoso, y endoscopia digestiva alta que evidencia gastritis crónica antral y lesión duodenal de aspecto maligno, ulcerada. Las biopsias informan de adenocarcinoma gástrico de células en anillo de sello con afectación duodenal. Los marcadores tumorales realizados son Ca 19,9 187,50, Ca-125 41,8 y CEA 8,78 ng/ml.

Resultados: El paciente fue dado de alta hospitalaria a los 14 días y falleció en su domicilio 2 meses después por progresión de la enfermedad.

Conclusiones: Las metástasis esplénicas de tumores sólidos son de presentación excepcional (0,35-5%) y más aún la ruptura espontánea del bazo por dicho motivo (1%). El diagnóstico se basa en pruebas de imagen, siendo de elección el TAC. El tratamiento quirúrgico es la esplenectomía realizada con carácter urgente. La evolución corresponde a la de una neoplasia altamente agresiva.

P-150

ESOFAGODIVERTICULOSTOMÍA EN DIVERTÍCULO DE ZENKER SIN DIVERTICULOSCOPIO DE WEERDA

M.J. Hernández Barroso, J. Padilla Quintana, J.M. del Pino Monzón, L. Gámbra Michel, M.J. Palacios Fanlo, E. Moneva Arce, M. Alonso González y A. Soriano Benítez de Lugo
Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, Santa Cruz de Tenerife.

Numerosas técnicas quirúrgicas han sido descritas para el tratamiento del divertículo de Zenker (DZ). Muchos pacientes con DZ son pacientes

de edad avanzada, con comorbilidad asociada, por lo que el manejo ideal del mismo debería ser eficaz, con bajo riesgo y tiempo quirúrgico y con una estancia hospitalaria corta.

Objetivo: Nuestro objetivo es presentar un caso de DZ en un paciente tratado con esofagodiverticulostomía mediante endograpadora mecánica sin el uso del diverticuloscopio expansible de Weerda.

Material y métodos: Varón de 95 años de edad con AP de aneurisma de aorta abdominal de cuatro cm. de diámetro, cardiopata, prostatectomía, y con ausencia de piezas dentarias, que presenta cuadro clínico de dos meses de evolución consistente en disfagia con sensación de stop cervical, regurgitación alimenticia y accesos de tos con salida de material alimentario por fosas nasales. PC: analítica normal; endoscopia digestiva alta: saco diverticular grande con restos alimenticios; TEGD: DZ con cuello dependiente de la pared posterior esofágica; TAC: imagen en hipofaringe de DZ.

Tras nutrición enteral por sonda para mejorar el estado nutricional se interviene vía oral objetivándose en laringoscopia directa, favorecida por la anatomía favorable debido a la ausencia de piezas dentarias y la laxitud de tejidos, el divertículo en la cara posterior esofágica, realizándose esofagodiverticulostomía mediante EndoGia hasta completar unión de fondo de saco diverticular con esófago. El postoperatorio transcurre sin incidencias, reintroduciendo dieta oral de forma precoz. Tras 23 meses de seguimiento no se ha presentado recurrencia de la disfagia u otros síntomas atribuibles al DZ.

Conclusión: La esofagodiverticulostomía con endograpadora mecánica se propone como un tratamiento eficaz, aunque no exento de complicaciones, rápido y con una vuelta precoz a la ingesta vía oral, alternativa a la cirugía abierta cervical, estando especialmente indicada en pacientes de alto riesgo quirúrgico y anestésico. En nuestro caso se pudo completar sin el diverticuloscopio expansible de Weerda por la anatomía favorable del paciente.

P-151

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LOS TUMORES DEL ESTROMA GASTRO-INTESTINAL (GIST)

I. Seco, S. Regaño Díez, J.C. Rodríguez Sanjuán, M. Mayorga y M. Gómez Fleitas
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Objetivos: descripción de la clínica, localización y resultados quirúrgicos de pacientes con tumor del estroma gastrointestinal (GIST).

Pacientes y métodos: Análisis retrospectivo de una serie de 18 pacientes consecutivos tratados en nuestro servicio, con una edad de 62,5 (39-90) años. En todos los casos el diagnóstico histológico de GIST se realizó a partir de tinciones inmunohistoquímicas con CD 117, CD 34, actina, desmina y PS 100. El período medio de seguimiento postoperatorio fue de 52,5 meses (1-124). La probabilidad de supervivencia se estimó mediante la prueba de Kaplan-Meier.

Resultados: La localización fue gástrica en 10 casos (55%), intestinal en 7 (39%) y retroperitoneal en 1 (6%). La clínica de presentación fue sangrado digestivo en 8 casos (50%), dolor abdominal en 3 (18,5%), obstrucción intestinal en 2 (12,5%) y hallazgo incidental en 3 (18,8%). En los tumores de localización gástrica, la cirugía consistió en gastrectomía en 5 casos, ampliada a bazo e hígado en 2 casos y tumorectomía en 5. En los de localización intestinal se realizó resección segmentaria en 6 y tumorectomía en 1. El tumor retroperitoneal fue extirpado junto con un asa intestinal adyacente. No se registró mortalidad postoperatoria. Se produjeron 2 casos de recidiva, a los 62 y 102 meses respectivamente, en hígado y vesícula biliar, con resección paliativa de la tumoración recidivada y tratamiento con imatinib. No se ha registrado ninguna muerte por tumor en la serie, con una supervivencia media de 87 meses (ds: 15,00; IC 95%: 57,60- 116,40). El tamaño medio del tumor fue de 6,9 cm (3-22). El número de mitosis medio fue de 3,8 (0-11). Ninguno de los dos factores mostró valor pronóstico de recidiva.

Conclusiones: En nuestro medio, la principal localización del GIST es gástrica. La supervivencia es larga, aunque existe riesgo de recidiva, habitualmente no resecable. No hemos observado valor pronóstico para el número de mitosis o el tamaño tumoral.

P-152**ADENOCARCINOMA GÁSTRICO (1970 - 1995)
EN VALDECILLA, ESTUDIO HISTÓRICO**

A. Naranjo Gómez, J. Martín Oviedo, M. Carrasco, F. Castillo Suescun, M. Pérez Cerdeira, M. Polavieja y E. Yague
Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander.

Se estudia el Cáncer Gástrico en Valdecilla desde el año 1970 hasta el año 1993. Un total de 1579 adenocarcinomas, 1471 operables, 94,3% los tumores gástricos. Analizamos los diversos métodos diagnósticos y su eficacia, 60% varones y una edad media de 65 años.

Hay una disminución de la casuística a partir de año 83, con aumento proporcional del Cáncer de cardias, del 11,6% al 16,6%. La resecabilidad alcanzó un 73,6%. Se comparan técnicas quirúrgicas con localización tumoral.

La morbilidad fue del 27,7% presentando una tabla con el desglose de las mismas. La mortalidad fue del 10,2%. Se realiza un estudio actuarial de supervivencia por estadios

Como conclusión aparece una disminución de la incidencia del cáncer gástrico con un aumento proporcional del cáncer de cardias. La endoscopia diagnóstica y la biopsia son el método más eficaz para su diagnóstico. La supervivencia por estadios es similar a las series de la época

P-153**REGISTRO NACIONAL DE CIRUGÍA GÁSTRICA
POR LAPAROSCOPIA. RESULTADOS INICIALES**

J. Rodríguez Santiago², J. Roig¹, X. Feliu⁹, E. Toscano¹⁰, E. Targarona⁶, J. Castell⁷, G. Sanfelix⁸, J.J. Sánchez¹¹, J.M. Ramón⁵, I. Arteaga³ y J. Vázquez⁴

Hospital Universitari Dr. Josep Trueta, Girona¹, Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa², Hospital Universitario de Canarias, Tenerife³, Hospital Severo Ochoa, Leganes⁴, Hospital del Mar, Barcelona⁵, Hospital de la Santa Creu y Sant Pau, Barcelona⁶, Hospital La Paz, Madrid⁷, Hospital Son Llátzer, Palma de Mallorca⁸, Hospital de Igualada, Igualada⁹, Hospital Povisa, Vigo¹⁰, Hospital Sant Joan, Reus¹¹

Objetivo: Describir los resultados de los datos enviados al registro nacional de cirugía gástrica por laparoscopia. Analizar las indicaciones, tipo de cirugía, reconversión, complicaciones y morbilidad.

Pacientes y métodos: Desde marzo 2005 a Abril 2006 se han remitido al registro 109 pacientes intervenidos de cirugía gástrica por laparoscopia a través de la página web de la Asociación Española de Cirujanos donde se registran datos demográficos, antecedentes patológicos, localización, anatomía patológica, tipo de cirugía realizada, reconversión, complicaciones quirúrgicas y morbilidad.

Resultados: Han colaborado 11 centros hospitalarios del territorio nacional. Se han intervenido 79 pacientes por adenocarcinoma, 23 por tumores estromales, 2 por carcinoma neuroendocrino, 2 por infestación por parásitos, 1 plasmocitoma, 1 pólipos inflamatorio y 1 tumor vellosa con displasia. En los adenocarcinomas gástricos se ha realizado cirugía resectiva en 72 casos (91%): gastrectomía subtotal en 38 y gastrectomía total en 34; y cirugía derivativa en 7 casos (9%). El 44% de los casos resecados se trataba de tumores localmente avanzados (T3). Linfadenectomía D2 en 45 pacientes, D1 en 23 y D0 en 4. Se realizó reconversión en 4 casos (5%): 2 por dificultades técnicas, 1 por fuga anastomótica intraoperatoria y otra por invasión del páncreas. En 24 pacientes han descrito complicaciones postoperatorias (33%) entre las que destacan las respiratorias (5) y las fístulas digestivas (5). Hubo mortalidad postoperatoria en 3 casos por complicaciones respiratorias, cardiocirculatorias y sepsis por fuga anastomótica respectivamente. En los tumores estromales el tamaño medio fue de $5,4 \pm 2,8$ cm y se practicó gastrectomías segmentarias en todos los casos excepto 1 gastrectomía total y 1 cirugía transgástrica. No se han registrado reconversiones. Complicaciones postoperatorias (2): infección respiratoria y hematoma de trocar.

Conclusiones: La cirugía resectiva por adenocarcinoma gástrico es la patología con mayor número de registros, con un elevado porcentaje de tumores localmente avanzados. El porcentaje de complicaciones es considerable aunque con una mortalidad baja. La cirugía laparoscópica en los tumores estromales se muestra como una técnica segura y con todas las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.

P-154**QUISTOPERIQUISTECTOMÍA TOTAL CERRADA POR HIDATIDOSIS
ESPLÉNICA**

J.M. García Rielo, A. Robin, P. Talavera Eguizábal, E. Pérez Aguirre, A. Sánchez Pernaute y A. Torres García
Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Objetivos: La experiencia en hidatidosis esplénica se encuentra recogida en pequeñas series o descripciones de casos. Se trata de una afectación poco común sobre la que no existe un consenso en cuanto a la forma de abordar su tratamiento quirúrgico. Este varía desde la punción externa bajo control radiológico para su drenaje hasta la esplenectomía total, bien abierta o por vía laparoscópica. Presentamos un caso de hidatidosis esplénica para cuyo tratamiento optamos por la realización de una quistoperiquistectomía total cerrada. Describimos las ventajas de esta técnica en relación al resto de opciones terapéuticas.

Caso clínico: Se trata de una paciente de 28 años de edad que acude a urgencias por dolor en piso abdominal superior. En la radiografía de abdomen realizada se observa una calcificación en hipocondrio izquierdo. Tras completar el estudio mediante una ecografía y una TC abdominal se confirma el diagnóstico de quiste hidatídico esplénico. Se indica la intervención quirúrgica programada. Mediante laparotomía subcostal izquierda se identifica un quiste hidatídico esplénico que se extiende desde el hilio hasta el extremo del polo inferior en cara medial. Se realiza una quistoperiquistectomía total cerrada con bisturí eléctrico y bisturí armónico.

Comentario: La enfermedad hidatídica puede ser tratada de forma conservadora mediante punción aspiración y tratamiento antiparasitario, drenaje quirúrgico del quiste, resección parcial o total del mismo y resección parcial o total del órgano donde asienta. La hidatidosis esplénica se ha tratado tradicionalmente mediante esplenectomía total. La preservación del bazo obliga, si se quiere extirpar completamente la lesión, a la realización de esplenectomía parcial, técnica quirúrgica compleja y con alta tasa de complicaciones o bien a quistoperiquistectomía total cerrada. Las resecciones en cúpula saliente, o parcial del quiste, pensamos que son técnicas insuficientes, y que en caso de defenderse, deben ser sustituidas por técnicas percutáneas. La quistoperiquistectomía total cerrada preserva parénquima esplénico y garantiza la extirpación completa del quiste sin exposición de su contenido. En nuestra experiencia, en lesiones hepáticas, es la técnica que se acompaña de menor tasa de recurrencia y menor tasa de complicaciones locales. En pacientes en los que no se puede preservar bazo sano, se debería ofrecer una esplenectomía total laparoscópica.

P-155**SÍNDROME DE ANTO GÁSTRICO RETENIDO: PRESENTACIÓN
CON CONCRECIÓN LITIÁSICA BILIAR EN SU INTERIOR**

A. Martínez Moreno, S. Usero Rebollo, P. Cascales Sánchez, J.I. Miota de Llama, J.A. González Masía, E. García Blázquez y J.M. Moreno Resina
Hospital General Universitario, Albacete.

Introducción: El síndrome del antro gástrico retenido tiene lugar cuando se realiza una exéresis incompleta del antro gástrico durante la realización de una gastrectomía tipo Billroth II por enfermedad ulcerosa péptica. Se presenta el caso de un paciente con un síndrome de antro retenido con la presencia de una concreción litíásica biliar en su interior.

Caso Clínico: Paciente varón de 48 años que acude a la consulta por molestias epigástricas y náuseas.

Antecedentes personales: Intervenido hace 20 años por úlcus gástrico perforado (gastrectomía tipo Billroth II). Intervenido de obstrucción intestinal por brida hace 15 años. Pancreatitis aguda hace 20 años. Hemorroidectomía hace 1 año. En tratamiento actual con omeprazol.

Enfermedad actual: Desde hace 18 meses presenta dolor epigástrico acompañado de náuseas no relacionado con las comidas y que cede con omeprazol. No síndrome constitucional.

Exploración física, analítica y Rx de abdomen sin hallazgos significativos.

Ecografía abdominal: se aprecia colelitiasis e imagen sólida redondeada y homogénea en hipocondrio derecho entre páncreas y lóbulo hepático izquierdo de difícil interpretación.

TC abdominal: imagen redondeada con morfología de diana adyacente al hilio hepático y a la vesícula biliar con burbuja aérea en su pared. (¿hematoma de asa aferente?, ¿invaginación del asa aferente?, ¿bezoar?)

Tránsito EGD: sin alteraciones.

Gastroscopia: esófago normal. Gastrectomía Billroth II con úlcera de la anastomosis.

El paciente es intervenido quirúrgicamente realizándose laparotomía media supra e infraumbilical encontrándose múltiples adherencias que se liberan, coletiásis múltiple y gastrectomía tipo Billroth II con resección parcial de antró gástrico y concreción litiasica biliar de 6 cm. en antró retenido.

Se realizó gastrotomía con extracción del cálculo, antrectomía completa y colecistectomía.

Durante el postoperatorio el paciente presentó una neumonía basal derecha que evolucionó favorablemente.

Discusión: El síndrome del antró retenido constituye una patología muy infrecuente en la actualidad, ya que la cirugía por enfermedad ulcerosa péptica ha disminuido drásticamente. Una de sus ventajas es que han disminuido los pacientes con problemas postgastrectomía. Sin embargo los cirujanos están menos familiarizados actualmente con el tratamiento de tales problemas. En el síndrome del antró retenido es fundamental el diagnóstico diferencial con el síndrome de Zollinger-Ellison. Su tratamiento se alcanza con éxito con la resección completa del antró retenido. Por otra parte, la presencia de una concreción litiasica biliar antral de tales características en un síndrome de antró retenido es un hallazgo extraordinariamente raro que no hemos encontrado descrito en la literatura.

P-156

ENFERMEDAD DE MENETRIER Y CÁNCER GÁSTRICO

J.M. Ramírez Angel, E. Sancho Calatrava, F. Garrido Menéndez, O. Lozano Alcalde, R. Lozoya Albacar, R. Canto Lozano, J.M. Santos Blanco y J. Alonso Segu

Hospital Santa Bárbara, Puerto Llano.

La gastropatía hipertrófica asociada a hipoproteinemia fue descrita por primera vez por Menetrier en 1889. Esta enfermedad gástrica de etiología desconocida es muy infrecuente. Se le considera una condición preneoplásica ya que se asocia a cáncer gástrico en un 10 a 15 % de los pacientes. La actitud terapéutica no está claramente definida. Presentamos un nuevo caso de enfermedad de Menetrier (EM) asociado a cáncer gástrico.

Caso clínico: Varón de 66 años con EM diagnosticada mediante endoscopia hace 13 años apreciándose una área de pliegues engrosados en la curvatura mayor gástrica. El paciente rehusó tratamiento quirúrgico y eligió efectuar tratamiento médico y seguimiento endoscópico. Adelanta su cita anual, ya que presenta pesadez y dolor epigástrico, pirosis retroesternal, vómitos oscuros y melenas. Se le realiza transito gastroduodenal y endoscopia digestiva alta donde se observa la existencia de pliegues muy engrosados en ambas curvaturas con la mucosa muy hiperémica, y una masa de aspecto infiltrativo en curvatura menor con signos de sangrado reciente que estenosa casi totalmente la luz gástrica. Se biopsia la masa descrita y histológicamente corresponde a un adenocarcinoma. En la analítica destacaba FA: 502 UI/l, LDH: 491 UI/l y proteínas totales de 4.3 gr/dl. En el TAC abdominal se apreciaron metástasis hepáticas múltiples y adenopatías peripancreáticas. Se decide realizar cirugía paliativa practicando gastroenteroanastomosis y biopsia de una de las múltiples lesiones hepáticas de aspecto metastásico. La pared resecada para efectuar la derivación quirúrgica presenta el aspecto histológico típico de EM (gastropatía hiperplásica con hipertrófia foveolar), y la lesión hepática es compatible con adenocarcinoma. Falleció a los 6 meses de la intervención por progresión de la neoplasia.

Discusión: La enfermedad de Menetrier (EM) es una gastropatía hiperplásica asociada a una pérdida de proteínas e hipoclorhidria más frecuente en varones de 55 a 60 años. El riesgo de malignización de la EM es controvertido. La coexistencia de cáncer gástrico y EM publicada oscila entre el 0 al 10%. Pero es difícil valorar en la literatura si realmente es una malignización de la EM o un cáncer coincidente.

El tratamiento de la EM no está claramente establecido. El más admitido es el tratamiento quirúrgico ya que además se elimina el teórico riesgo de malignización. La extensión de la gastrectomía a realizar tampoco está definida (total vs subtotal). Quizás la postura más razonable sea adaptar la técnica a la localización de EM y al grado de displasia.

P-157

DIVERTÍCULO EPIFRÉNICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

E. Lisa Catalán, C. Ramiro Pérez, P. López Quindos, J. Pérez Oteyza, R. Rojo Blanco, V. Collado Guirao y A. García Villanueva
Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Objetivo: El divertículo epifrénico es el menos frecuente de los divertículos esofágicos. Presentamos un caso diagnosticado y tratado en nuestro Servicio.

Material y métodos: Varón de 76 años, diabético y con historia de pirosis retroesternal de 20 años de evolución. Acude a consultas de cirugía general y digestivo por presentar desde hace un año episodios de disfagia que mejora con la regurgitación provocada y pérdida de 5 Kg de peso. La exploración física no aporta datos patológicos. Se le realiza tránsito gastrointestinal donde se objetiva divertículo por pulsión de tercio medio esofágico y gran divertículo epifrénico con nivel hidroaéreo en su interior, que distorsiona la luz esofágica y restos alimentarios en su interior. En la panendoscopia oral se visualiza divertículo epifrénico con intenso reflujo desde su cavidad al esófago y placas candidiasicas con dificultad para entrar en el estómago por distorsión, debida al propio divertículo. El TAC abdominal confirma la presencia de gran divertículo en tercio distal esofágico asociado a hernia hiatal. Manometría esofágica: EEI: 18 mmHg, trastorno motor esofágico con peristalsis muy ineficaz compatible con espasmo esofágico de muy difícil valoración.

Resultados: Ante el diagnóstico de divertículo epifrénico y candidiasis esofágica se instaura tratamiento con ketoconazol oral durante un mes y se efectúa a través de laparotomía media por vía transdiafragmática, disección de divertículo de esófago distal de 10 cm de diámetro y cuello de 3 cm de longitud con resección mecánica del mismo, miotomía extramucosa de Héller y técnica antireflujo anterior de 180° fijada a borde de miotomía y a pilares diafragmáticos tras reconstrucción de la brecha hiatal. Estudio histológico: Divertículo esofágico sin identificarse lesiones sugerentes de candidiasis. El paciente evoluciona satisfactoriamente siendo dado de alta a la semana, y en el seguimiento a los 2 meses se encuentra asintomático.

Conclusiones: El divertículo epifrénico está producido por una alteración de la motilidad esofágica verificable mediante manometría. Los síntomas son de larga evolución siendo los más frecuentes la disfagia y la regurgitación de gran cantidad de líquido sobre todo por la noche, pudiéndose asociar a potenciales aspiraciones letales. El tamaño del divertículo varía entre 5-10 cm, suelen ser derechos y su malignización es rara. Su diagnóstico se realiza principalmente mediante radiología de contraste. El tratamiento óptimo consiste en la resección del divertículo, miotomía y funduplicatura tipo D'OR, con un porcentaje de éxito cercano al 90%.

P-158

EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE LA UNIÓN GASTROESOFÁGICA: ANÁLISIS DE NUESTROS RESULTADOS EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS

M. Flores Cortes, L. Sánchez, E. Romero, Z. Valera, J.M. Suárez, C. Sacristán, F. Ibañez, A. Vázquez, J.M. Hernández de la Torre y F. Alcántara
Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: El objetivo de este estudio es analizar el tipo de tratamiento ofrecido en nuestra Unidad a los pacientes en los últimos 6 años, que presentaban un tumor de la Unión Esofagogastrica (UEG).

Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo en el que analizamos todos los cánceres de la unión esófago-gástrica tratados en nuestro hospital. Hemos analizado los resultados anualmente siguiendo la clasificación de Siewert. Se han estudiado las siguientes variables: número de pacientes, edad media, sexo, número de pacientes intervenidos con intención curativa (esofagrectomía transtorácica o transhiatal), o mediante cirugía paliativa, pacientes no operados (prótesis endoscópica, tratamiento quimioterápico, tratamiento médico/radioterápico).

Resultados: Se diagnosticaron 99 pacientes con tumores de la unión gastroesofágica entre enero del 2000 y diciembre del 2005, todos ellos adenocarcinomas. 40 Siewert I (40,4%), 48 Siewert II (48,48%) y 11 Sie-

wert III (11,11%). El 79,79% fueron hombres frente al 20,2% de mujeres con una edad media de 69 años. La incidencia anual fue: En el año 2000: 11 pacientes; 2001: 16. En el 2002: 22 pacientes; 2003: 16 p; 2004: 17 pacientes; 2005: 16.

	TrasnH	TrasnT	GT	Cel	Yey	Med	Prot	Onc
Siewert I	7	18	5	4	1	1	2	2
Siewert II	7	18	4	6	2	1	7	2
Siewert III	1	1	1	5	3	0	0	0
NºT	15	37	10	15	6	2	9	4

Nº T: total de pacientes. TransH: esogágectomía transhiatal. TransT: Esogágectomía transtorácica. GT: Gastrectomía Total. Yey: yeyunostomía. Cel: Celestín. Med: tratamiento médico. Prot: Protesis endoscópica. Onc: Oncología

La localización más frecuente de estos tumores es en la propia unión esofagogastrica (Siewert II). El 62,6% de los pacientes fueron sometidos a una cirugía con intención curativa siendo la esofagogastroplastia con abordaje transtorácico la técnica más utilizada. Tan solo al 15,1% de los pacientes se les ofertó un tratamiento no quirúrgico.

Discusión: Al analizar nuestros resultados por año, observamos como no hay un aumento significativo de la incidencia de estos tumores. Los tumores con Siewert I son los que con mayor proporción se les realiza una cirugía con intención curativa (75%) debido a que se detectan de forma temprana por el estrecho seguimiento del esófago de Barret. El aumento de pacientes candidatos a una cirugía curativa dependerá, por tanto, de la detección precoz en estadios iniciales que permitan una resección con márgenes de seguridad adecuados.

P-159

ANÁLISIS DE NUESTROS RESULTADOS EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO EN LOS ÚLTIMOS 6 AÑOS

M. Flores Cortés, E. Romero Vargas, Z. Valera Sánchez, C. Martín, J.M. Suárez, F. Ibañez, A. Vázquez, J.M. Hernández de la Torre y F. Alcántara

Hospital Universitario Virgen del Rocío, Sevilla.

Objetivos: Nuestro objetivo es analizar el tipo de tratamiento ofrecido en nuestra Unidad a los pacientes entre enero del 2000 y diciembre del 2005, que presentaban un tumor gástrico, siendo excluidos los tumores de la Unión Esofagogastrica (UEG).

Material y métodos: Hemos realizado un estudio retrospectivo, longitudinal y descriptivo en el que analizamos a 188 pacientes diagnosticados de cáncer de estómago. Hemos analizado las siguientes variables anualmente: numero de pacientes, edad media, sexo, variedad histológica, intervenidos con intención curativa, o mediante cirugía paliativa, pacientes no operados (prótesis endoscópica, tratamiento quimioterápico, tratamiento médico/radioterápico).

Resultados: Presentamos una tabla que resume los resultados obtenidos. Se diagnosticaron 188 pacientes con tumores gástricos y en todos ellos adenocarcinomas. La edad media es de 63 años, con una mayor incidencia en hombres, salvo en el año 2001. La localización más frecuente sigue siendo en el 1/3 inferior del estómago con un 78,1%. Al 58,52% de los pacientes se les realizó una cirugía con intención curativa, con proporciones similares a lo largo de los años estudiados. Tan solo el 21,28% de los pacientes de nuestra serie recibieron un tratamiento paliativo no quirúrgico tras el diagnóstico.

Año	NºT	H	M	1/3Inf	1/3Sup	C.Cu	GE	Yey	Cel	Med	Prot	Quim
2000	20	15	5	15	5	12	1	3	0	1	1	2
2001	31	14	17	23	8	17	3	4	0	4	0	3
2002	36	24	12	30	6	21	3	4	0	6	1	2
2003	30	17	13	21	9	18	3	4	1	2	2	1
2004	35	24	11	26	11	20	2	3	2	3	3	2
2005	36	22	14	32	4	20	3	4	2	2	1	4

Nº T: total de pacientes. H: hombres. M: mujeres. CCu: cirugía curativa. Cel: Celestín GE: gastroenteroanastomosis Yey: yeyunostomía. Med: tratamiento médico. Prot: Protesis endoscópica. Quim: quimioterapia

Discusión: La sintomatología del cáncer gástrico favorece que el diagnóstico sea tardío y que presenten una supervivencia del 10% a los 5 años. En estos 6 años, la incidencia en nuestra serie de este tipo de tu-

mor se ha mantenido constante. Los tumores del tercio superior siguen siendo menos frecuentes con una incidencia del 21,81%. En nuestro hospital hemos intervenido al 78,72% de los pacientes diagnosticados, pero sólo en el 58,72% del total, hemos podido realizar una cirugía con intención curativa. El estadio avanzado en el momento de la cirugía hace que el pronóstico a medio y largo plazo sea todavía desalentador

P-160

TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA

J. Bernal Jaulín, J.I. Barranco Domínguez, S. Cantín Blázquez, R. Cerdán Pascual, P. García Fabián y J.M. Esarte Muniain Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: El cáncer de estómago es una patología de gran importancia en nuestro medio y el tratamiento principal sigue siendo la cirugía. Al igual que en el resto de la cirugía digestiva se han establecido unidades especializadas para estas patologías. Pretendemos analizar los resultados de nuestra recientemente creada unidad de cirugía esofagogastrica.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de cáncer gástrico en nuestra Unidad desde junio de 2004 hasta marzo de 2006.

Resultados: Se incluyeron un total de 44 pacientes, 22 hombres y 22 mujeres, con una edad media de 69,9 años (39-90), todos procedentes del servicio de Ap. digestivo salvo uno de oncología, otro de Medicina Interna y 2 trasladados de otro Centro. Los factores de riesgo más destacados fueron 4 casos de alcoholismo, 6 de tabaquismo, 3 de cirugía gástrica previa, 3 con otras neoplasias, 2 de gastritis atrófica, 2 portadores de H. pylori y un antecedente familiar de cáncer gástrico. La clínica que llevó al diagnóstico fue uno ó más de los siguientes síntomas: síndrome constitucional en 14 casos, dolor ulceroso en 13 casos, anemia en 11 casos, hematemesis en 10 casos, melenas en 9 casos, vómitos en 4 casos y disfagia en 4 casos. La localización fue: antro en 18 casos, 12 en cuerpo, 6 en fundus, 3 en cuerpo y antro, 3 en boca anastomótica (uno de ellos con afectación de colon transverso que se resecó), uno en fundus y cuerpo y uno que abarcaba todo el estómago.

Se practicaron 12 gastrectomías totales, 26 subtotales, una polar superior, 4 laparotomías exploradoras y una laparoscopia de estadiaje. La reconstrucción fue en 20 casos con Billroth II + Braun, en 17 casos con Y de Roux, en un caso con Billroth I y en un caso con anastomosis esofago-gástrica. La media de ganglios aislados fue 13. A la unidad de reanimación fueron 33 pacientes, con una estancia media de 1,5 días y a la UCI 6 pacientes con estancia media de 7 días. En 15 pacientes fue necesaria la transfusión de dos concentrados de hematíes. Un paciente precisó reintervención por volvulación del asa eferente de la Y de Roux. Como complicaciones destacamos 3 casos de fistula duodenal de bajo débito, 2 casos de edema de boca anastomótica y un caso de ileo paralítico mantenido. Hubo 2 casos de neumonía, 2 infecciones de herida quirúrgica y una infección urinaria. Mortalidad: 2 casos, uno por fuga anastomótica cólica y otro por shock séptico.

Conclusiones: La creación de unidades de cirugía especializada tiene a la homogeneización de las técnicas y a la consiguiente mejora de los resultados. No obstante son necesarios estudios más amplios para analizar con rigor nuestros resultados.

P-161

SÍNDROME DE PLUMMER-VINSON. PRESENTACIÓN DE UN CASO

S. Cantín Blázquez, R. Cerdán Pascual, J. Bernal Jaulín, J.I. Barranco Domínguez, M.P. Cebollero Benito y J.M. Esarte Muniain Hospital Universitario Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: El Síndrome de Plummer-Vinson (SPV) o de Patterson-Kelly, consiste en la asociación de disfagia, membranas esofágicas y anemia ferropénica. Presentamos un caso tratado recientemente en nuestro Servicio, y revisamos aspectos como epidemiología, etiopatogenia, clínica, diagnóstico y tratamiento recomendado.

Caso Clínico: Mujer de 62 años con antecedentes de gastrectomía subtotal por úlcus, 20 años atrás. La paciente presentaba disfagia para sólidos y pérdida de peso de varios meses de evolución. A la exploración se apreciaba queilitis y glositis atrófica. La analítica mostró una

Discusión: El SPV se presenta principalmente en mujeres de raza blanca entre los 40 y 70 años, y su etiopatogenia es desconocida. Además de los signos y síntomas descritos, estas pacientes también pueden presentar coiloniquia, fragilidad y adelgazamiento progresivo de las uñas, fragilidad del cabello, glositis atrófica y estomatitis angular. Radio-

lógicamente, se observa un defecto típico de relleno inmediatamente por debajo del cartílago cricoideas. La esofagoscopia muestra una estructura similar a una membrana de apenas unos milímetros de espesor. En pacientes con sintomatología leve puede ser suficiente el tratamiento con reemplazo de hierro y modificación de la dieta. Los pacientes con disfagia severa requieren generalmente la dilatación mecánica.

Conclusiones: Es importante la vigilancia endoscópica periódica para detectar la formación de una neo-membrana por cicatrización tras la ruptura de la misma.