

biopsia, se obtuvo el diagnóstico de linfangiectasia intestinal crónica post-radioterapia, sin objetivarse lesiones tumorales. Durante el seguimiento post-operatorio en consulta externa, la paciente precisó paracentesis evacuadoras reiteradas, por lo que se propuso la colocación de un shunt peritoneo-venoso. Se practicó intervención quirúrgica realizándose eventroplastia y colocación de shunt peritoneo-yugular izquierdo, sin complicaciones inmediatas. El seguimiento en consulta demostró una mejoría de la sintomatología y de la calidad de vida por disminución de la ascitis, sin necesidad de nuevas paracentesis.

Conclusiones: El shunt peritoneo-venoso se ha utilizado habitualmente como tratamiento paliativo de la ascitis refractaria en casos de carcinomatosis peritoneal avanzada, tal y como se describe en la literatura. Consideramos que puede ser útil como tratamiento alternativo de recurso para casos de ascitis de origen no maligno.

P-357. ABSCESO INGUINAL COMO PRIMERA MANIFESTACIÓN DE ENFERMEDAD DE WEGENER

S. Pérez Bru, M. Mella Laborde, C. Nofuentes Riera, E. Soliveres Soliveres, R.R. Smilevska, M. Gil Santos, M. Morales Calderón y S. García García

Hospital Universitario San Juan, Alicante.

Introducción: La granulomatosis de Wegener es una vasculitis granulomatosa necrosante que afecta principalmente a las vías respiratorias superiores e inferiores y los glomerulos renales. Las manifestaciones clínicas iniciales más frecuentes son las que afectan a dichas localizaciones, junto con un cuadro general de astenia, anorexia y pérdida de peso. Pueden aparecer lesiones en otras localizaciones, entre las que destacan las articulares, oculares, cutáneas y neurológicas. Presentamos un caso en el que la paciente presenta una serie de manifestaciones poco comunes en el curso inicial de esta patología, precisando una alto índice de sospecha para conseguir al diagnóstico.

Caso clínico: Mujer de 31 años que acude a urgencias de nuestro hospital por presentar úlcera necrótica en talón pie izquierdo junto con absceso inguinal. Se realiza desbridamiento de la úlcera y drenaje y lavado del absceso inguinal, sin incidencias. Tras una evolución favorable, es dada de alta y remitida a consultas externas de enfermedades infecciosas. La paciente acude de nuevo a urgencias 15 días después por episodio de fascitis miembro inferior izquierdo. A la exploración presenta conjuntivas eritematosas, aftas orales y petequias en miembros superiores. Ingresa a cargo de la Unidad de Enfermedades infecciosas y es estudiada por los servicios de Dermatología, Reumatología, Oftalmología y Cirugía General con la sospecha de vasculitis. En el estudio de laboratorio se demuestra elevación de parámetros inflamatorios, anemia ferropénica y positividad para ANCA. Posteriormente se realizan pruebas de imagen para descartar complicaciones osteoarticulares y pulmonares, siendo todas negativas. El 5.º día de ingreso, la paciente presenta episodio de hematuria y epistaxis, con descenso de 2 puntos de hemoglobina, precisando transfusión de 2 concentrados de hemáties. Su evolución posterior es tórpida, añadiéndose a la sintomatología actual varios episodios de expectoración de restos hemáticos y disnea. En TAC torácico-abdominal se evidencia patrón intersticial bilateral de predominio en lóbulos superiores, sin nódulos ni adenopatías, junto con derrame pleural bilateral. El 7.º día de ingreso, ante el aumento de los niveles de creatinina con persistencia de hematuria y proteinuria, y con diagnóstico de presunción de enfermedad de Wegener, se decide traslado a servicio de Nefrología.

Conclusiones: Se desconoce la etiología de la granulomatosis de Wegener, pero se acepta que en su patogenia participa el sistema inmune. Las lesiones histológicas de las vías respiratorias y del parénquima pulmonar se caracterizan por la presencia de granulomas necrosantes con abundantes células gigantes multinucleadas y por una vasculitis necrosante que afecta pequeñas arterias y venas. La sospecha diagnóstica se fundamenta en la presencia de las manifestaciones clínicas típicas de la enfermedad en el tracto respiratorio y/o en el riñón. El diagnóstico es clinicopatológico con soporte serológico. En este caso que se ha presentado, las manifestaciones típicas aparecieron con posterioridad a las menos habituales, retardando el diagnóstico de presunción.

CARCINOMATOSIS PERITONEAL

COMUNICACIONES ORALES

O-001. PELVIPERITONECTOMÍA + PROSTATECTOMÍA + AMPUTACIÓN ABDOMINOPERINEAL CON PRESERVACIÓN DE VEJIGA + OMENTOPLASTIA (TÉCNICA DE CAMPBELL MODIFICADA) EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE RECTO CON INFILTRACIÓN PROSTÁTICA

A. Gómez Portilla¹, J. Echevarría¹, J. Extramiana¹, J. Larrinaga¹, A. Saiz¹, C. Martínez de Lecea², C. Gómez Martínez de Lecea³, E. Martín¹, E. López de Heredia¹, L. Magrachs¹ e I. Cendoya¹

¹Hospital Santiago Apóstol, Vitoria. ²USP La Esperanza, Vitoria.

³Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, Pamplona.

Introducción: El cáncer colo-rectal es el 2.º tumor en frecuencia en Europa. En el 5-10% de los casos, se presentan como cáncer localmente avanzado con infiltración directa de órganos urológicos y/o ginecológicos vecinos. Cuando la infiltración afecta a la vejiga o a la próstata, la exanteriorización pelviana es el tratamiento con el que se consiguen mayores probabilidades de supervivencia a los 5 años. En casos seleccionados de infiltración exclusivamente prostática, es posible preservar la vejiga, realizando una prostatectomía radical y resección anterior/amputación abdominoperineal oncológica en bloque cumpliendo con los requisitos quirúrgicos oncológicos y mejorando de forma importante la calidad de vida del paciente, al mantener la función vesical y la micción uretral. Debido a la escasa bibliografía existente, describimos la técnica quirúrgica utilizada, que presenta diferencias sustanciales con la cirugía de recto y de próstata estándares y precisa de una total coordinación de cirujanos y urólogos.

Objetivos: Presentar la técnica de Campbell modificada para la resección en bloque del recto y próstata, mediante (pelvipерitонeотомía + prostatectomía radical + amputación abdominoperineal en bloque + omentoplastia).

Material y métodos: Varón de 68 años de edad, sin antecedentes de interés, con clínica inespecífica de síndrome constitucional, síndrome prostático y rectorragias de 6 meses de evolución. El estudio mediante exploración clínica, colonoscopia, cistoscopia, TAC y RMN, permite llegar al diagnóstico de cáncer de recto localmente avanzado, con infiltración exclusivamente prostática y de uretra membranosa. Tratado con radioquimioterapia neoadyuvante con 45 Gy (potenciada con flupirimidinas), es

intervenido mediante resección en bloque del recto y próstata, con técnica de Campbell modificada (pelviperitonectomía + prostatectomía radical + amputación abdominoperineal en bloque + omentoplastia pélvica), con postoperatorio satisfactorio, alta a los 15 días de la intervención sin complicaciones y adecuada función y control miccional posterior en el control al mes de la intervención.

Conclusiones: La aplicación de esta estrategia de tratamiento combinado ha posibilitado en nuestras manos conseguir con éxito el tratamiento con intención curativa de estos desafortunados pacientes, con control de la enfermedad y mantenimiento de la función miccional vía natural, evitando la derivación urinaria.

O-002. SEGURIDAD CLÍNICA DE LA TÉCNICA DE SUGARBAKER EN EL TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL. MORBIMORTALIDAD EN 166 PROCEDIMIENTOS CONSECUTIVOS (PROGRAMA DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE CATALUÑA)

P. Barrios Sánchez, I. Ramos Bernadó, D. Sabia, G. Galofré, S. Mompart y L. Silvio

Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí.

Introducción: La cirugía citorreductora radical (CRS) combinada con la quimiohipertermia peritoneal (HIPEC) para el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal (PC) ofrece importantes mejoras en la supervivencia en pacientes que presentan diferentes tipos de PC y sometidos a una estricta selección. Estos resultados están gravados en la literatura internacional con una morbilidad general entre el 30-65%; reintervenciones del 10% y mortalidad del 0 al 19%. Los resultados clínicos están relacionados con la experiencia del equipo quirúrgico y el manejo del paciente en el contexto grupos oncológicos multidisciplinarios. Presentamos la experiencia personal lograda desde un Programa específico de Tratamiento de las Enfermedades Malignas del Peritoneo haciendo especial referencia a los datos relacionados con la morbi-mortalidad.

Material y métodos: De agosto 2006 a marzo 2010 hemos realizado la técnica de Sugarbaker en 166 ocasiones sobre un total de 157 pacientes consecutivos. Los datos han sido recogidos en el Registro Español de Carcinomatosis Peritoneal. El tumor primario correspondió a 62 (40%) neoplasias colorrectales, 45 (29%) pseudomixoma peritoneales, 21 (13%) cáncer recidivado de ovario cáncer, 12 (8%) cáncer gástrico, 8 (5%) mesoteliomas (5%) y 8 (5%) a tumores de otro origen. 95 mujeres y 62 hombres. Edad media 55 años. El 73% de los pacientes habían recibido cirugía previa y el 80% tratamientos quimioterápicos.

Resultados: La media de regiones afectadas fue de 7/13. El Índice de Cáncer Peritoneal (ICP) 13/39. El 94,7% de los pacientes recibieron una citorreducción completa (CC-0/1) y el 5,3% citorreducción tipo CC-2/3. El 78% de los pacientes recibieron una o más anastomosis digestiva: 1,6 anastomosis/pac. En todos los casos se realizó HIPEC según modalidad "coliseum" con una media de 42,5°C de temperatura. Los quimioterápicos utilizados se relacionaron con el tipo de PC: oxaliplatino en el 46% de los pacientes, mitomicina C y CDDP en el 20%, doxorubicina y CDDP en 34%. Tiempo medio quirúrgico: 380 min (rango: 210-630). Estancia media en UCI: 2,3 días y 16 días de estancia hospitalaria. Coste medio asignado al tratamiento (sistema de financiación pública): 21.910 euros. Tasa de morbilidad: 37,6% (60/157); grado III-IV: 8% (12/157). Fueron reintervenidos 8 pacientes (5,1%) motivadas por 3 fistulas intestinales, 3 hemoperitoneos y 2 colecciones abdominales. La mortalidad a los 30 días fue del 0%. La media de seguimiento es de 14,1 meses (rango 0,7-41,3), con una supervivencia global al año del 88,2% y un periodo libre de en-

fermedad del 56,8%. El 46% de los pacientes han recidivado localizándose en el 61% de los pacientes en el peritoneo. En 24 pacientes se realizó un nuevo intento terapéutico radical lográndose en 12 pacientes CRS-HIPEC. 7 de estos pacientes permanecen vivos después de un año de este segundo tratamiento.

Conclusiones: Estos resultados demuestran el beneficio clínico aportado por la técnica de Sugarbaker. La aplicación de este tratamiento desde programas asistenciales dedicados específicamente a esta modalidad terapéutica y por equipos quirúrgicos experimentados en el contexto de grupos de trabajo multidisciplinarios permite confirmar los resultados de supervivencia descritos en grandes series, y mediante índices de morbilidad muy aceptables y de mortalidad del 0%.

O-003. TRATAMIENTO DEL SEUDOMIXOMA PERITONEAL MEDIANTE LA TÉCNICA DE SUGARBAKER. RESULTADOS DEL PROGRAMA DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE CATALUÑA

B. Sánchez, I. Ramos Bernadó, D. Sabia, G. Galofré, L. Silvio, V. González Santín, L. Losa y R. Memba

Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí.

Introducción: El pseudomixoma peritoneal (PP) es un síndrome clínicopatológico infrecuente, generalmente originado desde tumores apendiculares y caracterizado por el acumulo de mucina y masas tumorales en la cavidad abdominal. Puede presentar tres patrones histológicos, cada uno de ellos con diferente agresividad biológica tumoral y clínica. La citorreducción quirúrgica radical (CRS) asociada a la quimiohipertermia intraperitoneal inmediata (EPIC) o a la quimiohipertermia peritoneal (HIPEC), más conocida como técnica de Sugarbaker, es considerada el tratamiento estándar con supervivencia a los 10 años de hasta el 65-100% en relación a la variante histológica.

Material y métodos: De un total de 157 pacientes intervenidos de CP en el Programa de Carcinomatosis Peritoneal de Cataluña, durante el periodo septiembre de 2006 a marzo de 2010 mediante la técnica de Sugarbaker, 45 pacientes (29%) correspondían a PP: 19 hombres y 26 mujeres. Edad media: 55 años. El 82% de los pacientes habían sido intervenidos previamente con un PSS (Prior Surgical Score) de 0 en el 10%, PSS de 1 en el 20%, PSS de 2 en el 28% y un PSS de 3 en el 42% de los casos. El 18% habían recibido tratamientos quimioterápicos. En todos los pacientes el origen tumoral era apendicular, excepto en dos cuyo origen fue ovárico. La variante adenomucinosis y la mixta o híbrida correspondieron al 67% de los casos, el resto casos a carcinomatosis mucinosa. Media de regiones anatómicas afectadas: 8/13 y el índice de cáncer peritoneal (PCI) medio de 16/39. En el 93,4% de los pacientes se consiguió una citorreducción completa (CC-0-1), siendo incompleta (CC-2/3) en 3 pacientes. En todos los casos se practicó HIPEC en la modalidad abierta (coliseum). En el 67% se realizó HIPEC con mitomicina C (12,5 mg/m²) y cisplatino (50 mg/m²). En la variante carcinomatosis mucinosa (33%) se realizó quimioterapia bidireccional con oxaliplatino intraperitoneal (460 mg/m²) durante 30 minutos y 42,5°C de temperatura media, además de la administración de 5-fluorouracilo intravenoso (400 mg/m²) y leucovorin (20 mg/m²) una hora antes del HIPEC. Tiempo quirúrgico medio: 430 minutos (rango: 240-630). Estancia media hospitalaria: 16 días, UCI: 3,1 días.

Resultados: La tasa global de morbilidad fue del 39%, de la cual el 11% fue de grado III-IV (2 hemoperitoneos; 3 colecciones intrabdominales). Un paciente (2%) fue reintervenido por hemoperitoneo. La mortalidad intrahospitalaria y a 30 días fue del 0%. La media de seguimiento fue de 17,2 meses (rango 0,7-40,3). La supervivencia global al año fue del 100% y la supervivencia libre de progresión del 49%. De los 19 pacientes con recurrencia,

10 han sido reintervenidos y en 7 casos se ha realizado de novo CRS + HIPEC. En el seguimiento no se ha detectado ninguna muerte en la serie.

Conclusiones: La CRS + HIPEC es una estrategia terapéutica segura y seguida de buenos resultados clínicos en el manejo del PP. La variante histológica es el factor determinante de la supervivencia. Los pacientes deberían orientarse a centros de referencia que combinen la adecuada selección de los pacientes con la experiencia de equipo multidisciplinar especializado en estos pacientes.

O-004. TRATAMIENTO DE LA CARCINOMATOSIS COLORRECTAL MEDIANTE LA TÉCNICA DE SUGARBAKER. RESULTADOS DEL PROGRAMA DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE CATALUÑA

P. Barrios Sánchez, I. Ramos Bernado, D. Sabia, L. Viso, S. L. González, L. Silvio, R. Momba y L. Losa

Hospital Moisés Broggi, Sant Joan Despí.

Introducción: En el momento del diagnóstico de las neoplasias colorrectales, la carcinomatosis peritoneal (CP) afecta aproximadamente al 10% de los pacientes y hasta un 40% de los pacientes tratados con cáncer colorrectal recurren a nivel peritoneal. Hasta el momento actual, el tratamiento estándar ha sido la quimioterapia sistémica y/o la cirugía paliativa que aporta supervivencias medias entre 6 y 22 meses según la quimioterapia utilizada. Actualmente, numerosos estudios revelan mejoras sustanciales en la supervivencia de estos pacientes mediante la combinación de la citorreducción quirúrgica radical (CRS) seguida de la quimiohipertermia peritoneal (HIPEC) o técnica de Sugarbaker. Recientemente, los grupos franceses dedicados al tratamiento de las enfermedades malignas del peritoneo, consideran este tratamiento como el estándar en la CP de origen colorrectal.

Material y métodos: De un total de 157 pacientes intervenidos de CP en el Programa de Carcinomatosis Peritoneal de Cataluña, durante el periodo septiembre de 2006 a marzo de 2010 mediante la técnica de Sugarbaker, 63 pacientes (40%) correspondían a carcinomatosis colorrectales (se excluyeron los tumores apendiculares). 29 hombres y 34 mujeres. Edad media: 54 años. 62 pacientes (98,5%) habían recibido tratamientos quimioterápicos previos (hasta cinco líneas) y el 92% tratamientos quirúrgicos previos con un Prior Surgical Score (PSS) de 0 en el 2,8% de los casos, PSS de 1 en el 14,2%, PSS de 2 en el 8,5% y PSS de 3 en un 74,5% de los casos. La media de la regiones anatómicas afectadas fue de 6/13. Media del Peritoneal Cancer Index (PCI): 9/39. El 98,5% de los pacientes fueron sometidos a cirugía citorreductora completa. En todos los pacientes se realizó el HIPEC modalidad abierta (coliseum). En el 96% la quimioterapia fue bidireccional con oxaliplatino intraperitoneal (460 mg/m²) durante 30 minutos a una temperatura de 42,5°C y 5-fluorouracilo (400 mg/m²) y leucovorin (20 mg/m²) ev. En 3 pacientes con mitomicina C (12,5 mg/m²) y cisplatino (50 mg/m²) durante 60 minutos, a 42,5°C de media. Tiempo quirúrgico medio: 350 minutos (rango 210-540). Estancia hospitalaria media: 14 días y UCI: 2,1 días.

Resultados: La tasa de morbilidad global fue del 30%, 10% grado III-IV. 2 pacientes (3%) reintervención por: hemoperitoneo y colección intrabdominal. Mortalidad intrahospitalaria y a 30 días: 0%. Media de seguimiento: 15 meses (rango 1,1-35,9). Supervivencia global al año: 82%. Supervivencia libre de enfermedad: 52%. 48,5% de recidivas: peritoneales el 47%, extra-abdominales el 17%, retroperitoneales el 17% y diseminadas en el 19% de los casos. Se realizaron cirugías sobre la recaída en 12 pacientes (19%); cirugía paliativa en un caso, citorreducción completa y quimioterapia sistémica en 8 casos y CRS + HIPEC en 3 casos.

Conclusión: La técnica de Sugarbaker, en la CP colorrectal, sustentada en una correcta selección de los pacientes en base a criterios clínicos, histológicos, carga tumoral peritoneal y tratamientos previos aporta resultados esperanzadores con supervivencias descritas a 5 años elevadas que en algunos grupos pueden llegar al 48%. Estos resultados pueden ser conseguidos con tasas bajas de morbilidad y nulas de mortalidad cuando los pacientes son tratados por equipos multidisciplinares especializados.

O-005. ¿ES LA EDAD MAYOR DE 70 AÑOS UN CRITERIO DE EXCLUSIÓN PARA EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO RADICAL CON HIPEC DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN OVÁRICO?

F.C. Muñoz-Casares, A. Arjona-Sánchez, A. Casado-Adam, R. Díaz-Nieto, J. Alonso-Gómez, M.J. Rubio-Pérez, R. Ortega-Salas, J.L. Medina-Almansa, J. Muntané-Relat y S. Rufián-Peña

Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

Objetivos: La cirugía citorreductora radical con procedimientos de peritonectomía y administración de quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria con hipertermia (HIPEC) representa la mejor opción terapéutica para el tratamiento óptimo de la carcinomatosis peritoneal de diversos orígenes. La edad avanzada, como en aquellos pacientes que superan los 70 años, suele considerarse un criterio de exclusión, dada la morbilidad relacionada con este abordaje quirúrgico. Nuestro objetivo es analizar los resultados de morbilidad, mortalidad y supervivencia en un grupo de pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen ovárico que superan este rango de edad y fueron tratadas con este procedimiento quirúrgico agresivo.

Material y métodos: Estudio retrospectivo sobre una base de datos prospectiva (1996-2009) de 16 pacientes con más de 70 años de edad del total de 136 pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen ovárico (estadios III-IV de FIGO) intervenidas en nuestra Unidad con procedimientos de peritonectomía e HIPEC. Todos los estadios IV presentaron respuesta a quimioterapia neoadyuvante. El análisis estadístico mediante los tests chi cuadrado, t de Student, análisis de la varianza y tablas de contingencia para la expresión de medias y frecuencias de las variables, así como el método de Kaplan-Meier para el cálculo de la función de supervivencia, se realizó con el programa informático SPSS 13.0 para Windows.

Resultados: Las 16 pacientes incluidas en el estudio, suponen el 12% del total de pacientes con carcinomatosis ovárica epitelial intervenidas en nuestra Unidad mediante procedimientos de peritonectomía con HIPEC en el periodo indicado. La edad media fue 74 años (70-77). La mayoría de las pacientes tenían un origen ovárico primario (15/16). Seis pacientes (37,5%) presentaban estadio IV (derrame pleural positivo, metástasis hepáticas o pulmonares) pero habían mostrado respuesta positiva a quimioterapia neoadyuvante. El índice de cáncer peritoneal (PCI) medio fue 18 ± 7 (8-28). El procedimiento de peritonectomía fue infraabdominal-pélvico en 50% de las pacientes y extenso o total en el 50% restante. La citorreducción obtenida se denominó óptima en el 75% de las pacientes (62,5% R0, 12,5% R1) y subóptima R2 (residuo tumoral macroscópico > 1 cm) en el otro 25%. Un 69% de las pacientes (11/16) precisaron resección intestinal y un 50% (8/16) presentaron infiltración neoplásica ganglionar. El tiempo quirúrgico medio fue de 6 horas y media (5-8h) con una mediana de estancia hospitalaria de 12 días (8-45). La morbilidad postoperatoria alcanzó el 50% (8/16) y la mortalidad postoperatoria el 6% (1/16), datos algo superiores a los obtenidos en el grupo de menos de 70 años (31% y 0,8%, respectivamente),

presentando dos pacientes una complicación grado 1, tres pacientes con grado 2, y un paciente con grados 3a, 3b y 5, en cada uno. La supervivencia global a cinco años fue del 50 % y del 67 % cuando se obtuvo citorreducción óptima R0.

Conclusiones: La edad mayor de 70 años exclusivamente sin otros condicionantes como el estado fisiológico, esperanza de vida o comorbilidad asociada, podría no ser impedimento para el tratamiento quirúrgico radical de la carcinomatosis peritoneal con procedimientos de peritonectomía e HIPEC, en centros con experiencia y pacientes seleccionados.

O-006. MORBIMORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA GLOBAL DE LOS PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA RADICAL/PERITONECTOMÍA CON QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL INTRAOPERATORIA HIPERTÉRMICA (HIPEC): 14 AÑOS DE EXPERIENCIA

F.C. Muñoz-Casares, A. Arjona-Sánchez, A. Casado-Adam, R. Díaz-Nieto, M.J. Rubio-Pérez, R. Ortega-Salas, J.L. Medina-Almansa, M.C. Muñoz-Villanueva, J. Muntané-Relat y S. Rufián-Peña

Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

Objetivos: El pronóstico de la carcinomatosis peritoneal ha evolucionado satisfactoriamente desde hace varias décadas, gracias al abordaje terapéutico radical y multidisciplinario preconizado por Sugarbaker, mediante la combinación de procedimientos de peritonectomía y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC). Sin embargo, son aún escasas las instituciones que aplican estos procedimientos, basándose en la morbi-mortalidad que se les asocia. El objetivo de nuestro estudio es analizar nuestra experiencia de catorce años utilizando dichos procedimientos en las tres patologías más frecuentemente implicadas: carcinomatosis peritoneal ovárica, pseudomixoma peritoneal y carcinomatosis peritoneal colorrectal, en términos de morbi-mortalidad y supervivencia.

Métodos: Estudio retrospectivo sobre base de datos prospectiva (1996-2009) de 185 pacientes con enfermedad neoplásica peritoneal intervenidos en nuestra Unidad con procedimientos de peritonectomía e HIPEC hasta diciembre de 2009, con seguimiento evolutivo hasta abril de 2010. El estudio incluye las tres patologías con carcinomatosis peritoneal más frecuentemente intervenidas en nuestra institución: ovárica, pseudomixoma peritoneal y colorrectal. El análisis estadístico descriptivo para variables cualitativas y cuantitativas y el método de Kaplan-Meier para el cálculo de la función de supervivencia se realizó con el programa informático SPSS 15.0 para Windows.

Resultados: De 185 pacientes, 136 (73 %) correspondían a carcinomatosis de origen ovárico III-IV FIGO, 29 (16 %) a pseudomixoma peritoneal con orígenes diversos que incluyen las tres variantes histopatológicas de Ronnet (adenomucinos, adenocarcinomucinos y forma híbrida), y los 20 restantes (11 %) eran de origen colorrectal. La edad media fue $55,7 \pm 12,1$ años (rango: 24-77). El índice medio de cáncer peritoneal (PCI) fue $15,5 \pm 7,8$ (rango: 3-34). Los procedimientos de peritonectomía fueron infraabdominal o localizados en 35 % de casos, extensos en 24 %, y totales en 41 % de pacientes. La citorreducción óptima (CC0-CC1) se consiguió en 92,4 % de las pacientes de la serie (CC0 en 66 % del total). Las medianas del tiempo quirúrgico y estancia postoperatoria fueron 6 horas (rango: 4-11) y 11 días (rango: 6-114), respectivamente. La morbilidad postoperatoria global fue del 33,5 % (grado 1: 5,9 %; grado 2: 13 %; grado 3a: 4,3 %; grado 3b: 6,5 %; grado 4a: 1,1 %; grado 4b: 1,1 % y grado 5 o mortalidad postoperatoria en 3/185: 1,6 %) repartidas en 33,8 %, 31 % y 35 % según origen ovárico, pseudomixoma o colorrectal, respectivamente. La supervivencia global

de la serie a 5 años fue del 50 % (45 % en ovario III-IV, 79 % en pseudomixoma), siendo del 64 % a 5 años y del 33 % a 10 años cuando la citorreducción fue completa CC0 (60 % y 39 % en ovario, 86 % y 43 % en pseudomixoma). La supervivencia en colorrectal a 3 años, con menos seguimiento, fue globalmente del 65 % y del 76 % en CC0.

Conclusiones: Los resultados de morbi-mortalidad de los procedimientos de cirugía radical/peritonectomía con HIPEC obtenidos en nuestra serie, acorde con otras series publicadas, no muestran que estos procedimientos tengan tasas de morbilidad y mortalidad superiores a otros procedimientos de cirugía mayor gastrointestinal y, sin embargo, sí que aportan opciones de tratamiento con finalidad curativa y mejores resultados de supervivencia que los históricos.

O-007. PERFUSIÓN AISLADA DE LA EXTREMIDAD CON MELFALÁN Y FACTOR DE NECROSIS TUMORAL FRENTE A MELFALÁN E INTERFERÓN EN PACIENTES CON MELANOMA METASTÁSICO ESTADIO IIIC: ERRORES EN LA EVALUACIÓN DE LA RESPUESTA EN LAS METÁSTASIS EPIDERMOTRÓPICAS EN TRÁNSITO

A.R. Rull Ortuño, C. Barriuso, A. Blasi, S. Vidal-Sicart, J.J. Espert, M. Fernández, S. Puig, G. Benarroch, J. Malvehy y J.C. García-Valdecasas

Hospital Clínic i Provincial, Barcelona.

Antecedentes: El tratamiento de los pacientes afectados de melanoma estadio IIIC con perfusión aislada de la extremidad (PAE) incluye una diferente variabilidad en la respuesta completa de las metástasis y que oscila entre un 40 a 85 % según la literatura. Las diferencias en los resultados de las distintas series publicadas puede ser explicado en parte debido a la complejidad de la evaluación de la respuesta. En el estadio IIIC la evaluación de la enfermedad con metástasis epidermotrópicas puede ser difícil en algunos casos. Aquí explicamos los resultados clínicos de la PAE en pacientes con metástasis de melanoma en estadio IIIC en una Unidad multidisciplinaria de Melanoma y los criterios para evitar posibles errores en la evaluación de la enfermedad y la respuesta del tratamiento.

Métodos: Entre mayo 1999 y diciembre 2008, 44 pacientes (16 hombres y 28 mujeres; edad media = 59 años [15 a 84 años]) con metástasis cutáneas en tránsito fueron tratados con PAE. En 21 pacientes la perfusión fue realizada con melfalán e INF γ (Grupo 1) y en 23 pacientes con melfalán y TNF α (Grupo 2). La PAE fue de 1 h de perfusión 4 mg TNF α o 1 millón INF γ en combinación con melfalán (1,5 mg/kg peso), perfusión de la extremidad en hipertermia (40 °C). En el Grupo 1 melfalán e INF γ fueron administrados en bolus en la línea arterial al mismo tiempo. En el Grupo 2 la administración de melfalán fue 20 min después del TNF α .

Resultados: La respuesta al tratamiento de la PAE fue expresada en función de los criterios estándar de RECIST:

RECIST	Todos los pacientes	Melfalán + INF γ (n = 21)	Melfalán + TNF α (n = 23)	p
RC	20 (45,5 %)	6 (28,6 %)	14 (60,9 %)	ns
RP	13 (29,5 %)	7 (33,3 %)	6 (26,1 %)	ns
EE	8 (18,2 %)	6 (20,6 %)	2 (8,7 %)	ns
PE	3 (6,5 %)	2 (9,5 %)	1 (4,3 %)	ns
RG	33 (75,0 %)	13 (61,9 %)	20 (87 %)	ns

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

Conclusiones: La duración de la respuesta global fue de 22 meses (17-27 meses) en la serie, 17 meses (10 a 23 meses) en el Grupo 1 (melfalán + INF γ) y 24 meses en el Grupo 2 (melfalán + TNF α). Los errores en la evaluación clínica y dermoscópica en las metástasis epidermotrópicas en tránsito y la respuesta al tratamiento fueron clasificadas como: 1. Nevus-like metástasis cutánea; 2. Angioma-like metástasis cutánea; 3. Metástasis cutánea amelanica; 3. Azul nevus-like metástasis cutánea y 4. Metástasis cutánea con RC y persistencia de pigmento (melanofagos).

O-008. ANÁLISIS UNIVARIADO Y MULTIVARIADO DE FACTORES PRONÓSTICO EN LA SUPERVIVENCIA DE LOS PACIENTES AFECTADOS DE UN MELANOMA MALIGNO

A.R. Rull Ortuño, M. Fernández, S. Vidal-Sicart, A. Vilalta, S. Puig, J. Malveyh, O. Vidal y J.C. García-Valdecasas

Hospital Clinic i Provincial, Barcelona.

Introducción: El melanoma maligno (MM) se considera uno de los tumores más agresivos que se describen en la literatura. Su pronóstico se describe en función de su estadio. El objetivo de este trabajo es analizar los diferentes factores que pueden incidir en la supervivencia en un grupo de pacientes tratados de la misma manera durante 10 años.

Métodos: Entre enero 1999 y diciembre 2009 se estudiaron (845 p), afectados de un melanoma maligno, 442 hombres/403 mujeres, edad media = 54 ± 16 años, (15-92 años), Breslow: $2,7 \pm 1,6$ mm (0,3-60 mm.), Clark (II 55 p, III 4 87 p, IV 253 p y V 50 p), 221 ulcerados. MES: 567, MN: 218, LMM: 11, M acral: 49. 97 se localizaron en cabeza y cuello, 110 en extremidades superiores, 376 en tronco y 262 en extremidades inferiores. Se realizaron 30 ampliación de márgenes (AM), 679 AM + ganglio centinela (GC), 49 AM + linfadenectomía (LG), 25GC, 34 AM + GC + LG y 9 GC + LG. Se ha realizado su seguimiento durante 10 años y un análisis estadístico con el modelo de regresión logística de Cox de diferentes factores que podrían estar implicados en la supervivencia de estos pacientes.

Resultados: Factores pronósticos de mortalidad (Seguimiento de 10 años).

Variables independientes	Univariado		Multivariado	
	OR	p	OR IC95 %	p
Sexo masculino	1,38	0,037		
Breslow > 3 mm	3,48	0,001	2,00	0,001
Ulceración	2,35	0,001	1,51	0,001
Clark > IV	2,42	0,001		
M. nodular / M. acral	2,44	0,001		
Melanoma cabeza y cuello	2,77	0,001	1,72	0,007
Ganglio centinela+	2,38	0,001		
Recidiva ganglionar	3,14	0,001	3,03	0,001
Recidiva local	8,03	0,001	3,85	0,001

OR: odds ratio; IC: intervalo de confianza; M: melanoma.

Conclusiones: Se puede concluir que la mortalidad de un paciente afectado de un melanoma aumenta en los pacientes que tienen un MM con Breslow > 3 mm, ulcerado, que afecta a cabeza o cuello y que presenta en el seguimiento una recidiva local o ganglionar. Mientras que el sexo, el Clark, el tipo de melanoma y el resultado del ganglio centinela no influyen en la supervivencia de los pacientes.

O-228. CUÁL ES LA MEJOR TÉCNICA PARA LA QUIMIOHIPERTERMIA INTRAPERITONEAL: ESTUDIO EXPERIMENTAL COMPARATIVO

P. Ortega Deballon¹, O. Facy¹, S. Jambet¹, G. Magnin¹, C. Chalumeau¹, B. Chauffert¹, E. Cotte² y P. Rat¹

¹Hospital Universitario de Dijon, Francia.

²Hospital Universitario de Lyon, Francia.

Introducción: La quimiohipertermia intraperitoneal (QHIP) se ha convertido ya en el tratamiento estándar para neoplasias primitivas y secundarias que afectan al peritoneo. Las dos principales técnicas (abierta y cerrada) para la administración de QHIP nunca han sido comparadas en la literatura de forma sistematizada. Ello hace que la elección de cada equipo entre ambas se haga siguiendo criterios no científicos. Por otra parte, nuestro grupo ha mostrado en estudios animales previos que la hiperpresión podría aumentar la penetración tisular de quimioterapia. Los objetivos de este programa experimental eran comparar las técnicas abierta y cerrada de QHIP, así como describir el efecto de la hiperpresión sobre la farmacocinética tisular y sanguínea del oxaliplatino.

Material y métodos: Nueve cerdos Large White fueron sometidos a QHIP durante 30 minutos con oxaliplatino (400 mg/m²) para comparar las dos técnicas: cerrada (3 animales) y abierta (9 animales). La técnica abierta se realizó en 3 casos con un circuito y una bomba y en los otros 3 con un cable caliente intra-abdominal, según la técnica original de nuestro grupo. Dos animales más fueron sometidos a hipertermia utilizando colorante azul para estudiar la distribución del líquido en las superficies peritoneales. Con los resultados obtenidos de la comparación de ambas técnicas, se eligió la abierta para continuar el programa de investigación sobre la utilidad de la hiperpresión (25 cm H₂O) con o sin hipertermia (42-43 °C). Nueve animales más fueron sometidos a QHIP con oxaliplatino a igual concentración y duración que los previos, repartidos según las siguientes modalidades: normotérmica e isobara (3 animales), normotérmica e hiperbárica (3 animales), y hipertérmica e hiperbárica (3 animales). En todos los casos se estudió la homogeneidad térmica, la absorción sistémica y tisular, así como la distribución regional del oxaliplatino en el abdomen.

Resultados: La hipertermia fue satisfactoria tanto con la técnica abierta como con la cerrada. El cable caliente se mostró, como poco, tan eficaz como el circuito externo para obtener la hipertermia. La técnica cerrada logró temperaturas más altas en el área diafragmática, mientras la abierta lo hizo mejor en el mesogastrio y el hemiabdomen inferior ($p < 0,001$). La absorción sistémica de oxaliplatino fue mayor con la técnica abierta ($p < 0,04$ para todas las comparaciones), como también lo fue la acumulación en la cavidad peritoneal. El tiempo operatorio no difirió de forma significativa entre ambas técnicas. La hipertermia y la hiperpresión potenciaron la absorción de oxaliplatino, tanto localmente, en el abdomen, como de forma sistémica. La combinación de ambas obtuvo las concentraciones más altas de oxaliplatino.

Conclusiones: La QHIP puede realizarse con la técnica abierta o cerrada. La técnica abierta obtiene mejor distribución regional, mayor penetración y absorción sistémica que la cerrada. La hiperpresión potencia la penetración tisular de la quimioterapia. La combinación de hipertermia e hiperpresión obtiene las concentraciones tisulares y sistémicas más elevadas de oxaliplatino.

O-229. CÓMO MEJORAR LA SEGURIDAD DEL PERSONAL Y SIMPLIFICAR LA TÉCNICA DE QUIMIOHIPERTERMIA INTRAPERITONEAL

P. Ortega Deballon, O. Facy, C. Chalumeau, G. Di Giacomo, L. Billard y P. Rat

Hospital Universitario de Dijon, Francia.

Introducción: La exposición del personal de quirófano a las drogas, así como la necesidad de equipos complejos y caros, son dos de los

problemas fundamentales que han podido frenar la expansión de la quimiohipertermia intraperitoneal (QHIP), pese a los resultados buenos obtenidos en neoplasias primitivas y secundarias del peritoneo. En algunos países europeos, incluso se han promulgado directivas a favor de la utilización de la técnica cerrada por el presunto riesgo laboral asociado a la técnica abierta, aunque esta última es probablemente más beneficiosa para el paciente. Presentamos aquí las mejoras que nuestro grupo ha desarrollado en términos de seguridad y simplificación de la técnica de QHIP.

Material y métodos: Los bordes de la laparotomía se grapan a una gran hoja de látex con una abertura a medida en su centro. A su vez, la lámina de látex se suspende sobre un separador autostático de tipo Thompson u Omnitract (Landanger, France). De esta manera, se expande la cavidad abdominal por tracción hacia arriba de la pared. Un cuadro hexagonal de metacrilato se fija sobre el separador. Finalmente, se instala una tapa transparente de metacrilato con un hand-access en su centro. Esta técnica permite la realización de una QHIP abierta teniendo el abdomen cerrado de forma hermética, y evitando así la exposición del personal a los vapores y salpicaduras de la quimioterapia. Tras la implementación de esta técnica en nuestro servicio en 2005, una encuesta anónima y confidencial ha sido realizada en el 2009 para saber si el personal se sentía más seguro con esta técnica (ahora llamada "semi-abierta" en la literatura). Finalmente, buscando la simplificación y el abaratamiento, concebimos el concepto de calentar el líquido directamente en el abdomen y evitar así la necesidad de la bomba, cuyo coste es enorme. El cable caliente aislado diseñado al efecto ha sido probado en 4 animales.

Resultados: La técnica de QHIP abierta con el abdomen cerrado es fácil y reproducible. El cirujano tiene acceso permanente a todo el abdomen. La introducción de esta técnica ha implicado un aumento del sentimiento de seguridad del personal de 2,2 a 3,5 (en una escala de 0 a 5; $p = 0,0002$). El cable caliente para QHIP obtuvo una hipertermia segura, sin ninguna lesión térmica visceral cuando se manipula constantemente el líquido en el abdomen, y con una homogeneidad térmica al menos tan buena como la obtenida con las bombas comercializadas en la actualidad.

Conclusiones: La técnica de QHIP abierta con el abdomen cerrado (o técnica semiabierta) combina la exposición óptima de las superficies abdominales a la quimioterapia obtenida en la técnica abierta, con la seguridad obtenida con la técnica cerrada. Esta técnica satisface a las directivas más exigentes en materia de seguridad laboral. La QHIP puede ser realizada sin necesidad de una bomba y de un circuito externo, lo cual abarataría notablemente los costes.

O-230. SEUDOMIXOMA PERITONEAL. TRATAMIENTO CON CITORREDUCCIÓN + QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL + HIPERtermia QUIH. RESULTADOS EN 30 PACIENTES

A. Gómez Portilla¹, I. Cendoya¹, I. Olabarriá¹, M. Kvadatze¹, A. Gil², N. Guede³, N. Moraza³, A. Vitoria³, E. Fernández¹, C. Gómez Martínez de Lecea³ y C. Martínez de Lecea⁴

¹Hospital San José, Vitoria. ²Hospital Cruces, Barakaldo.

³Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, Pamplona.

⁴USP La Esperanza, Vitoria.

Introducción: El pseudomixoma peritoneal inexorablemente conduce a la muerte del paciente si no es debidamente tratado. La muerte se produce por los fenómenos derivados del compromiso de espacio de la cavidad abdominal con obstrucción, perforación o inanición como principales complicaciones. Estos pacientes hasta ahora han sido tratados clásicamente con intención paliativa con intervenciones repetidas evacuadoras o resectivas parciales junto con la administración de quimioterapia sistémica con esquemas no uniformes. Solamente la introducción de un nuevo tratamiento que asocia citorreducción junto con quimioterapia intraperitoneal e hipertermia, ha per-

mitido obtener supervivencias a largo plazo, e incluso curaciones en pacientes seleccionados.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en el tratamiento de pacientes afectados de esta rara patología, abordados siempre con intención curativa, mediante el tratamiento combinado de citorreducción radical oncológica para el tratamiento de la enfermedad macroscópica y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica de intensificación para el tratamiento de la enfermedad microscópica residual.

Material y métodos: Desde diciembre de 1998 hasta diciembre de 2009 hemos tratado personalmente 30 pacientes afectados de pseudomixoma peritoneal difuso siguiendo el protocolo del Dr. Sugarbaker inicialmente y desde enero 2005 el protocolo del Dr. D. Elias, dentro de nuestro programa de carcinomatosis peritoneal. Presentamos esta serie de pacientes atendiendo a su situación clínica y estado de la enfermedad preoperatoriamente, intervenciones y tratamientos previos recibidos. Grado de citorreducción alcanzado. Complicaciones. Mortalidad y supervivencia inmediata y a largo plazo.

Resultados: Nuestra serie está compuesta por 17 pacientes varones y 13 mujeres con edad media de 51 años (31-72 años), todos ellos habían recibido entre 1 y 3 intervenciones quirúrgicas previas, y 30% de ellos al menos 1 tratamiento quimioterápico sistémico antes de ser atendidos por nosotros. La mediana del índice de carcinomatosis peritoneal que presentaban era de 29 (6-39), y a pesar de ello conseguimos erradicar la enfermedad macroscópica (CC0-CC1) en el 80% de las ocasiones, precisando una mediana de 4 peritonectomías parietales + 4 resecciones viscerales por paciente. Este tratamiento agresivo se tradujo en la duración de la intervención, mediana de 10 horas, en un 50% de complicaciones mayores, y una mortalidad de 2 pacientes (6,6%) que fallecieron durante su estancia hospitalaria. 16 pacientes (53%), permanecen vivos con una mediana de supervivencia es de 83 meses, 12 han superado los 5 años y 2 de ellos ya han superado 10 años.

Conclusiones: La aplicación de esta nueva estrategia de tratamiento combinado del pseudomixoma peritoneal avanzado multitratado y recidivante, ha posibilitados en nuestras manos conseguir con éxito el tratamiento con intención curativa de estos desafortunados pacientes, habiendo conseguido un control de la enfermedad en el 80% a corto plazo, y 53% a medio y largo plazo, pudiendo en ciertos casos presumir de la posible curación, cuando 2 de nuestros pacientes después de más de 10 años desde su citorreducción siguen libres de enfermedad.

O-231. RESCATE DE CARCINOMATOSIS RECURRENTE TRAS TRATAMIENTO PREVIO CON CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOHIPERtermia INTRAPERITONEAL. SEGUNDAS Y TERCERAS CITORREDUCCIONES. HACIA LA CRONIFICACIÓN DE LA ENFERMEDAD

A. Gómez Portilla¹, I. Cendoya¹, I. Olabarriá¹, M. Kvadatze¹, C. Gómez Martínez de Lecea², C. Martínez de Lecea³, N. Guede³, N. Moraza³, A. Vitoria³, E. Fernández³ y E. Romero⁴

¹Hospital San José, Facultad de Medicina, Vitoria. ²Facultad

Medicina, Universidad de Navarra, Pamplona. ³USP La Esperanza, Vitoria. ⁴Hospital Santiago Apóstol, Vitoria.

Introducción: Un nuevo abordaje de tratamiento en pacientes con carcinomatosis peritoneal (CP) que combina, citorreducción (CR) radical oncológica para el tratamiento de la enfermedad macroscópica y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (QIH) de intensificación para el tratamiento de la enfermedad microscópica residual, desarrollado por PH Sugarbaker desde 1981, está permitiendo cambiar la intencionalidad del tratamiento de paliativo a curativo en estos pacientes. Sin embargo, a pesar de su efectividad demostrada, las recurrencias siguen siendo un problema común.

Objetivos: Con la presente comunicación tratamos de dar respuesta a si merece la pena realizar esfuerzos adicionales con citorreducciones iterativas posteriores en el caso de recurrencias de la enfermedad en pacientes tratado con CR y QIIH previamente.

Material y métodos: Entre diciembre 1998 y diciembre 2008, se realizaron 131 CR en 73 pacientes por carcinomatosis de diverso origen. Se estudia una serie de 32 pacientes (44%) que recibieron al menos una segunda CR, y un grupo de 12 pacientes (16%) que recibieron al menos hasta 3 CR iterativas. La mayoría de los pacientes de ambos grupos también recibieron QIIH nuevamente. Todos los pacientes fueron seguidos hasta la muerte o hasta el último contacto de cierre de este estudio.

Resultados: Controlamos la enfermedad y completamos la citorreducción con intencionalidad curativa en la mayoría de las ocasiones, sin importar las veces que el paciente había sido intervenido previamente. En el grupo segunda citorreducción, la edad, el sexo y el tipo de tumor original de la carcinomatosis no influyó en la supervivencia. Por el contrario, el volumen y distribución de la enfermedad en la cavidad abdominopélvica, tuvo un impacto pronóstico. Todos los pacientes que tuvieron menos de 5 áreas afectas y un índice de carcinomatosis peritoneal (IPC) menor de 7, siguen vivos tras la segunda citorreducción. Más importante fue el grado de citorreducción alcanzado, 42% de los pacientes en los que conseguimos una citorreducción completa CC0-CC1 siguen vivos 3 años después de la segunda citorreducción, mientras que ninguno de los 6 pacientes con una citorreducción paliativa CC2-CC3 vivió más de 2 años ($p = 0,010691$). En los pacientes con una tercera citorreducción, tampoco la edad, el sexo y el tipo de tumor original influyeron en la supervivencia. Sin embargo, el intervalo entre la segunda y tercera citorreducción tuvo un impacto pronóstico cuando fue superior a 12 meses, y solamente el grado de citorreducción tuvo impacto significativo en la supervivencia tanto al año como a los dos años tras la tercera citorreducción, sobreviviendo sólo pacientes con citorreducción completa con intencionalidad curativa ($p = 0,000532$). Los beneficios de las citorreducciones iterativas deben ser siempre evaluarse frente a la mayor mortalidad postoperatoria observada cuanto mayor número de citorreducciones recibe un mismo paciente.

Conclusiones: La práctica de citorreducciones reiterativas en pacientes con CP recurrente nos ha permitido cronificar en ocasiones la enfermedad aumentando la mediana de supervivencia de 6 meses de los pacientes que sólo han recibido una citorreducción, a 22 meses cuando recibieron 2 citorreducciones y hasta 44 meses de mediana en el grupo de pacientes que ha recibido tres citorreducciones iterativas, supervivencia no alcanzable con ninguna otra modalidad terapéutica existente. Definitivamente, en nuestra experiencia, si tienen valor esfuerzos adicionales si la enfermedad es todavía quirúrgicamente controlable, abriendo así un rayo de esperanza para estos pacientes.

O-232. EXENTERACIONES PÉLVICAS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL. LA CARCINOMATOSIS YA NO PUEDE CONSIDERARSE UNA CONTRAINDICACIÓN ABSOLUTA

A. Gómez Portilla¹, I. Cendoya¹, I. Olabarriá¹, J. Echevarría¹, C. Martínez de Lecea³, C. Gómez Martínez de Lecea², N. Guede¹, N. Moraza¹, A. Vitoria¹, E. Fernández¹ y M. Kvadatze¹

¹Hospital San José, Vitoria. ²USP La Esperanza, Vitoria.

⁴Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, Pamplona.

Introducción: Clásicamente las exenteraciones pélvicas (EP) entran en el grupo de las llamadas operaciones ultra o suprarradicales. Su objetivo es obtener un adecuado control de un tumor pélvico localmente avanzado o recurrente que infiltra órganos vecinos,

en ausencia de enfermedad neoplásica a distancia. Hasta ahora la presencia de una carcinomatosis peritoneal (CP se ha considerado contraindicación absoluta para la práctica de una EP, debido a que la práctica de una resección ampliada de los órganos pelvianos (recto, genitales femeninos y/o vejiga) conlleva elevada morbilidad con escaso beneficio de supervivencia. Sin embargo es la única alternativa terapéutica con intención curativa, para pacientes con afectación pelviana, incluso en el contexto de una carcinomatosis. Un nuevo abordaje de tratamiento en pacientes con CP que combina, citorreducción (CR) radical oncológica para tratar la enfermedad macroscópica y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (QIIH) de intensificación para la enfermedad microscópica residual, desarrollado por PH Sugarbaker desde 1981, está permitiendo cambiar la intencionalidad del tratamiento de paliativo a curativo en este grupo de pacientes con CP.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en la realización de EP en pacientes tratados por CP con CR y QIIH.

Material y métodos: Entre diciembre 1998 y diciembre 2008, realizamos 131 CR en 73 pacientes por CP de diverso origen. Se estudia una serie de 15 pacientes en los que se practicó una EP en el transcurso de su CR. Todos los pacientes fueron seguidos hasta la muerte o hasta el cierre del estudio.

Resultados: Nuestro grupo está constituido por 2 varones y 13 mujeres, con una mediana de 54 años de edad (rango 30-62 años). El origen de la CP fue: cáncer colorrectal en 6 pacientes, pseudomixoma en 5 casos, mesotelioma peritoneal primario en 3 pacientes, y una paciente con carcinomatosis ovárico. Solamente 4 casos presentaban el tumor primario simultáneamente al tratamiento de su CP. La EP fue siempre supraelevadora y se realizó en el transcurso de la peritonectomía pélvica. En 8 pacientes, mujeres siempre, se realizó una EP posterior (recto y órganos genitales), y 7 pacientes precisaron una EP total o subtotal con resección incluida de toda o parte de la vejiga. El grado de citorreducción alcanzada fue CC0-CC1, intencionalidad curativa siempre, recibiendo QIIH complementaria todos los casos. Se pudo realizar una reconstrucción colo-anal en 11 pacientes (73%), y 3 pacientes precisaron una reimplantación urológica psoriásica tipo Boari. 13 pacientes sufrieron algún tipo de complicación postoperatoria, y 8 de ellos (53%) precisaron una reintervención. 2 pacientes (13%) fallecieron durante su ingreso. La estancia media hospitalaria fue de 38 días (rango 6-154 días). Con una mediana de seguimiento de 48 meses, 38% de los pacientes permanecen vivos con una mediana de supervivencia de 21 meses (rango 6-75 meses).

Conclusiones: La práctica de EP en pacientes con CP nos ha permitido cronificar la enfermedad aumentando la mediana de supervivencia de nuestros pacientes a niveles no alcanzables con ninguna otra modalidad terapéutica existente. Definitivamente, basados en nuestra experiencia, la presencia de CP ya no debe contemplarse como contraindicación absoluta para la realización de una EP, y podemos concluir que merece la pena realizar EP en pacientes con CP si la enfermedad todavía es quirúrgicamente controlable, abriendo así un rayo de esperanza para estos desafortunados pacientes.

O-233. CITORREDUCCIÓN COMPLETA EN 16 PACIENTES CONSECUTIVAS DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE ORIGEN OVÁRICO SOMETIDAS A QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE

E. Esteban Agustí, M. Marcello Fernández, P. Galindo Jara, H. Durán Giménez-Rico, C. Loinaz Seguro, M.A. Montenegro Martín, L. Galán Raposo, I. Díaz Padilla, L. Minig, Y. Quijano Collazo y E. Vicente López

Hospital Madrid-Norte-Sanchinarro, Madrid. Centro Integral Oncológico Clara Campal, Madrid. Universidad San Pablo CEU, Facultad de Medicina, Madrid.

Introducción: La citorreducción óptima ha demostrado repetidamente ser el principal factor independiente de supervi-

vencia en el cáncer epitelial de ovario con carcinomatosis peritoneal. Sin embargo, la a menudo gran exigencia técnica que comporta ha limitado el número de enfermas realmente beneficiadas por el tratamiento quirúrgico. Como paso previo a la implantación de un programa combinado de citorreducción más quimioterapia hipertérmica intraperitoneal intraoperatoria (HIPEC), nuestro Servicio ha comenzado a aplicar la técnica de peritonectomía de Sugarbaker para estas pacientes.

Pacientes y métodos: Dieciséis pacientes con una mediana de edad de 65,5 (rango 43-83) diagnosticadas de carcinomatosis peritoneal de origen ovárico (estadios FIGO IIIC o IV) entre junio de 2007 y diciembre de 2009 fueron tratadas en nuestro centro. Todas ellas recibieron quimioterapia neoadyuvante basada en carboplatino y taxol (mediana 5 ciclos, rango 3-14) y posteriormente fueron sometidas a cirugía con intención radical entre septiembre de 2007 y abril de 2010. Índice de carcinomatosis peritoneal en el momento de la intervención: mediana 8 sobre 39 (rango 2-27). Número de cuadrantes afectados: mediana de 6 (rango 1-13).

Resultados: Se obtuvo una citorreducción completa Cc-0 (tumor residual no visible) en las 16 pacientes (100%). Todas las pacientes fueron sometidas a pelviperitonectomía en bloque con histerectomía y doble anexectomía, linfadenectomía radical, omentectomía, apendicectomía y resección completa del ligamento redondo. Resección anterior rectal (8 pacientes, 50%), resecciones de colon (2 pacientes, 12,5%), peritonectomía subfrénica derecha (6 pacientes, 37,5%), resección segmentaria de intestino delgado (8 pacientes, 50%), resección hepática menor (1 paciente, 6,25%), resección parcial diafragmática (1 paciente, 6,25%), esplenectomía (2 pacientes, 12,5%), etc. Tiempo operatorio: 140-530 minutos (mediana 310). Transfusión intraoperatoria: 0-4 concentrados de hematíes (media 2,19). Transfusión postoperatoria 0-5 (media 1,18). Estancia postoperatoria en UCI: 1-3 días (mediana 1). Reinstauración de alimentación oral: 2º-15º día (mediana 5º día). Complicaciones: íleo paralítico prolongado (3 pacientes, 18,75%), hemo-peritoneo (1 paciente, 6,25%), edema agudo de pulmón (1 paciente, 6,25%), fiebre no filiada autolimitada (1 paciente, 6,25%), absceso pélvico (1 paciente, 6,25%), bacteriemia (1 paciente, 6,25%), SIRS en el postoperatorio inmediato con coagulopatía y trombopenia (1 paciente, 6,25%). Reintervenciones: 1 (hemoperitoneo). Tasa de complicaciones grado III/IV del 12,50%. Estancia hospitalaria: 5-25 días (mediana 11). Mortalidad: 0%.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico radical de la carcinomatosis peritoneal de origen ovárico, aunque técnicamente demandante, es posible con razonables tasas de morbimortalidad y excelentes tasas de citorreducción óptima.

O-234. PUESTA EN MARCHA DE UN PROGRAMA DE FAST TRACK EN PACIENTES CON DISEMINACIÓN PERITONEAL DE ORIGEN OVÁRICO TRATADAS MEDIANTE PROCEDIMIENTOS DE PERITONECTOMÍA Y ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL INTRAOPERATORIA HIPERTÉRMICA

P. Cascales, J. Gil, P. Galindo, E. Gil, I. Martínez Frutos, P. Ramírez, P. Pelegrín, G. Rocío y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La consideración de la diseminación peritoneal de tumores malignos intraabdominales como un estadio locoregional de la enfermedad ha hecho posible su tratamiento mediante cirugía de máximo esfuerzo con procedimientos de peritonectomía y administración de quimioterapia intraperito-

neal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC). Sin embargo, aunque las tasas de morbilidad y mortalidad se han controlado con la experiencia acumulada, las estancias medias hospitalarias referidas superan las 2 semanas.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en el tratamiento de la carcinomatosis peritoneal de origen ovárico mediante procedimientos de peritonectomía y HIPEC utilizando pautas de recuperación multimodal (Fast Track Surgery).

Pacientes y métodos: Desde noviembre de 2008 hasta enero de 2010 se han intervenido en nuestra unidad 47 pacientes diagnosticadas de carcinomatosis peritoneal de origen ovárico primario y recurrente. De ellas 40 han sido incluidas en el esquema de recuperación multimodal o "Fast Track" al cumplir los requisitos para ello (citorreducción óptima Cc-0 o Cc-1 acompañada de HIPEC y no más de una anastomosis digestiva). El protocolo seguido con estas pacientes fue el reflejado en la tabla.

Día operatorio	Pauta
-1 (ingreso en planta)	Dieta con bebidas azucaradas permitidas hasta 3 h antes de la intervención Profilaxis tromboembólica (clexane 40 mg subcutáneo) Profilaxis úlcus péptico (omeprazol 40 mg oral)
0 (intervención)	Catéter torácico T10 para analgesia epidural No SNG Un drenaje en pelvis
1	Líquidos orales por la mañana Lactulosa oral cada 12 h Sedestación. Fisioterapia respiratoria activa. Alta de reanimación
2	Dieta líquida Retirada del catéter epidural
3	Retirada del sondaje vesical y drenaje abdominal Dieta semiblanda Movilización restringida a la habitación
4	Dieta normal Retirada del acceso venoso central Movilización completa
5-7	Plantear el alta de la paciente

Resultados: 32 de las 40 pacientes incluidas en el protocolo cumplieron el mismo sin incidencias (80%). El PCI medio en estas pacientes fue de 12,35 (4-21), con un tiempo quirúrgico medio de 360 minutos (200-540). Se consiguió una cirugía óptima Cc-0 en 33 de las 40 pacientes y Cc-1 en las restantes 7. Se realizó resección intestinal en 23 pacientes (57,5%), siendo el segmento resecado más frecuente el rectosigma (14 pacientes). La estancia postoperatoria media fue de $6,89 \pm 1,63$ días (3-10). No hubo mortalidad relacionada con el procedimiento y aparecieron 13 complicaciones (32,5%), siendo el íleo paralítico (4 pacientes) y el derrame pleural (4 pacientes) las complicaciones más frecuentes.

Conclusiones: El tratamiento de la carcinomatosis peritoneal de origen ovárico mediante procedimientos de peritonectomía acompañada de HIPEC es posible bajo protocolos de recuperación multimodal o "Fast Track Surgery" con buenos resultados, cumpliendo el protocolo el 80% de los casos seleccionados.

O-235. FACTORES QUE INFLUYEN EN LA APARICIÓN DE MORBILIDAD POSTOPERATORIA EN PACIENTES TRATADAS CON PROCEDIMIENTOS DE PERITONECTOMÍA Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL INTRAOPERATORIA HIPERTÉRMICA EN PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL OVÁRICA PRIMARIA Y RECURRENTE

P. Cascales, J. Gil, P. Galindo, E. Gil, I. Martínez Frutos, P. Ramírez, A. García, R. González, P. Pelegrín y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Objetivos: Analizar los factores que influyen en la morbilidad en pacientes con carcinoma de ovario avanzado primario (estadio IIIC) y recurrente sometidos a cirugía citorreductora de máximo esfuerzo con procedimientos de peritonectomía y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC).

Pacientes y métodos: Desde enero de 2008 hasta enero de 2010 hemos incluido a 56 pacientes intervenidas con el diagnóstico de carcinomatosis peritoneal de origen ovárico (primario y recurrente), sin comorbilidad asociada y potencialmente resecables a tenor de las pruebas de imagen preoperatorias. La edad media de las pacientes de la serie fue de $56,16 \pm 10,2$ años (rango: 34-78) con un PCI intraoperatorio de $13,16 \pm 6,11$ (rango: 3-29). El 70% de pacientes (39/56), habían sido tratadas con quimioterapia sistémica previa a la cirugía. En 4 pacientes la enfermedad fue considerada irresecable, siendo excluidas del estudio. En 52 pacientes (92%) se pudo realizar una citorreducción óptima y administración de HIPEC siendo considerada la cirugía Cc-0 (sin residuo tumoral macroscópico) en 45 pacientes y Cc-1 (residuo tumoral menor de 0,25 cm) en las restantes 7. El procedimiento de peritonectomía fue completo (peritonectomía de todos los cuadrantes + omentectomía mayor y menor \pm colecistectomía \pm esplenectomía \pm apendicectomía) en 2 pacientes (4%), extenso (peritonectomía pélvica completa y otros cuadrantes) en 23 (44%) y subtotal-infraabdominal (peritonectomía pélvica completa + omentectomía \pm apendicectomía) en 27 (52%). Se realizó resección intestinal en 27 pacientes (52%) siendo el recto-sigma el segmento más frecuentemente resecado. El tiempo operatorio, incluyendo la fase de HIPEC, fue de $400 \pm 75,5$ minutos (rango: 240-610). Se administró HIPEC con paclitaxel, 60 mg/m² en 49 pacientes y cisplatino 75 mg/m² de superficie corporal en las restantes 3. El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS 15.0, considerándose significativa una $p < 0,05$.

Resultados: 17 pacientes (32,7%) desarrollaron complicaciones, siendo las más frecuentes el íleo paralítico (5 pacientes) y el derrame pleural (4 pacientes). 2 pacientes (4%) tuvieron que ser reintervenidas (hemoperitoneo en el 8.º día postoperatorio y otra por absceso intrabdominal). No hubo mortalidad relacionada con el procedimiento. El PCI ($p = 0,032$), la transfusión de > 4 concentrados de hematíes ($p = 0,033$), la resección intestinal ($p = 0,026$), la realización de peritonectomía diafragmática ($p = 0,002$), y el tiempo operatorio prolongado (> 400 minutos) ($p = 0,004$), se relacionaron con la presencia de complicaciones en el análisis univariante. Tras el análisis multivariante, la transfusión de > 4 concentrados de hematíes y la realización de procedimientos de peritonectomía diafragmática fueron factores asociados con la aparición de complicaciones ($p = 0,017$, OR = 6,558, Intervalo de Confianza de la OR: 1,399-30,732).

Conclusiones: El tratamiento de la carcinomatosis peritoneal con procedimientos de peritonectomía y administración de HIPEC se puede realizar con tasas de morbilidad y mortalidad aceptables, en grupos con experiencia en hospitales con gran volumen de pacientes. La necesidad de realizar peritonectomías diafragmáticas y la trasfusión de > 4 concentrados de hematíes se asoció en nuestra serie a mayores tasas de morbilidad postoperatoria.

O-236. ANÁLISIS DESCRIPTIVO DE LOS PACIENTES DIAGNOSTICADOS DE TUMORES PERITONEALES Y CARCINOMATOSIS PERITONEAL EN EL HOSPITAL UNIVERSITARIO DE FUENLABRADA

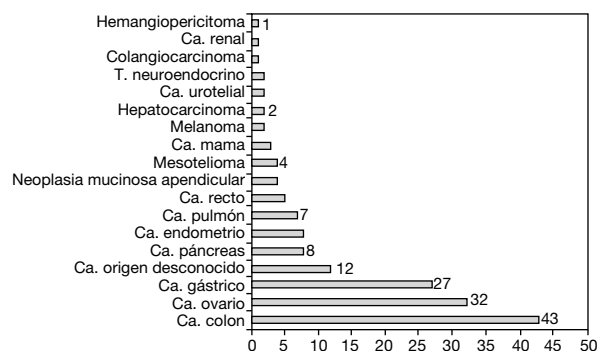
G. Ortega Pérez, P. Artuñedo Pe, C. López Muñoz, F. Fernández Bueno, L. Carrión, C. Miliani Molina, J. Martínez Piñero, M. de Vega Irañeta, A. Antequera Pérez y F. Pereira Pérez

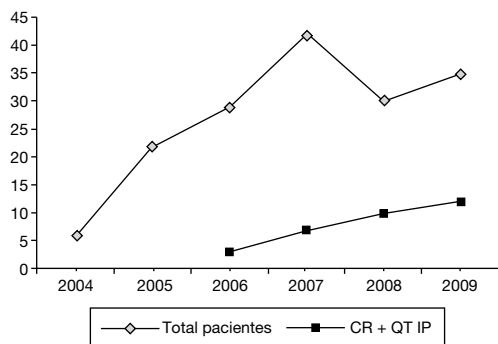
Hospital universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Introducción: El Hospital Universitario de Fuenlabrada está integrado en la red pública de la Comunidad de Madrid y ofrece cobertura a una población superior a 213.000 personas. Se trata de una población muy joven, con aproximadamente un 40% menor de 30 años, una tasa de ancianos del 6%. La actividad asistencial se inició de forma progresiva a principios del año 2004. En noviembre de 2006, desde el Servicio de Cirugía General se puso en marcha la Unidad Multidisciplinar de Tratamiento de la Carcinomatosis Peritoneal, que en la actualidad trata pacientes procedentes tanto de la propia área sanitaria, como pacientes remitidos de otras áreas tanto de la Comunidad de Madrid como del resto de España. Se revisan las características de los pacientes diagnosticados y tratados de tumores peritoneales y carcinomatosis peritoneal desde la apertura del Hospital.

Material y métodos: Se revisaron retrospectivamente todos los informes de alta de los pacientes ingresados en el Hospital desde su apertura en 2004 hasta diciembre de 2009, utilizando como criterio de búsqueda el término "carcinomatosis peritoneal". Tras revisión de las historias clínicas de más de 250 pacientes, se identificaron un total de 164 casos correctamente codificados. Se analizaron factores demográficos, tipo de tumor; si se trataba de recidiva tumoral o de un tumor primario; métodos diagnósticos empleados; tipo de tratamiento y evolución. A partir de noviembre de 2006 se han recogido en una base de datos prospectiva aquellos pacientes sometidos a cirugía citorreductora y quimioterapia intraperitoneal perioperatoria (CR + QT IP).

Resultados: La muestra está constituida por 67 varones y 97 mujeres, con una edad media de 65,3 años (23-97), con un 42,6% de los pacientes mayores de 70 años. La distribución por tipo de tumor se muestra en la figura 1. Como métodos diagnósticos se han utilizado TAC, citología de líquido peritoneal o biopsia de implantes tumorales vía laparoscopia o laparotomía. En doce pacientes no se ha identificado el origen tumoral. La figura 2 muestra sobre el total de pacientes diagnosticados de carcinomatosis peritoneal, el número de pacientes sometidos a citorreducción con quimioterapia intraperitoneal desde 2006, año en que se inició el programa. En 2008 y 2009 aproximadamente un tercio de los pacientes diagnosticados han recibido dicho tratamiento. Por patologías, los pacientes con diagnóstico de mesotelioma y de neoplasia mucinosa apendicular se han sometido a citorreducción y quimioterapia intraperitoneal perioperatoria, tratamiento considerado estándar en la actualidad para ambas patologías.





Conclusiones: La mayoría de los pacientes con carcinomatosis peritoneal o tumores peritoneales primarios no son candidatos a cirugía citorreductora con quimioterapia intraperitoneal por criterios de edad, estado funcional, tipo o extensión tumoral. La puesta en marcha de un equipo multidisciplinar permite una adecuada selección de los pacientes que se pueden beneficiar de este tratamiento.

O-237. CIRUGÍA CITORREDUCTORA RADICAL/ PERITONECTOMÍA CON HIPEC EN CARCINOMATOSIS PERITONEAL OVÁRICA-ESTADIO IV FIGO TRAS QUIMIOTERAPIA NEOADYUVANTE SISTÉMICA

F.C. Muñoz-Casares, A. Arjona-Sánchez, A. Casado-Adam, R. Díaz-Nieto, C. León-Salinas, M.J. Rubio-Pérez, R. Ortega-Salas, J.L. Medina-Almansa, J. Muntané-Relat y S. Rufián-Peña

Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

Objetivos: La selección adecuada de pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen ovárico es prioritaria para que se puedan beneficiar de la cirugía citorreductora radical con procedimientos de peritomectomía y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC). Inicialmente el estadio IV FIGO no se considera subsidiario de tales procedimientos, sin embargo, la administración de quimioterapia sistémica neoadyuvante puede lograr que un grupo de estas pacientes puedan incluirse en este protocolo terapéutico. El objetivo de este estudio es analizar los resultados obtenidos en esta selección de pacientes tratados con estos procedimientos quirúrgicos radicales.

Métodos: Estudio clínico sobre una base de datos prospectiva que incluye una serie de 24 pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen epitelial ovárico primario en estadio IV FIGO (derrame pleural positivo, metástasis hepáticas o pulmonares) incluidas a partir de 2005, de un total de 136 pacientes con carcinomatosis peritoneal ovárica intervenidas en nuestra unidad desde enero de 1996 a diciembre de 2009 mediante cirugía radical con procedimientos de peritomectomía e HIPEC. Todas las pacientes del estudio recibieron quimioterapia neoadyuvante basada en esquema de carboplatino-paclitaxel, con regresión clínica de estadio. Se excluyeron las pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen ovárico recurrente y los estadios III de la FIGO. El análisis estadístico se realizó con el programa informático SPSS 15.0 para Windows.

Resultados: La edad media de las pacientes fue de $62,2 \pm 9,5$ años (rango: 44-77). La mediana de ciclos de carboplatino-paclitaxel por vía intravenosa recibidos con carácter neoadyuvante fue 6 (rango: 3-8). Las causas del estadio IV FIGO fueron derrame pleural citológicamente maligno en 15 pacientes (62,5%), metástasis pulmonares en 4 (16,7%), metástasis hepáticas en 3 (12,5%), metástasis esplénicas con derrame pleural maligno en 1 (4,2%) y enfermedad ganglionar extraabdominal en 1 (4,2%). En 5 pacientes (21%) se realizó procedimiento de peritomecto-

mía subtotal-infraabdominal que incluyó histerectomía abdominal radical + salpingooforectomía bilateral con peritomectomía pélvica completa ± resección recto-sigma si infiltración, omentectomía completa, apendicectomía, linfadenectomía pélvico-aórtica si sospecha de invasión ganglionar y administración de HIPEC con paclitaxel. El procedimiento de peritomectomía fue extenso en 13 pacientes (54%) incluyendo además de la cirugía anterior la extirpación de otros cuadrantes peritoneales ± colecistectomía ± esplenectomía ± resecciones viscerales, y total cuando incluyó también la extirpación de todos los cuadrantes incluida cápsula de Glisson + omentectomía menor y bursa omental en 6 pacientes (25%). Se realizó metastasectomía hepática en los casos con afectación previa a quimioterapia neoadyuvante. El grado de citorreducción alcanzado fue óptimo-R0 en 14 pacientes (58%), óptimo-R1 en 6 (25%) y subóptimo-R2 en 4 (17%). La mediana de tiempo operatorio fue 6 horas (5-9) y la estancia postoperatoria media de $11,2 \pm 3,4$ días. La morbilidad quirúrgica fue del 21% y no hubo mortalidad postoperatoria en esta serie. La supervivencia global a cuatro años fue del 43%, siendo 52% cuando se obtuvo citorreducción óptima.

Conclusiones: La quimioterapia neoadyuvante puede permitir la inclusión en nuestros protocolos de cirugía radical/peritomectomía con HIPEC a un grupo de pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen ovárico en estadio IV de FIGO, con el consiguiente beneficio en términos de supervivencia.

O-238. CITORREDUCCIÓN MÁS QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA EN PACIENTES CON CÁNCER OVÁRICO RECIDIVADO

M.A. Steiner, L.A. González Bayón, W. Vázquez, E. Ruiz Ucar, P. Álvarez de Sierra, F.R. Atahualpa, J.L. García Sabrido y L. Rodríguez-Bachiller

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: El cáncer ovárico representa actualmente la segunda neoplasia maligna más frecuente del tracto genital femenino; sin embargo, es la principal causa de muerte entre mujeres que desarrollan cáncer de origen genital, sumando casi el 50% de las muertes por este grupo de tumores en Europa y Estados Unidos. En el momento del diagnóstico más de tres cuartas partes de las pacientes se encuentran en estadios avanzados (estadios III y IV). La forma más frecuente de diseminación de este tipo de tumores es la peritoneal. El cáncer de ovario es sensible en más del 70% a tratamiento quimioterápico, aunque frecuentemente la enfermedad persiste y recurre. El tratamiento establecido de cáncer ovárico en estadio III es la citorreducción óptima + quimioterapia basada en platinos con resultados de supervivencia a 5 años en torno al 30%. El tratamiento de la recidiva peritoneal del cáncer de ovario no está establecido, si bien existe abundante bibliografía sobre el beneficio de la citorreducción si se logran niveles óptimos. En la actualidad existe gran interés sobre el beneficio de la citorreducción + quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC) en el tratamiento del cáncer ovárico recidivado.

Objetivos: Determinar la supervivencia global y supervivencia libre de enfermedad en pacientes con carcinoma ovárico recidivado tratados con citorreducción mas HIPEC.

Material y métodos: En este estudio fueron incluidas pacientes evaluadas y tratadas en nuestro servicio con cáncer ovárico recidivado y carcinoma primario peritoneal. Formaron parte de un estudio observacional retrospectivo de cohortes que consistió en la citorreducción máxima seguida de la administración de HIPEC.

Resultados: Se incluyeron en el estudio 23 mujeres, entre enero del 2000 y agosto del 2009, con una media de edad de 53 años

(rango: 40-74). El 85 % tenía una puntuación de riesgo anestésico ASA II (Rango de III-V). El estado funcional de todas las pacientes fue menor o igual a 2. El diagnóstico en 22 pacientes fue de recidiva peritoneal de cáncer ovárico y un caso de carcinoma peritoneal primario, todos con histología de ADC seroso papilar, con grados de diferenciación del 59% indiferenciado y 49% diferenciado. El índice de carcinomatosis peritoneal (PCI: máxima puntuación 39) obtuvo una media de 13,3 (rango: 4-36). Se alcanzó una citorreducción óptima en todos los procedimientos (CC0: 19, CC1: 6), administrando en todas ellas quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipotérmica y quimioterapia intravenosa de forma simultánea. Los quimioterápicos utilizados fueron cisplatino (intraperitoneal) y 5-fluorouracilo/leucovorin (intravenoso). Después de una mediana de seguimiento de 14 meses se observó una supervivencia global de 53 % a los 5 años y la supervivencia libre de enfermedad al segundo año fue de 28 %. Se encontró morbilidad grave en el 18% de los casos y un 8% de mortalidad perioperatoria.

Conclusiones: En pacientes seleccionados con cáncer ovárico recidivado, podrían beneficiarse de la citorreducción mas HIPEC, aportando mayores tasas de supervivencia global y libre de enfermedad con una morbilidad aceptable y mortalidad baja, comparado con los tratamientos actualmente establecidos. Se requiere más investigación en este campo para sentar las bases de lo que podría ser una nueva actitud terapéutica frente a esta compleja patología.

O-239. REGISTRO ESPAÑOL DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL. PRIMEROS RESULTADOS Y AVANCE SEPT 2010

P. Barrios Sánchez¹, I. Ramos Bernado¹, D. Sabia¹, A. Gómez Portilla², S. Moreno González³, L. González Bayón⁴, G. Ortega⁵, J. Torres Melero⁶, P. Bretcha⁷, J. Farre⁷ y C. Muñoz⁸

¹Hospital Moisés Broggi, Sant Joan Despí. ²Policlínica San José, Vitoria. ³Md Andersen, Madrid. ⁴Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid. ⁵Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid. ⁶Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería. ⁷Hospital San Jaime, Torrevieja. ⁸Complejo Hospitalario Reina Sofía, Córdoba.

La cirugía radical (CRS) combinada con la quimioterapia intraperitoneal peroperatoria (EPIC) y/o la quimiohipertermia peritoneal (HIPEC), es un tratamiento que ha demostrado evidentes beneficios clínicos respecto a los tratamientos hasta ahora considerados estándar en el manejo de las enfermedades malignas del peritoneo. En España 12 centros hospitalarios aplican esta modalidad terapéutica y forman parte del Grupo Español de Cirugía Oncológica Peritoneal (GECOP), perteneciente a la Sociedad Española de Oncología Quirúrgica (SEOQ) y a la Peritoneal Surface Oncology Group International (PSOGI). El Programa de Carcinomatosis Peritoneal de Cataluña con la colaboración de la GECOP diseñó un Registro Nacional Español de Carcinomatosis Peritoneal y una base de datos que recoge información relacionada con el tipo de patología tumoral, tratamientos previos, tipo e intensidad de la cirugía, quimioterapia intraperitoneal y/o quimiohipertermia, cumplimentación del tratamiento, calidad de vida, complicaciones y seguimiento; un total de 132 ítems. Primera explotación de datos realizada en septiembre09. <http://registrogecop.seoq.org>. Centros censados: 12 que representan a 9 provincias españolas. Incluye 233 pacientes. 143 mujeres y 90 hombres. Edad media 52,1 años. Origen tumoral: colorrectal 77, pseudomixoma peritoneal 61, ovario 44, gástrico 19, mesotelioma 16, sarcomatosis 5 y otros 11. El 78 % de los pacientes habían sido operados previamente y el 63 % tratados con quimioterapia. ASA 1: 2,9%; 2 el 72 % y 3 el 25 %. 37 % presentaban ascitis. Afectación

de 5,2 regiones anatómicas sobre 13 (DE: 4,7), mediana 5. El IPC medio 11,6 (DE: 7,9), mediana 10. Implantación tumoral en mesenterio en el 68 %, serosa intestino delgado 49 %, afectación visceral 67,4 % y retracción mesentérica 2,6 % de los pacientes. Para lograr la CRS: 1 procedimiento de peritonectomía en 94 pacientes, 2 en 53, 3 en 38, 4 en 20, 5 en 18 y seis procedimientos en 7. Anastomosis digestivas en el 49 % de los pacientes. 14 estomas definitivas. Cirugía CC0 81,3 %, CC1 10,4 %, CC2 3 % y CC3 5,2 % de los pacientes. HIPEC realizado en 222 pacientes a una media de 42,1 °C utilizando oxaliplatino en 73 pacientes, mitC en 45, CDDP + adriamicina en 42, mitC + CDDP en 31 y taxanos en 27. Tiempo total del tratamiento 6h 12m de media (DE: 1h 56m) (rango: 132-970m). Estancia media UCI 2,8 días y hospitalización 16,6 días. 6,9 % de los pacientes reingresaron en UCI y 4,7 % reingresos no programados. Morbilidad del 38,8 % con una tasa de reintervenciones del 7,9 % y del 4,5 % de mortalidad postoperatoria. Mediana seguimiento 10,6 meses (rango: 0,6-60,2 m). 59,2 % vivos sin enfermedad, 23,6 % vivos con enfermedad, 11,2 % muertos con enfermedad y el 6 % perdidos de seguimiento. De los 17 pacientes fallecidos en el seguimiento: 8 por recidiva peritoneal, 5 enfermedad extrabdominal, 2 enfermedad diseminada y 2 no especificada. Este grupo de pacientes presentaron una mediana de supervivencia de 13,2 meses. 25 pacientes con recidiva fueron reintervenidos: 14 de ellos CRS + HIPEC. Probabilidad acumulada de supervivencia a los 12 meses del 92,7 % (E.E: 3,0 %) con curvas significativamente diferentes para cada tipo tumoral (test de log-rank $p < 0,00005$). En agosto de 2010 se realizará la segunda explotación de datos para presentarse en el 28.º Congreso Nacional de Cirugía.

CIRUGÍA ENDOCRINA

COMUNICACIONES ORALES

O-129. UTILIDAD DEL SCREENING DE PATOLOGÍA TIROIDEA ENTRE LOS FAMILIARES DE PRIMER GRADO PERTENECIENTES A FAMILIAS CON CARCINOMA PAPILAR FAMILIAR DE TIROIDES

D. Navas, A. Ríos, M. Balsalobre, N. Torregrosa, R. García, A. Cepero, M. Reus, J.M. Rodríguez y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El carcinoma papilar familiar implica un mayor riesgo de patología tiroidea entre los familiares de primer grado. Sin embargo, no es habitual la realización de un *screening* familiar para el diagnóstico precoz. El objetivo es valorar la utilidad de *screening* para la detección de patología maligna tiroidea en los familiares de primer grado de pacientes con carcinoma papilar familiar.

Material y métodos: Criterios de inclusión: familiares de primer grado (hermanos, hijos o padres) de los pacientes diagnosticados de carcinoma papilar familiar en dos hospitales con unidades de cirugía endocrina. *Screening:* el *screening* a realizar incluye la historia clínica, exploración física, analítica con hormonas tiroideas y ecografía. Variables analizadas. Por-