

que en algunas zonas se encuentra íntimamente adherida. Se objetivan implantes vesiculares diseminados que afectan a cara anterior de peritoneo parietal, vacío y fosa iliaca izquierda, cúpula vesical, cara anterior del útero, colon ascendente, descendente, sigma e intestino delgado. El ovario derecho tiene implantes superficiales de las mismas características. El ovario izquierdo muestra un aspecto nacarado y está anclado firmemente a la pared posterior de ligamento ancho. El hígado y el resto del piso abdominal superior se encuentran libres de implantes. Se toman biopsias y se finaliza la intervención sin llevar a cabo la ligadura tubárica. El resultado de la Anatomía Patológica muestra fragmentos de serosa con quistes de inclusión multiloculares correspondientes con mesotelioma multiquístico. La citología del líquido ascítico es negativa para células malignas. En base a los hallazgos intraoperatorios, la paciente es valorada por el Servicio de Cirugía General y del Aparato Digestivo iniciándose el estudio diagnóstico y de extensión de la enfermedad. Se realiza una colonoscopia con resultado normal. El TAC abdomino-pélvico es informado como "hallazgos compatibles con pseudomixoma peritoneal", objetivándose carcinomatosis peritoneal. Con la confirmación diagnóstica de mesotelioma multiquístico y tras la valoración conjunta con el Servicio de Oncología se decide realizar cirugía citorreductora (CRS) asociada a quimioterapia intraperitoneal hipertérmica intraoperatoria (HIPEC) con cisplatino y doxorubicina a los tres meses de la primera intervención.

Resultados: El informe anatomopatológico de la pieza de histerectomía total y doble anexectomía revela los siguientes hallazgos: mesotelioma multiquístico con afectación difusa del peritoneo de útero, trompas y ovarios, tumor de Brenner microscópico (0,3 cm) y folículos quísticos en ovario izquierdo, pólipo endocervical de tipo mucoso, endometrio proliferativo. Las muestras correspondientes a los apéndices epiploicos de colon derecho y los implantes peritoneales así como la pieza de omentectomía, son informadas como mesotelioma multiquístico. La citología del líquido ascítico es negativa para células malignas. La paciente tiene una recuperación postoperatoria lenta pero favorable, siendo dada de alta 13 días después de la cirugía.

Conclusiones: El mesotelioma peritoneal multiquístico es una entidad muy poco frecuente, con tan sólo 130 casos notificados en el mundo. La baja incidencia de este tipo de lesión hace que no se haya logrado hasta la fecha un consenso sobre su patogenia, diagnóstico y tratamiento, aunque a mayoría de los estudios recientemente publicados están de acuerdo en que la cirugía radical citorreductora (CRS) seguida de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica intraoperatoria (HIPEC) es la única herramienta terapéutica eficaz.

CIRUGÍA ESOFAGOGÁSTRICA

COMUNICACIONES ORALES

O-102. PERFORACIONES ESOFÁGICAS, OPCIONES TERAPÉUTICAS Y MORBIMORTALIDAD EN LA ÚLTIMA DÉCADA

J. Rodríguez Aguilera, M. Miró, L. Farran, C. Bettonica, H. Aranda y A. Rafecas

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La perforación esofágica es una emergencia quirúrgica de baja prevalencia pero de gran relevancia clínica, donde un diagnóstico precoz y la elección del tratamiento adecuado son

las piedras angulares para disminuir la elevada mortalidad asociada. En la actualidad existen diferentes opciones terapéuticas, desde la desconexión esofágica hasta medidas conservadoras, por lo que su complejo manejo supone un reto para el cirujano.

Objetivos: Analizar los parámetros epidemiológicos, la etiología de la perforación, localización, las distintas opciones terapéuticas y la morbilidad y mortalidad en la última década.

Material y métodos: Se realizó un estudio retrospectivo y descriptivo de 49 pacientes con diagnóstico de perforación esofágica, desde el año 1999 hasta 2009. Se revisaron las características epidemiológicas de los pacientes, la etiología y localización de la perforación, indicación quirúrgica, tipo de técnica realizada, morbilidad y estancia hospitalaria.

Resultados: Durante el período estudiado se incluyeron 33 (67,3%) varones y 16 (32,7%) mujeres, con una edad media de $58 \pm 13,6$ años. Las lesiones iatrogénicas fueron la causa más frecuente de perforación (42,9%), seguido de la ruptura espontánea y por cuerpo extraño (26,5% y 12,2%). La localización más frecuente fue el esófago torácico infracarinal (46,9%), seguido del esófago supracarinal en el 20,4%, siendo menos prevalente el cervical y abdominal. El tratamiento conservador se indicó en 23 pacientes, de los cuales el 60,7% era de causa iatrogénica y el 87% de localización torácica. En contraste, el abordaje quirúrgico se indicó en 26 casos, siendo las lesiones espontáneas la etiología más frecuente (46,2%) y la desconexión esofágica la técnica quirúrgica más empleada (61,5%). Otras técnicas menos utilizadas fueron sutura simple asociada en algún caso a patch de pleura (11,5%) o Thal (7,7%) entre otras. En un 43,5% fracasó el tratamiento médico. La morbilidad global fue del 85,7%, destacando la insuficiencia respiratoria, derrame pleural, sepsis y mediastinitis entre otras. La estancia hospitalaria fue de 33 días, siendo sensiblemente inferior en el grupo tratado conservadoramente (21,22 vs 44,15). La mortalidad global fue del 18,4%, coincidiendo con la literatura, siendo la causa más frecuente la insuficiencia respiratoria y el shock séptico.

Conclusiones: Las perforaciones esofágicas es una urgencia quirúrgica de complejo manejo terapéutico, a pesar de tratarse en unidades especializadas, la morbilidad y mortalidad continúa siendo remarcable.

O-103. RECONSTRUCCIÓN DEL TRÁNSITO ESOFÁGICO POSCIRUGÍA URGENTE ESOFAGOGÁSTRICA

J.R. Hernández Hernández, F. García-Anguiano Duque, E. López-Tomassetti Fernández, M. Braithwaite, J. Ceballos Esparragón, I. Gutiérrez Giner, V. Vega Benítez y V. Núñez Jorge

Hospital Insular, Gran Canaria.

Introducción: La patología urgente esofágica obliga, en muchas ocasiones, al cirujano a realizar la desconexión del tránsito digestivo alto mediante una esofagectomía o exclusión esofágica de urgencia, y posteriormente realizar la reconstrucción mediante una plastia gástrica o cólica en un segundo tiempo.

Objetivos: Realizar un estudio retrospectivo del tratamiento quirúrgico urgente y de la posterior reconstrucción del tránsito esofágico tras la cirugía de urgencia de la patología quirúrgica aguda esofagogástrica.

Material y métodos: Presentamos los resultados de una serie de 24 pacientes intervenidos de urgencia en el Servicio de Cirugía General del Hospital Universitario Insular de Gran Canaria desde enero de 2000 hasta diciembre de 2009. Hemos realizado una revisión de los datos epidemiológicos, técnica quirúrgica realizada de urgencia, técnica quirúrgica empleada para la reconstrucción del tránsito digestivo alto mediante gastroplastia o coloplastia y la morbilidad y mortalidad de ambos procedimientos.

Resultados: Los diagnósticos de urgencia que motivaron la desconexión del tránsito fueron: 12 pacientes por ingesta de cáusticos (50%), 4 pacientes por perforación iatrogénica (16,6%), 4 pacientes por complicaciones de la cirugía esofagagástrica (16,6%) y 4 pacientes por síndrome de Boerhaave (16,6%). Se realizaron de urgencia 14 esofaguectomías (58,4%), 5 esofagogastrectomías (20,8%) y 5 exclusiones esofágicas (20,8%). Para la reconstrucción del tránsito esofágico se realizaron 11 coloplastias (55%) y 9 gastroplastias (45%). Las complicaciones más frecuentes fueron las respiratorias (58,4%) y las fístulas cervicales por dehiscencia anastomótica (25%). La mortalidad del episodio urgente fue de 4 pacientes (16,6%) y de la posterior reconstrucción esofágica de 1 paciente (5%).

Conclusiones: La reconstrucción del tránsito esofágico mejora considerablemente la calidad de vida de los pacientes sometidos a desconexión esofágica y con una morbilidad y mortalidad aceptable. La complicación más grave de esta cirugía es la necrosis de la plastia, que en estos casos tendría una importante mortalidad.

O-104. RESULTADOS A LARGO PLAZO DE LA DIVERTICULOPEXIA ASOCIADA A MIOTOMÍA DEL CRICOFARÍNGEO EN EL TRATAMIENTO DEL DIVERTÍCULO DE ZENKER

D. Ruiz de Angulo, M.A. Ortiz, L.F. Martínez de Haro, V. Munitiz, P. Pastor, A. García, D. Navas y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: En la actualidad persiste la controversia sobre qué técnica quirúrgica se debe realizar en el tratamiento del divertículo de Zenker, la diverticulopexia o la diverticulectomía y si es necesario o no asociar una miotomía del cricofaríngeo. El objetivo de este trabajo es analizar de forma retrospectiva los resultados clínicos y radiológicos obtenidos en un grupo de 36 pacientes intervenidos por divertículo de Zenker.

Pacientes y métodos: Entre enero de 1985 y diciembre de 2009, 36 pacientes (27 varones y 9 mujeres) diagnosticados de divertículo de Zenker fueron intervenidos en nuestro servicio de cirugía. La mediana de edad fue de 60 años oscilando entre 17 y 88. El diagnóstico se realizó, en todos los casos, mediante tránsito baritado, que mostró la presencia del divertículo con un tamaño mediano de 4 cm oscilando entre 2 y 10 cm. El estudio manométrico se realizó en 21 pacientes (58%) apreciándose una asinergia faringoesofárica sólo en 5 casos mientras que en el resto de los pacientes el estudio de motilidad cricofaríngea fue normal. Por otra parte, en 5 pacientes, de los 21 a los que practicamos manometría, detectamos un trastorno motor esofágico primario asociado (1 caso de acalasia de cardias, 2 casos de espasmo esofágico difuso y 2 casos de peristaltismo esofágico sintomático). La intervención quirúrgica consistió en una miotomía del cricofaríngeo en todos los pacientes asociando una diverticulopexia en 35 casos y una diverticulectomía en otro paciente debido a las considerables dimensiones del divertículo (10 cm). Al paciente diagnosticado de acalasia de cardias también se le realizó en el mismo acto quirúrgico una miotomía de Heller y una funduplicatura parcial posterior de 270°.

Resultados: No hubo mortalidad postoperatoria y 4 de los 36 pacientes sufrieron complicaciones leves que se resolvieron de forma conservadora. Tras una mediana de seguimiento de 5 años (rango 1-22), los resultados clínicos fueron excelentes en 34 pacientes (95%) y buenos en 2 (5%). Desde el punto de vista radiológico, no se observó ningún caso de recidiva del divertículo, ni de malignización del saco herniario.

Conclusiones: Según nuestra experiencia acumulada en 25 años, la miotomía del cricofaríngeo, aunque manométricamente no se pueda demostrar una alteración motora, asociada a la diverticulopexia es una buena opción quirúrgica en el tratamiento del divertículo de Zenker reservando la diverticulectomía para aquellos casos en los que las grandes dimensiones del divertículo no permitan realizar una pexia del mismo.

O-105. FACTORES PRONÓSTICOS DE MORTALIDAD EN LA NEOPLASIA DE ESÓFAGO INTERVENIDA. ¿PUEDE EL MANEJO MULTIDISCIPLINAR INFLUIR EN LA SUPERVIVENCIA?

M. Miró Martín, L. Farran Teixidó, M. Galán, H. Aranda Danso, C. Bettonica Larrañaga, J. Busquets, R. Mast, A. Boladeras, J.M. Botargues y A. Rafecas Renau

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La neoplasia de esófago presenta una supervivencia desalentadora, alrededor del 30% a los 5 años en las mejores series. Con la introducción en los últimos años de la quimioterapia y radioterapia se han modificado los clásicos esquemas terapéuticos, esperando mejorar una supervivencia a largo plazo aún subóptima. Dado el complejo manejo de esta patología, en la actualidad se aboga por el manejo multidisciplinar en centros de referencia.

Objetivos: Analizar la morbimortalidad y supervivencia a largo plazo tras la resección esofágica en la última década y la posible influencia del manejo multidisciplinar sobre ésta.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio prospectivo desde enero del 2000 hasta diciembre del 2009 sobre 126 pacientes intervenidos de neoplasia de esófago. Como variables del estudio se analizaron las características epidemiológicas del paciente, morbimortalidad postoperatoria y supervivencia a largo plazo. Para analizar la influencia del manejo multidisciplinar en la morbimortalidad se ha dividido el período de estudio en dos intervalos: previo a la implementación de la Unidad Funcional de Tumores Gastroesofágicos (2000-2004) y posterior a la creación de la Unidad Funcional (2005-2010).

Resultados: Durante este período se intervinieron 126 pacientes de neoplasia de esófago, 119 varones (94%) y 7 mujeres (6%), con una edad media de 59,4 \pm 10 años. Como comorbilidades destacan 36% EPOC y 6% cardiopatía. El 59,5% eran adenocarcinomas, siendo el 41,5% carcinomas escamosos. La localización más frecuente fue torácica infracarinal (84,1%), seguido del esófago torácico supracarinal (14,3%) y cervical (1,6%). Debido a la mayor localización intratorácica de las neoplasias, la intervención quirúrgica más frecuente fue la esofaguectomía transtorácica tipo Ivor-Lewis (69%), seguido de la esofaguectomía en tres campos tipo Mc Keown (14,3%), y la transhiatal e interposición colónica (8% respectivamente). El 45,2% presentaron morbilidad mayor tras la cirugía, siendo las más frecuentes la atelectasia (35%), insuficiencia respiratoria (31%) y la neumonía (16%). El 6,3% requirieron reintervención urgente. La estancia media fue de 22,3 \pm 17,3 días. La mortalidad postoperatoria global fue del 7,9%, muy superior en el primer período de estudio (13,3%) respecto al segundo (3,03%), alcanzando la significación estadística ($p = 0,03$). Para analizar los factores pronósticos de mortalidad se realizó un análisis univariante de todas las variables del estudio, obteniendo diferencias estadísticamente significativas para la edad, EPOC, neoplasia previa, fístula esofagagástrica, número de ganglios resecados, T y período de tratamiento. En el análisis de regresión de Cox el período de tratamiento fue un factor pronóstico de mortalidad.

Conclusiones: En nuestra serie la implementación del manejo multidisciplinar de la neoplasia de esófago intervenida supone una mayor supervivencia a largo plazo.

O-106. ASPECTOS TÉCNICOS DE LA UTILIZACIÓN DE INJERTOS YEYUNALES LIBRES REVASCULARIZADOS EN PACIENTES CON TUMORES DE HIPOFARINGE Y ESÓFAGO CERVICAL

Y. Quijano Collazo, E. Vicente López, H. Durán Giménez-Rico, M. Marcello Fernández, E. Esteban Agustí, P. Galindo Jara, C. Loinaz Seguro, M.A. Montenegro, L. Galán Raposo, R. Puga Bermúdez y J. Villanueva

Hospital Madrid Norte Sanchinarro, Madrid.

Introducción y objetivos: La radicalidad quirúrgica necesaria para el tratamiento de pacientes afectados de tumores localizados en esófago cervical y/o hipofaringe requiere la reconstrucción del tracto digestivo. Esta reconstrucción debe de tener dos principales objetivos; Recuperar una correcta funcionalidad y limitar al máximo las consecuencias estéticas. Pretendemos describir los aspectos técnicos relacionados con el uso del injerto yeyunal libre revascularizado en el tratamiento quirúrgico de los tumores de esófago cervical e hipofaringe.

Material y métodos: Entre marzo de 2001 y abril de 2010, 10 trasplantes heterotópicos intestinales han sido llevados a cabo en 8 pacientes (7 varones y 1 mujer). La edad media fue de 53 años (34-64). Las patologías que llevaron a este procedimiento fueron: carcinoma de hipofaringe (5), leiomiomas de esófago cervical (1), estenosis esofágica tras radioterapia (1) y carcinoma de esófago tras la necrosis proximal de dos plásticas cólicas practicadas previamente (1). En 5 enfermos se había realizado previamente tratamiento radioterápico. En 6 enfermos se asoció una esofagofaringolaringectomía con disección radical de cuello. El injerto yeyunal fue obtenido a través de laparotomía con su correspondiente pedículo arterial y venoso, que fue preservado durante el período de isquemia en solución de preservación Celsior a 4 °C. La reconstrucción vascular se efectuó mediante técnicas microquirúrgicas a la arteria carótida común (7) o arteria tiroidea superior (3), y a la vena yugular interna (9) o rama de la vena yugular interna (1). La continuidad digestiva se restableció mediante anastomosis terminoterminal del injerto yeyunal suturado en posición isoperistáltica a nivel proximal al muñón hipofaríngeo (10) y a nivel distal al esófago (cervical en 9 casos y torácico en 1 caso).

Resultados: Las complicaciones postoperatorias incluyeron: reintervención precoz por sangrado del lecho quirúrgico cervical (1), fistula anastomótica que cerró espontáneamente a los 15 días de su aparición (2), pérdidas del injerto secundarias a trombosis vasculares (2) (ambas en pacientes sometidos a tratamiento radioterápico previo y con necesidad de importante soporte vasoactivo postoperatorio por distrés respiratorio). Ambas pacientes fallecieron por este motivo. La funcionalidad del injerto de los pacientes que sobrevivieron al procedimiento (6/8) fue en todos los casos excelente. 1 paciente presentó recurrencia local (leiomiomasarcoma esofágico). Con un seguimiento de 4-108 meses, 4 pacientes permanecen vivos y 2 de ellos con enfermedad a distancia (incluido el caso de recurrencia local). 3 enfermos han alcanzado una supervivencia superior a los 36 meses.

Conclusiones: Aspectos técnicos rigurosos y una correcta preparación en la técnica microquirúrgica facilitan la realización de un autotrasplante heterotópico intestinal en pacientes afectados de carcinoma de esófago e hipofaringe. Los re-

sultados funcionales obtenidos y la mortalidad resultante avalan este procedimiento como técnica de elección.

O-107. EFICACIA DEL TRATAMIENTO NEOADYUVANTE CON RADIOTERAPIA HIPERFRACCIONADA ACELERADA CONCOMITANTE A QUIMIOTERAPIA EN PACIENTES CON CARCINOMA ESCAMOSO DE ESÓFAGO LOCALMENTE AVANZADO

E. Garsot Savall, M. Caro, A. Font, J.M. Sastre, M. Viciano y J. Fernández-Llamazares

Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona.

Objetivos: La quimio-radioterapia preoperatoria se considera un tratamiento de referencia en el cáncer de esófago localmente avanzado operable. Sin embargo, la dosis, el esquema (normo vs hiperfraccionamiento) y el mejor régimen de quimioterapia no han sido establecidos. El objetivo del trabajo es evaluar la eficacia de la radioterapia hiperfraccionada acelerada concomitante a quimioterapia con intención preoperatoria en pacientes con carcinoma escamoso de esófago en estadios II y III.

Material y métodos: A los pacientes se les administró cisplatino 30 mg/m²/semana (días 1, 8 y 15) y 5-fluorouracilo en infusión continua 300 mg/m²/día (días 1-21), concomitante a RT conformada 3D hasta una dosis de 45Gy (150 cGy/fracción, 2 fracciones/día) sobre tumor y áreas ganglionares afectadas. A las 4-6 semanas se practicó esofagectomía radical y linfadenectomía.

Resultados: Entre octubre del 1996 y noviembre del 2008 han sido tratados 46 pacientes. Todos finalizaron el tratamiento con quimio-radioterapia y en 38 pacientes (82%) se practicó esofagectomía. La mortalidad postoperatoria fue del 8,6%. En 12 pacientes (31%) se observó respuesta completa patológica y en 6 pacientes (15%) respuesta parcial "máxima" (presencia de focos microscópicos tumorales). La supervivencia mediana fue de 26 meses y la supervivencia libre de enfermedad, causa específica y global a 5 años fue del 36, 38 y 33% respectivamente. Las diferencias en la supervivencia entre los estadios II y III no alcanzaron la significación estadística. La respuesta al tratamiento combinado de quimio-radioterapia fue la única variable significativa para la supervivencia global, que fue del 67% para el grupo de respuesta completa y respuesta parcial "máxima" y de un 12% para el resto de pacientes (p < 0,001).

Conclusiones: La radioterapia hiperfraccionada acelerada (45Gy en 15 fracciones) concomitante a quimioterapia con dosis bajas de cisplatino y 5-fluorouracilo en infusión continua demuestra una eficacia relevante con un elevado número de respuestas patológicas completas y "máximas" (47%) y una supervivencia a 5 años del 67% en este grupo de pacientes que respondieron al tratamiento.

O-108. EMBOLIZACIÓN PREOPERATORIA DE LAS ARTERIAS GÁSTRICAS EN EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CARCINOMA DE ESÓFAGO MEDIANTE ESOFAGUECTOMÍA CON GASTROPLASTIA

J. Aguilar Luque, P. Martínez García, J.V. González Herraes, J. Haurie Guirelli, G. Núñez de Arenas, V. Ruiz Luque y A. Brox Jiménez

Hospital Valme, Dos Hermanas.

Objetivos: Si la cirugía exerética del cáncer de esófago ha disminuido la morbilidad operatoria y ha aumentado la supervivencia, mantiene una alta incidencia de complicaciones postoperatorias, en gran parte debido al porcentaje de fístulas anastomóticas en el postoperatorio inmediato y estenosis de la anastomosis como complicación tardía; ambas íntimamente re-

lacionadas. Si los factores más influyentes en estas complicaciones son: tensión de la anastomosis, compresión extrínseca, defecto técnico e isquemia de los cabos, es fácil entender que podamos modificar los tres primeros con una exquisita técnica, mientras que el riesgo sanguíneo depende de la distribución vascular gástrica. Nuestro objetivo es crear las condiciones necesarias para mejorar el riego sanguíneo.

Material y métodos: Se analiza la serie histórica (A), desde 2003, incluyendo 23 casos de esofagotomías con gastroplastia, sin embolización arterial gástrica frente a otra serie de 10 casos desde noviembre de 2008 (B), en la que se practica embolización de las arterias gástrica izquierda, esplénica y pilórica entre 15 y 21 días antes de la intervención quirúrgica. Se recogen los parámetros que demuestran la homogeneidad de la serie; describimos las características de la serie B en relación a la técnica de embolización de las arterias gástricas practicada y comparamos los resultados de ambas series en cuanto a tasa de fístulas, estancia media hospitalaria, morbilidad operatoria y tasa de estenosis tardías.

Resultados: Se resumen en las tablas.

	Serie A	Serie B
Edad media	62,5 años	69 años
Sexo:		
Varones	23	9
Mujeres	3	1
Localización:		
1/3 medio	6	2
1/3 inferior	20	8
Neoadyuvancia	5	8
Adyuvancia	14	8
1.º síntoma:		
Disfagia	19	6
RGE	5	3
HDA/Anemia	1	1
S. constitucional	1	
Técnica: esof. transhiatal	22	7
Esof. con toracotomía	4	3
Reconstrucción:		
Gastroplastia	23	10
Coloplastia	3	0

	Serie A	Serie B
Fístula anastomótica:	6 (26%)	1 (10%)
*Rx	6 (26%)	0 (0%)
*Clínica	4 (15%)	1 (10%)
Estenosis	5 (21,7%)	1 (10%)
Estancia media	19,2 días	15,3 días
Reintervenciones	0 (0%)	0 (0%)
Mortalidad	1 (4,4%)	0 (0%)
Supervivencia	7 (31%)	–
Tiempo embolización/cirugía	–	15-21 días
Pulsimetría:		
Gástrica	–	88
Plastia	–	86,8

Conclusiones: Sin significación estadística por el tamaño muestral de las series, la literatura consultada y nuestros resultados provisionales sugieren que la embolización de las arterias gástricas, previa a la esofagotomía con gastroplastia, favorece la vascularización de la plastia gástrica y disminuye la tasa de fístulas anastomóticas postoperatorias y estenosis anastomóticas tardías.

O-109. UTILIDAD Y COMPLICACIONES DE LAS SONDAS Y DRENAJES POSTOPERATORIOS EN LA CIRUGÍA EXERÉTICA ESOFÁGICA

L. Solar García, R. Gonzalo González, M. Moreno Gijón, R.D. Arias Pacheco, E.O. Turienzo Santos, L. Sanz Álvarez y J.J. González González

Hospital Central de Asturias, Oviedo.

Objetivos: Analizar la morbilidad postoperatoria y la rentabilidad terapéutica de los dispositivos de drenaje empleados tras esofagotomías realizadas en la unidad de Cirugía Esofagológica de nuestro Servicio.

Material y métodos: Desde enero de 2005 hasta diciembre de 2009 se han realizado en nuestro Servicio 42 esofagotomías por cáncer. La muestra consta de 34 pacientes con adenocarcinoma, 7 tumores epidermoides y una displasia grave. El 92,9% eran hombres con una media de edad de 60,6 años (41-78). En 39 casos la cirugía tuvo intención curativa. La localización de la lesión fue el tercio inferior esofágico en el 76,2%. La toracotomía derecha más laparotomía con plastia gástrica, disección en dos tiempos y anastomosis intratorácica (Ivor Lewis) fue la intervención más practicada; sólo en un caso se realizó una plastia colónica. Los dispositivos de drenaje empleados fueron la sonda nasogástrica (SNG), tubos de tórax y sonda de alimentación por yeyunostomía.

Resultados: Las complicaciones más frecuentes fueron las pulmonares (31 pacientes), seguidas de las quirúrgicas (16). El 35,7% (15) presentaron ambas complicaciones. Dos enfermos fallecieron por shock séptico y hemorrágico. Fue necesaria la reintervención en 8 casos por presencia de quilotórax, tres necrosis de la plastia, dehiscencia, empiema, rotura de bullas y peritonitis por fuga intraperitoneal de nutrición enteral. Los pacientes fueron extubados de forma precoz precisando nueva intubación 17 casos (40,5%). Existen diferencias en el porcentaje de reintubación según el tipo de complicación pulmonar ($p = 0,002$) pero no entre las complicaciones quirúrgicas ($p = 0,329$). A todos los pacientes se les colocó para la descompresión del tracto digestivo SNG con drenaje por gravedad. Cuatro casos necesitaron aspiración. Fue retirada por el cirujano en el 81% de los casos (34), el resto por el médico intensivista. En 4 ocasiones fue arrancada por el paciente. Se colocaron en quirófano dos tubos de drenaje torácico a todos los pacientes intervenidos por vía toracoabdominal. El 19% (8) precisó colocar un drenaje adicional. El débito medio durante los tres primeros días fue 525,24mL (110-1716,7) disminuyó a 242,87mL (30-900) en los días posteriores hasta su retirada. Fue el cirujano quien los retiró en el 73,8% (31). No hubo diferencias en el débito medio de los tubos de tórax respecto a las complicaciones ($p = 0,863$). Las complicaciones quirúrgicas precisaron un drenaje torácico adicional más frecuentemente que las sistémicas ($p = 0,004$). La sonda de alimentación por yeyunostomía fue colocada y usada en todos los casos, con un uso medio de 19,08 días (2-63). El 88,1% fueron retiradas por el cirujano. El 14,3% (6) presentaron complicaciones relacionadas con la yeyunostomía (5 obstrucciones que precisaron en un caso recambio del catéter y un caso de fuga perisonda intraperitoneal). El 11,9% (5) presentó complicaciones relacionadas con la nutrición enteral. No se encontraron diferencias según los días de uso de la yeyunostomía respecto al desarrollo de complicaciones ($p = 0,64$).

Conclusiones: La cirugía esofagológica emplea sistemas de drenaje y alimentación no exentos de complicaciones. Es necesario establecer un protocolo de autoevaluación para establecer la rentabilidad del uso sistemático de estos dispositivos así como el control de la morbilidad añadida al acto quirúrgico.

O-110. DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS FÍSTULAS MEDIASTÍNICAS TRAS ESOFAGUECTOMÍA TRANSTORÁCICA POR CÁNCER

L. Rodríguez, I. Domínguez, O. Cano-Valderrama, D. Vázquez, E. Martín, P. Talavera, L. Díez-Valladares, A. Sánchez-Pernaute y A. Torres

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La fístula postoperatoria mediastínica es la complicación más temida de la esofaguectomía transtorácica debido a las dificultades terapéuticas que supone y a la alta mortalidad de la condición.

Objetivos: Analizar la forma de presentación de las fístulas mediastínicas postoperatorias y los resultados terapéuticos obtenidos en una serie de pacientes intervenidos por cáncer de esófago y unión gastroesofágica.

Pacientes y métodos: En los últimos 12 años se han intervenido 240 pacientes por cáncer de esófago con resección y anastomosis intratorácica. La presentación de fístula postoperatoria se definió como la salida de contenido digestivo a través de los drenajes o de contraste radiológico tras la realización de un esofagograma o TC. Tras el diagnóstico de fístula mediastínica se calibró la misma y su repercusión sobre el estado del paciente mediante la evaluación clínica y la realización de pruebas radiológicas. Se correlacionaron los hallazgos intraoperatorios con los preoperatorios, la técnica realizada y el resultado final. El tratamiento varió según el estado del paciente, la decisión del cirujano y el momento histórico. 22 pacientes presentaron una fístula mediastínica en el postoperatorio. El 86,4 % de los pacientes fueron varones y el 13,6 % mujeres con edades comprendidas entre los 38 y los 81 años. Tres pacientes presentaban cardiopatía isquémica, 7 patología pulmonar, 2 desnutrición, 5 tomaban habitualmente corticoides, 6 hepatopatía y uno de ellos había recibido tratamiento con radioterapia previo a la cirugía. El tiempo medio de aparición de la fístula fue el 10 día postoperatorio, con un rango entre 1 y 50. Se definió como fístula precoz si se manifestaba antes del 6.º día postoperatorio. Fueron precoces en 12 casos (54 %). El diagnóstico fue clínico en el 77 % de los casos y radiológico en el 23 %. Tras completar el estudio radiológico, se comprobó buena conducción de la fístula por los drenajes quirúrgicos en 12 casos (54 %) y presencia de colecciones no drenadas en los restantes 10. 12 pacientes desarrollaron cuadro séptico y en 12 casos fue necesaria intubación orotraqueal por insuficiencia respiratoria antes de establecer el tratamiento definitivo. Se trataron 4 pacientes con dieta absoluta y antibioterapia, 4 con drenaje percutáneo, 4 con colocación de prótesis endoluminal y en 10 casos el paciente fue reintervenido. Diez pacientes fallecieron (42 %). Se relacionó con la mortalidad el desarrollo de cuadro séptico o insuficiencia respiratoria; hubo mayor mortalidad entre los pacientes con fístula precoz y diagnosticados por la clínica y no por la radiología, aunque las diferencias no fueron estadísticamente significativas. La mortalidad fue de un 75 % entre los pacientes a los que se colocó endoprótesis, un 60 % entre los sometidos a reintervención, un 25 % entre los que se realizó drenaje percutáneo y del 0 % entre aquellos tratados solamente con dieta absoluta y antibioterapia.

Conclusiones: La fístula postoperatoria mediastínica es una complicación de la esofaguectomía transtorácica de muy alta mortalidad. El momento de presentación, la forma de debut y las características radiológicas de la fístula pueden influir en la mortalidad de la condición, por lo que deben considerarse todas ellas para apoyar la toma de decisiones terapéuticas.

O-210. CORRELACIÓN ENTRE LOS HALLAZGOS DE LA TOMOGRAFÍA COMPUTARIZADA Y EL ESTUDIO ANATOMOPATOLÓGICO EN LA INFILTRACIÓN DE LA PARED GÁSTRICA (T) Y GANGLIOS LINFÁTICOS (N) DE LOS ADENOCARCINOMAS GÁSTRICOS

A. Boscà Robledo, E.M. Montalvá Orón, E.M. Rosell Vivanco, R. García Marcos, J. Rambla Vilar y M. de Juan Burgueño

Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Objetivos: El diagnóstico precoz y la correcta estadificación preoperatoria del adenocarcinoma gástrico se consideran hoy en día factores pronósticos fundamentales en la disminución de la mortalidad tras resección quirúrgica. El objetivo de este estudio es establecer la correlación entre los resultados de la tomografía computarizada (TC) helicoidal preoperatoria para la infiltración de la pared gástrica (T) y de los ganglios linfáticos (N) y los hallazgos en la intervención quirúrgica y en el estudio patológico definitivo.

Material y métodos: Se recogen los pacientes sometidos a gastrectomía radical con resección R0 por adenocarcinoma gástrico y linfadenectomía D2 en el Hospital Universitario La Fe de Valencia desde enero del 2006 a mayo del 2009 (n = 48). El estudio de extensión preoperatorio se realizó con TC helicoidal. Los criterios radiológicos recogidos en la estadificación T son: el grosor, las irregularidades o zonas rígidas en los bordes de la pared gástrica, su captación y la invasión de la serosa. En los nódulos linfáticos (N) se analizó el tejido blando anormal a su alrededor, el tamaño, la atenuación y el grupo nodal al que pertenece. Los datos fueron recogidos en el programa estadístico SPSS® versión 14, analizando Sensibilidad (S), Especificidad (E) y Valores Predictivos Positivo y Negativo (VPP y VPN) de los hallazgos de la TC.

Resultados: Según la TC, sólo en el 54,2 % de los pacientes (n = 26) se evidencian alteraciones de la pared gástrica que sugieran patología, siendo en el resto de los casos normal. Para la afectación de la serosa, la TC presenta valores de S = 29,6 %; E = 80,9; VPP = 66,6 % y VPN = 47,2 %. Para la estadificación linfática el diagnóstico correcto se realizó en un 33,3 % de los casos, siendo infraestadificados en un 45,8 % y supraestadificados en un 20,8 %. Los resultados obtenidos fueron de S = 46,6 % y E = 50 %, con VPP del 60,8 % y VPN del 36 %. El análisis por separado de cada grupo ganglionar tampoco ha resultado concluyente.

Conclusiones: La principal exploración que utilizamos para la estadificación preoperatoria, ofrece una baja sensibilidad para la estadificación T y N del adenocarcinoma gástrico. La especificidad es alta para la estadificación T y menor para la estadificación N. Según la literatura, la ultrasonografía endoscópica ofrece mejores resultados en la estadificación, no obstante no está disponible en todos los centros.

O-211. EMPLEO DE MICROMATRICES DE ANTICUERPOS PARA LA DETECCIÓN DE METALOPROTEINASAS EN CÁNCER GÁSTRICO

M. Puig Costa¹, C. Oliveras Ferrarós², J. Roig García¹, J. Gironés Vila¹, E. Artigau Nieto¹, J.I. Rodríguez¹, S. Flaquer², R. Ortiz Durán¹, A. Codina Cazador¹ y J.A. Menéndez²

¹Hospital Josep Trueta, Girona. ²Institut Català d'Oncologia, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La tecnología de micromatrices de anticuerpos de captura única es una herramienta versátil y de gran utilidad en el campo de la oncología. Su empleo como plataforma complementaria al estudio macroscópico e histopatológico de biopsias

y piezas operatorias podría revolucionar la práctica clínica de cribado, diagnóstico y tratamiento de tumores biológicamente agresivos como el cáncer gástrico (CG).

Objetivos: Definir una “firma molecular” con los perfiles de expresión de metaloproteinasas de la matriz extracelular (MMPs: “Matrix MetalloProteinases”) y de sus inhibidores tisulares (TIMPs: “Tissue Inhibitors of MetalloProteinases”) en CG.

Material y métodos: Se incluyeron veinte muestras pareadas procedentes de diez pacientes con cáncer de estómago sometidos a gastrectomía en nuestra institución durante el año 2008. La detección simultánea y el análisis cualitativo y cuantitativo de siete MMPs (MMP-1/-2/-3/-8/-9/-10/-13) y tres TIMPs (TIMP1/-2/-4) se llevó a cabo estrictamente en paralelo en muestras pareadas (tejido sano *versus* normal de cada paciente) mediante el empleo de la micromatriz comercial RayBio® Human Matrix Metalloproteinase Antibody Array 1 (RayBiotech, Inc.). Dado que las MMPs y TIMPs son proteínas secretadas tanto por las células tumorales como por las células estromales, el análisis de perfiles de expresión de MMPs/TIMPs se realizó en el lisado total de la pieza operatoria del tumor incluyendo células tumorales y componentes estromales no-tumorales. Los cambios en los niveles de expresión se calcularon mediante cuantificación densitométrica de los patrones de spots de MMPs/TIMPs obtenidos en el tejido tumoral y en la mucosa normal de cada paciente.

Resultados: a.) Las MMPs MMP-9 y MMP-8 se sobre-expresan (≥ 5 veces) en el 90% y 80% de pacientes con CG, respectivamente; b.) El TIMP-1 se sobre-expresa significativamente en el 70% de los pacientes con CG mientras que la expresión de TIMP-2 solamente se incrementa en el 20% de los pacientes con CG; c.) En CG existe una buena correlación del interactoma MMP-TIMP dado que el 75% de los pacientes con CG sobre-expresaron simultáneamente MMP-9 y su inhibidor tisular TIMP-1.

Conclusiones: La utilización de micromatrices de anticuerpos en nuestro estudio piloto ha permitido la rápida y correcta identificación de una “firma molecular de MMPs/TIMPs” similar a la observada en estudios previos que analizaron individualmente MMPs/TIMPs en grupos de pacientes mayores ($n \geq 50$) con técnicas más laboriosas y consumidoras de tiempo (zimografía, inmunohistoquímica, ELISA, BIAs). Nuestros resultados sugieren que las micromatrices de anticuerpos son una tecnología útil y relevante para el análisis complejo de familias funcionales de proteínas (metaloproteinasas, citoquinas, factores de crecimiento, factores angiogénicos) en muestras tumorales procedentes de pacientes con CG. Los biomarcadores candidatos identificables a través del análisis proteómico del microambiente tumoral pertenecerán en su gran mayoría a la clase de proteínas secretadas (secretoma). La aplicación y validación de las micromatrices de anticuerpos como método sensible y específico para la detección de biomarcadores en fluidos titulares y corporales podría representar una estrategia no-invasiva de enorme relevancia tanto en el *screening* de la población general asintomática como en la identificación de pacientes con CG susceptibles de respuesta a terapias convencionales y/o nuevos agentes biológicos dirigidos contra dianas moleculares.

O-212. COMPLICACIONES POSTOPERATORIAS EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO SOMETIDOS A QUIMIOTERAPIA PERIOPERATORIA

G.G. Báguena Requena, F. López Mozos, R. Martí Obiol, B. Flor Civera y J. Ortega Serrano

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Introducción: En el cáncer gástrico, a pesar de la cirugía radical, la probabilidad de recidiva locorregional y a distancia es elevada. Por ello, es necesaria la consolidación con un tratamiento

complementario en un intento de erradicar la enfermedad microscópica residual.

Objetivos: 1. Valorar la respuesta de la enfermedad tras la aplicación de un régimen QT perioperatoria. 2. Analizar si la aplicación de los ciclos de QT preoperatoria aumenta las complicaciones postoperatorias. 3. Analizar la efectividad del tratamiento en referencia a recidiva y supervivencia.

Material y métodos: Es un estudio prospectivo de 40 pacientes con de cáncer gástrico, estadiados como $T \geq T3$ y/o $N \geq N+$ (M0) que recibieron QT perioperatoria (XELOX) según esquema de Cunningham (QT pre + Cirugía + QT post), recogidos en una base de datos desde 2004 hasta la actualidad. El diagnóstico se llevó a cabo mediante endoscopia-biopsia, estadificación mediante TAC y ecoendoscopia. Para la estadificación se utilizó la clasificación TNM. Variables clínicas recogidas: sexo, edad, tipo y técnica quirúrgica, intención quirúrgica curativa/paliativa, complicaciones postoperatorias, reintervenciones, mortalidad perioperatoria, recidivan, supervivencia y la respuesta de la QT preoperatoria comparando la estadificación de la prueba de imagen previa con la estadificación de la anatomía patológica. Análisis estadístico: test chi-cuadrado para recidivas y el test log-rank y Kaplan-Meier para supervivencia.

Resultados: 29 varones y 11 mujeres, con una media de edad de 66 ± 11 años. La mayoría con estadio III. Todos se intervinieron por vía abierta con intención curativa en 33 pacientes (82,5%) e intención paliativa en 7 pacientes (17,5%), 4 de ellos debido a sangrado en los ciclos de QT preoperatoria. 17 gastrectomías distales (42,5%), 17 gastrectomías totales (42,5%), 2 gastrectomías proximales (5%), 2 derivaciones (5%), 2 laparotomías exploradoras (5%). Linfadenectomía D2 a 33 pacientes (82,5%) y a los 7 restantes no se llevó a cabo linfadenectomía (17,5%). En 6 pacientes la resección fue extendida (15%) y en 34 no (85%). En 23 pacientes se consiguió reducción del estadio, de los cuales, regresión tumoral completa en 4 pacientes (10%) y 19 reducciones tumorales (47,5%), 13 con enfermedad estable, 2 no respondieron a la QT (5%) y 2 presentaron progresión de la enfermedad (5%). 12 complicaciones postoperatorias (morbilidad postoperatoria: 30%). Se reintervinieron 6 pacientes (15%) y 2 exitus durante el postoperatorio (mortalidad postoperatoria: 5%). Con una mediana de seguimiento de 11,50 meses, de los 23 pacientes que respondieron a QT preoperatoria, presentaron 6 recidivas (16%) y 4 exitus por neoplasia (17,3%). De los 17 pacientes que no respondieron, se observó 5 recidivas (29,4%) y 2 exitus por neoplasia (11,7%). No observamos diferencias significativas al analizar la recidiva y la supervivencia, comparado con los pacientes sometidos a cirugía sola.

Conclusiones: La QT preoperatoria no aumenta la tasa de complicaciones, respecto a cirugía sola. Así, la tasa de mortalidad perioperatoria es similar. La administración de QT preoperatoria reduce el tamaño tumoral y estadio tumoral. No hay diferencias significativas en la supervivencia y recidiva en estos pacientes, aunque es un período de seguimiento corto.

O-213. ¿ES FIABLE LA BIOPSIA PERITONEAL PEROPERATORIA EN LA NEOPLASIA GÁSTRICA AVANZADA?

L. Coromina Hernández, M. Miró Martín, M.J. Paules, L. Farran Teixidó, H. Aranda Danso, C. Bettonica Larrañaga, R. Mast, M.E. de Lama y A. Rafecas Renau

Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat.

Introducción: La realización de biopsias peroperatorias como parte del estudio/manejo terapéutico del cáncer gástrico avanzado es un procedimiento de rutina en unidades de Cirugía Eso-

fagagástrica. En muchos casos el resultado de este examen determina la actitud terapéutica del equipo quirúrgico.

Objetivos: Determinar la fiabilidad de la realización de biopsias peroperatorias en casos de neoplasia gástrica avanzada.

Material y métodos: Desde febrero del 2004 hasta diciembre del 2009 se realizaron 43 biopsias peroperatorias en 28 pacientes, todos ellos afectados de neoplasia gástrica avanzada. Se indicaron las biopsias peroperatorias en aquellos pacientes con neoplasias avanzadas en los que en el estudio de extensión mediante TC abdominal existían dudas sobre posibles implantes peritoneales. Se biopsiaron aquellas lesiones peritoneales sospechosas de malignidad según el criterio del Cirujano.

Resultados: Durante el período de estudio se intervinieron 18 varones (64,3%) y 10 mujeres (35,7%), con una edad media de $61,86 \pm 14,03$ años. El 96,4% de las lesiones eran adenocarcinomas de tipo difuso mientras que un 3,6% eran intestinales. En cuanto a la localización, la más frecuente fue el cardias con un 42,9%, seguido del cuerpo gástrico y antro con un 28,6% respectivamente. A nivel peroperatorio, 16 biopsias fueron positivas para malignidad (37,2%), mientras que 24 resultaron negativas (55,8%). De los 16 positivos, 3 fueron falsos positivos, lo que implicó una cirugía resectiva de rescate en un segundo tiempo. De los 24 resultados negativos para malignidad en el peroperatorio, 5 fueron falsos negativos, lo que implicó la realización de una cirugía exéretica en pacientes afectados de carcinomatosis peritoneal. La sensibilidad diagnóstica fue del 72%, y la especificidad del 86%. El valor predictivo positivo de la biopsia peroperatoria fue del 81%, siendo el valor predictivo negativo del 79%. De los 8 falsos positivos y negativos, 4 fueron errores de interpretación por parte del patólogo, siendo el resto errores técnicos por preparación subóptima de la muestra.

Conclusiones: En nuestra serie el análisis anatomopatológico peroperatorio de biopsias peritoneales en el cáncer gástrico presenta una sensibilidad del 72% y una especificidad del 86%. La aplicación de técnicas inmunohistoquímicas en el análisis peroperatorio así como la interpretación por anatomopatólogos específicos en cáncer gástrico podría mejorar estos resultados.

O-214. ANÁLISIS MULTIVARIANTE DE LOS FACTORES QUE INFLUYEN EN LA SUPERVIVENCIA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

A. Brox Jiménez¹, J. Aguilar Luque² y P. Martínez García²

¹Complejo Hospitalario, Pontevedra. ²Complejo Hospitalario Nuestra Señora de Valme, Sevilla.

Introducción: El adenocarcinoma gástrico ocupa el 4.º lugar en incidencia de los cánceres y el segundo lugar en la mortalidad de los tumores. Algunos factores pronósticos están perfectamente establecidos, sin embargo existen discrepancias en otros muchos.

Objetivos: Análisis univariante y multivariante de los factores que condicionan la supervivencia del tratamiento quirúrgico del adenocarcinoma gástrico.

Pacientes y métodos: Durante los años 2000-2004 se intervinieron 138 pacientes, a los que se les practicó una resección gástrica con carácter curativo o paliativo. Se trata de un estudio prospectivo cerrado tras 4-8 años de seguimiento en el que se empleó para el análisis de los datos el paquete estadístico SPSS 17.0 para Windows.

Resultados: Tras el análisis univariante no hemos observado diferencias significativas en la supervivencia con las variables sexo, pérdida de peso, tiempo entre el primer síntoma y la cirugía, la diferenciación celular, Broders, esplenectomía y/o pan-

createctomía asociada, factor cirujano, transfusión perioperatoria, quimioterapia y radioterapia complementaria. Las variables grupo sanguíneo, ASA, performance agrupado, la edad por intervalos, el tipo de Lauren tumoral, tamaño tumoral, T y N tumorales, presencia de enfermedad residual, número de ganglios extirpados, marcadores tumorales CEA y CA 19.9 y la macroscopia si alcanzaron significación estadística ($p < 0,05$) (se adjuntarían resultados más concretos con intervalos de confianza al 95% según el análisis de cada variable y se adjuntaría el gráfico de supervivencia correspondiente). Tras el procesamiento de los datos se concluye que las variables consideradas como factores pronósticos independientes fueron la localización tumoral ($p = 0,001$), la linfadenectomía ($p = 0,001$), el estadio ($p = 0,000$) y el índice ganglionar ($p = 0,030$). De modo que un paciente con una localización difusa tiene hasta 10,60 (IC95% 0,11/0,82) más posibilidades de fallecer que otro con una localización antral. Sin embargo, la localización cardial resultó ser protectora frente al antro. El paciente tiene un peor pronóstico cuando se realiza una linfadenectomía tipo D1 (3,32 más posibilidades de fallecer que cuando se practica una linfadenectomía D2). Cuando el estadio es avanzado IIIB/IV aumenta el riesgo hasta 36 veces que si este estadio es más precoz. En nuestro estudio observamos que la relación entre los ganglios metastatizados y los resecados (el índice ganglionar) es un importante factor pronóstico de modo que por cada décima que aumenta, aumenta por cuatro el riesgo de fallecer.

Conclusiones: De las cuatro variables que alcanzaron más peso estadístico, la localización tumoral sería un factor inmodificable, sin embargo los otros 3 factores son dependientes tanto del cirujano, como del patólogo como de la experiencia acumulada por ambos. El índice ganglionar tendrá más valor cuanto mayor sea el número de ganglios extirpados. Además, el índice ganglionar podría ser un buen factor corrector para la actual clasificación TNM pues en nuestro trabajo alcanzó más potencia estadística que la propia N tumoral, con lo que podría complementar el estudio de la misma. Lógicamente las linfadenectomías D1 se hicieron con intención paliativa, en estadios avanzados, donde la supervivencia es menor.

O-215. NUESTRA EXPERIENCIA EN LA DETECCIÓN DEL GANGLIO CENTINELA EN EL CÁNCER GÁSTRICO

E. Yagüe Martín, M. Felices Montes, A. Morales González, A. Moreno Serrano, V. Maturana Ibáñez y L. García Balart

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Introducción: El concepto de ganglio centinela (GC) surge a partir de la consideración de que la diseminación linfática de las células tumorales se produce en un foco ganglionar inicial (GC) antes de afectar al resto de territorios linfáticos. Aunque este concepto ha sido validado en melanoma maligno y en cáncer de mama, su aplicación a otros tumores sólidos es todavía controvertida. Podría desempeñar un importante papel para obtener información individualizada y poder modificar el procedimiento quirúrgico u otras alternativas terapéuticas. Las resecciones radicales amplias acompañadas de linfadenectomía D2, son el procedimiento estándar y no están exentas de un incremento de la morbilidad. La realización de la técnica del ganglio centinela en este tipo de tumores podría hacer más selectiva la linfadenectomía, detectar vías linfáticas aberrantes, así como precisar el estadiaje al poder detectar micrometástasis en los ganglios afectados.

Pacientes y métodos: Presentamos un total de 11 pacientes intervenidos durante 2009. Edad media de 68 años: 72,7% varones. La localización del tumor fue en antro en el 63,6% y en cuerpo en el 36,3%. El 45% de los casos se intervinieron con un estadio

II. La técnica se realizó inyectando intraoperatoriamente en la subserosa en cuatro cuadrantes de la zona tumoral 2 mL de Patent Blue 2%. Realizamos la exéresis del primer ganglio tinto transcurridos diez minutos. El ganglio se envió para estudio anatomopatológico intraoperatorio. En todos se realizó gastrectomía total con linfadenectomía D2 modificada independientemente del resultado.

Resultados: La anatomía patológica de los tumores intervenidos fue el 36% de tipo intestinal y 63,6% de tipo difuso (anillo de sello). La media de ganglios obtenidos fue de 21 (más de 15 en todos los casos). De ellos de 1-6 eran ganglios perigástricos y de 7-9 ganglios del tronco celiaco. Hubo dos casos en los que falló la técnica; en los 9 casos restantes, 5 de los ganglios centinela teñidos se confirmaron como afectados y los 4 restantes que no se tiñeron, se confirmaron como negativos para metástasis. La tasa de detección fue de un 82%. Así tanto la sensibilidad y especificidad como los valores predictivos se situaron en estos casos, en un 100%.

Discusión: El objetivo principal de introducir esta técnica es ampliar la indicación de cirugía mínimamente invasiva en casos de tumores pequeños (hasta T2) con ganglios negativos; No hay ventajas para la inclusión de casos avanzados en los cuales no es aplicable la realización de una cirugía menos invasiva. Existen varias opciones para llevar a cabo esta técnica. No existen estudios que demuestren la superioridad del tipo de marcador, lugar de la inyección y tiempos de latencia. Si están demostrados los beneficios de combinar colorante con radiomarcadores y la inyección simultánea de la mucosa y la serosa (endoscopia y cirugía). Aunque la determinación de los GC permite una importante información pronóstica y en casos seleccionados podría limitar la linfadenectomía, es necesario esperar resultados de estudios prospectivos aleatorizados para determinar si la linfadenectomía selectiva del GC, con disección del territorio ganglionar en caso de GC positivo, es de valor terapéutico.

O-216. TUMORES ESTROMALES GASTROINTESTINALES SOLOS Y ASOCIADOS A OTRAS NEOPLASIAS

D. Rodríguez-González, L.J. Delgado-Plasencia, S. González-García y A. Alarcó-Hernández

Hospital Universitario de Canarias, La Laguna.

Objetivos: Los tumores estromales gastrointestinales (GIST) son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal. En los últimos años han surgido varias publicaciones de GIST asociados con otras neoplasias. No está establecido si esta asociación es accidental o resultado de un proceso patofisiológico común. El objetivo de este estudio es analizar las características de los GIST solos (GISTa) y las de los GIST asociados a otros tumores (GISTn) e investigar una posible relación genética e inmunohistoquímica entre estos dos últimos.

Material y métodos: Se ha realizado un estudio retrospectivo de los casos de GIST aparecidos en el Hospital Universitario de Canarias entre los años 2002 y 2009. Se analizaron las variables: edad, sexo, antecedentes oncológicos familiares y personales, potencial maligno del GIST, tiempo transcurrido entre el diagnóstico de GIST y neoplasia asociada si ésta existía y se determinó el marcador inmunohistoquímico diagnóstico de GIST (CD117) en la neoplasia asociada.

Resultados: Se identificaron 22 pacientes con GIST. De ellos, 12 pacientes (55%) presentaron antecedentes personales de neoplasia (8 mujeres y 4 hombres) y 10 pacientes (45%) no los presentaron (7 varones y 3 mujeres). La edad media de los GISTn fue 59,2 años ($\pm 26,2$ años) y los GISTa, 60,5 años (± 29 años). De los 22 pacientes con GIST, 6 presentaron neoplasia

maligna asociada (23%) y 7 pacientes (32%) neoplasia benigna. De neoplasias malignas asociadas, los tipos más frecuentes fueron: adenocarcinoma de colon (3 pacientes) y carcinoma de próstata (2 pacientes) y de las benignas, el pólipo hiperplásico de colon (3 pacientes). El tiempo medio entre el diagnóstico de GIST y la neoplasia asociada maligna fue de 8 meses. La localización más frecuente de los GISTa fue el estómago (7 pacientes) y la de los GISTn el intestino delgado (6 pacientes). El potencial maligno para los GISTa fue alto, intermedio y bajo para 6, 1 y 3 pacientes respectivamente mientras que para los GISTn fue 6, 2 y 4 pacientes respectivamente. Ocho de los 22 pacientes con GIST presentaron antecedentes familiares de neoplasia maligna. Los tipos de neoplasias malignas más frecuentes en los familiares fueron cáncer de colon (3 pacientes) y cáncer de mama (2 pacientes). No se apreció GIST en ningún familiar. Los GIST fueron positivos para CD117 (100%), CD34 (50%), actina de músculo liso (14%), desmina (5%) y proteína S-100 (23%). En ningún caso se observó positividad para el CD117 en las neoplasias asociadas.

Conclusiones: Según nuestros resultados, los GISTn son más frecuentes en mujeres y los GISTa en varones. La edad media de presentación en ambos grupos es similar. Se encuentra un alto porcentaje de pacientes con GIST y antecedentes personales y familiares oncológicos, sin embargo, se tratan de neoplasias muy prevalentes en la sociedad. No se ha hallado relación inmunohistoquímica entre GIST y las neoplasias asociadas.

O-217. VALOR PRONÓSTICO DE LAS MUTACIONES EN LOS TUMORES ESTROMALES GASTROINTESTINALES (GIST) LOCALIZADOS

M. Garcés Albir, R. Martí Obiol, F. López Mozos, S. Calabuig Fariñas y J. Ortega Serrano

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Objetivos: La mayoría de los GIST presentan mutaciones activadoras del protooncogén KIT, el cual codifica para el receptor del stem cell factor (c-kit, KIT o CD117). El 7-10% de estos tumores presenta mutaciones en el PDGFRa. Las mutaciones c-kit y PDGFRa son mutuamente excluyentes. El objetivo de este estudio es relacionar las mutaciones con los factores pronósticos de los GIST.

Material y métodos: Examinamos un total de 36 pacientes con GIST localizados. El DNA genómico se extrajo de tejidos tumorales embebidos en parafina. Los exones 9, 11, 13 y 17 del c-kit y los exones 12 y 18 del PDGFRa, fueron amplificados por PCR y secuenciados.

Resultados: En el exón 11 detectamos 18 mutaciones y 2 en el exón 9, no encontramos ninguna mutación del exón 13 y 17. En total presentaron mutaciones de c-kit el 55,5% de los tumores y mutaciones en el PDGFRa el 5,5%. Las alteraciones de los amino-ácidos más comunes fueron las delecciones (9) junto con las sustituciones (9), también se encontraron duplicaciones (3) y una delección asociada a una inserción. La presencia de mutaciones se corresponde con tumores de mayor tamaño y con mayor número de mitosis por 50 HPF, diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo, no se encontraron diferencias en cuanto al sexo, la edad, el tipo histológico y la localización tumoral entre ambos grupos. La supervivencia libre de enfermedad a los 5 años en el grupo de pacientes con GIST con presencia de mutaciones es del 28% frente al 93% en el grupo de GIST sin mutaciones. Encontramos tasas de supervivencia significativamente mejores en pacientes con GIST de localización gástrica, tamaño menor de 7cm, menos de 5 mitosis/50 HPF e histológicamente fusiformes. El análisis multivariante indica como factores de mal pronóstico independientes la presencia de mutaciones (odds

ratio (OR) = 27,6), el tamaño tumoral mayor a 5 cm (OR = 7,8) y más de 5 mitosis/50 HPF (OR = 2,2).

	No mutado	Mutado	p
Número	14	18	
Edad	69,6	65,7	0,169
Sexo			0,441
Varón	8	12	
Mujer	6	10	
Tamaño tumor (cm)	4,8	8,7	0,023
Tipo histológico			0,240
Fusiforme	9	18	
Epiteloides	3	1	
Mixto	2	3	
Localización tumoral			0,345
Estómago	8	10	
Intestino delgado	4	9	
Recto	1	0	
Retroperitoneo	1	2	
Ciego	0	1	
Mitosis (/50 HPF)			0,031
≤ 5	12	14	
6-10	2	5	
≥ 10	0	3	

Factor pronóstico	Odds ratio	Intervalo de confianza 95 %	p
Presencia de mutación	27,6	2,18-48,1	0,01
≥ 5 mitosis/50 HPF	2,2	1,48-10,3	0,03
Tamaño ≥ 5cm	7,8	1,73-82,82	0,05
Tipo epiteloides o mixto	3,1	0,73-82,82	0,25
GIST no gástrico	2,3	0,47-10,70	0,30

Conclusiones: La presencia de mutaciones en los GIST, así como el tamaño del tumor y el elevado número de mitosis, se mostró como un factor independiente de peor pronóstico en nuestra serie de pacientes con GIST localizado.

O-218. TUMORES ESTROMALES GASTROINTESTINALES (GIST). REVISIÓN DE 18 CASOS

D. Acín Gandara, F. Pereira, C. Miliani, A. Antequera, P. Artuñedo, M. de Vega, J. Martínez Piñero, G. Ortega y A. Castaño

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Madrid.

Introducción: Los tumores estromales gastrointestinales (GIST) son infrecuentes, sin embargo son las neoplasias mesenquimales del tracto digestivo más habituales. Originados a partir de las Células intersticiales de Cajal, están caracterizados por la sobreexpresión de KIT (tirosinasa). Su pronóstico ha mejorado significativamente con el descubrimiento del mesilato de imatinib para el tratamiento de los GIST avanzados.

Objetivos: Analizar los GIST tratados en nuestro Servicio y comparar los resultados con los de la literatura.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de 18 pacientes diagnosticados de GIST en nuestro Centro entre enero de 2005 y diciembre de 2009. Se han analizado la clínica, localización, tamaño, pruebas de imagen, marcadores inmunohistoquímicos, resecabilidad, neoadyuvancia con imatinib, técnica quirúrgica, histología, categoría pronóstica según la clasificación de Fletcher, morbilidad postoperatoria, seguimiento y supervivencia.

Resultados: En total se han diagnosticado 18 pacientes (13V/5M) con edad media de 61 años (rango: 30-84). Más de la mitad diagnosticados de forma incidental. Las localizaciones han sido (8 intestinales, 7 gástricos, 2 rectales y 1 mesentérico). 16p (89%) intervenidos quirúrgicamente, 2p (11%) han recibido tratamiento neoadyuvante por su irresecabilidad al diagnóstico y otros 2 pacientes (11%) de alto riesgo (un tumor de gran tamaño con rotura tumoral y otro de gran tamaño e infiltración de varias estructuras, ambos c-Kit positivo) fueron introducidos en ensayos clínicos y tratados con imatinib postoperatorio a dosis de 400 mg/día adyuvante durante 24 meses, sin recidiva en la actualidad. En su mayoría han presentado estirpe celular fusiforme y marcadores inmunohistoquímicos CD117 y CD34. El seguimiento medio fue de 29 meses (0-53), tiempo en el que no hubo ninguna recidiva local ni a distancia pero sí cinco exitus no justificados por el GIST.

Conclusiones: Más de la mitad de estos tumores fueron diagnosticados incidentalmente. La clínica predominante fue la hemorragia digestiva alta y anemia. La prueba de imagen más utilizada y sensible en nuestros casos fue el TC, ya que no se disponía de PET-FDG. No hubo recidiva local ni a distancia y la mortalidad fue debida a otras causas independientes del GIST. Los pacientes que han sido tratados con mesilato de imatinib han obtenido buena respuesta. Es fundamental un equipo multidisciplinar con radiólogos, oncólogos y cirujanos para tratar a estos pacientes.

O-267. LA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO ESTABILIZA LA PROLIFERACIÓN CELULAR EN EL EPITELIO METAPLÁSICO DEL ESÓFAGO DE BARRETT. UN ARGUMENTO A FAVOR DE QUE EL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DISMINUYE EL RIESGO DE MALIGNIZACIÓN

L.F. Martínez de Haro, M.A. Ortiz, V. Munitiz, C. Martínez, B. Revilla, J. Molina, J. Bermejo, D. Ruiz de Angulo, P. Pastor y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Murcia.

Introducción: Tanto el tratamiento médico con antisecretorios como la cirugía antirreflujo se han mostrado igualmente eficaces en el control de los síntomas de la enfermedad por reflujo gastro-esofágico (ERGE) complicada con esófago de Barrett (EB) así como en la curación de las lesiones inflamatorias asociadas. Sin embargo, existe gran controversia respecto a si son igualmente eficaces para evitar la progresión a displasia y adenocarcinoma. En este sentido, un modo de determinar la eficacia de uno u otro tratamiento sería valorar si determinados marcadores asociados a la inestabilidad del epitelio metaplásico evolucionan de forma diferente a lo largo del seguimiento tras ambos tipos de tratamiento.

Objetivos: Comparar los niveles de expresión de Ki67 (marcador de proliferación celular) y de p53 anómala (relacionada con la apoptosis) en dos grupos de pacientes con EB (pertenecientes a un estudio prospectivo aleatorizado) antes y a lo largo del seguimiento tras el tratamiento médico y quirúrgico.

Pacientes y métodos: Estudiamos un grupo de 45 pacientes diagnosticados de EB que recibieron tratamiento médico con 40 mg al día de omeprazol (n = 20) o tratamiento quirúrgico mediante funduplicatura de Nissen (n = 25). Tras un seguimiento de al menos 5 años estudiamos, mediante técnicas de tinción con inmunohistoquímica, el porcentaje de células positivas para Ki-67 y p53. En total estudiamos 637 biopsias (14.1 biopsias por paciente) y comparamos los resultados antes del tratamiento (45 pacientes) y 1 año (45), 3 años (45), 5 años (45) y 10 años tras el tratamiento (25 pacientes) en ambos grupos.

Resultados: En la tabla exponemos los resultados.

p53	Antes del tratamiento	Después del tratamiento			
		1 año	3 años	5 años	10 años
Médico**	8,8 (0-30)	10,2 (0-40)	15,6* (0-40)	18,4* (0-40)	21,1* (0-50)
Quirúrgico	6,2 (0-30)	6,5 (0-40)	6 (0-30)	5,8 (0-30)	5,2 (0-30)
Ki67					
		1 año	3 años	5 años	10 años
Médico**	20,1 (0-50)	20,9 (0-40)	21,5 (0-44)	25,5* (0-61)	30,2* (0-43)
Quirúrgico	15,8 (0-30)	16,8 (0-40)	16,6 (0-31)	16,1 (0-30)	15,7 (0-40)

Datos expresados como media y rango del porcentaje de células positivas.
 *p < 0,05 comparando tratamiento médico y quirúrgico a los 3, 5 y 10 años.
 **p < 0,05 comparando la evolución ascendente en el tratamiento médico.
 Sin diferencias en el tratamiento quirúrgico.

Conclusiones: El tratamiento quirúrgico en los pacientes con esófago de Barrett estabiliza los niveles de proliferación celular (Ki-67) y p53 anómala, aunque no de forma inmediata sino a partir de los 3 años de seguimiento.

O-268. UTILIZACIÓN DE BIOMATERIALES EN LA REPARACIÓN DE DEFECTOS DEL HIATO ESOFÁGICO. ESTUDIO EN UN ANIMAL DE EXPERIMENTACIÓN

F.J. Cortina Oliva, L. Antinolfi, F. Sánchez de Pedro, C. Alhambra Rodríguez de Guzmán, J. de Pedro Conal, M. Clerveus, J.S. Picazo Yeste y C. Moreno Sanz

Complejo Hospitalario La Mancha Centro, Alcázar de San Juan.

Introducción: El cierre de defectos hiatales grandes en la reparación de hernias de hiato gigantes, paraesofágicas o mixtas es técnicamente complejo y se asocia a una elevada incidencia de recidiva (hasta un 42%). Por este motivo algunos autores proponen el uso de prótesis para reforzar el cierre o realizar un cierre sin tensión. Sin embargo el empleo de esta prótesis es controvertido por el riesgo potencial de complicaciones, no existiendo consenso sobre el tipo de material a utilizar ni para la técnica de instalación.

Objetivos: Comparar el comportamiento de 3 tipos diferentes de prótesis en el cierre de un hiato esofágico en un modelo de experimentación animal.

Material y métodos: Se realizó un estudio prospectivo comparativo en 3 grupos de 10 animales cada uno (cerdos raza Large White) en los que se realizaba una disección hiatal completa y un cierre sin tensión mediante la instalación de una prótesis diferente en cada grupo. Las prótesis empleadas fueron: reticular mixta (Ultrapro), laminar (DualMesh) y compuesta (Proceed). Tras la intervención los animales se mantuvieron con vida 120 días y fueron estudiados con esofagograma y endoscopia a los 30, 90 y 120 días. Finalizado este periodo, los animales que completaron el estudio fueron sometidos a una laparoscopia exploradora para evaluar adherencias y posteriormente fueron sacrificados. De todos los animales se reseco en bloque la región hiatal para su estudio macroscópico (evaluación de adherencias, retracción de la prótesis, infección, incorporación al esófago, al diafragma) y microscópico (grado de inflamación, fibrosis, integración de la malla, tasa de proliferación/apoptosis y ratio colágeno tipo I/III) posterior.

Resultados: Las características basales de los 3 grupos fueron homogéneas (raza, peso, edad). Los tiempos de colocación de las prótesis y totales fueron similares en los grupos de prótesis reticular mixta y compuesta, pero fueron significativamente mayores en el grupo de prótesis laminar. En el periodo de seguimiento se produjeron muchas pérdidas de individuos por herniación de estructuras abdominales a la cavidad torácica (lo que se podría considerar un fracaso de la reparación), con una supervivencia al final del seguimiento de 20 % en el caso de la prótesis laminar, 30 % en la reticular mixta y 90 % en la prótesis compuesta. Se objetivaron 2 estenosis en el grupo de prótesis laminar, así como 1 erosión esofágica en 1 de estos 2 casos. También se objetivó una erosión esofágica en el grupo de prótesis compuesta pero siendo en este caso asintomática.

Conclusiones: La instalación de material protésico compuesto para la reparación del hiato esofágico en el animal de experimentación es eficaz y segura, con resultados superiores a los de otras prótesis. Dado el elevado número de pérdidas durante el seguimiento, todas ellas ocasionadas por herniación a la cavidad torácica de estructuras abdominales, la disección del hiato esofágico podría ser útil como un modelo experimental de hernia de hiato.

O-269. REINTERVENCIONES EN PACIENTES CON FRACASO DE LA CIRUGÍA ANTIRREFLUJO

A. Ortiz Escandell, L. Martínez de Haro, V. Munitiz Ruiz, D. Ruiz de Angulo Martín, D. Navas Carrillo, J. Molina Martínez y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El fracaso de la cirugía antirreflujo es un tema de gran actualidad dado el incremento de esta cirugía en los últimos años tras la introducción del abordaje laparoscópico. En ocasiones, es necesario reintervenir al paciente, lo que exige que el cirujano conozca a fondo el manejo diagnóstico y terapéutico en estos pacientes.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en los procedimientos diagnósticos y terapéuticos de un grupo de pacientes con fracasos de la cirugía antirreflujo que fueron reintervenidos en nuestro servicio.

Pacientes y métodos: Entre enero 1985 y diciembre 2009 se han reintervenido un total de 36 pacientes con una edad media de 52 años (rango, 13-77 años) de los cuales 21 eran varones. Veintiuno de los 36 pacientes (58 %) fueron remitidos de otros centros hospitalarios mientras que los 15 restantes (42 %) procedían de nuestro servicio, de un total de 421 intervenciones realizadas en ese periodo de tiempo, lo que supone un 4 %. A todos los pacientes se les realizó preoperatoriamente un estudio clínico, radiológico, endoscópico y pruebas funcionales que incluían la manometría y la pHmetría esofágicas. Las indicaciones de la reintervención fueron la recidiva de la enfermedad por reflujo gastroesofágico (ERGE) (n = 16) (44 %), disfagia grave (n = 14) (39 %), migración de la funduplicatura al tórax (n = 5) (14 %) y error diagnóstico preoperatorio en 1 caso (3 %). En 28 pacientes (77 %) se reconstruyó la funduplicatura de Nissen (por vía abierta en 25 y laparoscópica en 3); en 1 caso (3 %) se realizó una funduplicatura parcial anterior tipo Dor y en los 7 pacientes restantes (20 %) fueron necesarias intervenciones más complejas que, en 6 casos, requirieron resección del esófago.

Resultados: No hubo mortalidad postoperatoria y se registró morbilidad en grado variable en 11 casos (31 %). Tras una mediana de seguimiento de 6,5 años (rango 1-22 años), los resultados clínicos fueron satisfactorios (Visick I-II) en el 94 % de los casos y no satisfactorios (Visick III-IV) en el 6 % restante. Además se rea-

lizó a lo largo del seguimiento una valoración de los pacientes mediante pruebas objetivas que incluían la radiología, endoscopia y estudios funcionales.

Conclusiones: Aunque nuestros resultados fueron satisfactorios en más del 90 % de los casos, con una tasa de morbilidad aceptable y sin mortalidad, la cirugía debe indicarse, fundamentalmente, cuando los síntomas no puedan controlarse con medidas conservadoras y siempre de forma individualizada. Una vez sentada la indicación de reintervención, el paciente debe ser remitido a un centro con experiencia en cirugía esofágica, ya que en algunos de ellos (20 % de nuestra serie) se requieren gestos quirúrgicos de alta complejidad técnica que incluyen la esofagectomía, siendo el cirujano en estos casos el factor pronóstico fundamental.

O-270. REFLUJO GASTROESOFÁGICO ÁCIDO POSPRANDIAL SEVERO EN PACIENTES CON COLELITIASIS Y VESÍCULAS NO CONTRACTORAS

M. del Bas Rubia, P. López, J. Feliu, A. Bianchi, M. Serra-Prat, G. González, X. Suñol y P. Clavé

Hospital de Mataró, Barcelona.

Introducción: En estudios previos, hemos determinado que los pacientes con coleditiasis presentan una elevada prevalencia de síntomas de reflujo gastroesofágico (RGE) (62 %) respecto a una población control (29 %). Así como persistencia de los síntomas una vez colecistectomizados (42 %).

Objetivos: Determinar los mecanismos fisiopatológicos de RGE en pacientes con coleditiasis. Evaluar si existen diferencias en los mecanismos de RGE en función de la capacidad de vaciamiento vesicular postprandial (pacientes contractores vs no contractores).

Material y métodos: Se han estudiado 51 pacientes con coleditiasis (27 % hombres, 73 % mujeres, edad media 56 años) mediante: a) Cuestionario de síntomas de RGE específico (Carlson-Dent) validado en un estudio previo; b) Manometría esofágica estacionaria para determinar la fisiología del esfínter esofágico inferior; c) pHmetría de 24h durante la ingesta de una dieta de provocación de 2.600 Kcal en mujeres y 3.075 Kcal en hombres, ambas suplementadas al 50 % con lípidos; y d) Vaciamiento vesicular mediante ecografías seriadas cada 15 minutos durante 120 min en respuesta a una comida de prueba (181 Kcal en 173 ml).

Resultados: El 56 % de los pacientes con coleditiasis presentan un vaciamiento vesicular en la primera hora postprandial > 50 % (contractores) y el 44 % presentan un vaciamiento < 50 % (no contractores). Ambos grupos de pacientes presentan una puntuación media en el cuestionario de síntomas de RGE patológica (contractores $9,3 \pm 2$, no contractores $8,1 \pm 2$, grupo control 3 ± 1 , $p < 0,05$). La función del esfínter esofágico inferior es similar en el grupo de contractores (2,5 cm longitud, 17 mmHg) vs no contractores (2,8 cm, 17,5 mmHg). En cambio los episodios de reflujo son significativamente ($p < 0,05$) más severos en el grupo de no contractores con mayor número de episodios de reflujo totales (134 vs 82), mayor número de reflujos postprandiales (48 vs 25), mayor duración de cada episodio de reflujo (25 vs 17 minutos) y mayor número de episodios de reflujo posprandiales prolongados –más de 5 minutos– (2,8 vs 0,8).

Conclusiones: Aproximadamente, la mitad de los pacientes con coleditiasis presentan una vesícula no funcionante (no contractores) en respuesta a una comida de prueba. Estos pacientes presentan en ayunas una función motora del esfínter esofágico inferior similar a la de los pacientes contractores. En cambio, los pacientes no contractores presentan un

mayor número y una mayor duración de los episodios de RGE ácido postprandial que los pacientes con un vaciamiento vesicular normal. Estos hallazgos sugieren una alteración funcional postprandial en los mecanismos de control neurohormonal del esfínter esofágico inferior en los pacientes no contractores.

O-272. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA HERNIA HIATAL: ESTUDIO DE NUESTRA EXPERIENCIA

I. Domínguez-Serrano, E. Sánchez López, L. Rodríguez Gómez, O. Cano-Valderrama, L. Milla, E. Pérez-Aguirre, A. Sánchez-Pernaute, P. Talavera y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La evolución del tratamiento quirúrgico de la hernia hiatal ha permitido, con el uso de prótesis, disminuir la recidiva de un 50-60 % hasta un 3-24 % según las series. Actualmente, el uso de la laparoscopia en la patología del hiato se ha generalizado, siendo factible la reparación del mismo mediante esta vía de abordaje.

Objetivos: Analizar los resultados de una serie de pacientes intervenidos por hernia hiatal en nuestra Unidad de Cirugía Esofagológica.

Pacientes y métodos: Entre los años 2005 y 2009, 67 pacientes han sido sometidos a cirugía de hernia de hiato. El 62,5 % de los pacientes eran mujeres con una edad media de 64,87 años (24-88). Presentaban disfagia el 27,6 %, dolor torácico el 57,6 %, hemorragia digestiva alta el 5 % y epigastralgia el 50 %. En todos los casos se realizó estudio baritado gastroduodenal y endoscopia superior, detectándose hernia tipo I en el 66,7 %, hernia tipo II en el 5,9 % y hernia tipo III en el 27,5 %. En el 15,3 % se completó el estudio con TC toracoabdominal para precisar las características anatómicas de la hernia. El 77,6 % presentaban hernia > 50 % del estómago. 5 pacientes (9,4 %) presentaban una cirugía previa: 3 de ellos herniorrafia primaria de la crura y 2 antirreflujos fracasados por herniación de los mismos. El 98,5 % se abordaron vía laparoscópica, realizándose hiatoplastia con malla tipo Dual-Mesh en el 50 % de los casos y primaria en el resto, se asoció una funduplicatura tipo Nissen en el 93,8 %, Collis-Nissen en el 1,6 % y Toupet en el 4,7 %. La media de puntos de cierre de pilares fueron 3,5. La malla se coloca a modo de anillo periesofágico, con la cubierta de polipropileno hacia el diafragma y la capa de silicona hacia la cavidad abdominal. En un paciente se produjo hemorragia esplénica que precisó reconversión a laparotomía y esplenectomía.

Resultados: La estancia media fue de 5 días (2-29). La morbilidad postoperatoria global fue del 10,9 %, siendo todas complicaciones menores excepto una perforación gástrica manifestada a los 15 días de la cirugía que causó la muerte de la paciente. El seguimiento medio fue de 24,6 meses durante el cual, se realizaron endoscopia, estudio baritado gastroduodenal, pHmetría y manometría. Un 20 % de los pacientes recidivaron, requiriendo cirugía el 17,4 %. El tiempo medio de recidiva fueron 18,7 meses. Los pacientes con prótesis presentan menor tasa de recidiva que los reparados de forma primaria, 7,4 % frente a 34,6 % ($p = 0,03$). Todos ellos se reintervinieron por vía laparoscópica con colocación de malla Dual-Mesh sin complicaciones. Durante el posterior seguimiento únicamente recidivó un paciente (14,3 %) que se reintervino mediante toracotomía, realizándose un Belsey Marck IV con colocación de malla de polipropileno. En nuestra serie no existen complicaciones derivadas directamente de la malla.

Conclusiones: La reparación del hiato con malla se asocia a una menor tasa de recidiva. En nuestra serie no existen complicaciones en relación con el tipo de malla utilizada. El abordaje laparoscópico de la hernia de hiato recidivada es posible con una aceptable morbilidad.

O-273. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DE LA ACALASIA EN UNA UNIDAD ESPECIALIZADA. RESULTADOS EN 7 AÑOS

M. Gutiérrez Díez, J. Bernal Jaulín, R. Cerdán Pascual, S. Cantín Blázquez, A. Olabera Céspedes, N. Sánchez Fuentes, M. Herrero López, J. Martínez Bernard, S. Paterna López, C. Gracia Roche y J.M. Esarte Muniáin

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

Introducción: La acalasia es un trastorno motor esofágico primario poco frecuente. El tratamiento es sólo paliativo. Actualmente el tratamiento aconsejado es la miotomía de Heller por vía laparoscópica. La morbilidad de esta intervención es baja.

Material y métodos: Presentamos 10 casos de acalasia intervenidos en la Unidad de Cirugía Esofago-gástrica del Hospital Miguel Servet entre los años 2003 y 2009.

Resultados: Dos de los pacientes eran mujeres (20 %) y siete eran varones (70 %), con edades comprendidas entre los 15 y 71 años. Los métodos diagnósticos realizados en todos los pacientes fueron la manometría, la gastroscopia y el tránsito bariado esofagogastrodudenal. Uno de los pacientes había sido intervenido previamente de acalasia y otros 6 habían recibido dilataciones con balón. El abordaje se realizó por laparotomía en 4 casos y por laparoscopia en 6 aunque en uno de estos hubo de convertirse a laparotomía por dificultades técnicas. El procedimiento quirúrgico realizado en todos los casos fue la miotomía de Heller asociado a una técnica antirreflujo de Dor. Las intervenciones se realizaron con éxito en todos los casos. La estancia media fue menor en los pacientes intervenidos por laparoscopia, 3 días frente a 8 en las laparotomías. No hubo complicaciones ni recidivas en ninguno de los casos.

Discusión: La acalasia es un trastorno motor esofágico primario poco frecuente caracterizado por la ausencia de peristaltismo en el cuerpo esofágico con incapacidad del esfínter esofágico inferior (EEI) para relajarse en respuesta a la deglución, produciendo una disfagia progresiva para sólidos y líquidos. El tratamiento es sólo paliativo y está dirigido a disminuir la presión del EEI, mejorar el vaciamiento esofágico y aliviar la sintomatología. Actualmente el tratamiento de elección es la miotomía de Heller por vía laparoscópica, ya que es menos invasiva, se asocia con menos dolor postoperatorio y con una estancia hospitalaria más corta (generalmente 1-3 días). Proporciona alivio de los síntomas en un 90 % de los pacientes, con más del 80 % de remisión a los 5 años. Las complicaciones postoperatorias como el desgarro de la mucosa, perforación o fugas suceden en menos del 10 % y la muerte relacionada con cirugía es extremadamente rara.

Conclusiones: La miotomía de Heller por vía laparoscópica es actualmente la mejor opción terapéutica y debe ser considerada como el tratamiento inicial para la mayoría de los pacientes con acalasia. Debido a la alta probabilidad de reflujo gastroesofágico, parece prudente y razonable combinar la miotomía con un procedimiento antirreflujo, preferentemente funduplicatura de Dor o de Toupet.

O-274. CALIDAD DE VIDA A MEDIO Y LARGO PLAZO DE PACIENTES CON ACALASIA INTERVENIDOS POR LAPAROSCOPIA

F. Marinello, E. Targarona, C. Balagué, J. Monés y M. Trías

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Introducción: La miotomía de Heller laparoscópica ha demostrado buenos resultados a corto plazo, pero existen pocos datos sobre si estos resultados se mantienen a largo plazo.

Objetivos: Analizar los primeros resultados sobre la calidad de vida post-operatoria de los pacientes a cinco y diez años.

Material y métodos: Desde el año 1998 se han intervenido a 89 pacientes de miotomía de Heller por laparoscopia y los datos se han recogido de forma prospectiva. En esta presentación analizamos los resultados de calidad de vida en 18 pacientes cuyo seguimiento es superior a 10 años. A todos se les realizó una evaluación sintomática sobre disfagia, regurgitación, dolor torácico y pirosis en una escala de 0 (no presente) a 3 (muy intenso). En un tiempo promedio de 5 y 10 años se repitió la misma escala y además se realizó el cuestionario de calidad de vida gastrointestinal (GIQLI).

Resultados: Se realizó miotomía de Heller en 18 pacientes, 9 hombres y 9 mujeres con una edad media de 42 años (22-78 años). El tiempo promedio de evolución de la enfermedad previa a la cirugía fue de 67,3 meses (12-240 meses). En 17 casos la miotomía se acompañó de una funduplicatura tipo Dor, y en un paciente fue posterior tipo Toupet. El tiempo operatorio promedio fue de 141 minutos con un índice de conversión de un 5 % (1 caso). La estancia hospitalaria media fue de 3,6 días sin objetivarse morbi-mortalidad post-operatoria. Estudio de calidad de vida: se objetivó un descenso estadísticamente significativo de los valores totales de la escala de síntomas post-quirúrgica a los 5 y a los 10 años respecto a los pre-operatorios: 2,52 a los 40 meses y 2,8 a los 127 meses vs 6,83 en el preoperatorio ($p < 0,05$). Los valores a los 10 años no presentaron diferencias significativas respecto a los valores a los 5 años. Estos resultados se repitieron al valorar cada uno de los síntomas por separado (disfagia, regurgitación, dolor torácico y pirosis). El cuestionario GIQLI en ambos controles post-operatorios fue normal en todos los pacientes: 130 puntos a los 40 meses y 135 a los 127 meses ($p = NS$) manteniéndose los valores con el paso del tiempo. No se objetivó que las dilataciones endoscópicas realizadas previas a la cirugía afectaran el tiempo operatorio ó en las compilaciones operatorias ($p = NS$); tampoco se apreció que el sexo o la edad influyeran en la mejoría de la calidad de vida ($p = NS$).

Conclusiones: El tratamiento laparoscópico de la acalasia es una técnica segura, factible y que puede realizarse con escasas complicaciones. Este procedimiento reduce los síntomas de la enfermedad y mejora la calidad de vida manteniéndose los beneficios a largo plazo.

O-275. MIOTOMÍA DE HELLER + FUNDUPPLICATURA PARCIAL ANTERIOR TRAS FRACASO DE DILATACIÓN NEUMÁTICA EN PACIENTES CON ACALASIA. VEINTE AÑOS DE EXPERIENCIA

C. Gómez Gavara, E. Montalva Orón, T. Belda Ibáñez, A. Boscà Robledo, V. Ortiz Bellver y M. de Juan Buerqueño

Hospital La Fe, Valencia.

Objetivos: Presentamos los resultados de la implementación del protocolo de tratamiento endoscópico y quirúrgico de la acalasia de esófago seguido en el Hospital Universitario La Fe de Valencia.

Material y métodos: Recogemos todos los pacientes diagnosticados de acalasia de esófago en nuestro hospital en el período comprendido entre 1990 y 2010. El protocolo consiste en realizar un máximo de tres dilataciones neumáticas endoscópicas y ante la ausencia de mejoría sintomática se indica cirugía con miotomía de Heller y funduplicatura tipo Dor. Se excluye la dilatación como primera opción terapéutica cuando se diagnostica hernia de hiato o divertículo epifrénico asociados y los pacientes que no desean someterse a dilatación neumática y optan por tratamiento quirúrgico como primera opción. Si se produce perforación esofágica durante el proceso de dilatación se indica

intervención quirúrgica urgente realizando la misma técnica. Todos los pacientes han sido intervenidos por el mismo cirujano. El estado de los pacientes es evaluado antes de la dilatación/cirugía mediante esofagograma baritado, endoscopia, manometría y pHmetría y en el postoperatorio se controlan al 1.º, 3.º y 6.º mes y posteriormente cada año, con repetición de las exploraciones complementarias tras la intervención.

Resultados: De los 503 pacientes incluidos en el protocolo de dilatación por acalasia, se obtiene 286 (57%) pacientes asintomáticos con el primer episodio de dilatación neumática. Con la segunda dilatación se consiguen hasta 60 (12%) pacientes más asintomáticos (65% de asintomáticos con dos dilataciones) y 35 (7%) pacientes más con la tercera dilatación (73% de los pacientes asintomáticos con tres dilataciones). A partir de la 4.ª dilatación, no se obtienen mejorías significativas. 121 casos (24%) fueron intervenidos de forma programada por fracaso repetido del procedimiento. Nueve pacientes (1,8%) se intervinieron de urgencia por perforación esofágica durante las maniobras de dilatación. No se evidenciaron diferencias entre los pacientes intervenidos sin dilatación neumática previa y los pacientes con dilatación previa ni en la dificultad de la técnica quirúrgica ni en la morbilidad. La mortalidad fue nula. El 83% de los pacientes intervenidos se encuentran asintomáticos siendo esto corroborado por endoscopia y manometría sin hallazgos patológicos.

Conclusiones: No existen diferencias en la resolución clínica entre los pacientes que han sido sometidos al procedimiento de dilatación neumática y los pacientes que han precisado ser intervenidos quirúrgicamente, siendo ambos procedimientos igualmente eficaces. La miotomía de Heller se puede realizar con seguridad y eficacia tras el fracaso de la dilatación endoscópica.

O-297. DETERMINACIÓN DE LOS NIVELES SÉRICOS DE VEGF Y VEGF-C PREOPERATORIOS Y POSTOPERATORIOS EN EL CÁNCER GÁSTRICO

P. Villarejo Campos, D. Padilla Valverde, P. Menéndez Sánchez, T. Cubo, V. Muñoz, E. Buces, I. Arjona, A.B. Aláez, J. Martín Fernández, R. Martín Martín y J.A. Bondía

Hospital General, Ciudad Real.

Introducción: La angiogénesis y linfangiogénesis son procesos esenciales para la formación de nuevos vasos sanguíneos y linfáticos que permitan el crecimiento y diseminación tumoral. La unión de los factores vasculares de crecimiento endotelial VEGF y VEGFC con sus receptores (VEGFR1, VEGFR2, VEGFR3) presentes en células endoteliales sanguíneas, linfáticas y células tumorales, actúan como señales activadoras de estos procesos. Consideramos por lo tanto que los valores séricos de VEGF y VEGF-C se relacionarán con la invasión ganglionar y mal pronóstico del cáncer gástrico.

Objetivos: Determinar los niveles de VEGF y VEGFC en suero de pacientes con cáncer gástrico durante el periodo preoperatorio y seis meses después del tratamiento quirúrgico, valorando las diferencias existentes entre ambas determinaciones y comprobando su relación con las variables clínico-patológicas y valor pronóstico.

Pacientes y métodos: Estudio cohorte prospectivo de 59 enfermos intervenidos quirúrgicamente en el Servicio de Cirugía del Hospital General de Ciudad Real, con intención curativa entre los años 2005 y 2007. Se obtuvieron muestras de sangre venosa periférica para las determinaciones séricas de VEGF y VEGF-C, de forma preoperatoria (24 horas previas a la intervención quirúrgica) y a los 6 meses de la cirugía. La determinación de los valores de VEGF y VEGF-C se realizó mediante enzimoimmunoan-

álisis secuencial en dos fases tipo sándwich, VEGF (Quantakine® Human VEGF, R&D System-Inc, Mn, EEUU), VEGF-C (Quantakine® Human VEGF-C, R&D System-Inc, Mn, EEUU), expresando los niveles séricos obtenidos en pg/ml.

Resultados: Los niveles de VEGF séricos (VEGFs) preoperatorios presentan asociación estadística con la metastatización linfática ($p = 0,019$) y grado de diferenciación tumoral ($p = 0,047$). Los niveles preoperatorios de VEGFC sérico (VEGFCs) también se correlacionan con la metastatización ganglionar ($p = 0,018$), la diferenciación del tumor ($p = 0,021$) y con la resecabilidad del tumor ($p = 0,041$). Los tumores gástricos con mayor grado de invasión local (T3, T4) y aquellos que presentan afectación de siete o más ganglios linfáticos regionales (N2, N3) se asocian con una menor supervivencia ($p = 0,003$ y $p = 0,004$ respectivamente). Los niveles elevados de VEGFs preoperatorios (niveles superiores a 761 pg/mL), se asocian con una menor supervivencia ($p = 0,039$), lo cual permite una aproximación pronóstica previa a la intervención quirúrgica. Los niveles bajos de VEGFs preoperatorio (menores de 761 pg/mL) son un factor pronóstico favorable en el cáncer gástrico, mientras que el número de ganglios afectados es un factor de mal pronóstico independiente, según análisis de regresión de Cox.

Conclusiones: La determinación de VEGFs preoperatorio en pacientes con cáncer gástrico puede ser una prueba diagnóstica factible, reproducible y poco compleja, que nos aporte información acerca del pronóstico y que se relaciona con la afectación linfática del enfermo, previamente a la cirugía y el análisis histopatológico de la pieza resecada, lo cual tiene una implicación importante a la hora de determinar que pacientes pueden beneficiarse de tratamientos quimioterápicos de manera neoadyuvante.

O-298. ANÁLISIS DEL PRONÓSTICO DE LA INVASIÓN GANGLIONAR EN EL CÁNCER GÁSTRICO TRAS LOS CAMBIOS ESTABLECIDOS EN LA NUEVA CLASIFICACIÓN JAPONESA 2010

J. Rodríguez Santiago, J. Osorio, N. Pérez, L. Lázaro, E. Muñoz, I. Gutiérrez y C. Marco

Hospital Universitari Mutua, Terrassa.

Introducción: La localización anatómica de los ganglios infiltrados ha sido el criterio utilizado para valorar el pronóstico de la invasión ganglionar desde el inicio de la Clasificación Japonesa. Con el objetivo de facilitar el intercambio de información, la nueva clasificación (2010) ha supuesto un cambio de criterio en favor del número de ganglios infiltrados tal como propone la 7.ª ed TNM-UICC 2009 (pN1: 1-2; pN2: 3-6; pN3a: 7-15; pN3b: > 15). Asimismo los grupos que forman los diferentes niveles ganglionares ya no dependen de la localización del tumor si no del tipo de gastrectomía realizada (nueva definición D1, D2). El objetivo de este estudio es analizar si el cambio de criterio aporta una información pronóstica mas precisa.

Material y métodos: Se trata de una serie de 103 pacientes intervenidos por cáncer gástrico con finalidad curativa en los que se realizó, tras la extracción de la pieza (gastrectomía con linfadenectomía en bloque), una disección de los diferentes grupos ganglionares anatómicos siguiendo las recomendaciones de la Clasificación Japonesa. Se ha realizado un estudio univariante de factores pronósticos (edad, sexo, invasión de la pared, tipo histológico, localización tumoral, afectación ganglionar según la localización y según número de ganglios afectados. Análisis de la supervivencia según método Kaplan-Meier. Análisis multivariante mediante regresión de Cox.

Resultados: El nivel de invasión de la pared ($p: 0,02$), el tipo histológico difuso ($p: 0,03$), tumores del tercio proximal ($p: 0,04$), la afectación ganglionar según localización ($p: 0,002$) y según nú-

mero de ganglios afectados (p: 0,001) se comportaron como variables pronósticas independientes. El estudio multivariante demostró que la afectación ganglionar según el número de ganglios (7.ª ed. TNM-UICC) y aceptado por la Clasificación Japonesa 2010 se comporta como el mejor criterio pronóstico (método por pasos hacia delante).

Conclusiones: El número de ganglios infiltrados (según las categorías establecidas por la 7.ª ed. TNM-UICC y aceptadas por la nueva Clasificación Japonesa 2010) se comporta como criterio pronóstico más preciso que la localización ganglionar. La infiltración ganglionar es el mejor factor pronóstico de las variables analizadas en la serie. Las nuevas definiciones de linfadenectomía D1 y D2 según el tipo de gastrectomía realizada (total, subtotal) simplifican las definiciones previas en función de la localización el tumor.

O-299. UTILIDAD DE LA ECOENDOSCOPIA EN EL MANEJO TERAPÉUTICO DEL CÁNCER GÁSTRICO

A. Luna Aufroy, P. Rebasa Cladera, F. Junquera Flórez, S. Montmany Vioque, C. Jurado Ruiz y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Objetivos: Valorar la concordancia entre el estadiaje ecoendoscópico (uTNM) y el estadiaje anatomopatológico (pTNM). Valorar la utilidad de la ecoendoscopia en la toma de decisiones para el tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico.

Material y métodos: Estudio descriptivo prospectivo de 58 pacientes sometidos a ecoendoscopia (USE) para el estadiaje del cáncer gástrico de mayo de 2005 a marzo de 2010. Se estudió la concordancia entre la estadificación ultrasonográfica (uTNM) y la obtenida tras estudio anatomopatológico (pTNM). Se analiza el valor predictivo de la USE para la infiltración de la pared (uT), la afectación ganglionar (uN) y la presencia de carcinomatosis peritoneal (uM1). Se considera afectación ganglionar (uN1) cuando hay algún ganglio afectado, independientemente del número o nivel ganglionar. Se considera la miniascitis como muy sugestiva de carcinomatosis peritoneal o irresecabilidad (M1). Se estudió la relación entre la uT y la presencia de carcinomatosis.

Resultados: 48 de estos pacientes fueron sometidos a resección gástrica. 10 pacientes presentaban tumores irresecables o metástasis a distancia. Para la T, USE obtiene datos concordantes con la anatomía patológica en 28/47 (59,6%), infraestadía en 3/47 (6,4%) y supraestadía en 18/48 (34%). La concordancia (índice de kappa ponderado) es de 0,65, con tendencia a supraestadía. Para la N, USE obtiene datos concordantes con la pN en 32/45 (71,1%), infraestadía en 13/45 (28,9%) y supraestadía en 0/45 (0%). La concordancia (índice de Kappa ponderado) es de 0,47, con tendencia a infraestadía. Para la M, la USE obtiene datos concordantes con la pM en 46/58 (79,3%), infraestadía en 10/58 (17,2%) y supraestadía en 2/58 (3,4%). La concordancia (índice de Kappa ponderado) es de 0,35, con tendencia a infraestadía. Los pacientes con uT1 no presentaron M1. Los pacientes con uT2 presentaron M1 en 2/7 (28,6%) y los pacientes con uT3-4 presentaron M1 en 13/40 (32,5%).

Conclusiones: Dado que la USE supraestadía en un 3,4% de pacientes, por la sola presencia de miniascitis no podemos concluir que existe carcinomatosis con seguridad. En estos casos recomendamos la realización de una laparoscopia de estadiaje. La USE fracasa en el diagnóstico de carcinomatosis en un porcentaje elevado (17,2%). La USE es útil para diferenciar los uT1 (early gastric cancer) del cáncer gástrico avanzado. Recomendamos laparoscopia de estadiaje en pacientes con USE de uT2-4 o con miniascitis, para evitar laparotomías innecesarias.

O-300. COMPARACIÓN DEL TNM 7.ª EDICIÓN (2010) CON EL TNM 6.ª EDICIÓN EN EL CÁNCER GÁSTRICO OPERADO CON INTENCIÓN CURATIVA

J. Osorio Aguilar, J. Rodríguez Santiago, N. Pérez Romero, L. Lázaro Molina, I. Gutiérrez, E. Muñoz Muñoz y C. Marco Molina

Hospital Mutua de Terrassa, Terrassa.

Introducción: La estadificación ganglionar del cáncer gástrico de la UICC se ha basado en el número de ganglios metastásicos desde 1997. Recientemente, la UICC y la JGCA han acordado una clasificación conjunta basada en el número de ganglios positivos con diferentes puntos de corte, que es operativa desde enero de 2010. Nos propusimos comparar la fiabilidad de predicción pronóstica del nuevo TNM 7.ª edición con el TNM 6.ª edición en nuestros enfermos.

Material y métodos: Analizamos 104 pacientes operados con intención curativa en nuestro centro, siguiendo las recomendaciones japonesas de linfadenectomía D2 con dos modificaciones: preservación esplénica en los tumores proximales y preservación de ganglios mesentéricos (territorio 14) en los tumores distales. Para validar la técnica de linfadenectomía, estudiamos el número de ganglios resecados en cada grupo ganglionar y las supervivencias por estadios de nuestros pacientes, comparando nuestros resultados con los de los registros japoneses. Por último, estadiamos a los enfermos en base al TNM-UICC 6.ª y 7.ª ediciones y comparamos su capacidad de predicción pronóstica mediante un estudio multivariante.

Resultados: La mayoría de nuestros pacientes fueron varones, con tumores distales de tipo intestinal y afectación de la serosa. La media de ganglios resecados fue de 33. El 28% de los pacientes no presentaron metástasis ganglionares. En el TNM 6.ª edición, la categoría más frecuente fue N1 (41,3%). En el TNM 7.ª edición, los pacientes N1 se subdividieron en dos grupos homogéneos: N1 (20,2%) y N2 (20,1%). El número de ganglios resecados en cada uno de los 12 grupos y las supervivencias por estadios fueron comparables con los registros japoneses. Ambas clasificaciones reflejaron el fenómeno de la migración de estadios: los pacientes con más ganglios resecados presentaron estadios más avanzados. Al comparar las dos clasificaciones en el análisis multivariante, observamos que el sistema que mejor predijo la supervivencia de los pacientes fue el TNM 6.ª edición, con 4 grupos que presentaban un incremento progresivo del riesgo relativo de muerte por cáncer. El TNM 7.ª edición se comportó como peor factor pronóstico, debido a que las curvas de supervivencia de N1 y N2 se superponían.

Conclusiones: En nuestra experiencia, la linfadenectomía extensa se asocia con buenos resultados en términos de supervivencia. El fenómeno de migración de estadio hace que los pacientes sometidos a linfadenectomías más extensas presenten estadios más avanzados. En nuestros pacientes, la 6.ª edición del TNM-UICC tiene mejor significación pronóstica que la 7.ª edición.

O-301. LA RATIO O ÍNDICE GANGLIONAR (IG) COMO FACTOR PRONÓSTICO EN LA SUPERVIVENCIA DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

J. Aguilar Luque, P. Martínez García, A. Brox Jiménez, V. Ruiz Luque, C. Ortiz Moyano y J. Miralles

Hospital Valme, Sevilla.

Objetivos: La clasificación TNM sigue siendo el mejor método de evaluación de la extensión tumoral del adenocarcinoma; sin embargo la dificultad de evaluación de la N ha condicionado las

diversas modificaciones. Nuestro objetivo es demostrar el peso del IG en la evaluación de la N y en el pronóstico del tratamiento quirúrgico del adenocarcinoma gástrico.

Material y métodos: Analizamos una serie de 138 casos de adenocarcinoma gástrico resecados en el periodo 2000-2004, clasificados según se obtengan < 15 ganglios, 15-25 ganglios o > 25 ganglios, aplicando en cada estadio y a cada grupo el IG para relacionarlos con la N y la supervivencia.

Resultados: 64,5 % son hombres y 35,5 % mujeres, con una edad > 60 años: 71 % y < 40 años: 1,5 %. La localización más frecuente fue antro (51,4 %), practicándose gastrectomía total en el 63 % y subtotal en el 34,8 %, con linfadenectomía D1: 34,8 % y D2: 65,2 %. La distribución por estadios y supervivencia a 5 años se muestra en la tabla. La supervivencia real del grupo de inclasificable se ajusta mucho más a la que corresponde al IG que al que le corresponde por estadio de la 6.ª edición. La supervivencia atendiendo al IG fue: 73,7 % en IG 0; 50 % en IG < 0,2; 12,5 % en IG: 0,2-0,6 y 0 % con IG > 0,6. Si hallamos la supervivencia según IG en relación al número de ganglios extirpados, observaremos como a medida que se extirpan más ganglios los índices ganglionares son menores, así con > 25 ganglios se obtiene un IG < 0,2 en el 67,3 %, mientras si se extirpan < 15 ganglios el IG < 0,2 es del 26,1 %. La correlación del IG con la N hace de éste un factor muy importante en la valoración de la misma, así en N1 el 78,4 % tienen un IG < 0,2; en N2 el 76,0 % tienen un IG: 0,2-0,6 y en N3 el IG es > 0,6 en el 100 %.

Estadio	IS	IA	IB	II	IIIA	IIIB	IV	Inclasif.
%	2,9	2,9	10,1	18,8	20,3	5,1	25,4	14,5
Superviv. (%)	100	100	92,9	53,7	35,7	0	1	21

Conclusiones: 1. La magnitud de la resección gástrica, en sí, no tiene repercusión sobre la supervivencia del adenocarcinoma gástrico. 2. El estadio es factor pronóstico dependiente e independiente. 3. El tipo de linfadenectomía es otro factor pronóstico dependiente e independiente. 4. El análisis de los diferentes factores analizados nos permite afirmar que el factor más determinante en el pronóstico del adenocarcinoma gástrico es el Odds Ratio o IG, que tendrá más valor cuanto mayor sea el número de ganglios extirpados. 5. La evidencia del IG como el parámetro con mayor significación estadística en la evaluación de la N tumoral alcanza su máxima exactitud cuanto mayor es el número de ganglios extirpados, proponiendo la inclusión del IG como factor corrector de la clasificación TNM.

O-302. CÁNCER GÁSTRICO EN JÓVENES: ESTUDIO COMPARATIVO CON LOS PACIENTES DE MAYOR EDAD

H. Pardellas Rivera¹, A. López Saco², L. Pérez Domínguez², E. Flores Rodríguez², H. Álvarez García², M.A. Freiria Eiras², N. Cáceres Alvarado² y P. Gil Gil²

¹Complejo Hospitalario Xeral-Cíes, Vigo.

²Complejo Hospitalario Universitario de Vigo, Vigo.

Introducción: La edad media de presentación del cáncer gástrico se estima alrededor de los 60 años. La incidencia en jóvenes varía entre el 1 y el 15 % según las series y el límite de edad considerado. Algunos estudios sugieren un peor pronóstico en jóvenes.

Objetivos: Analizar las características clínico-patológicas y el pronóstico de los pacientes menores de 45 años intervenidos de cáncer gástrico en nuestro Servicio.

Material y métodos: Revisamos 1.117 pacientes intervenidos de cáncer gástrico entre enero de 1985 y diciembre de 2006. Se distribuyeron según su edad en dos grupos: "A" menor o igual a 45 años y "B" mayor de 45. Comparamos las características clínico-patológicas, la estrategia quirúrgica, la morbilidad postoperatoria y la supervivencia.

Resultados: El grupo A está constituido por 65 pacientes con una edad media de 38 años (rango, 19-45) y el B, por los 1052 restantes de 68 años de edad media (rango, 46-97). Los jóvenes presentan con mayor frecuencia síntomas del tipo dolor/dispepsia y clínica ulcerosa ($p < 0,05$) y no hay diferencias estadísticamente significativas en la frecuencia de presentación de otros síntomas. El tiempo medio de evolución hasta el diagnóstico es de 7,9 meses en el grupo A y de 6,8 meses en el B. El riesgo anestésico es significativamente menor en jóvenes con una proporción de pacientes con A.S.A. I y II del 89 % frente al 64 % de los mayores ($p = 0,000$). En los pacientes de menor edad predominan los tumores de tipo difuso (58,5 %) y mal diferenciados (73,4 %) en comparación con los pacientes de mayor edad en los que representan: el 28,8 % y el 57,8 % respectivamente ($p = 0,000$). Los tumores se diagnostican mayoritariamente en estadios avanzados, hasta en el 50,8 % en el primer grupo y en el 57,8 % en el segundo ($p > 0,05$). El 76,5 % de las resecciones son con intención curativa entre los jóvenes y el 55,8 % en el resto ($p = 0,01$) y la proporción de linfadenectomías D2 también es significativamente superior (45,5 % frente al 25,7 %) ($p = 0,002$). La morbilidad postoperatoria es del 24 % y la mortalidad del 7,7 % en el grupo A y en el grupo B del 27 % y del 12,2 % respectivamente ($p > 0,05$). La supervivencia es significativamente superior en los menores de 45 años alcanzando una mediana de 31,6 meses frente a los 15,4 meses de los mayores ($p = 0,01$).

Conclusiones: Los menores de 45 años representan el 5,8 % de los pacientes intervenidos de cáncer gástrico en nuestro Servicio. En este grupo de edad encontramos una incidencia significativamente superior de dolor/dispepsia y clínica ulcerosa, lo que podría servirnos de síntomas de alerta para acelerar el diagnóstico. No encontramos diferencias en el tiempo medio de retraso diagnóstico lo que explicaría la elevada proporción de estadios tumorales avanzados en ambos grupos. En los jóvenes predominan los tumores de tipo difuso y mal diferenciados con un comportamiento histológico más desfavorable, pero presentan menor riesgo anestésico tolerando estrategias quirúrgicas más agresivas sin aumentar la morbilidad postoperatoria con respecto a los pacientes de mayor edad. Todo esto se traduce en una mayor supervivencia a largo plazo.

O-303. IMPACTO DE LA NUEVA CLASIFICACIÓN TNM 2010 EN UNA SERIE CONTROLADA DE PACIENTES OPERADOS POR CÁNCER GÁSTRICO

M. Jiménez Toscano, L. Vega López, M. Ramos Fernández y A. Quintans Rodríguez

Hospital Universitario Fundación Alcorcón, Madrid.

Objetivos: Con el fin de analizar el impacto de la nueva clasificación TNM 2010 en el cáncer gástrico analizamos los cambios producidos por su aplicación en una serie de pacientes intervenidos quirúrgicamente y controlados durante más de 5 años.

Material y métodos: Aplicamos los nuevos criterios TNM 2010 en una serie de 64 pacientes que sobrevivieron a la gastrectomía por cáncer gástrico entre 2002 y 2005 controlados un mínimo de 5 años después de la cirugía en los que previamente habíamos utilizado la clasificación TNM 2002 y analizamos los cambios producidos.

Resultados: Se produjeron cambios de clasificación en el 71,8% de los pacientes (46 de 64). De ellos, 26 pacientes (40%) cambian de grupo dentro del mismo estadio (11 en el estadio II y 15 en el estadio III). Otros 20 pacientes cambian de estadio (31%), 3 pasan del estadio I al II, 8 cambian del estadio II al III y 9 cambian del estadio IV al III. La razón de los cambios se fundamenta en la nueva clasificación de la profundidad de invasión en la pared (pT) y la nueva clasificación del número de ganglios afectados (pN) así como en la subdivisión del grupo II en IIA y IIB y la creación de un nuevo grupo IIIC. El flujo de pacientes se establece del antiguo estadio II a los grupos IIA (3 pacientes), IIB (8) y IIAA (8), del grupo IIAA al grupo IIIB (11) y del IIIB al nuevo grupo IIIC (4), que también recibe pacientes procedentes del antiguo estadio IV (5). De este último estadio, 4 pacientes pasan al IIIB y 5 pasan al IIIC. Como consecuencia los 14 pacientes estadiados anteriormente en el grupo IV, sólo permanecen en el mismo 5 con la nueva clasificación. Estos cambios dan lugar a una redistribución de la supervivencia en la serie.

Conclusiones: La nueva clasificación TNM 2010 supone un vuelco en la distribución de los pacientes, especialmente en los grupos correspondientes al cáncer gástrico localmente avanzado, aunque también en el grupo II. Destaca el hecho de que muchos pacientes del antiguo estadio IV debido a la invasión de órganos adyacentes (pT4) o a la existencia de más de 15 ganglios afectados (pN3) pasan ahora a ser clasificados como IIIB o IIIC y sólo permanecen en este grupo los pacientes con metástasis a distancia (M1). Estos cambios obligan a revisar los protocolos terapéuticos ya que todos los pacientes del estadio IV son actualmente cánceres diseminados y por tanto con escasa posibilidad de lograr resecciones R0.

O-304. INFLUENCIA DE LA LINFADENECTOMÍA Y LA RATIO GANGLIONAR SOBRE EL INTERVALO LIBRE DE ENFERMEDAD EN CÁNCER GÁSTRICO

A. Luna, S. Montmany, P. Rebas, O. Colomer, J. Cabrol y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Introducción: La afectación ganglionar es uno de los factores más importantes en la supervivencia tras un cáncer gástrico. Recientemente se ha evidenciado en la literatura médica la importancia de la ratio ganglios afectados/ganglios resecados sobre la supervivencia, afirmándose que predice mejor la supervivencia que la clasificación clásica N1/N2/N3.

Objetivos: Evaluar la influencia de la ratio ganglionar y la linfadenectomía en el intervalo libre de enfermedad de los pacientes operados de cáncer gástrico en una serie prospectiva de 143 casos consecutivos. Se excluirán aquellos tumores que no sean adenocarcinomas.

Material y métodos: Serie prospectiva de 143 pacientes con cáncer gástrico resecado desde 2004; 128 son adenocarcinomas. Se localizaron en el antro en 49 casos, 51 en cuerpo, y 19 subcardiales o Siewert 3; el resto fueron linitis plástica o boca anastomótica. La anatomía patológica más frecuente fue adenocarcinoma intestinal (40), difuso (36), mixto (24) o en anillo de sello (12). Se practicaron 75 gastrectomías subtotales, 51 totales y 2 esofagogastrectomías. En 33 casos se hizo una linfadenectomía D2. Se definió la ratio ganglionar como el cociente entre ganglios afectados y ganglios resecados.

Resultados: Cuatro pacientes han muerto por otras causas con enfermedad neoplásica activa, 10 han muerto debido a progresión de la enfermedad neoplásica, y 13 han muerto por otras causas sin recidiva ni progresión del cáncer. 21 están actualmente vivos con algún tipo de progresión del cáncer y 80 están

vivos libres de enfermedad. Dentro de cada estadio de la enfermedad, la ratio ganglionar y el tipo de linfadenectomía (D1 vs D2) efectuado, fueron las variables predictivas más potentes de intervalo libre de enfermedad. Para los estadios II y IIIa la ratio ganglionar es el factor de supervivencia más importante. Globalmente, el intervalo libre de enfermedad en pacientes sin afectación ganglionar es de 58 meses de mediana, para ratios entre 0 y 10% es de 32 meses de mediana, para ratios entre 10 y 25% es de 35 meses de mediana y para ratios superiores al 25% es de 27 meses de mediana.

Conclusiones: La ratio ganglionar, entendida como el cociente entre ganglios afectados y ganglios resecados, es una variable a tener en cuenta para estratificar el riesgo de progresión de enfermedad en pacientes con cáncer gástrico.

O-305. IMPORTANCIA DE LA AFECTACIÓN LINFÁTICA EN EL PRONÓSTICO DEL CÁNCER DE ESTÓMAGO RESECADO

I. Domínguez, L. Rodríguez, A. López, A. Gortázar, A. García Botella, E. Pérez-Aguirre, L. Díez-Valladares, A. Sánchez-Pernaute y A. Torres

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La afectación ganglionar en el cáncer de estómago es un parámetro de gran importancia en la evaluación pronóstica. Diferentes métodos de clasificación se han sucedido en las últimas décadas con el fin de mejorar la evaluación del comportamiento tumoral en función de los ganglios afectados, desde la distancia de las adenopatías al tumor primario, la región ganglionar afecta o número total de ganglios invadidos. Distintos grupos han propuesto la utilización del porcentaje de ganglios afectados/ganglios resecados con el fin de incluir indirectamente la estimación de una correcta resección ganglionar. El objetivo del presente trabajo es analizar el valor de las clasificaciones de la afectación linfática en el cáncer de estómago resecado.

Pacientes y métodos: Entre los años 2001 y 2009 se han intervenido en nuestro departamento 137 pacientes por cáncer de estómago, 62 mujeres y 75 varones, con una edad media de 68 años (33-90). Solamente 4 pacientes recibieron tratamiento neoadyuvante. Se realizó resección gástrica en 126 pacientes, total en un 40% de los casos y ampliada en 15. En 106 casos la linfadenectomía fue al menos D2 (84%). La mortalidad postoperatoria fue del 4,8%.

Resultados: La supervivencia global fue del 72% a los 9 años de la cirugía. La supervivencia fue por estadios fue: IB, 89%; IIA, 78%; IIB, 58%; IIAA, 69%; IIIB, 66%; IIIC, 41% y IV, 25%. Los pacientes sin afectación ganglionar tuvieron una supervivencia a largo plazo del 87%; cuando presentaron 1 o 2 ganglios afectados, la supervivencia fue del 74%; cuando hubo afectación de 3 a 6 ganglios (N2), del 59%; si hubo afectación entre 7 y 15 ganglios (N3a) bajó al 51%, y cuando hubo más de 15 ganglios afectados (N3b) descendió al 16%. Entre los pacientes sin afectación ganglionar no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia en función del número de ganglios estudiados (mayor o menor de 20). Entre los pacientes con adenopatías positivas, una tasa de afectación linfática por encima del 40% se correlacionó con una supervivencia significativamente peor. La presencia de afectación ganglionar a distancia (tronco celíaco, arteria hepática, vena porta) fue asimismo un parámetro de pronóstico significativamente peor. En el análisis multivariante ningún parámetro (N, porcentaje ó localización ganglionar) se comportó como variable de pronóstico independiente, aunque la que más proximidad tuvo fue la afectación ganglionar a distancia.

Conclusiones: La afectación ganglionar es un parámetro de valor pronóstico tras cirugía resectiva por cáncer gástrico. Tras la realización de una correcta linfadenectomía, el número total de ganglios resecados pierde valor pronóstico, siendo de valor similar la afectación ganglionar según la TNM, el porcentaje de ganglios afectados o la localización de los ganglios invadidos.

PÓSTERS

P-066. TUMORES GIST GÁSTRICOS: NUESTRA EXPERIENCIA

J. Ghanimé, G. Romay, M. Tasende, T. Civeira, L. Fernández, C. Varela, I. Vázquez, M. Méndez, R. de Castro y J. Machuca

Complejo Hospitalario Universitario, A Coruña.

Introducción y objetivos: Los tumores GIST (tumores del estroma gastrointestinal) pueden incidir a cualquier nivel del tubo digestivo, aunque la localización más frecuente suele ser a nivel del estómago y del intestino. Originalmente eran catalogados como leiomiomas o leiomiomasarcomas. Mazur et al. introducen en 1983 el término "tumores del estroma gástrico", y Kindblom en 1998 señala hacia el origen de los GIST a partir de las células intersticiales de Cajal, ubicadas en los plexos mientéricos de la pared gastrointestinal, las que cumplen un rol fundamental en la motilidad digestiva. Se caracterizan por la expresión de un receptor de membrana mutante con actividad tirosina quinasa (c-kit) anormal, que origina una proliferación celular no regulada. Se estima que corresponderían al 1% de los tumores gastrointestinales y al 25-35% de todos los sarcomas de partes blandas. Su incidencia en las series reportadas es de 4-10 casos/millón de habitantes/año. Afecta a hombres y mujeres en similar proporción, con un pico de incidencia entre los 55 y 65 años. Aproximadamente 95% de los GIST son c-kit positivos, mientras que 60-70% son positivos para CD34; 30-40% son positivos para actina, 5% para proteína S-100, y 1-2% son positivos para desmina o queratina. Los GIST exhiben 3 patrones histológicos fundamentales: fusiforme (70%), epitelioides (20%) y mixto (10%). Nuestro objetivo es realizar una evaluación y análisis retrospectivo de nuestros resultados en el diagnóstico y tratamiento de los GIST de estómago entre 2007 y 2010.

Material y métodos: El trabajo es retrospectivo, fueron analizados 22 casos de pacientes con GIST gástrico atendidos en el CHU A Coruña entre 2007 y 2010. La edad mediana 64 años con rango 29-89 años. En relación con el sexo, 12 varones y 10 mujeres. Clínica: dolor abdominal: 9, anemia 7, náuseas y vómitos 8, pérdida de peso 8, astenia y anorexia 10, hemorragia digestiva severa 1, masa abdominal 7. Localización: antro 11 casos, cuerpo 4, fundus-cuerpo 6. A todos los pacientes se les realizó EDA, TAC abdominal, Eco-endoscopia en 7 casos, y RMN en 8 pacientes. Tratamiento quirúrgico: 19 casos. No se indicó la cirugía en 3 casos por enfermedad diseminada y ASA-4. Procedimientos quirúrgicos realizados: gastrectomía subtotal: 10, gastrectomía total: 5, resección segmentaria: 4. Mortalidad postoperatoria: 1 caso por TEP masivo. Grados tumorales: Bajo: 6, Intermedio: 5, Alto: 8. Recurrencia tumoral: 3 casos 15,7% con seguimiento mediano de 16 meses rango 5-37. En 2 casos la recidiva fue en después de la resección segmentaria, y 1 caso después de G. Subtotal, y en

relación con los grados: 2 de alto grado, y uno de grado intermedio.

Conclusiones: El estudio histopatológico forma una de las piedras angulares para una buena orientación en el tratamiento de los GIST, sobre todo en lo referente a la determinación de los grados de malignidad. Las exéresis segmentarias han presentado mayor incidencia de recidivas, motivo por el cual, recomendamos exéresis más amplias (antrectomías o gastrectomías). Recomendamos tratamiento adyuvante con mesilato de imatinib en los grados intermedios y altos, así como, depuse de la cirugía por recidivas.

P-067. GIST ESPORÁDICO DE INTESTINO DELGADO DE INSÓLITA MULTIPLICIDAD

S. Puig i Compañó, M. Iglesias Coma, M. Vial Gallardo, J.M. Ramón Moros, L. Martínez Avilés, B. Bellosillo Paricio, L. Grande Posa y M. Pera Román

Hospital Universitari del Mar, Barcelona.

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GISTs) son las neoplasias mesenquimales primarias más frecuentes. Se presentan de forma esporádica como tumores únicos y suelen asociarse a mutaciones de los genes KIT y factor de crecimiento plaquetario α (PDGFRA). Una minoría se presenta como múltiples lesiones en el tracto gastrointestinal en el contexto de GIST familiares o síndromes como la neurofibromatosis (NF-1) y la tríada de Carney. Los tumores múltiples, no relacionados con dichos síndromes, se clasifican como metastáticos. Recientemente se han descrito algunos casos de GISTs múltiples esporádicos, que cuestionan este paradigma. Presentamos los hallazgos clínicos y patológicos, así como el perfil molecular, de un caso de GIST esporádico múltiple del intestino delgado (ID).

Caso clínico: Varón de 61 años, sin antecedentes de NF-I, que consultó por anemia ferropénica. Las endoscopias, alta y baja, fueron normales. La tomografía computarizada mostró una tumoración yeyunal de 35 mm, y la cápsula endoscópica detectó una úlcera de 10mm en la unión yeyunoileal. Con la sospecha de un GIST se realizó una laparoscopia que visualizó un tumor ileal pediculado de 50 mm y un nódulo de 13 mm en curvatura menor gástrica. La laparotomía permitió observar más de 30 tumores en el ID, de los que 8 tenían un tamaño superior a 10 mm. Se realizó la exéresis del tumor, o bien la resección intestinal correspondiente, en 10 de las lesiones identificadas. El curso postoperatorio transcurrió sin incidencias. El paciente ha recibido tratamiento adyuvante con imatinib 400 mg/día durante 12 meses.

Material y métodos: Se realizó estudio histológico y análisis inmunohistoquímico con anticuerpos frente a CD34, CD 117, desmina, S100, actina de músculo liso, sinaptofisina, enolasa específica de neurona y vimentina. El análisis molecular incluyó los exones 8, 9, 10, 11, 13, 14 y 17 del gen KIT y 12, 14 y 18 para el gen PDGFRA.

Resultados: Todos los tumores fueron positivos para CD117 y vimentina, 5 lo fueron para CD34, 1 para actina de músculo liso (CD34 negativo). Otro tumor expresó focalmente proteína S100, sinaptofisina y enolasa específica de neurona (CD34 negativo). De acuerdo con el consenso del National Institutes of Health (NIH, Fletcher, 2002), 5 tumores eran de muy bajo riesgo, 3 de bajo riesgo y 2 de riesgo intermedio. Se identificaron 4 mutaciones diferentes para el gen KIT en 4 de los 10 tumores: p.W557del (exón 11), p.V560del (exón 11), p.N649dup (exón 13) y D820A (exón 17), lo que confirma un origen independiente entre ellos. No se hallaron mutaciones en PDGFRA.

Discusión: El hallazgo de un GIST múltiple esporádico es excepcional. La revisión de la literatura muestra un total de

23 pacientes que cumplen criterios de GIST múltiple con mutaciones diferentes para KIT o PDGFRA en tumores del mismo paciente. Suelen tener una media de 2 tumoraciones por paciente, con un tamaño máximo de 2,4 cm. El paciente que presentamos tenía más de 30 tumores en ID, sin encontrarse en la literatura un caso similar. Este patrón de presentación se aproxima a los casos de GIST multicéntricos asociados a NF1 pero la presentación clínica y el análisis molecular descartan esta posibilidad.

P-068. GIST GÁSTRICO GIGANTE. PRESENTACIÓN CLÍNICA, TÉCNICA QUIRÚRGICA Y TRATAMIENTO MÉDICO

B. Manso, E. York, M. Fraile, C. García-Vázquez, P. Vorwald y A. Celdrán

Fundación Jiménez Díaz, Madrid.

Objetivos: Revisar una presentación y abordaje quirúrgico atípico para un tumor inusualmente grande.

Caso clínico: Mujer de 57 años que acude a urgencias por cuadro de instauración brusca de síndrome confusional agudo con desorientación, somnolencia, confusión, lenguaje incoherente y descoordinación motora. La analítica muestra un INR de 1,2, BT 1,3 a expensas de indirecta, LDH de 1m104 y amonio de 76, catalogando el cuadro de encefalopatía hepática y se ingresa a la paciente para estudio. En el TAC abdominal se ve masa de 20 x 12 x 23 cm (diámetros transversal, anteroposterior y craneocaudal respectivamente) con áreas de aspecto necrótico y numerosas estructuras vasculares en su interior en íntimo contacto con la cámara gástrica. Mediante laparoscopia se toma biopsia de un implante epiploico y del hígado para hacer el diagnóstico diferencial con un linfoma. La anatomía patológica del tumor es compatible con tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de alto grado (índice mitótico de 7-18 mitosis/10 CGA), c-kit+. La biopsia hepática descarta afectación tumoral. Previo a la cirugía, mediante embolización lúquida (onix 18) se consigue una oclusión irreversible proximal de las arterias gastroepiploica derecha e izquierda, gástrica izquierda, y gástricas cortas, dejando indemnes la arteria gastroduodenal y la arteria mesentérica superior. La embolización se hizo sin llegar al lecho capilar para que el síndrome postembolización no fuera intenso y la paciente tolerara bien el tiempo entre embolización y cirugía. 24 horas después es intervenida mediante incisión subcostal bilateral con extensión media a xifoides, hallándose una tumoración cerebroide de unos 25 cm de eje mayor que se origina en cara anterior del tercio proximal gástrico cerca de la unión esófago-gástrica, muy adherida a peritoneo diafragmático izquierdo y bazo con implantes peritoneales múltiples. Se hace gastrectomía total mas esplenectomía, con anastomosis esófago-yeyunal mecánica mediante técnica de doble grapado y se reconstruye sobre asa en "Y" de Roux trasmesocólica. Se extirpan implantes del peritoneo parietal bilateral y del espacio pararenal derecho, revisando incontables implantes en peritoneo visceral. Actualmente la paciente se encuentra en tratamiento con mesilato de imatinib en dosis de 400 mg/día con índice de Karnofsky del 90%.

Conclusiones: El diagnóstico de GIST suele ser incidental o tras el estudio de síntomas digestivos. En este caso llama la atención que la paciente entró en encefalopatía hepática por la formación de shunts porto-sistémicos secundarios a la hipertensión portal, generada por el hiperaflujo venoso tumoral. En este caso es también destacable los beneficios de la embolización de masas tan vascularizadas haciendo la cirugía más segura y acortando los tiempos operatorios. Asimismo la emmbolización proximal permitió a la paciente llegar a quirófano asintomática.

Aunque, el tiempo de tratamiento evolución postoperatoria es corto, tras el tratamiento con imatinib la paciente se encuentra totalmente asintomática. Será necesario el seguimiento para comprobar la eficacia del dicho fármaco en una paciente con GIST de alto grado c-kit+ con extensión peritoneal de la enfermedad.

P-069. NUESTRA EXPERIENCIA EN EL TRATAMIENTO DE LOS TUMORES GIST

J. Jorge Cerrudo, A. Paz Yañex, A. Mansilla Roselló, G. Ferrer García, J.I. Arcellus Martínez y J.A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: La tasa de incidencia de los tumores GIST es de 4-10 casos/millón de habitantes/año, El objetivo es el estudio de los tumores GIST intervenidos en nuestro medio para analizar la incidencia y prevalencia en la zona que abarca nuestro hospital, así como las características propias de dichas neoplasias.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de pacientes con diagnóstico anatomopatológico de tumor GIST intervenidos en nuestro Servicio durante un periodo de 72 meses (enero 2002 a diciembre 2009). Se analizaron las siguientes variables: incidencia, prevalencia, edad, sexo, localización, sintomatología, pruebas diagnósticas, intervención quirúrgica, complicaciones perioperatorias, riesgo tumoral, adyuvancia, recidiva y mortalidad. El seguimiento máximo fue de 72 meses y mínimo de 9 meses.

Resultados: Se estudiaron un total de 26 pacientes, 13 hombres y 13 mujeres, con una edad media 61 años (rango de 28 a 83). La incidencia acumulada fue de 5.9 por 100.000 habitantes en 6 años, con una tasa de incidencia de 9.8 por millón/habitantes/año. La prevalencia al final del seguimiento se calculó en 5.4 por 100.000 habitantes. La localización gástrica fue la más frecuente (11), seguida del intestino delgado (13), recto (1) y esófago (1). Los síntomas predominantes fueron el dolor/molestia abdominal (11), asintomáticos (9) y hemorragia digestiva (7). Para el diagnóstico se usó la TAC en 14 casos, la endoscopia en 11 y la ecoendoscopia en 6 pacientes. El PET-TAC preoperatorio fue utilizado a partir del 2008 en 4 de los casos. Las pruebas localizaron el tumor en 23 de los casos pero sólo sospecharon su etiología en 6. Del total del grupo, 22 pacientes tenían enfermedad localizada, 4 localmente avanzada y 1 diseminación metastásica hepática. En todos los casos se realizó laparotomía. En 5 casos la intervención fue urgente, 3 de ellos por perforación tumoral. Morbimortalidad postoperatoria: Se realizaron 3 reintervenciones por complicaciones postoperatorias: evisceración y dehiscencia anastomótica, sd adherencial y alteración del tránsito. Estudio anatomopatológico: 6 tumores de alto riesgo, 11 de moderado y 9 de bajo riesgo (clasificación Miettinen). 2 de los casos tenían negatividad para CD117 (c-kit). 13 casos recibieron adyuvancia con mesilato de imatinib. Se registró 1 recidiva local (c-kit positivo) que fue rescatada quirúrgicamente, 2 recaídas metastásicas hepáticas (c-kit positivos) y 1 diseminación peritoneal con enfermedad hepática (c-kit negativo). De los 26 pacientes, 23 están vivos sin evidencia de recidiva tumoral, 1 presenta metástasis hepáticas no operables y 2 han fallecido por progresión de la enfermedad.

Conclusiones: La incidencia de los tumores GIST en nuestro medio es algo superior a otras series. En nuestra serie la tasa de supervivencia a los 6 años es alta (88%), con una tasa de pacientes libres de enfermedad del 85%. En la mitad de los casos (52%) es necesario el tratamiento con mesilato de imatinib, con una eficacia en la progresión de la enfermedad del 85%. En general es un tumor de buen pronóstico, sobre todo los de bajo y moderado riesgo, y en aquellos c-kit positivos tratados con mesilato de imatinib.

P-070. REVISIÓN DE TUMORES GIST DIAGNOSTICADOS EN EL CENTRO HOSPITALARIO DE A CORUÑA EN UN PERÍODO DE 10 AÑOS

M. Berdeal Díaz¹, M. Alvite Canosa², M. Seoane Vigo¹, J. Pérez Grobas¹, M. Carral Freire¹, A. Bouzon Alejandro¹, A. Gómez Dovigo¹, J. Atienza Herrero¹, L. Alonso Fernández¹, S. López García¹ y C. Gómez Freijoso³

¹Complejo Hospitalario Universitario Juan Canalejo, A Coruña.

²Complejo Hospitalario Xeral Calde, Lugo. ³Centro Hospitalario Juan Canalejo, A Coruña.

Introducción: Los GIST son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal. Suponen el 1-3% de todos los tumores del tubo digestivo, siendo los de localización gástrica los más frecuentes, seguidos de los intestinales. Las manifestaciones clínicas pueden ser inespecíficas, desde dolor abdominal, náuseas, vómitos hasta hemorragia digestiva alta u obstrucción intestinal. Además de la sospecha clínica disponemos de distintos procedimientos diagnósticos que nos ayudan a establecer el diagnóstico, como la endoscopia digestiva alta, la ecoendoscopia, el TC abdominal, la colonoscopia y el PET. La confirmación diagnóstica se establece con el estudio anatomopatológico e inmunohistoquímico (CD-117, CD-34 principalmente). Los factores pronósticos vienen determinados por el tamaño del tumor, el índice mitótico, la localización y la mutación del gen KIT. El tratamiento es quirúrgico, reservando el tratamiento adyuvante con imatinib para los casos irresecables o metastáticos con receptor C-KIT+.

Material y métodos: Estudio observacional y retrospectivo, revisando los tumores GIST diagnosticados en Complejo Hospitalario Universitario de A Coruña en el periodo 1999-2009. Se analizaron: edad, sexo, presentación clínica, métodos diagnósticos, localización, tratamiento, estudios inmunohistoquímicos, estadía, recidivas y mortalidad.

Resultados: Durante este periodo fueron diagnosticados 69 casos de GIST, 39 eran mujeres y 30 hombres. La edad media fue de 68 años. La manifestación clínica más frecuente fue el dolor abdominal (20 casos), masa abdominal palpable (13) y la hemorragia digestiva alta (10). Las localizaciones gástrica (39) e intestino delgado (17) fueron las más frecuentes y el sigma (1) y mesenterio (1) las que tuvieron una menor frecuencia. Las técnicas quirúrgicas más realizadas fueron: 20 exéresis locales, 15 gastrectomías subtotales y 10 resecciones de intestino delgado. El TC abdominal (29) y la endoscopia digestiva alta (26) fueron los métodos diagnósticos más empleados. De los 69 casos se realizaron estudios de inmunohistoquímica en 57 de ellos, de los cuales 42 fueron CD 117 positivo. Según la clasificación de Miettinen 20 casos representarían tumores de riesgo muy bajo, 17 de riesgo bajo, 14 de riesgo intermedio y 18 de riesgo muy alto. Recibieron tratamiento médico con imatinib 17 casos. Se registraron 17 casos de recidiva y 19 de exitus.

Conclusiones: Los GIST son tumores poco frecuentes. La cirugía continúa siendo el tratamiento de elección siendo la resección completa (R0) un factor pronóstico favorable. En los casos con afectación a distancia o localmente muy avanzados, el tratamiento es médico con imatinib mesilato, con la posibilidad de realizar tratamiento quirúrgico de rescate.

P-071. SARCOMA GÁSTRICO GIGANTE: GIST

J. Martín Gil, A. García Marín, A. Vaquero Rodríguez, A. Fábregues Olea, Y. Al-Lal, J. Lago Oliver y F. Turégano Fuentes

Hospital General Universitario Gregorio Marañón, Madrid.

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto di-

gestivo. La localización más frecuente es la gástrica, suelen ser asintomáticos y cuando presentan síntomas suelen ser inespecíficos.

Objetivos: Presentamos un caso de GIST gigante de difícil diagnóstico y con buena evolución pese al mal pronóstico inicial.

Caso clínico: Varón de 77 años ingresado en Medicina Interna con diagnóstico de tromboembolismo pulmonar en seguimiento por Hematología. Durante el ingreso presenta un cuadro de ausencia de tránsito, distensión abdominal e intolerancia alimentaria de 48 horas de evolución. A la exploración, llama la atención un abdomen globuloso con sensación de ocupación por una gran masa, ruidos hidroaéreos abolidos y ampolla rectal vacía. Como pruebas complementarias se realizaron, una radiografía simple de abdomen que mostraba silencio aéreo en la mayoría de la imagen, con asas de intestino desplazadas hacia ambos hipocondrios; y una analítica en la que destacaba una discreta anemia, mínima elevación de enzimas hepáticas y una LDH de 1021. Finalmente se realizó una TC toraco-abdominal que informaba de masa abdominal, de unos 28 cm de diámetro cráneo-caudal y 28 cm de diámetro transversal así como 16 cm de anteroposterior, que desplazaba posteriormente el bazo englobándolo; comprimía el lóbulo hepático izquierdo e inferiormente el colon, perdiendo el plano graso de clivaje con el estómago, por lo que se planteaba su probable órgano dependencia, presentando además áreas de degeneración quística o necrosis. El paciente fue intervenido confirmándose intraoperatoriamente la presencia de una gran masa que ocupaba la casi totalidad del abdomen y que parecía depender del estómago; se realizó una exéresis de la misma en bloque con gastrectomía total y esplenectomía, y una reconstrucción esófago-yeyunal en Y de Roux. El postoperatorio transcurrió con normalidad, con reintroducción precoz de la dieta y alta el séptimo día postoperatorio. La anatomía patológica de la pieza lo clasificó como tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de alto potencial de malignidad, con índice de proliferación celular (Ki-67) > 30%, amplias áreas de necrosis y patrón inmunohistoquímico: CD117+++; CD 34+++; S100, actina, p53-. El caso fue presentado en el Comité de tumores, decidiéndose tratamiento adyuvante con mesilato de imatinib.

Discusión y conclusiones: Los tumores GIST tienen su origen en las células intersticiales de Cajal de los plexos mientéricos de la pared gastrointestinal; representan un tipo infrecuente de sarcoma, y comprenden el 0,2% de los tumores gastrointestinales. La extirpación quirúrgica es el tratamiento de elección cuando no existe evidencia de afectación metastásica, debe incluir bordes de resección libres, y generalmente no es necesario realizar linfadenectomía por lo excepcional de su diseminación por esa vía.

P-072. ABDOMEN AGUDO COMO PRESENTACIÓN CLÍNICA DE DOBLE TUMOR ESTROMAL GÁSTRICO Y YEYUNAL DE DISTINTA ESTIRPE

I. Machado Romero, C. del Olmo Rivas, A.L. Romera López, B. Mirón Pozo, A. Ortega Carrasco, M. González Martínez, J.G. Alonso Roque, E. García Abril y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Introducción: Los tumores del estroma gastrointestinal (GIST) son las neoplasias mesenquimales más frecuentes del tracto digestivo, si bien sólo representan el 2% de las neoplasias del tracto digestivo, y habitualmente asientan en el estómago y el intestino delgado. La mayoría de los pacientes demuestran síntomas como dolor abdominal inespecífico, relacionados con efecto masa, y sangrado gastrointestinal. ES excepcional su presentación como cuadro de abdomen agudo y sepsis, como sucede en la paciente que presentamos a continuación, con la particulari-

dad añadida del hallazgo de una segunda tumoración estromal en intestino delgado.

Material y métodos: Paciente de 70 años que acude al servicio de urgencias de nuestro hospital por presentar un cuadro de dolor abdominal de inicio brusco y carácter progresivo, de 72 horas de evolución, localizado en hipocondrio derecho y generalización secundaria a todo el abdomen. Se acompañaba de vómitos biliosos y fiebre elevada, con hipotensión leve y taquicardia. A la exploración presentaba un abdomen con defensa generalizada y signos de irritación peritoneal. La analítica mostraba leucocitosis con neutrofilia y elevación de PCR. Se practicó una TC abdominal que puso de manifiesto una masa mixta, sólido-quística, de 14 x 12 cm, anterior a colon transversal y con extensas áreas de necrosis, sin poderse definir organodependencia. Ante estos hallazgos se practicó laparotomía exploradora urgente evidenciándose una tumoración gigante de apariencia quística y sobreinfectada, dependiente de antro gástrico e íntimamente adherida a mesocolon transversal. Al mismo tiempo se identifica tumoración intramural, con extensión a parte externa, en yeyuno proximal. No se apreciaron metástasis macroscópicas. Se realizó gastrectomía 3/4, con resección completa de tumoración y reconstrucción con asa en Y de Roux, además de resección de 7-8 cm de yeyuno proximal englobando segunda tumoración. El estudio anatomopatológico reveló un tumor estromal (GIST) de alto riesgo (Fletcher et al, 2002) con quistificación secundaria a fenómenos necróticos-hemorrágicos en antro (CD 34 y vimentina+++, CD 117+, ki67 < 10%), y un segundo tumor estromal (GIST) de bajo riesgo en yeyuno (CD 117 y vimentina+++, CD 34, ki67 < 10%).

Resultados: Tanto la intervención como el postoperatorio cursaron sin complicaciones. No se administró tratamiento adyuvante con imatinib. No se ha detectado recidiva de la enfermedad tras 18 meses de seguimiento.

Conclusiones: Aunque raros, los GIST son los tumores mesenquimales más frecuentes del tracto gastrointestinal. Presentan mayor incidencia en varones, con una edad media de unos 60 años. Además de la hemorragia digestiva o el dolor abdominal que son junto con el efecto masa abdominal las manifestaciones clínicas más frecuentes, hay casos de abdomen agudo, como la paciente presentada, en el que la necrosis y hemorragia intratumoral precipitó la sobreinfección, desencadenándose cuadro de sepsis grave. La cirugía es el tratamiento de elección en el manejo de los GIST, siendo el objetivo la resección completa de la tumoración. El diagnóstico definitivo de los GIST se realiza mediante estudio anatomopatológico, ya que el marcador KIT (CD 117), positivo en el 90%, confirma el diagnóstico. La presencia de un segundo tumor GIST, como sucede en nuestro caso, de características inmunohistoquímicas diferentes, es infrecuente y debe hacer sospechar de la existencia de un síndrome genético asociado e incluir en programa de seguimiento de cáncer de colon dada su relación epidemiológica. El tratamiento adyuvante sin imatinib se ha aconsejado en los tumores localmente avanzados y metastáticos. Los factores pronósticos más importantes son el índice mitótico, el tamaño tumoral y su localización.

P-073. ECOENDOSCOPIA EN EL MANEJO DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICO DE LOS TUMORES SUBMUCOSOS ESOFAGOGÁSTRICOS

C. Mulas Fernández, M. Bruna Esteban, C. Sancho Moya, I. Fabra Cabrera, J. Puche, A. Vázquez, A. Durá, J. Sempere, D. Dávila y J.V. Roig

Hospital General Universitario, Valencia.

Introducción: Los tumores submucosos esofagogástricos tienen un origen mesenquimal y su incidencia real es desconoci-

da, aunque aparecen en torno al 0,3-0,4% de todas las endoscopias digestivas altas. La ecoendoscopia presenta una elevada sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de este tipo de lesiones, permitiendo evaluar con exactitud la capa de origen del tumor, su tamaño y/o la presencia de adenopatías locales en caso de lesiones malignas, así como diferenciar lesiones secundarias a una compresión extrínseca. El objetivo de este trabajo es revisar nuestra experiencia en el uso de la ecoendoscopia en el manejo diagnóstico y/o terapéutico de estos tumores.

Material y métodos: Estudio retrospectivo y descriptivo de los casos de tumores submucosos esofagogástricos diagnosticados y tratados en nuestro centro desde abril de 2008 hasta marzo de 2010, en los que se empleó la ecoendoscopia digestiva alta para su manejo diagnóstico y/o terapéutico.

Resultados: Un total de 16 pacientes fueron diagnosticados mediante ecoendoscopia de lesiones submucosas a nivel esofagogástrico. La edad mediana de la serie fue de 65 años (rango: 40-78), siendo el 52,9% de ellos varones. Entre los 16 tumores incluidos, 5 fueron lipomas, 6 tumores GIST, 2 páncreas ectópicos, 2 tumores carcinoides y 1 hamartoma gástrico. La localización más frecuente fue la región antro-pilórica en el 50% de los casos, seguida del fundus gástrico. El tamaño medio de las tumoraciones fue de 16 mm y la mayor parte dependían de la submucosa (58,8%) o muscular propia (23,5%) que representan la tercera y cuarta capa en la visión ecoendoscópica. La biopsia con aguja fina se realizó en 5 casos, con diagnóstico citológico de tumor carcinóide en 2 de ellos, presencia de células fusiformes en otro y hallazgos no patológicos en 2 casos. Se realizó control evolutivo en aquellos pacientes con lesiones benignas y se procedió a la exéresis quirúrgica en 3 casos con criterios de malignidad, siendo el resultado anatomopatológico definitivo de los mismos de 1 leiomioma y 2 tumores fibrosos gástricos. La evolución de todos los pacientes fue satisfactoria, sin evidencia de morbilidad asociada al procedimiento.

Discusión: Las tumoraciones submucosas a nivel esofagogástrico son entidades infrecuentes y ante las que la ecoendoscopia digestiva alta representa hoy en día una de las técnicas de elección en su manejo diagnóstico y, en ocasiones, terapéutico. Esta técnica presenta una elevada sensibilidad y especificidad permitiendo diagnosticar con fiabilidad lesiones que la endoscopia convencional no alcanza a valorar y facilitando la realización de biopsias ecodirigidas.

P-074. ENTERITIS NECROSANTE EN ADULTOS. A PROPÓSITO DE UN CASO

I. Manzanedo Romero, M.A. Hernández Bartolomé, J. Silvestre Rodríguez, J.M. Jover Navalón, C. Guillén Morales, L. Colao García, R. León Ledesma y M. Limones Esteban

Hospital Getafe, Madrid.

Objetivos: La enteritis necrosante es una patología propia de edad pediátrica, que rara vez se presenta en adultos causando necrosis intestinal masiva, con una mortalidad muy elevada. El objetivo de este trabajo es la revisión de esta patología en relación a un caso clínico.

Material y métodos: Caso clínico de mujer de 27 años, de raza negra, con antecedentes de resección ileocecal 8 meses antes por endometriosis. La paciente acude a urgencias con clínica de dolor abdominal difuso y ligera distensión y vómitos, sin alteraciones analíticas. Tras unas horas en observación la paciente presente hemorragia digestiva alta. Se realiza endoscopia urgente con resultado de gastroduodenitis isquémica, y TAC abdominal donde se informa de dilatación de asas de intestino delgado compatible con obstrucción intestinal. La pa-

ciente presenta cuadro de hipotensión y empeoramiento analítico, por lo que se realiza cirugía urgente, hallando necrosis intestinal masiva, con buen flujo de arteria mesentérica superior (demostrada por ECO-Doppler intraoperatorio). Se realiza resección intestinal masiva conservando 15 cm de yeyuno y 50 cm de íleon terminal con extremos cerrados y laparostomía. A las 48 horas se procede a second-look, sin evidencia de nuevas regiones isquémicas y realizando yeyunostomía y fístula mucosa. A los 3 meses se reconstruye el tránsito intestinal, mediante anastomosis término-terminal manual monopiano.

Resultados y discusión: La paciente fue dada de alta sin necesidad de aportes nutricionales, tolerando adecuadamente por vía oral. La anatomía patológica de la pieza de resección intestinal confirmó el diagnóstico de enteritis necrosante. La enteritis necrosante es una extraña patología en adultos. Está producida por una bacteria, el *Clostridium perfringens* tipo C, cuya toxina β es la causante de la enfermedad. Esta entidad también se ha denominado *pigbel* o *Drambrand*. En el mundo occidental existen descritos en la literatura tan sólo 6 casos hasta el año 2003. La enteritis necrosante se asocia a la ingesta de importantes cantidades de carne (porcina sobre todo) asociada a alimentos ricos en inhibidores de la tripsina (soja, cacahuetes, batatas). Existen factores de riesgo para su desarrollo, como estados de desnutrición, hipoproteïnemia o diabetes. En el caso presentado estos antecedentes nunca se demostraron. Esta patología se presenta con un cuadro clínico de dolor abdominal difuso, diarrea, vómitos y cuadro de shock. El diagnóstico es histológico, ya que las bacterias se hallan en el intestino. El pronóstico suele ser fatal, con una alta mortalidad. El tratamiento incluye la resección intestinal de los segmentos necróticos y amplia cobertura antibiótica. Ante un cuadro de necrosis intestinal masiva, la primera posibilidad diagnóstica es la isquemia (por oclusión arterial o venosa). En el caso expuesto el flujo de la arteria mesentérica era correcto y no se observaron trombos en la vena mesentérica en el TAC. La ingesta de fármacos o tóxicos (ergotamina o cocaína) puede causar isquemia por vasoconstricción. La actitud quirúrgica debe ser la resección de los segmentos intestinales isquémicos.

Conclusiones: La enteritis necrosante es una causa de necrosis intestinal muy rara en adultos. Su tratamiento debe ser la cirugía precoz con resección intestinal y una amplia cobertura antibiótica.

P-075. DUODENOYEYUNOSTOMÍA LAPAROSCÓPICA. TRATAMIENTO DEL SÍNDROME DE LA ARTERIA MESENTÉRICA SUPERIOR

S. Leturio Fernández, I. Díez del Val, J. Bilbao Axpe, C. González Serrano, J.R. Cotano Urrutikoetxea, C. Loureiro González, I. Cruz González, S. Ruiz Carballo, E. Etxebarria Beitia y M. García Carrillo

Hospital Basurto, Vizcaya.

Introducción: El síndrome de la arteria mesentérica superior o síndrome de Wilkie fue descrito por primera vez por Rokitsky en 1861. Se caracteriza por la compresión de la tercera porción duodenal entre la arteria mesentérica superior y la aorta. La cirugía es indicada según la frecuencia de los síntomas y la respuesta al tratamiento médico.

Caso clínico: Mujer de 27 años con antecedentes de dispepsia en tratamiento con procinéticos que acude al servicio de urgencias por dolor abdominal, pirosis y sensación nauseosa. A la exploración física presentaba distensión, timpanismo abdominal y dolor a la palpación difusa. La radiografía de abdomen reflejó un gran estómago retencionista. Se realizó estudio mediante

TEGD que muestra dilatación del marco duodenal, imagen de stop a nivel de tercera porción y cierta atonía gástrica, compatible con pinza aorto-mesentérica. La RM refleja ángulo entre la arteria mesentérica superior y aorta de 17° (normal: 25-60°). Dada la persistencia de la sintomatología y descartado proceso funcional o psiquiátrico se decidió intervención quirúrgica. Se realizó duodeno-yeyunostomía laparoscópica latero-lateral mecánica, uniendo la 2.ª/3.ª porción duodenal con yeyuno, a unos 25 cm del ángulo de Treitz. El postoperatorio fue favorable, siendo dada de alta al tercer día de postoperatorio. El estudio TEGD de control al mes de la cirugía fue normal, encontrándose asintomática a día de hoy.

Discusión: El síndrome de la arteria mesentérica superior es una causa poco frecuente de obstrucción duodenal. Se debe de tener en cuenta ante pacientes jóvenes con cuadros repetidos de obstrucción intestinal alta. Es necesario la realización de estudio TEGD para confirmar el diagnóstico y en caso de duda RM o angiografía, que aportan información sobre el ángulo aorto-mesentérico y la disminución de la distancia aortomesentérica. Entre las diferentes alternativas, consideramos que la derivación duodeno-yeyunal es la mejor opción, pudiéndose realizar mediante abordaje laparoscópico.

P-076. LINFOMAS PRIMARIOS DE INTESTINO DELGADO: NUESTRA SERIE

M.J. Álvarez Martín, A. Paz Yáñez, A. García Navarro, E. Corral Fernández, S. Gil Loza, R. Rodríguez González, J. Martín Cano, J. Jorge Cerrudo, J. Valdivia Risco, M. Segura Reyes y A. Ferrón Orihuela

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Objetivos: Revisar los casos diagnosticados y tratados en nuestro servicio de linfoma intestinal primario en los últimos 15 años y presentar un caso infrecuente de linfoma intestinal de células T no asociado a enfermedad celiaca.

Material y métodos: Retrospectivamente se han revisado las historias clínicas de los pacientes diagnosticados e intervenidos en nuestro servicio por linfomas primarios de intestino delgado en el periodo comprendido entre enero de 1995-diciembre del 2009.

Resultados: En dicho periodo se han intervenido y diagnosticado 12 pacientes con esta patología. Cuatro mujeres y 8 varones, de edad media 46,6 años (15-76). Ocho casos se localizaron en yeyuno, tres en íleon y uno en duodeno. El tipo histológico más frecuente fue: cuatro casos Linfoma difuso de células grandes, dos casos de linfoma Malt de bajo grado con predominio de células pequeñas B, dos linfomas difuso de células pequeñas, un linfoma de Burkitt tipo esporádico, un linfoma anaplásico de células grandes, un linfoma mediterráneo (IgA) y un Linfoma intestinal de células T. La localización más frecuente fue yeyuno, seguida del íleon y duodeno. Todos debutaron de urgencias por obstrucción o perforación intestinal. Sólo encontramos un caso de linfoma intestinal de células T, el cual no estaba asociado a enfermedad celiaca. Se trataba de un varón de 76 años con antecedentes personales de fibrilación auricular, Intervenido de urgencias con el diagnóstico de abdomen agudo encontrando una peritonitis focalizada, secundaria a tumoración yeyunal perforada. Anatomía patológica: linfoma intestinal de células T, tipo periférico de alto grado. Adenopatías subyacentes libres de infiltración linfomatosa. No signos de enteropatía celiaca. Postoperatorio favorable. Se indicó en el Comité Oncológico tratamiento adyuvante quimioterápico pero el paciente se negó a todo tipo de seguimiento y tratamiento complementario, siendo exitus en su domicilio a los 6 meses de la intervención.

Conclusiones: El linfoma primario de intestino delgado se define como un linfoma con síntomas primarios atribuibles a la afectación intestinal o la presencia de una masa en el ID, y debe cumplir los criterios de Dawson. El término se aplica a los linfomas no Hodgkinianos (LNH), excluyéndose a los Hodgkin (LH). La mayoría son linfomas B de grado intermedio o alto, y la variante histológica más frecuente (55 % de los casos, según la bibliografía consultada) es el linfoma B difuso de células grandes. El linfoma intestinal de células T es raro, supone sólo el 5 % del total de linfomas gastrointestinales y normalmente se asocia a enfermedad celiaca. La supervivencia global a los 5 años de estos linfomas es cercana al 60 %, pero oscila entre el 25 % de los linfomas T al 75 % de los linfomas B. Debido a su infrecuencia y sintomatología inespecífica es difícil el diagnóstico preoperatorio de LNH intestinal, y este, en un porcentaje muy significativo de casos, como fue el nuestro, se realiza mediante el estudio patológico de pieza quirúrgica tras cirugía urgente por complicaciones del tipo perforación, obstrucción o hemorragia. Aunque inusual, se pueden ver casos de LNH intestinal de células T sin enfermedad celiaca subyacente.

P-077. TRATAMIENTO ENDOLUMINAL PALIATIVO MEDIANTE STENT GÁSTRICO Y BILIAR DE UN ADC GÁSTRICO INOPERABLE

F. Blanco Antona, F.C. Parreño Manchado, M.J. Iglesias Iglesias, A. Abdel-Lah, J. Pina Arroyo, J.A. de Las Heras, S. Bahamonde Cabria, L. Blanco Antona y A. Gómez Alonso

Complejo Hospitalario, Salamanca.

Introducción: Las prótesis autoexpandibles (*stents*) están siendo cada vez más utilizadas como tratamiento paliativo para los tumores en estadio avanzado del tracto gastro-intestinal, ya que permiten una recuperación más rápida que tras la cirugía, siendo más baratos, igualmente eficaces, y permitiendo en determinados casos una paliación simultánea de las estenosis duodenales y biliares. Los *stents* recubiertos permiten no sólo solucionar la obstrucción, sino que también previenen la oclusión por crecimiento o hiperplasia del tumor, por lo que se utilizan preferentemente. Presentamos un caso tratado en nuestro servicio.

Caso clínico: Paciente varón de 44 años de edad sin antecedentes personales de interés. Ingresó procedente del servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal epigástrico, vómitos asépticos, anorexia y pérdida de 10 kg de peso en 1 mes. Se le realiza una gastroscopia que muestra una gran lesión tumoral que ocupa antro y curvadura menor. Las biopsias realizadas se informan como carcinoma difuso. En el estudio de extensión por TC tóraco-abdominal se observa un marcado engrosamiento de la pared gástrica desde fundus hasta antro, carcinomatosis peritoneal y metástasis hepáticas múltiples en ambos lóbulos. Los marcadores tumorales eran elevados (CEA: 115 ng/ml y CA 72,4: 37 U/ml). Con el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico en estadio IV y dada la situación clínica del paciente, se decide tratamiento paliativo endoscópico, con colocación de prótesis autoexpandible recubierta duodeno-gástrica. Tras tres meses durante los cuales el paciente recibió tratamiento quimioterápico adyuvante, reingresa en el servicio de oncología por ictericia cutáneo-mucosa, debida a infiltración tumoral de la vía biliar principal, por lo que se coloca una nueva prótesis autoexpandible a ese nivel, con resolución del cuadro icterico. El paciente fue exitus 1 mes después.

Conclusiones: En casos de tumores avanzados, las prótesis autoexpandibles son un tratamiento seguro, eficaz y menos agresivo que la cirugía.

P-078. SÍNDROME DE VALENTINO

M. Climent-Agustín, J.P. Dueñas-Muñoz, M.J. Pons Fragero, S. Salvans-Ruiz, N. Argudo Aguirre, I. Martínez-Casas, E. Membrilla Fernández, J.J. Sancho Insenser y L. Grande Posa

Hospital del Mar, Barcelona.

Introducción: Se conoce como síndrome de Valentino al dolor localizado en la fosa ilíaca derecha procedente de la perforación de una úlcera duodenal posterior y el subsiguiente absceso retroperitoneal. El actor Rodolfo Valentino falleció en 1926 de las complicaciones postoperatorias de esta forma de presentación de una perforación duodenal. Esta peculiar, pero no excepcional, forma de presentación puede inducir a creer que la causa del abdomen agudo es una peritonitis apendicular complicada con un absceso periapendicular y ocasionar un peligroso retraso en la corrección quirúrgica de la perforación duodenal. Presentamos dos casos de úlcera duodenal perforada con dolor en fosa ilíaca derecha.

Caso clínico: **Caso 1:** paciente de 65 años con antecedentes de hipertensión arterial, hernia hiatal y resección transuretral de neoplasia vesical. Acude a urgencias por epigastalgia de 24 horas de evolución, irradiada a fosa ilíaca derecha con náuseas y vómitos. La temperatura axilar es de 36,3 °C, tensión arterial 140/80 mmHg y la palpación abdominal con signos de irritación peritoneal y signo de Blumberg positivo en la fosa ilíaca derecha. En la analítica: leucocitosis (24.000/mm³), neutrofilia (91 %) y PCR de 1,6. La radiografía de tórax en bipedestación y la de abdomen no mostraban alteraciones. Con la orientación diagnóstica de apendicitis aguda, se practicó intervención quirúrgica con incisión de McBurney, observando exudado purulento en espacio parietocólico derecho con un apéndice cecal normal. Se realizó una laparotomía media hallándose una úlcera duodenal perforada anterolateral que se suturó y una gran colección retroperitoneal derecha que se drenó. Recibió tratamiento con cefotaxima, metronidazol y fluconazol, presentando mejoría clínica y analítica siendo dado de alta a los 11 días. **Caso 2:** paciente de 52 años sin antecedentes patológicos relevantes excepto consumo esporádico de anti-inflamatorios no esteroideos, que acude a urgencias por dolor abdominal muy intenso de 4 horas de evolución, centrado en fosa ilíaca derecha, sin náuseas ni vómitos asociados. A la exploración presenta temperatura axilar de 35,5 °C, TA de 115/71 sin taquicardia y abdomen doloroso a la palpación de fosa ilíaca derecha con signo de Blumberg dudoso. En analítica sin leucocitosis (5.640/mm³) ni neutrofilia (70 %) y PCR 0,8. Radiografía de tórax sin neumoperitoneo. La TC abdominal muestra escaso líquido en caso de Douglas y apéndice cecal normal. La ecografía abdominal muestra signos de apendicitis aguda, indicándose la intervención quirúrgica. Mediante incisión de Rocky Davis se observó apéndice de características normales y peritonitis purulenta, motivo por el cual se indica laparoscopia y se visualiza una úlcera duodenal anterior perforada. Se practica sutura y epiploplastia. Siguió tratamiento con cefotaxima, metronidazol y fluconazol con correcta evolución postoperatoria siendo dado de alta hospitalaria a los seis días.

Conclusiones: Se debe tener en cuenta que una úlcera duodenal perforada en el retroperitoneo puede manifestarse como un síndrome de Valentino, simulando una apendicitis aguda.

P-079. HEMORRAGIA DIGESTIVA SECUNDARIA A LIPOMA DUODENAL

V. Muñoz Atienza, P. Menéndez Sánchez, M.C. Manzanares Campillo, S. Sánchez García, I. Arjona Medina, R. Vitón Herrero, P. Villarejo Campos, D. Padilla Valverde, T. Cubo Cinta y J. Martín Fernández

Hospital General Universitario, Ciudad Real.

Los lipomas gastrointestinales son neoplasias benignas que representan el 4 % de todas las neoplasias del tracto digestivo. Su

localización más frecuente es el colon (65 %) seguido por el intestino delgado (26 %), siendo la localización duodenal infrecuente con afectación del 4 %. Habitualmente son asintomáticos y la aparición de síntomas, está en relación con el tamaño, de forma que por encima de los 4 cm el 75 % de los lipomas son sintomáticos. Los síntomas son resultado de complicaciones de la lesión como intususcepción, ulceración y hemorragia. De forma excepcional ha sido descrita la aparición de ictericia por compresión de la ampolla de Vater. Los lipomas gastrointestinales son tumoraciones sésiles, de implantación submucosa, que pueden llegar a pedicularse, como resultado de la fuerza peristáltica, elongando la mucosa peritumoral. Tanto la compresión de la tumoración en su crecimiento, como la tracción de las ondas peristálticas, pueden llegar a ulcerar la mucosa con la consiguiente hemorragia enteral como ocurrió en nuestro caso. Presentamos el caso de un varón de 70 años que acudió al Servicio de Urgencias por episodio de mareo, sudoración, náuseas y vómitos alimenticios con deposiciones melénicas. El estudio endoscópico, informó de la existencia en tercera porción duodenal de una lesión submucosa que provocaba ulceración de la mucosa, sin sangrado activo. El TC abdominopélvico informó de la existencia de una lesión en tercera y cuarta porción duodenal compatible con lipoma.

P-080. PNEUMOPERITONEO NO QUIRÚRGICO: PNEUMATOSIS QUÍSTICA INTESTINAL

S. Serra Pla, C.J. Gómez Díaz, A.L. Luna Aufroy, L.J. Silvio Estaba, I. Ayguavives Garnica, L. Mora López y S. Navarro Soto

Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell.

Introducción y objetivos: La pneumatosis quística intestinal hace referencia a la presencia de gas en la pared del tracto gastrointestinal con o sin pneumoperitoneo asociado. Se han sugerido distintas hipótesis etiopatogénicas: alteración de la integridad de la mucosa intestinal, aumento de presión intraluminal, alteraciones de la flora intestinal, alteraciones de la concentración intraluminal de los distintos gases, origen pulmonar. Existen dos tipos de pneumatosis quística intestinal: primaria (15 %), de etiología desconocida; secundaria a distintas enfermedades sistémicas (85 %) (úlceras gástricas, estenosis pilórica, isquemia mesentérica, oclusión intestinal, entre otras causas). Suele ser un hallazgo radiológico, en un paciente asintomático o con sintomatología inespecífica, en el que las pruebas de imagen demuestran la presencia de pneumoperitoneo, lo que en ocasiones lleva a la realización de una laparotomía exploradora innecesaria por la sospecha de perforación de víscera hueca. El tratamiento es conservador con oxigenoterapia hiperbárica, descompresión nasogástrica y antibióticoterapia.

Caso clínico: Paciente varón de 77 años con antecedente de úlcera duodenal *Helicobacter pylori* positiva en enero de 2006. En noviembre del 2006: hallazgo casual en TC abdominal en el que se evidencia marcada dilatación gástrica, pneumoperitoneo y líquido libre en pelvis, estando el paciente totalmente asintomático. Buena evolución con tratamiento conservador. En diciembre de 2009 presenta cuadro de 4-5 meses de evolución caracterizado por disconfort abdominal, aumento del perímetro del abdomen, náuseas, vómitos y pérdida de 6-8 kg de peso en este periodo. Empeoramiento del estreñimiento habitual. Al examen físico destacaba un buen estado general, normotenso, taquicárdico, con un abdomen distendido, blando y depresible, sin signos de irritación peritoneal. Leucocitosis con neutrofilia. Rx abdomen: dilatación gástrica y de intestino delgado y grueso. TC abdomen: pneumoperitoneo, dilatación gástrica, distensión asas de intestino delgado y más discreta de colon, sin evidenciarse un claro nivel obstructivo ni la causa del pneumoperito-

neo. En este contexto se decide la realización de laparotomía exploradora.

Resultados: Se realiza laparotomía exploradora objetivando signos de pneumatosis intestinal masiva y sectorial que abarca la totalidad del intestino delgado desde ángulo de Treitz hasta válvula ileocecal y líquido libre en pelvis de aspecto exudado cetrino. Importante distensión de cavidad gástrica sin obstrucción. Retroperitoneo sin anomalías. Resto de exploración intrabdominal sin alteraciones (fotos). Durante el postoperatorio cursa inicialmente con íleo paralítico. Posteriormente presenta mejoría progresiva de molestias abdominales y adecuada tolerancia oral, siendo dado de alta y controlado actualmente en CCEE.

Conclusiones: La pneumatosis quística intestinal es una entidad poco frecuente aunque probablemente infradiagnosticada por un gran número de pacientes asintomáticos. El hallazgo radiológico de pneumoperitoneo y aire intramural intestinal en un paciente asintomático puede hacer cuestionar al equipo quirúrgico la necesidad de realización de una laparotomía exploradora. El diagnóstico diferencial en estos casos debe hacerse entre una pneumatosis quística intestinal no complicada, que es una entidad benigna que se resuelve de forma conservadora en la mayoría de los casos y una perforación de víscera hueca que requiere un tratamiento quirúrgico inmediato, con un aumento de la morbilidad importante ante la demora del mismo.

P-081. METÁSTASIS YEYUNAL DE UN CARCINOMA PRIMARIO PULMONAR COMO METÁSTASIS EXCEPCIONAL DEL CÁNCER DE PULMÓN. PRESENTACIÓN DE UN CASO

A. Sáez Zafra, M. Zurita Saavedra, D. Rodríguez Morillas y M. López-Cantarero Ballesteros

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Objetivos: Presentar un caso de metástasis de carcinoma de células grandes de pulmón en yeyuno distal, que cursa como hemorragia digestiva baja, al año de ser diagnosticado e intervenido del tumor primario. Se pretende destacar la infrecuencia de metastatización del cáncer pulmonar en intestino delgado, en nuestro caso yeyuno distal. Se expone, además, el uso de queratinas y de marcadores específicos como técnica diagnóstica novedosa para la identificación de la estirpe tumoral de las metástasis en intestino delgado.

Material y métodos: Paciente varón de 61 años, exfumador, diagnosticado de carcinoma de células grandes de pulmón hace un año, recibiendo tratamiento quirúrgico (segmentectomía) y quimioterápico, con estudio negativo a distancia (M0). Acude derivado por médico digestivo, tras ser estudiado por hemorragia digestiva baja, habiéndose realizado TAC (informado como normal) y angiografía (que informa de angiodisplasia). Se indica intervención quirúrgica programada de forma preferente.

Resultados: Se realiza laparotomía exploradora. En la exploración de cavidad abdominal, se encuentra, como hallazgo casual, una tumoración que ocupa y estenosa parcialmente la luz de yeyuno distal. Se procede a la resección de yeyuno distal y anastomosis termino-terminal. Revisión de la cavidad sin otros hallazgos. Intervención que transcurre sin incidencias. El paciente presenta un curso postoperatorio favorable, siendo dado de alta a los 16 días de la intervención. Estudio anatomopatológico: yeyuno distal: metástasis de carcinoma de células grandes de pulmón (M1), de 3 x 2 cm, con márgenes libres de afectación tumoral. Ganglios linfáticos: 8 adenopatías aisladas de más de 1 cm, todas con linfadenitis crónica. Estudio inmunohistoquímico: positividad para la citoqueratina 7 (CK-7) y negatividad para la citoqueratina 20 (CK-20).

Conclusiones: Las metástasis intestinales por cáncer de pulmón son excepcionales. Las neoplasias malignas del intestino

delgado son raras, con una incidencia del 1 y 6 % del total de neoplasias gastrointestinales. Suelen ser tumores primarios malignos, como GIST, siendo infrecuentes los tumores metastásicos (1-4 %). Metastatizan con mayor frecuencia en el intestino delgado el melanoma maligno, el cáncer de pulmón (como aquí exponemos) y el de colon. Generalmente, no son la primera manifestación de la diseminación tumoral y se asocian a metástasis en otros órganos, en nuestro caso dicha afirmación no se cumple, constituyendo la única manifestación de la diseminación a distancia. El cáncer de pulmón de células grandes y el de células pequeñas producen metástasis en intestino delgado más frecuentemente que los otros tipos histológicos, localizándose más frecuentemente en yeyuno, íleon o ambos. Las queratinas y la identificación de marcadores específicos son actualmente las técnicas más novedosas para la identificación de su extirpe. La CK-7 nos indica procedencia metastásica mamaria y pulmonar, mientras que la CK-20 es de utilidad en el diagnóstico de carcinoma de células de Merkel de piel, tumores de vías gastrointestinales, neoplasias mucinosas de ovario y carcinomas de células transicionales. En nuestro caso se obtuvo positividad para la CK-7. La importancia de nuestro caso radica en la rareza que supone la metástasis del carcinoma de pulmón primario en yeyuno y, dentro de la misma, que se encuentre como única diseminación del tumor primario.

P-082. PERFORACIÓN DUODENAL POR ESTEROIDES ANABOLIZANTES AUTOADMINISTRADOS: UN CASO POCO FRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO

E. Peña Ros, M. Ruiz Marín, M. González Valverde, M.E. Tamayo Rodríguez, M. Méndez Martínez, M. Ramírez Faraco, E. Terol Garaulet, C. Escamilla Segade, P. Parra Baños, J.A. Benavides Buleje y A. Albarracín Marín-Blázquez

Hospital General Universitario Reina Sofía, Murcia.

Objetivos: Presentar el caso clínico de una perforación duodenal debida al uso de esteroides anabolizantes en un paciente automedicado.

Caso clínico: Presentamos el caso de un varón de 29 años que acude a Urgencias por dolor abdominal intenso de inicio brusco, de 24 horas de evolución. El paciente no presenta antecedentes de interés salvo la autoadministración de decanoato de nandrolona sin prescripción ni supervisión médica. A la exploración se encuentra dolor abdominal intenso en hemiabdomen derecho con defensa abdominal. En la analítica presenta 13.500 leucocitos (75 % neutrófilos), 68 % de actividad de protrombina. En la radiografía de tórax inicial no se identifica neumoperitoneo. Se realiza una ecografía abdominal por sospecha de apendicitis aguda que la descarta sin otros hallazgos patológicos. Se realiza TAC abdominal que evidencia neumoperitoneo acompañado de alteraciones inflamatorias en la región gastroduodenal. Se interviene de urgencia mediante abordaje laparoscópico hallando una peritonitis aguda difusa por perforación duodenal de 3mm de diámetro, realizando reparación mediante sutura y comprobación de la estanqueidad con azul de metileno. Durante el postoperatorio se realiza endoscopia digestiva alta con toma de biopsia de antro y cuerpo, siendo ambas negativas para *H. pylori*. Su evolución es favorable y es dado de alta el 5º día postoperatorio.

Discusión: La administración oral de esteroides acarrea un alto riesgo de sangrado gastrointestinal y perforación para los pacientes de todas las edades. Un estudio realizado por Camilo et al mostraron que los individuos que recibieron dosis bajas y altas de dexametasona tuvieron similares tasas de incidencia global de hemorragia y perforación. Se han propuesto varias teorías para explicar cómo el uso de esteroides lleva a la perforación intestinal. Un mecanismo es que estos fármacos pueden reducir

los parches linfoides y causar adelgazamiento de la pared intestinal. Además se sostiene que la inhibición de los mecanismos de reparación y la destrucción de las barreras de protección son importantes en lo que respecta a la promoción de la infección y, en última instancia, la perforación de la pared intestinal. Como se ha mencionado, el duodeno es el sitio más frecuente de perforación, pero esto puede ocurrir también en el resto de intestino delgado y el colon. La peritonitis difusa secundaria a perforación gastrointestinal se asocia con una alta tasa de mortalidad, incluso en pacientes que no tienen riesgos médicos adicionales. A esto hay que añadir los problemas que presentan en la cicatrización los pacientes tratados con esteroides, lo cual aumenta aún más la morbimortalidad.

Conclusiones: En nuestro caso se trata de un paciente joven sin antecedentes de interés, sin tratamientos cónicos ni factores de riesgo para perforación duodenal espontánea, cuyo único agente etiológico que la justifica es el uso de esteroides anabolizantes, por lo cual se ha identificado como el agente causal. Es una causa excepcional de abdomen agudo que hay que tener presente en pacientes que tomen corticoides, ya sea por prescripción médica, como de forma autoadministrada, ya que un diagnóstico rápido y un tratamiento correcto disminuyen la mortalidad y morbilidad que presentan estos pacientes.

P-225. ACALASIA ESOFÁGICA: CORRELACIÓN ENTRE LA CLÍNICA, ESTUDIOS MORFOLÓGICOS Y ESTUDIOS FISIOLÓGICOS

G. González Paredes, P. Clave, M. del Bas, X. Suñol Sala, A. Bianchi y C.J. Feliu

Hospital de Mataró, Barcelona.

Introducción: La acalasia es un trastorno motor primario causado por la pérdida selectiva de las motoneuronas del plexo mientérico esofágico que ocasiona aumento en la presión basal y relajación incompleta del esfínter esofágico inferior (EEI), y la desaparición de la peristalsis esofágica.

Objetivos: Correlacionar los síntomas clínicos de los pacientes con alteraciones manométricas y los hallazgos morfológicos (radiología y endoscopia) en una cohorte de pacientes con acalasia.

Pacientes y métodos: Estudio retrospectivo de 37 pacientes, 22 (59,4 %) hombres y 15 (40,5 %) mujeres, con una edad media de 57,45 años con acalasia estudiados entre 2000-2009, mediante evaluación clínica según escalas de Zaninotto, Atkinson y clasificación manométrica de acuerdo a los criterios de Pandolfino.

Resultados: Todos los pacientes consultaron por disfagia esofágica de 34,7 meses de evolución en promedio, moderada en 15 pacientes (40,5 %, necesidad de agua para pasar), y en 8 (21,6 %) con obstrucción severa. En el momento del diagnóstico el 35 % de los pacientes requerían dieta triturada y el 35 % sólo podían pasar líquidos; 14 pacientes presentaban pérdida de peso (37,8 %). Los estudios morfológicos sólo orientaron el diagnóstico de acalasia en un 48,6 % de los pacientes (endoscopia sugestiva en un 37,8 % y TGE en el 10,8 %). El 70,2 % de los pacientes presentaron un patrón manométrico típico y un 13,5 % un patrón de acalasia vigorosa. El 31 % de los pacientes presentaron una pH-metría de 24 h con reflujo gastroesofágico patológico y un 10,5 % un patrón sugestivo de retención y fermentación esofágica.

Conclusiones: El diagnóstico de los pacientes con acalasia es tardío, y se realiza en pacientes con síntomas clínicos severos de disfagia esofágica en los que las pruebas de diagnóstico morfológico (TEGD, endoscopia) ofrecen un bajo rendimiento. La manometría y pH-metría de 24 h ofrecen un diagnóstico precoz y preciso, y permiten identificar el tipo de acalasia y la existencia de reflujo gastroesofágico o acidificación por retención. La infor-

mación proporcionada por estas exploraciones funcionales debe ser tenida en cuenta para indicar el tratamiento de los pacientes con acalasia.

P-226. ACALASIA: MIOTOMÍA EXTENDIDA DE HELLER POR LAPAROSCOPIA. EXPERIENCIA, TÉCNICA Y RESULTADOS

A.F. Aranzana Gómez, H.A. Román Cano, C. López González, S. Abad de Castro, E. Fernández Morales, R. López Pardo, N. Chinaa Corrales, G. Krasniqi, A. Mira Vázquez y J. Álvarez Martín

Hospital Virgen de la Salud, Toledo.

Introducción y objetivos: La acalasia es una enfermedad comprendida dentro del grupo de trastornos motores del esófago, se caracteriza por un aumento de las presiones del EEI, con imposibilidad de relajación completa del mismo y ausencia de peristaltismo del cuerpo esofágico. El tratamiento de esta patología ha evolucionado, pasando por el tratamiento médico farmacológico, endoscópico con dilatación, quirúrgico convencional con abordaje torácico o abdominal y últimamente con abordaje toracoscópico o laparoscópico asociado a procedimiento antirreflujo; este último es el que ha mostrado los mejores resultados, en cuanto a morbilidad y recidivas, siendo, hoy día, el tratamiento más indicado.

Material y métodos: Estudio retrospectivo de 42 pacientes intervenidos (1999-2010) con diagnóstico clínico, rx, endoscópico y manométrico compatible con acalasia.

Resultados: Intervención: abordaje laparoscópico completo, 5 trócares, disección del hiato esofágico, identificación del vago anterior, miotomía extramucosa de Heller amplia, extendida de más de 10 cm, medida, incluyendo 3 cm distales a la UEG, comprobación con sonda y azul de metileno del buen paso y de la integridad mucosa esofágica, asociando un antirreflujo anterior tipo Dor fijada a pilares. Ingesta al día siguiente tras control rx con gastrografía: tiempo quirúrgico medio: 160 min; 2 conversiones, 6 perforaciones, todas resueltas de forma intraoperatoria, estancia media de 4,5 días, 2 recidivas radiológicas, 2 pacientes que han desarrollado hernias de hiato grandes, 50 meses de seguimiento medio, ningún paciente ha precisado dilatación ni reintervención hasta el momento.

Conclusiones: El abordaje laparoscópico es el de elección en el tratamiento quirúrgico de la acalasia, siendo la miotomía de Heller amplia asociada a una técnica antirreflujo la técnica que ha demostrado mejores resultados. La longitud de la miotomía, especialmente en la vertiente gástrica, es uno de los aspectos más importantes de la cirugía, la mayoría de los autores recomiendan que la miotomía se extienda 1-2 cm en el estómago, Pellegrini propone ampliar la miotomía hasta 3 cm por debajo de la UEG para conseguir una disrupción efectiva del EEI.

P-227. ¿PUEDE ALTERAR EL REFLUJO BILIAR ESOFÁGICO LOS RESULTADOS DE LA PHMETRÍA AMBULATORIA EN LOS PACIENTES CON ESÓFAGO DE BARRETT?

V. Munitiz Ruiz, L. Martínez de Haro, A. Ortiz Escandell, D. Ruiz de Angulo Martín, E. Amate, M. Maestre, J. Molina Martínez y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La génesis del esófago de Barrett (EB) se relaciona no sólo con el reflujo gastroesofágico ácido sino también con el reflujo de contenido biliar, lo que podría condicionar la alcalinización del pH esofágico. La existencia de un pH alcalino, sin em-

bargo, no es sinónimo de reflujo biliar, ya que la elevación del pH puede deberse a otros factores tales como la saliva, infecciones bucodentarias, etc. Desde que en 1993 se introdujo el Bilitec 2000, es posible realizar una monitorización ambulatoria continuada que permite cuantificar de forma directa la bilirrubina existente en el material refluído al esófago.

Objetivos: Cuantificar el reflujo ácido en un grupo control de voluntarios sanos y en un grupo de pacientes con EB correlacionando los resultados con los obtenidos con el Bilitec 2000.

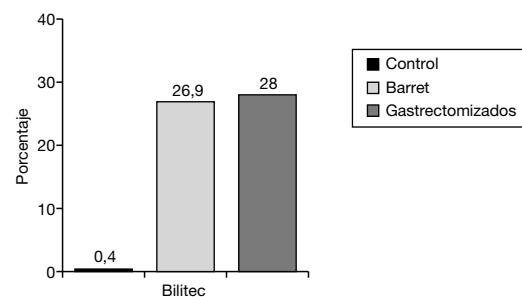
Pacientes y métodos: Se incluye un grupo control constituido por 15 sujetos voluntarios sanos asintomáticos. El estudio se llevó a cabo igualmente en un grupo de 50 pacientes con Enfermedad por Reflujo Gastro-Esofágico (ERGE) complicada con EB. Por último, se incluyó también un grupo de 10 pacientes gastrectomizados. A todos los pacientes, así como los sujetos del grupo control, se les realizó una endoscopia digestiva alta con toma múltiple de biopsias, una manometría intraluminal esofágica, una pHmetría esofágica ambulatoria de 24 horas y un estudio con Bilitec simultáneamente con la pHmetría. Para todos los parámetros estudiados se calculó la media, la desviación estándar, la mediana y el rango. Se utilizaron tests no paramétricos de Mann-Whitney para comparar los resultados entre los diferentes grupos. También se realizó un análisis de regresión lineal entre los valores obtenidos con el Bilitec y los datos de la pHmetría con $\text{pH} < 4$ y $\text{pH} > 7$.

Resultados: En la tabla se reflejan los resultados de la pHmetría ambulatoria de 24 horas en todos los grupos:

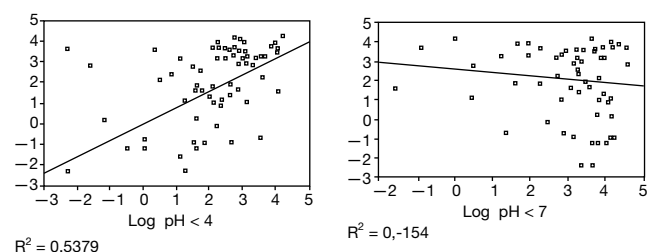
	% pH < 4	% pH 4-7	% pH > 7
I. Control (n = 15)	1,1% (0-2,8)	71,5% (11,6-98,7)	27,4% (0,8-88)
II. EB (n = 50)	18,3% (0,1-68)*	58,6% (2,2-91,3)	23,1% (0,2-92,8)
III. Gastrectomizados (n = 10)	0,1% (0-3,4)	50,1% (0,1-73,3)	48,9% (25,3-97,7)*

*p < 0,05.

En cuanto a los resultados del reflujo biliar se expresan en la figura 1 $p < 0,001$.



Finalmente en la figura 2 se refleja el análisis de regresión lineal entre los valores del Bilitec y la pHmetría tras la transformación logarítmica de los resultados.



Conclusiones: El reflujo puramente alcalino sólo se presenta, generalmente, en los pacientes gastrectomizados. Los pacientes con EB, a pesar de tener un reflujo mixto (ácido y biliar) en un alto porcentaje de los casos, presentarán un pH esofágico ácido (< 4) o normal (pH entre 4 y 7). En éstos últimos, la cuantificación del reflujo ácido patológico puede verse alterada por la acción concomitante del reflujo de contenido biliar.

P-228. SÍNDROME DE RAPUNZEL DE REPETICIÓN. UN INUSUAL CASO DE TRICOBEOZOAR

E. Yagüe Martín, M. Felices Montes,
A. Morales González, A. Moreno Serrano,
V. Maturana Ibáñez y R. Belda Poujoulet

Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Introducción: El síndrome de Rapunzel es una afectación infrecuente en la cual, el extremo distal de un tricobezoar se extiende al intestino delgado. Es potencialmente grave pudiendo llegar a ser fatal. Se denominan bezoares a los cuerpos extraños que se pueden formar en el estómago por la ingestión de sustancias no digeribles. Una forma poco común, pero eventualmente fatal de tricobezoar, es el síndrome de Rapunzel, descrito por primera vez en 1968 por Vaughan et al. Suele ocurrir en niños y mujeres adolescentes que presentan una historia de tricotilomanía, tricofagia, dismotilidad gástrica y generalmente con una base de disfunción psíquica del tipo de desórdenes paranoicos.

Caso clínico: Presentamos una mujer de 17 años de edad con antecedentes de trastornos de conducta, tricotilomanía y tricofagia, intervenida de tricobezoar gástrico a los 11 años de edad. Acude a urgencias por epigastralgia de varios meses de evolución, anorexia, náuseas y vómitos más frecuentes en las dos últimas semanas. A la exploración abdominal destaca cicatriz de laparotomía media, y masa epigástrica de consistencia pétreo no dolorosa. Analíticamente sin alteraciones. En radiografía de abdomen se aprecia cámara gástrica dilatada, ocupada prácticamente en su totalidad por imagen radiopaca compatible con cuerpo extraño. El TAC abdominal revela masa de gran tamaño ocupando casi la totalidad de cámara gástrica. La endoscopia describe cuerpo extraño recubierto de pelos que no permite el paso del endoscopio. No es posible la fragmentación ni la extracción debido a su gran tamaño y consistencia pétreo. Tras los hallazgos se decide instaurar nutrición parenteral total y programar intervención quirúrgica. Se realiza laparotomía media supraumbilical observando la ocupación de toda la cámara gástrica por cuerpo extraño de consistencia dura. Realizamos gastrotomía vertical y extracción de tricobezoar de 1098 g y 45 x 10 x 6 cm, que atraviesa la región pilórica. La revisión del resto del intestino, no evidencia la existencia de más restos de bezoar. La paciente presentó buena evolución, siendo dada de alta tolerando dieta oral al décimo día postoperatorio.

Conclusiones: El tipo más frecuente de bezoar en el adulto es el fitobezoar (por encima de la tercera década); Por debajo de la segunda década, sobre todo en niños y en mujeres, son más frecuentes los tricobezoares. El síndrome de Rapunzel es una causa poco frecuente de obstrucción gástrica. Mucho más infrecuente es que se produzca un segundo episodio. Normalmente ocurren en adolescentes con desórdenes psiquiátricos, la mayoría de las veces no diagnosticados. La tricofagia es el antecedente ineludible, y se debe a una alteración psicológica o retraso mental, que suele asociarse a tricotilomanía. El diagnóstico se realiza mediante ecografía, radiología con bario, TAC y Endoscopia digestiva alta. En el caso de tricobezoares grandes y compactos el abordaje quirúrgico es de elección; en el síndrome de Rapunzel se debe tener una especial consideración debido a que es

necesario revisar todo el tramo entérico y a veces son necesarias múltiples enterotomías para la completa remoción. La recurrencia se presenta en un 14-20 %, especialmente en pacientes con alteraciones psiquiátricas y con cirugía gástrica. Se recomienda el seguimiento psiquiátrico para disminuir la frecuencia de recurrencias.

P-229. REVISIÓN DE LAS PERFORACIONES ESOFÁGICAS ACONTECIDAS EN EL HOSPITAL DE CRUCES (VIZCAYA) EN LOS ÚLTIMOS 19 AÑOS

M. Prieto Calvo, M. Elías, I. Palomares, T. Moreno,
A. Gil, P. Sendino, M.G. Arocena, A. Lamiquiz,
A. de la Quintana, R. Saa y A. Colina

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Introducción: Las perforaciones esofágicas suponen una patología de manejo urgente quirúrgico y elevada morbimortalidad. En la actualidad la causa principal es yatrógena (hasta el 65 % en algunas series). Otras causas de menor prevalencia son: la espontánea (Boerhaave), cuerpo extraño y enfermedades del esófago.

Objetivos: Conocer la etiología, actitud diagnóstico-terapéuticas y mortalidad de las perforaciones esofágicas vistas en el Hospital de Cruces (Bizkaia).

Material y métodos: Estudio retrospectivo de los casos de perforaciones esofágicas desde enero de 1993 hasta febrero de 2010 (18 años) en el hospital de Cruces recogiendo como datos más relevantes: edad, sexo, etiología (iatrógena, espontánea, cuerpo extraño, enfermedades esofágicas), localización de la perforación (cervical, torácico o abdominal), forma de diagnóstico (TAC; esofagograma y esofagoscopia), clínica, manejo (conservador o quirúrgico), técnica quirúrgica (sutura simple, suturas mas plastia, drenaje como único tratamiento, esofaguectomía y exclusión esofágica), mortalidad global, mortalidad según manejo y mortalidad según tiempo de evolución.

Resultados: Se encontraron 46 casos de perforación esofágica, con una edad mediana de 57 años (8-91), de los que el 61 % fueron hombres. La etiología más frecuente fue la yatrógena (52 %), seguida de cuerpo extraño (24 %), Boerhaave (15 %) y enfermedades de esófago (9 %). La mayoría de las perforaciones se localizaron a nivel torácico (48 %) frente a un 28 % cervical y 24 % abdominal. La clínica principal fue el dolor epigástrico o torácico (46 %) y la odinofagia (28 %). El tiempo de evolución transcurrido hasta el diagnóstico fue menor de 24 horas en el 67 %. El diagnóstico se realizó mediante TAC principalmente y esofagoscopia en el mismo momento de la perforación. En el 52 % se adoptó un tratamiento conservador, con dieta absoluta, sueroterapia y antibioticoterapia de amplio espectro. De los que se optó por intervención quirúrgica, en el 33 % de los casos se realizó drenaje; en el 29 % refaja simple del orificio; en el 14 % sutura más plastia; en el 14 % esofaguectomía y en el 10 % exclusión esofágica sin resección. Hubo dos casos de fuga, uno previa sutura simple y otro tras suturas más plastia. La estancia mediana fue de 23 días (0-156). La mortalidad global fue del 19,6 %, siendo en los pacientes quirúrgicos del 14,3 % (3/21), y en los no intervenidos del 24 % (6/25). La mortalidad, en relación con el tiempo de evolución mostró un 12,9 % en los pacientes diagnosticados precozmente, frente a un 33,3 % en los de diagnóstico tardío.

Conclusiones: La perforación esofágica se trata de una patología con una mortalidad importante, siendo el tiempo transcurrido hasta la decisión terapéutica de vital importancia, tal y como se presenta en nuestra serie, reflejando una mortalidad similar en > 24 h que series estudiadas (33,3 vs 31 % Keith White et al). La mortalidad global ronda parámetros similares a otras series (19,6 % vs 18 % Brinsel et al). En nuestra serie el TAC fue la prue-

ba diagnóstica clave a diferencia de otros estudios en los que fue el esofagograma.

P-230. PERFORACIÓN DEL ESÓFAGO CERVICAL TRAS INGESTIÓN DE CUERPO EXTRAÑO (PIEZA DE FRUTA COMPLETA) EN PACIENTE OLIGOFRÉNICO

S. Roldán Baños, J. Márquez Rojas, A. Prada Villaverde, D. López Guerra, F. Onieva González, J. Santos Naharro, L. Munuera Romero, F. González Caballero, I. Pérez Andrés, S. García Barajas y J. Salas Martínez

Hospital Infanta Cristina, Badajoz.

Objetivos: Las perforaciones de esófago torácico, aunque poco frecuentes, son una urgencia médica, pues producen una alta morbilidad debido a la fácil contaminación del mediastino por las enzimas digestivas y la flora microbiana produciéndose mediastinitis grave que puede acabar en fallo multiorgánico. La ingestión de cuerpos extraños es habitualmente accidental o involuntaria y sólo en niños o en pacientes con déficit psíquicos se aprecia voluntariedad. Actualmente no hay consenso acerca del manejo de estos pacientes. Para decidir el tratamiento óptimo han de ser evaluados parámetros como el estado general, tiempo de evolución, localización de la perforación y la presencia de patologías esofágicas previas. El objetivo de esta comunicación es la descripción de un caso clínico de perforación esofágica tras ingestión de cuerpo extraño (melocotón) en paciente oligofrénico, puesto que no hemos encontrado publicado un caso similar.

Material y métodos: Se realiza una búsqueda bibliográfica con palabras clave "perforación", "esófago", "cuerpo extraño" en distintas bases de publicaciones biomédicas. Se describe el caso clínico con apoyo de diversas imágenes de pruebas de radiodiagnóstico y de la intervención quirúrgica realizada, así como de cuerpo extraño.

Caso clínico: Varón de 68 años, oligofrénico e institucionalizado, que ingresó de urgencias en nuestro servicio por sospecha de perforación esofágica por cuerpo extraño. En la exploración destacaba mal estado general, enfisema cervicotorácico e importante dificultad respiratoria. Tras intubación orotraqueal, se realizó TAC cervicotorácico objetivándose impactación de cuerpo extraño –con densidad cálcica en su interior– en tercio superior de esófago, enfisema subcutáneo y pneumomediastino. Previa fibrobroncoscopia que descartó lesiones en tracto respiratorio, se realizó toracotomía derecha posterior, observándose pneumomediastino y perforación en tercio superior de esófago. Tras esofagomiotomía y extracción del cuerpo extraño (pieza de fruta completa que correspondía a melocotón), se extirpó el esófago proximal hasta faringe por el gran desgarro longitudinal que presentaba y se realizó faringostomía cervical. Se realizó cierre del muñón esofágico distal y se colocó sonda de yeyunostomía para alimentación. Durante la estancia postoperatoria en UCI, tras buena evolución inicial, el paciente presentó empeoramiento progresivo, signos de distrés respiratorio, mediastinitis y sepsis grave con fallo multiorgánico, falleciendo el decimoséptimo día postoperatorio.

Conclusiones: Como en el caso presentado, la mayoría de los cuerpos extraños se detiene en el tercio superior del esófago. Las dimensiones del cuerpo extraño y la ausencia de dentadura favorecieron la perforación. El diagnóstico precoz, esencialmente radiológico y endoscópico, es la clave para el tratamiento y pronóstico de estos pacientes en los que la anamnesis es dificultosa. Dadas las discrepancias actuales en cuanto al tratamiento, los objetivos del mismo han de ser prevenir y detener la filtración, eliminar y controlar la infección, mantener el estado nutricional del paciente y restaurar la integridad del tracto digestivo siempre que sea factible.

P-232. HERNIA DE MORGAGNI EN EL ADULTO. A PROPÓSITO DE UN CASO

A. Morales González, V. Maturana Ibáñez, M.A. Felices Montes, E. Yagüe Martín, A. Moreno Serrano y H. Kessel

Complejo Universitario Torrecárdenas, Almería.

Introducción: Se define hernia diafragmática como la profusión visceral desde el abdomen hacia el tórax a través de un defecto de diafragmático. Las hernias diafragmáticas se pueden clasificar en congénitas (95%) y adquiridas, normalmente postratumbáticas (5%). Dentro de este 95%, la gran mayoría son hernias del hiato esofágico (90%) y en el resto se agrupan las hernias de Bochdaleck, Morgagni, y las originadas a través de los hiatos aorto y cavo. Su incidencia aproximada de 1/4000-5000 nacidos vivos. La hernia de Morgagni es aquella en la que la protrusión visceral se produce a través de un orificio retroesternal, anterior al hiato esofágico por un defecto en la fusión del septum transversum y la cara anterior del tórax.

Pacientes y métodos: Paciente mujer de 84 años con antecedentes de síndrome vertiginoso, HTA, FA crónica e insuficiencia renal crónica, que acude a urgencias por presentar cuadro de malestar general, náusea sin vómitos y disfagia precoz a sólidos y líquidos de 5 días de evolución. El abdomen, era blando depresible, con dolor a la palpación en región de epigastrio. La analítica no reveló nada reseñable salvo creatinina de 2,53. Rx tórax: región hiperdensa en hemitórax izquierdo a filiar, que no comprime mediastino. TAC: hernia de Morgagni en cuyo saco herniario se encuentra fundus, cuerpo gástrico, antro y píloro y primera porción duodenal sin signos de sufrimiento ni obstrucción. La paciente es ingresada en nuestro servicio, programándose para intervención quirúrgica. Se realiza abordaje abdominal (incisión subcostal izquierda). Se identifica el defecto diafragmático y el saco herniario, cuyo contenido era la totalidad de cámara gástrica, antro y píloro, y primera porción duodenal. Se procede a la reducción, y resección del mismo. Rafia con puntos irreabsorbibles y colocación de malla de politetrafluoroetileno expandido de doble cara fijada con doble corona de "tacks" helicoidales de titanio (Protack®). Pexia de la cara anterior del estómago al peritoneo parietal de la pared abdominal (técnica de Boerema). En el postoperatorio la paciente evoluciona favorablemente, comenzado con tolerancia a los 2 días y siendo dada de alta a los 5 días. En la primera revisión se realiza tránsito baritado observándose el estómago en posición anatómica. Continúa asintomática.

Discusión: Las hernias diafragmáticas son un patología rara (1-4.000/5.000 recién nacidos vivos, siendo más frecuentes en niños, y ya en adultos, en el género femenino. Su tratamiento es quirúrgico siendo las indicaciones de este la complicación de la hernia o la presencia de clínica. La técnica es una gastropexia anterior con liberación del esófago abdominal y fijando la curvatura menor del estómago a la pared anterior del abdomen, a la derecha del ligamento de teres. El abordaje hoy día es vía abdominal y mediante escopia. La realización de una rafia o plastia depende de la tensión de la sutura.

P-233. HIATOPLASTIA LAPAROSCÓPICA CON MALLA PARA HERNIAS PARAESOFÁGICAS O HIATALES GIGANTES: NUESTRA EXPERIENCIA

M.J. Morollón Lóriz, A. Sádaba Almendariz, M.T. Ruiz Marcuello, R. Uribarrena Amezcaga y F. Ruiz Marcuello

Hospital Quirón, Zaragoza.

Introducción: La funduplicatura laparoscópica con cierre simple del hiato es el tratamiento estándar en la enfermedad por

reflujo gastroesofágico, pero la recidiva herniaria tras esta técnica se produce en algunas hernias paraesofágicas o mixtas grandes. En los últimos años se han empleado mallas en el cierre hiatal para intentar mejorar los resultados. Se ha comprobado que a pesar de su utilidad su empleo debe ser limitado ya que conlleva una morbilidad no desdeñable.

Material y métodos: Hemos intervenido 215 pacientes desde 1993 por RGE: 25 pacientes (11,6%) con hernias paraesofágicas o gigantes, la técnica empleada ha sido Funduplicatura Nissen-Rossetti 205, Toupet 9, Collis-Nissen 1. Se realizó cierre simple del hiato en 209 casos y cruroplastia en 6 casos, se analizaron las indicaciones, morbilidad y resultados de los pacientes tratados con malla con seguimiento de 6 meses a 5 años.

Resultados: Se indicó la colocación de malla en el hiato en 6 pacientes por las siguientes causas: 1 paciente con hernia paraesofágica sintomática a los 3 años de funduplicatura laparoscópica, 2 pacientes con hernias mixtas gigantes e hiatos demasiado amplios para el cierre simple, 3 pacientes con hernias paraesofágicas con pilares esofágicos finos. Las prótesis utilizadas fueron en 2 casos Proceed® y 4 casos Parietex® Composite con forma de herradura. En 4 casos la malla se empleó para reforzar el cierre posterior del hiato y en 2 casos se realizó cruroplastia posterior libre de tensión. En 5 pacientes no hubo morbilidad a corto o largo plazo. Ningún paciente presentó disfagia de mayor duración que la habitual, ni recidiva herniaria ni estenosis en un seguimiento de hasta cinco años. Un paciente de 88 años requirió reintervención a los 12 días por colección retrocardiaca mediastínica, se comprobó además en la reoperación con abordaje laparoscópico la dehiscencia de la malla y una erosión esofágica que se resolvió con sutura y cobertura con prótesis endoscópica.

Conclusiones: Con el empleo de mallas en la cirugía del hiato esofágico se pueden mejorar los resultados, pero hay mayor riesgo de morbilidad grave favorecida por la prótesis, por lo que sus indicaciones deben establecerse con estudios amplios y detallados.

P-234. HERNIA DE MORGAGNI EN PACIENTE AÑOSA. ¿ABORDAJE LAPAROSCÓPICO SIEMPRE?

L. de Tursi, J.C. Bernal Sprekelsen, F.J. Landete Molina, F.J. Morera Ocón, F. Ripoll Orts, M. García-Granero Ximénez y J. Millán Tarín

Hospital General, Requena.

Caso clínico: Mujer de 81 años con antecedentes de ACV isquémico, dislipemia, gonartrosis, intervenida de prolapso rectal e histerectomía, acude de Urgencia por dificultad respiratoria de larga evolución, asociado en los últimos 3 meses a astenia, pérdida de peso y vómitos alimenticios no relacionados con la ingesta inmediata. En las últimas 48 horas ha empeorado de sus síntomas digestivos. En la anamnesis la paciente refiere alteración del tránsito intestinal con sensación nauseosa y pirosis que se alivian tras vómitos. Presenta hipoventilación en base pulmonar derecha. El abdomen es blando y depresible, sin dolor espontáneo. No visceromegalias ni signos de irritación peritoneal. Se le realizaron pruebas complementarias de analítica sanguínea cuyos parámetros estaban dentro de la normalidad y un serie radiológica de tórax y abdomen donde se apreció un estómago de retención y un aumento de densidad en la base del hemitórax derecho con presencia de nivel hidroaéreo en su interior compatible con hernia intratorácica de vísceras abdominales. Con los hallazgos radiológicos y en presencia de bazuqueo gástrico que hicieron sospechar la existencia de una obstrucción mecánica gástrica, se solicitó una gastroscopia diagnóstica sin éxito por vómitos alimentarios que dificultaron la explora-

ción. Se colocó una SNG y se realizó un TC toracoabdominal cuyo informe fue de deslizamiento intratorácico de antro gástrico y colon sin signos de isquemia mural, compatible con hernia de Morgagni. En ausencia de signos clínico-radiológicos de urgencias quirúrgica se decidió ingreso hospitalario con fluidoterapia y programación como urgencia diferida. A las 48 horas del ingreso y la no resolución del cuadro se decide intervenir a la paciente mediante un abordaje laparotómico subcostal derecho de 10 cm. Se realizó una reducción del contenido herniario a cavidad compuesto de estómago y colon transversal, exéresis del saco peritoneal y cierre simple diafragmático con puntos entrecortados de sutura reabsorbible del 1. La evolución fue favorable y a los tres días fue dada de alta con buena tolerancia a la ingesta, ausencia de sintomatología respiratoria y con tránsito intestinal recuperado. En controles posteriores en consulta externa la paciente permanece asintomática.

Discusión: Los últimos casos que se han publicado en la literatura española parecen favorecer el abordaje laparoscópico. Pensamos que todavía el abordaje tradicional mediante una laparotomía subcostal de pequeño tamaño es una alternativa válida con un tiempo quirúrgico corto (45 min en este caso) y sin necesidad de colocar una malla protésica puesto que el defecto diafragmático no está a tensión. En el caso de la laparoscopia la mayoría de las publicaciones aconsejan colocar una malla y esto supone dificultades técnicas y facultativos con experiencia en una cirugía de entrada sencilla. En nuestro caso la cirugía convencional con resección del saco ofreció un excelente resultado, aunque no parece existir evidencia sobre la necesidad de resecarlo.

P-235. QUISTE DE DUPLICACIÓN ESOFÁGICA. PRESENTACIÓN DE UN CASO

I. Markínez Gordobil, J.L. Elorza Orue, S. Larburu Etxaniz, J.I. Asensio Gallego, N. Borda Arrizabalaga, A. Lizarazu Pérez y E. Villarreal Tejero

Hospital Donostia, San Sebastián.

Introducción: Los quistes de duplicación esofágica (QDE) son anomalías congénitas poco frecuentes que suponen el 10-15% de los quistes intestinales. En los adultos los quistes sintomáticos son muy raros (< 7%) siendo normalmente un hallazgo incidental. El tratamiento de elección es la escisión quirúrgica completa por toracotomía o toracoscopia.

Caso clínico: Mujer 34 años con antecedente de trastorno adaptativo con, sin intervenciones quirúrgicas previas, que acude a consulta por presentar clínica de epigastralgia, disfagia para sólidos y vómitos de 3 meses de evolución. La exploración física resulta sin alteraciones. Durante el estudio se realiza una gastroscopia que muestra, a 30 cm de la arcada dentaria, una tumoración probablemente submucosa, cubierta de mucosa normal y que estenosa parcialmente la luz. En TAC torácica observándose una imagen de baja densidad a la altura del tercio distal del esófago de 5 x 2,2 cm, sin poderse determinar si la imagen se encuentra en pared esofágica. En el esofagograma se observa una masa de tejidos blandos que comprime extrínsecamente la pared posterior de esófago distal. La anatomía patológica es compatible con lesión quística. Bajo el diagnóstico de sospecha de QDE se decide intervenir a la paciente mediante toracoscopia. Se procede a disección y exclusión de la tumoración con endograpadora. En el mismo acto quirúrgico se realiza una gastroscopia comprobando la resección completa de la tumoración y la estanqueidad del esófago. La anatomía patológica resulta compatible con quiste esofágico de tipo duplicativo. El postoperatorio transcurre sin incidencias realizándose estudio gastroduodenal postoperatorio.

rio que resulta normal. La paciente es dada de alta al 6 día asintomática y tolerando dieta oral.

Discusión: Los quistes de duplicación son anomalías congénitas inusuales que surgen entre la quinta y la octava semana del periodo embrionario debido a un fallo en el proceso de vacuolización completa del esófago. Cuando se localizan en el esófago, son más frecuentes en la cara lateral derecha del tercio inferior del esófago y más frecuentes en varones. Los quistes en la edad adulta, especialmente los QDE localizados en el tercio medio e inferior del esófago, son habitualmente asintomáticos, descubiertos de manera incidental en estudios radiológicos o endoscopias. En caso de aparecer sintomatología la disfagia es el síntoma más frecuente (70 %) seguido de dolor abdominal (20 %). Podemos llegar a un diagnóstico de sospecha de QDE apoyándonos en una serie de pruebas complementarias. La prueba diagnóstica de elección en el QDE es la ecoendoscopia, donde observamos los QDE como lesiones anecoicas homogéneas con márgenes regulares que se originan de la submucosa (la tercera capa) o extrínsecas a la pared gastrointestinal. El diagnóstico definitivo es anatomopatológico, para ello, es necesaria la extirpación quirúrgica. El tratamiento de elección es la exéresis quirúrgica completa debido a las posibles complicaciones y a la posibilidad de degeneración. El abordaje quirúrgico se realiza en la mayoría de los casos a través de una toracotomía posterolateral o toracoscopia. Las complicaciones de la cirugía del QDE son raras, la mayoría consecuencia de la toracotomía.

P-236. TRATAMIENTO CONSERVADOR DE LAS FÍSTULAS POSTESOFAGUECTOMÍAS. EXPERIENCIA DE UN CENTRO DE TERCER NIVEL

S. Paterna López, M. Herrero López, M.N. Sánchez Fuentes, S. Cantín Blázquez, R. Cerdán Pascual, A. Olabera Céspedes, A.P. García Fabián, J. Bernal Jaulín y J.M. Esarte Muniain

Hospital Miguel Servet, Zaragoza.

Objetivos: Analizar la incidencia de dehiscencias anastomóticas en el tratamiento quirúrgico de los tumores esofágicos mediante esofaguectomía realizados en un hospital de tercer nivel.

Material y métodos: Estudio prospectivo descriptivo que incluye todos los pacientes con cáncer de esófago intervenidos entre junio del 2007 y diciembre del 2009 mediante esofaguectomía en un hospital de tercer nivel. Se recoge edad del paciente, morbilidad preoperatoria, sintomatología, datos del tumor (localización, tipo histológico, estadio tumoral), técnica quirúrgica, estancia postoperatoria, complicaciones perioperatorias y tratamiento de las mismas.

Resultados: El Hospital Universitario Miguel Servet de Zaragoza es un hospital de tercer nivel de 1400 camas que proporciona asistencia médica a 530.510 personas. Se han intervenido 27 pacientes con cáncer de esófago, 4 mujeres y 23 varones, edad media de 59,9 años (39-77). Como factores de riesgo, 16 fumadores, 10 presentan esófago de Barrett (EB) y 8 alcoholicos. 17 han debutado con disfagia, 12 refieren pérdida de peso y en menor medida anemia, disfonía, odinofagia, melenas, hematemesis, vómitos, dolor torácico, anorexia o regurgitaciones. Histológicamente 20 presentan adenocarcinomas (10 sobre EB) y 7 carcinomas epidermoides. Atendiendo a la localización del tumor, 2 presentan una tumoración de tercio superior esofágico, 6 de tercio medio, 9 de tercio inferior, 4 de cardias tipo I Siewert y 6 de tipo II Siewert. En la pieza quirúrgica objetivamos 4 estadios 0, 3 estadios I, 9 estadios IIA, 4 estadios IIB, 6 estadios III y 1 estadio IV. Se han practicado 27 esofaguectomías, 13 transhiatales, 6 Ivor-Lewis y 8 en tres tiempos, procediéndose a la reconstrucción con plastia gástrica en el 100 %, con un total de

20 anastomosis cervicales y 7 torácicas. Respecto a la morbilidad perioperatoria, 17 pacientes han presentado complicaciones, 7 de tipo médico, disfonía en 2 pacientes por lesión recurrente, 4 infecciones de herida quirúrgica, 9 fístulas: 7 cervicales, 1 torácica y 1 duodenal (todas tratadas de forma conservadora), 6 estenosis de la anastomosis cervical y 4 eventraciones. En el 100 % de las dehiscencias anastomóticas se han empleado medidas conservadoras basadas en sueroterapia, nutrición parenteral total y somatostatina en el caso de la fuga biliar, no precisando reintervención. El inicio de la nutrición enteral se ha demorado hasta una media de 16 días. No se ha visto relación entre las dehiscencias anastomóticas cervicales y la aparición posterior de estenosis. La estancia media hospitalaria de los pacientes con dehiscencia de las anastomosis aumenta a 25,3 días comparado con los 17,5 días de los que no presentan este tipo de complicación.

Conclusiones: Aumento en la incidencia del adenocarcinoma de esófago frente al carcinoma epidermoide. No se evidencia relación entre las fístulas cervicales y la aparición posterior de estenosis anastomóticas. Las anastomosis a nivel cervical presentan un mayor número de dehiscencias que las torácicas, aunque su manejo conservador obtiene buenos resultados y no modifica índices de mortalidad.

P-237. FÍSTULA AORTO-ESOFÁGICA COMO COMPLICACIÓN DEL ANEURISMA DE AORTA TORÁCICA

C. Mulas Fernández, C. Sancho Moya, A. Vázquez Prado, J. Sempere y J.V. Roig

Consorcio Hospital General Universitario, Valencia.

Introducción: La fístula aorto-esofágica (FAE) representa una rara causa de hemorragia digestiva alta (HDA) que conlleva una alta mortalidad y morbilidad. Constituye aproximadamente el 10 % de todas las fístulas aortoentéricas. La causa más frecuente de FAE primaria es la erosión de un aneurisma de aorta torácica sobre la luz esofágica. Otras causas incluyen las neoplasias malignas mediastínicas, generalmente esofágicas, enfermedades inflamatorias del esófago, ingesta de cuerpos extraños, traumatismos o radioterapia a este nivel. La FAE secundaria se produce tras cirugía de aorta o de esófago o incluso tras colocación de endoprótesis vasculares.

Caso clínico: Varón de 64 años con aneurisma de aorta torácica descendente de 9 cm de diámetro que en octubre de 2009 requirió la colocación de una endoprótesis vascular. Al mes de la cirugía el paciente reingresa en el hospital por disfagia severa, evidenciando en el esofagograma una gran ulceración en esófago medio que fistuliza a la cara posterior del saco aneurismático. En la endoscopia se evidencia, a 30 cm de la arcada dentaria, un orificio fistuloso de calibre superior a 1 cm, sin signos de sangrado activo. Se coloca una prótesis esofágica metálica cubierta autoexpandible (Wilson-Cook) y se realiza una gastrostomía endoscópica percutánea para alimentación. En el esofagograma y TC de control a las 3 semanas, se comprueba una migración parcial de la prótesis con persistencia de la fístula por lo que se extrae la prótesis esofágica. El paciente reingresa con un cuadro de hematemesis leve y clínica compatible con mediastinitis. Tras el inicio de antibioterapia intravenosa y la estabilización hemodinámica, se programa la cirugía para reparación conjunta del aneurisma de aorta torácica y de la fístula aorto-esofágica, pero el paciente fallece de forma previa a la cirugía por shock hipovolémico refractario secundario a un sangrado masivo.

Discusión: La tasa de FAE por aneurisma de aorta torácica varía entre el 6,2 y 22 % según estudios basados en necropsias. La ero-

sión en la pared aórtica secundaria al *stent* endovascular se plantea como principal mecanismo de formación de la FAE en nuestro paciente. La ruptura al esófago conlleva a una contaminación mediastínica y a una HDA que hacen que el pronóstico y la evolución sin tratamiento quirúrgico tengan un desenlace fatal, por lo que tras el diagnóstico el tratamiento quirúrgico ha de realizarse lo antes posible. La esofagoscopia, el TC y el esofagograma representan los métodos diagnósticos de elección. Como opciones quirúrgicas se plantean dos tipos de abordaje, la reparación quirúrgica abierta y la reparación endovascular, estando esta última indicada en pacientes con elevado riesgo quirúrgico. En cuanto al manejo del aneurisma, la sustitución aórtica con una prótesis sintética es la opción más aceptada una vez realizado un desbridamiento amplio y limpieza exhaustiva del mediastino. En cuanto al defecto esofágico, la esofaguectomía subtotal con esofagostomía cervical y gastrostomía o yeyunostomía de alimentación y reconstrucción en un segundo tiempo se considera el tratamiento de elección, ya que parece disminuir el riesgo de infección de prótesis. Es necesario saber que, a pesar de la cirugía, la mortalidad asociada a esta patología es muy elevada.

P-238. ABORDAJE LAPAROSCÓPICO PARA LA EXTRACCIÓN DE CUERPO EXTRAÑO PERIHEPÁTICO TRAS INGESTA ACCIDENTAL Y PERFORACIÓN GÁSTRICA ASINTOMÁTICA

N.J. Cervantes Juárez, M. Ortega López, E. Martín García-Almenta, J. Zuloaga Bueno, D. Vázquez Vicente, S. Cárdenas Crespo, C. Cerdán Santacruz, J. Cerdán Miguel y A.J. Torres García

Hospital Clínico San Carlos, Madrid.

Introducción: La ingesta de cuerpos extraños es un problema clínico común. En el 80 % de ocasiones ocurre en niños y es generalmente accidental. En la población adulta, la ingesta puede ser accidental en ancianos y discapacitados, o intencional en presos y pacientes psiquiátricos. La mayoría de cuerpos extraños pasan inadvertidos por el tracto gastrointestinal y menos del 1 % producen alguna complicación como perforación u obstrucción. Los segmentos más afectados suelen ser duodeno, íleon distal, colon sigmoide y recto distal. Presentamos un caso excepcional de perforación gástrica asintomática, por objeto punzante ingerido accidentalmente, con ubicación final perihepática y extracción por abordaje laparoscópico.

Caso clínico: Mujer de 17 años, sin antecedentes de interés, valorada en urgencias tras la ingesta accidental de dos agujas. No dolor abdominal ni fiebre. No alteraciones del ritmo intestinal. No náuseas ni vómitos. Exploración con buen estado general, abdomen blando y depresible sin foco de dolor, defensa ni peritonismo. La radiología simple objetiva un cuerpo extraño en hipocondrio derecho y otro en pelvis con densidad metal tipo aguja. Al estar asintomática se decide periodo de observación con controles seriados radiológicos. Varios días después de la ingesta, no se objetiva la aguja en pelvis (supuesta evacuación espontánea), permaneciendo la de hipocondrio derecho. Se realiza TC siendo informado como cuerpo extraño extragástrico y perivesicular, sin líquido libre ni signos inflamatorios intraperitoneales. La gastroscopia fue normal. Se decidió una exploración laparoscópica objetivándose una aguja perihepática y perivesicular, con mínimo plastrón inflamatorio. Se realizó extracción, lavados y revisión de cavidad. El postoperatorio cursó sin complicaciones.

Discusión: La perforación gastrointestinal asintomática por ingesta de cuerpo extraño es una inusual forma de presentación clínica. La sintomatología puede ser muy variada, desde un cua-

dro de dolor abdominal inespecífico y fiebre, hasta un cuadro de peritonitis severo con absceso o masas inflamatorias intraabdominales. La radiología simple es útil para cuerpos extraños radioopacos, pero se debe complementar con TC para valorar complicaciones. Las agujas en esófago requieren atención urgente, mientras que superado el estómago la urgencia es relativa, pudiéndose realizar periodo de observación esperando la eliminación espontánea. Cuando se producen complicaciones tipo perforación u obstrucción el tratamiento siempre debe ser quirúrgico. El abordaje laparoscópico es una herramienta útil en estos casos.

P-239. FORMAS DE PRESENTACIÓN ATÍPICA DE LA PERFORACIÓN GÁSTRICA POR CUERPOS EXTRAÑOS. A PROPOSITO DE 2 CASOS

C. González Callejas, M. Zurita Saavedra, A.L. Romera López, J.L. Tovar Martínez, M. González Martínez, A.B. Fajardo Puerta y J.A. Jiménez Ríos

Hospital Clínico Universitario San Cecilio, Granada.

Objetivos: Los cuerpos extraños pueden localizarse en el tracto digestivo superior cuando son ingeridos accidental o deliberadamente; 80 % de los casos se presentan en los menores de edad y el resto en adultos los cuerpos extraños ingeridos, 90 % pasan al tracto digestivo y 10 % al árbol traqueo bronquial. 80 a 90 % de los cuerpos extraños deglutidos progresan espontáneamente en los siguientes ocho días, siendo necesario en los otros casos la realización de procedimientos endoscópicos para su extracción; sólo en el 1 % se practica cirugía. Exponemos dos casos clínicos de perforación gástrica por cuerpos extraños con forma de presentación atípica tanto en la sintomatología como en el curso evolutivo del cuadro.

Material y métodos: Caso 1: paciente mujer de 66 años de edad con antecedentes personales de colecistectomía que acude al Servicio de Urgencias por cuadro de dolor abdominal epigástrico irradiado en cinturón, sin fiebre de un mes de evolución. Exploración abdominal sin signos de peritonismo, no masas ni megalias. Analítica sin leucocitosis ni neutrofilia. Amilasa ligeramente elevada. Se realiza TAC abdominal que informa de pancreatitis aguda edematosa sin evidencia de necrosis. Es ingresada en el Servicio de Digestivo. Al quinto día se realiza una colangioresonancia para descartar coledocolitiasis residual observándose la presencia de un cuerpo extraño a nivel gástrico que perfora saco menor y forma un absceso ha dicho nivel y en hígado. Es intervenida de forma urgente encontrándose absceso en la transcavidad de los epiplones. La pared anterior del absceso la constituye la pared posterior gástrica íntegra y la posterior el páncreas edematoso. Se evidencia astilla de hueso de unos 4,5 cm aproximadamente sin observarse orificio a nivel gástrico. Se realiza extracción del cuerpo extraño y drenaje del absceso dejando un penrose a dicho nivel. Caso 2: paciente mujer de 69 años de edad con antecedentes personales de sigmoidectomía por adenocarcinoma, apendicectomía, histerectomía y diabetes tipo II que acude a consulta de Cirugía por molestias abdominales inespecíficas sin otra sintomatología asociada. Durante el estudio se realiza TAC abdominal donde se visualiza imagen lineal y densa de casi 4 cm de longitud que se extiende desde pared postero-superior de antro gástrico hasta superficie posterior del segmento III hepático que sugiere cuerpo extraño. Es intervenida encontrándose raspa de pescado con trayecto fistulosos entre duodeno y segmento III hepático. Se realiza disección y extirpación de trayecto fistuloso y extracción del cuerpo extraño. Cierre de orificio fistuloso y epiploplastia.

Resultados y conclusiones: La perforación gastrointestinal por cuerpos extraños injeridos es rara, la incidencia de éstos es menor del 1% y en la mayoría de los casos se trata placas dentarias y huesos de pescado o pollo. La mayoría de los pacientes presentan un abdomen agudo secundaria a la perforación de víscera hueca. En algunos casos puede pasar inadvertida siendo la migración del cuerpo extraño silenciosa durante mucho tiempo y descubrirse sólo si aparece infección o formación de abscesos como en nuestros casos. El tratamiento de elección en estos casos es quirúrgico, debe realizarse una laparotomía exploradora para drenar el absceso e intentar recuperar el cuerpo extraño.

P-240. ESTENOSIS PILÓRICA POR ENFERMEDAD DE CROHN DUODENAL: UNA LOCALIZACIÓN INUSUAL

J. Velasco, S. Castro Boix, A. Miranda, V. Zanón Navarro, J. Pradell Teigell, R. Boqué Genovard, A. Nadal Ginard y M. Armengol Carrasco

Hospital Vall d'Hebron, Barcelona.

Introducción: La enfermedad de Crohn puede afectar a cualquier tramo del tracto gastro-intestinal, en especial intestino delgado y colon. La afectación gastro-duodenal es poco común y a veces es secundaria a complicaciones de enfermedad más distal. La sintomatología es inespecífica y el diagnóstico puede ser difícil, siendo confundida con facilidad con la enfermedad péptica. Presentamos un caso de enfermedad de Crohn gastro-duodenal que se manifestó como estenosis pilórica y que se intervino en nuestro centro.

Caso clínico: Paciente de 35 años diagnosticado de úlcus duodenal hace 5 años en tratamiento con omeprazol a altas dosis. Acude a consultas de nuestro centro por clínica de epigastralgia, plenitud postprandial, vómitos y pérdida de 20 kg de peso en 2-3 meses. Se le realiza una endoscopia que evidencia mucosa prepilórica cicatricial con edema bulbar que impide el paso del endoscopio. La biopsia muestra gastritis crónica con metaplasia intestinal y fibrosis de lámina propia sin invasión neoplásica. La tomografía computarizada informa de litiasis biliar y engrosamiento de curvatura menor gástrica con mala delimitación de grasa adyacente y con adenopatías locales sin poder descartar etiología neoplásica. Por esta razón se le solicita ecoendoscopia que informa de engrosamiento mural de zona pilórica de unos 2,5 cm de grosor y con afectación de grasa subyacente, siendo la biopsia negativa. Ante estos hallazgos y dada la persistencia de la clínica de intolerancia alimentaria se decide intervención quirúrgica. Mediante laparotomía subcostal se explora la cavidad abdominal hallando estenosis duodenal postpilórica de aspecto inflamatorio que afecta genu superior hasta segunda porción duodenal con adenopatías de aspecto inflamatorio, colelitiasis y un área inflamatoria no estenosante del mismo aspecto a nivel de íleon distal. Se realiza biopsia intraoperatoria de una adenopatía que informa de ganglio reactivo sin evidencia de metástasis. Se practica duodenoplastia tipo Finney, colecistectomía y colocación de gastrostomía de descarga. La evolución postoperatoria es satisfactoria siendo dado de alta al sexto día de la cirugía. La anatomía patológica informa de mucosa erosionada con fisuraciones y desestructuración glandular por presencia en lámina propia de infiltrado inflamatorio crónico y con presencia de algunas formaciones granulomatosas, siendo compatible con enfermedad inflamatoria intestinal tipo enfermedad de Crohn en fase activa. Actualmente está en tratamiento médico con corticoides y inmunosupresores, se le retiró la gastrostomía, tolera ingesta y ha aumentado de peso.

Conclusiones: Presentamos un caso de enfermedad de Crohn de localización poco común que plantea el diagnóstico diferencial con la enfermedad ulcerosa y la neoplasia debido a la inespecificidad de la sintomatología. El Crohn duodenal se presenta en un 2% de los enfermos con enfermedad de Crohn y usualmente se asocia con presencia de enfermedad distal, como en nuestro caso. El tratamiento es médico pero la cirugía está indicada para el manejo de las complicaciones y en caso de dolor intratable. Se requiere cirugía en 1/3 de los pacientes afectados, siendo la estenosis la principal indicación como en nuestro paciente. Las opciones quirúrgicas incluyen el by-pass, la resección y la estricturoplastia. Tradicionalmente, la intervención gold standard ha sido el by-pass vía gastroyeyunostomía.

P-241. ASCITIS QUILOSA CAUSADA POR GASTRECTOMÍA DISTAL CON LINFADENECTOMÍA D1+β TRATADA CON ÉXITO DE UN MODO DISTINTO

R. de la Plaza Llamas, J.M. Ramia Ángel, V. Álvarez de Frutos, J.E. Quiñones Sampedro, R. Puga Bermúdez, V. Arteaga Peralta, F. Adel Abdulla, M.P. Veguillas Redondo, J.H. Carlin Gatica, C. Ramiro Pérez y J. García-Parreño Jofre

Hospital Universitario, Guadalajara.

Introducción: La ascitis quílosa (AQ) es la acumulación de quilo en la cavidad peritoneal. Se desarrolla por disrupción del sistema linfático causada por lesión traumática o por procesos benignos o malignos. La causada por cirugía es muy rara y la mayoría de los casos se produce por disecciones retroperitoneales extensas (1,2-3%). El diagnóstico es por la presencia de triglicéridos > 200 mg/dl. Hay muy pocos estudios que señalen el tratamiento a emplear. Revisamos la bibliografía, las causas, frecuencia y tratamientos. Presentamos un caso excepcional de AQ en el postoperatorio de una gastrectomía subtotal tratada con éxito mediante retirada del drenaje al diagnóstico y nutrición oral. Esta actitud nunca ha sido comunicada.

Caso clínico: Mujer de 71 años, sin antecedentes médicos de interés sometida a endoscopia digestiva alta por epigastralgia de 1 año de evolución. Se apreció adenocarcinoma de incisura angularis. En el estudio de extensión, tomografía computarizada (TC) toracoabdominal y ecoendoscopia que objetivó una lesión T2 sin enfermedad regional ni a distancia. La analítica preoperatoria tan sólo demostró alterados prealbúmina 13 mg/dl y retinol binding protein 2 mg/dl (proteínas 71,8 g/l, albúmina 38,5 g/l). Fue sometida a gastrectomía subtotal con montaje gastroyeyunal en Y de Roux y linfadenectomía D1+β empleando diatermocoagulación y hemoclips. El estudio histopatológico fue de adenocarcinoma moderadamente diferenciado, pT2 y 32 ganglios linfáticos sin evidencia de malignidad. Estadío IB. En el 4º día postoperatorio de realiza TC abdominal por dolor abdominal que aprecia derrame pleural bilateral y ascitis masiva –a pesar del drenaje que tiene un débito serohemático medio de 800 cc/24 horas– y, descarta fístula de anastomosis. Recibe nutrición oral. En el 12 día postoperatorio el líquido del drenaje se vuelve de aspecto lechoso con unos triglicéridos de 256 mg/dl, leucocitos 2.330/mm³ (4% polimorfonucleares, 96% monocitos), glucosa 116 mg/dl, LDH 101 U/l. Gram y cultivo negativo. Con el diagnóstico de ascitis quílosa, y dado el alto débito se decide su retirada y cierre del orificio cutáneo. Se instaura tratamiento con dieta exenta de grasas, aceite de triglicéridos de cadena media (MCT) 3 cucharadas/24h, octreotida 100 µg/8h subcutáneo y Vegent-med proteína®/8h. Se realiza medición del peso y del perímetro abdominal diario, que se estabilizan en 48 horas durante 4 días y luego disminuyen hasta el alta a los 10 días del diagnóstico de fístula quílosa. Se suspende el octreotida pero se mantiene la dieta exenta en grasas hasta la revisión del segundo mes postoperatorio (ecografía

abdominal apreció mínima lengüeta de líquido periesplénico) y los MCT hasta el cuarto mes. Asintomática a los 9 meses de seguimiento.

Conclusiones: En la literatura sólo se han descrito 6 casos de AQ después de vagotomía troncular y piloroplastia y 2 casos por gastrectomía distal con linfadenectomía D2. Sin embargo su incidencia puede llegar a situarse en el 0,3-0,4% de linfadenectomías D2. La restricción en la nutrición y el mantenimiento del drenaje con un tiempo de curación largo ha sido la norma de tratamiento. La retirada del drenaje –demostrando la ausencia de datos de infección del líquido ascítico– y la nutrición oral han demostrado en nuestro caso un buen resultado.

P-242. VÓLVULO GÁSTRICO COMO COMPLICACIÓN TARDÍA DE FUNDUPPLICATURA LAPAROSCÓPICA

P. Peláez Torres, M. Ortiz Aguilar, S. Alonso Gómez, C. Nevado García, R. Ortega García, N. Fakihi Gómez, E. Rubio González, T. Butrón Vila, J.A. Pascual Montero, M. Lomas Espadas y M. Hidalgo Pascual

Hospital 12 de Octubre, Madrid.

Objetivos: Descrito en 1886 por Berti, el vólvulo gástrico es una enfermedad rara que se manifiesta con síntomas vagos y requiere un alto índice de sospecha. Se distinguen cuatro tipos de vólvulo gástrico de acuerdo a su eje de torsión: organoaxial (59%), mesenterioaxial (29%), combinado (2%) e inclasificable (10%). Pueden ser primarios o secundarios (70%) a factores predisponentes como son: hernia de hiato paraesofágica, hernias diafragmáticas, adherencias, gastroparesia u obstrucción al vaciado gástrico entre otros.

Material y métodos: Mujer de 68 años de edad con antecedente quirúrgico correspondiente a funduplicatura Nissen laparoscópica 4 años antes. Acude a urgencias por presentar dolor epigástrico con irradiación a espalda y vómitos de 6 horas de evolución. En la exploración física destaca dolor en epigastrio sin signos de irritación peritoneal. Entre las pruebas complementarias se realizan: Rx de abdomen: importante dilatación a nivel gástrico. Rx de tórax: hernia de hiato sin otras alteraciones significativas. Gastroscoopia: hiato diafragmático incompetente con paso de fundus y cuerpo hacia vertiente esofágica. Gran dilatación del cuerpo con mucosa atrofica con transparencia de vasos submucosos. Probable hernia paraesofágica. CT-abdominopélvico: hallazgos compatibles con volvulación gástrica sobre estómago operado. Estómago de retención. Derrame pleural izquierdo con imágenes de consolidación en lóbulo inferior izquierdo y lengua con broncograma por efecto compresivo de hernia hiatal.

Resultados: La paciente es intervenida con carácter urgente realizando laparotomía media. Se evidencia vólvulo gástrico de tipo organoaxial, adherencias en el hiato en relación con cirugía previa y hernia de hiato de gran tamaño con fundus herniado en su interior. Se identifica funduplicatura previa, reducción de la hernia reparando los pilares y se realiza gastrectomía subtotal con reconstrucción mediante Y de Roux. El análisis anatomopatológico describe una necrosis de coagulación que afecta a mucosa y submucosa compatible con vólvulo gástrico. El postoperatorio transcurrió con fístula biliar del muñón duodenal de origen isquémico que fue tratada conservadoramente, siendo dada de alta a los 2 meses desde el ingreso.

Conclusiones: La aparición de hernias paraesofágicas después de realizar Nissen laparoscópico se estima en un 0,8-6,7%. Es mucho más raro desarrollar un vólvulo gástrico tras este procedimiento. En su forma aguda de presentación supone una urgencia quirúrgica ya que el porcentaje de mortalidad si se demora su tratamiento es superior al 50%. Tras la reducción y tratamiento del vólvulo asimismo deben ser tratadas las causas secundarias que favorecen su aparición.

CIRUGÍA HEPATOBILIOPANCREÁTICA

COMUNICACIONES ORALES

O-060. RESCATE DE METÁSTASIS HEPÁTICAS IRRESECABLES DE CARCINOMA COLORRECTAL

R. Robles Campos, C. Marín Hernández, A. López Conesa, P. Pastor Pérez, F. Sánchez Bueno, P. Ramírez y P. Parrilla Paricio

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El tratamiento idóneo de las metástasis hepáticas de carcinoma colorrectal (MHCCR) es la cirugía ya que obtiene la mejor supervivencia a 5 años. Sin embargo, sólo un 10-15% de los pacientes son inicialmente resecables. Se emplean distintos métodos terapéuticos con el fin de conseguir el rescate para la cirugía (quimioterapia neoadyuvante, técnicas de oclusión portal, etc.).

Objetivos: Presentar los resultados de los pacientes con MHCCR inicialmente irresecables y que fueron rescatados para la cirugía. Sus resultados se comparan con aquellos pacientes que se consideraron inicialmente resecables.

Pacientes y métodos: Entre enero 1996-marzo 2008 hemos intervenido 231 pacientes con MHCCR, de las que 57 se consideraron inicialmente irresecables. El rescate se realizó en 26 pacientes con quimioterapia (QMT) neoadyuvante, 19 con QMT y técnicas de oclusión portal (TOP), y 12 con sólo TOP. De los 31 pacientes en los que se empleó TOP, en 25 casos se realizó la RH en 2 tiempos y en 6 en un solo tiempo. Los resultados se comparan con 174 pacientes que se consideraron resecables. En estos dos grupos se han analizado y comparado 31 variables, y se ha calculado la supervivencia a 1, 3 y 5 años con el método de Kaplan-Meier.

Resultados: Fallecieron 3 pacientes en el postoperatorio inmediato (1,3%). Los pacientes considerados irresecables fueron más jóvenes (56 vs 62 años, en el grupo resecable ($p < 0,05$)). No hubo diferencias e.s. en cuanto al sexo, comorbilidad, localización del tumor primario en el recto o en el colon, T, N, grado de diferenciación y recidiva del tumor primario, niveles de CEA preoperatorios, niveles de CEA al mes de la intervención. Referente a las MH, los pacientes irresecables presentaron más MH sincrónicas ($p < 0,001$), más metástasis bilobares ($p < 0,001$) y un número de MH superior ($p < 0,0001$) que los resecables, con un tamaño de las MH similar. Por tanto, los pacientes recibieron más QMT neoadyuvante (80%) que los pacientes con MH resecables (14%). Respecto a los aspectos quirúrgicos: no hubo diferencias en cuanto a re-resecciones, maniobra de Pringle, transfusión, tiempo quirúrgico y empleo de la radiofrecuencia intraoperatoria, mientras que en los pacientes rescatados para cirugía se realizaron más resecciones mayores (75% vs 49%, $p < 0,05$) y existieron más ganglios hiliares resecaados (8,7% vs 2,8%, $p < 0,05$). La estancia hospitalaria y la QMT adyuvante fueron similares en ambos grupos. Respecto a los datos histológicos: no hubo diferencias respecto al margen quirúrgico pero la satelitosis y la invasión vascular fue el doble en el grupo de rescate ($p < 0,05$). La supervivencia a 1, 3 y 5 años fue del 88%, 69% y 31% en el de rescate, y del 89%, 64% y 50% en el grupo resecable ($p < 0,05$).

Conclusiones: Las metástasis que se consiguen rescatar para cirugía tienen un peor pronóstico que aquellas resecables inicialmente, pero obtienen una supervivencia del 31% a 5 años, superior a la obtenida con otros tratamientos. Los peores resultados se explican porque hay más MH, más MH bilobares, más MH sincrónicas y recibieron más QMT neoadyuvante que las MH resecables.