

CARCINOMATOSIS

COMUNICACIONES ORALES

O-057. PROMOCIÓN, DESARROLLO, IMPLEMENTACIÓN Y RESULTADOS DE UN MODELO CENTRALIZADO DE TRATAMIENTO RADICAL DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL (CP): PROGRAMA DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE CATALUÑA. EXPERIENCIA DE 5 AÑOS: 305 PROCEDIMIENTOS DE CIRUGÍA RADICAL (CR) MÁS QUIMIOHIPERTERMIA PERITONEAL (HIPEC)

P. Barrios Sánchez¹, I. Ramos Bernadó¹, J.M. Pons² y J.M. Borràs³

¹Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, San Joan Despí. ²Agència d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña. ³Plan Director de Oncología de Cataluña.

Introducción: Aunque existe un debate sobre el grado de evidencia del tratamiento radical de la CP: CR + HIPEC, los buenos resultados clínicos publicados en series de casos seleccionados, han convertido a este tratamiento en un estándar para la CP de origen apendicular, colorrectal, pseudomixoma peritoneal y mesotelioma peritoneal y altamente recomendable en tumores como el cáncer avanzado/recurrente ovárico y la CP gástrica. Desde hace dos décadas, este tratamiento: técnica de Sugarbaquer, se ha popularizado practicándose en cerca de 230 centros internacionales. La complejidad, coste y, especialmente, la potencial variabilidad en su aplicación clínica ha movido a algunas agencias sanitarias internacionales (National Institute for Health and Clinical Excellence NICE, Comité de l'Évolution des Pratiques en Oncologies del Quebec CÉPO, Agencia d'Avaluació de Tecnologia i Recerca Mèdiques de Cataluña AATRM...) a recomendar su uso en centros especializados que apliquen protocolos asistenciales (ensayos clínicos controlados preferentemente multicéntricos) y que garanticen la información adecuada a los pacientes y evaluación de los resultados. Cuatro países han planificado y desarrollado, en el sistema público, un modelo nacional/territorial centralizado para el tratamiento de la CP que cumple los apartados sugeridos: Reino Unido, Holanda, Australia y Cataluña.

Material y métodos: En Cataluña, desde el Plan de Salud y el Plan Director de Oncología (apartado Mapa Sanitario) y la Comisión de Tercerismo, se establecieron las patologías oncológicas quirúrgicas de alta complejidad y su concentración en un número reducido de centros de alta especialización. La cirugía radical de la CP entraba en esta conceptualización general. La AATRM elaboró un documento que consideró aspectos como el volumen, formación, protocolización, indicaciones, evaluación de resultados...) Este proceso planificador culminó en la creación de el Programa de Carcinomatosis Peritoneal de Cataluña, centralizado inicialmente en el Hospital de Sant Pau y posteriormente trasladado al Hospital de Sant Joan Despí. Moisès Broggi. Se exponen aspectos relacionados con la planificación estratégica del programa y se presentan los resultados clínicos tras 5 años de funcionamiento del mismo.

Resultados: En este marco se han realizado un volumen de pacientes tratados (305 procedimientos de CR + HIPEC) que lo sitúa entre las series, no multicéntricas, más numerosas a nivel mundial. Supervivencia conseguida equiparable a las mejores publicadas en la literatura y una tasa de mortalidad postoperatoria a los 30 días del 0% (cifra no descrita en series que incluyan esta n de pacientes). El coste económico (gracias, en gran medida, a estancia hospitalaria de 13,1 días) puede ser inferior al publicado por otras instituciones.

Conclusiones: El tratamiento radical de la CP mediante la CR+HIPEC ha de ser considerada dentro del ámbito de la investigación clínica con todos los condicionantes éticos, científicos y asistenciales que ello comporta. Este tratamiento se ha de realizar en un número limitado de centros especializados determinado por el Plan de Salud de cada país/comunidad. Desde las autoridades sanitarias y sus respectivos Planes Oncológicos se ha de determinar el centro idóneo dotado de medios y profesionales experimentados que evalúen periódicamente los resultados. Las sociedades científicas correspondientes deberían participar en las normas y la acreditación de estos centros.

O-058. PSEUDOMIXOMA PERITONEAL: ANÁLISIS DE UNA SERIE DE 17 PACIENTES TRATADOS MEDIANTE CIRUGÍA CITORREDUCTORA Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL HIPERTÉRMICA CON MITOMICINA C

M. Hernández García, P. Artuñedo Pe, F. Pereira Pérez, G. Ortega Pérez, L. Carrión Álvarez, P. López Fernández, A. Rivera Díaz y F.J. de la Torre González

Hospital Universitario de Fuenlabrada, Fuenlabrada.

Introducción: El pseudomixoma peritoneal es una entidad clínica rara, con una incidencia de 2 casos por cada 10000 laparotomías. Se caracteriza por la ocupación de la cavidad abdominal por grandes colecciones de contenido mucinoso y ascitis que envuelven la superficie peritoneal y el ovario. El término de pseudomixoma peritoneal fue utilizado por primera vez por Werth en 1884 en relación con un carcinoma mucinoso de ovario, y en 1901 Frankel lo describió por primera vez en relación con un quiste apendicular. Aunque originariamente se describió en relación con procesos benignos, actualmente se describe mayoritariamente en asociación con tumores malignos bien diferenciados o de malignidad intermedia y en formas más agresivas con verdaderos carcinomas. En la mayoría de los casos, el tumor primario se localiza a nivel del apéndice, aunque también se ha descrito en relación con tumores de otras localizaciones. El tratamiento consiste en una citorreducción máxima y la administración de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica.

Material y métodos: Presentamos una serie de 17 pacientes consecutivos tratados en un único Centro Hospitalario mediante cirugía citorreductora incluyendo las resecciones viscerales y peritonectomías precisas para conseguir una citorreducción máxima, y la administración de forma intraoperatoria de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica a 42º. El protocolo empleado es de mitomicina C a dosis de m^2 , durante 90 minutos mediante técnica del coliseo descrita por Sugarbaker, el tratamiento se administra con una máquina de circulación extracorpórea tipo PERFOR-MER HT®. Se ha administrado además quimioterapia postoperatoria con normotermia con 5 FU durante los primeros cinco días del postoperatorio.

Resultados: La muestra estudiada está formada por 7 hombres (41,2%) y 10 mujeres (58,8%), con una edad media de 57,3 años (DE 11,98) (rango 36-73). Han presentado complicaciones 9 pacientes en el postoperatorio (53,1%), la mortalidad postoperatoria es de 1 caso (5,9%). La citorreducción ha sido máxima (CCO) en 15 casos (88,5%). El tiempo medio del procedimiento quirúrgico es de 7 horas (DE 1,2) (rango 4-12,5 horas). En 6 pacientes (35,3%) el procedimiento se ha realizado en dos tiempos. El ingreso hospitalario medio ha sido de 19,47 días (DE 13,26) (rango 6-53). Los índices de gravedad han sido APACHE superior a 15 en tres pacientes (17,6%). El SAPS III ha sido superior a 44 (indica un riesgo de mortalidad superior al 10%) en 10 casos (58,8%). Han precisado resecciones digestivas el 47,1%, y ostomías 1 paciente (5,9%). Durante el seguimiento han recidivado dos pacientes (11,8%) que han sido intervenidos de nuevo, para obtener una citorreducción CCO.

Conclusiones: La citorreducción y la administración de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica se ha mostrado como el procedimiento terapéutico de elección para el tratamiento de esta rara entidad. El tratamiento se debe realizar en centros con unidades especializadas en el manejo de la enfermedad peritoneal maligna y la carcinomatosis peritoneal. La serie estudiada muestra una morbilidad asociada alta, relacionada con la complejidad del procedimiento similar a la publicada en la literatura médica.

O-059. TRATAMIENTO RADICAL DEL PSEUDOMIXOMA PERITONEAL (PP): CIRUGÍA RADICAL (CR) MÁS QUIMIOHIPERTERMIA PERITONEAL (HIPEC). RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE REFERENCIA. SETENTA Y SIETE PACIENTES CONSECUKTIVOS

P. Barrios, I. Ramos Bernardo, O. Crusellas Maña, D. Sabia, J. Comas Isus, I. Masri Sauri, R. López Sterup y M. Martí

Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, San Joan Despí.

Introducción: El PP es un síndrome clínico que se manifiesta como un acumulo de mucina intraabdominal asociada con frecuencia a la presencia de voluminosas masas tumorales provocadas, fundamentalmente, por tumores mucinosos apendiculares de histología y agresividad biológica diferente. Su incidencia es de 1 caso/año/millón/habitantes. La CR +

HIPEC (técnica de Sugarbaker) es el tratamiento estándar con supervivencias a los 10 años del 27-85% de los pacientes, cifras muy superiores a las conseguidas mediante otros tratamientos utilizados. La correcta selección de los pacientes y la realización adecuada de cada una de las fases terapéuticas de este tratamiento multidisciplinar son elementos críticos en los resultados. La planificación y desarrollo de programas especializados en centros de referencia favorece la consecución de estos objetivos. Exponemos los resultados de una serie consecutiva de pacientes tratada dentro de un modelo territorial centralizado y altamente especializado: Programa de Carcinomatosis Peritoneal de Cataluña.

Material y métodos: De un total de 283 pacientes tratados de CP mediante CR + HIPEC en el Programa de Carcinomatosis Peritoneal de Cataluña, durante el periodo septiembre'06 a febrero'12, 77 (27,2%) pacientes correspondían a PP. 30 hombres y 47 mujeres. Edad media: 53,9 ± 11,2 años. Tipo histológico más frecuente: carcinomatosis mucinosa (43 casos, 55,9%), seguido de la adenomucosis típica (22 casos, 28,6%). 81,8% de los pacientes habían sido intervenidos previamente con un Prior Surgical Score de 3/4 en 37 casos (44,1%). El 26,0% habían recibido tratamientos quimioterápicos previos. Mediana de regiones anatómicas afectadas: 9 y un índice de cáncer peritoneal (PCI) de 16/39. En el 93,5% de los pacientes se logró CR (CCO/1). En todos los casos se practicó HIPEC en la modalidad abierta (coliseum). El fármaco intraperitoneal más utilizado fue el oxaliplatin (54,5%) durante 30 minutos previa quimioterapia endovenosa (quimioterapia bidireccional) o MitomicinaC + CDDP durante 60 minutos. Temperatura media de 42,5 °C. Tiempo quirúrgico medio: 365 minutos (rango 180-660). Estancia hospitalaria media: 13 días y UCI: 2 días.

Resultados: Tasa global de morbilidad: 39% (2 hemoperitoneos; 3 colecciones intrabdominales, una fístula pancreática y una hemorragia digestiva alta), que supusieron 6 reingresos no programados (7,8%). La mortalidad intrahospitalaria fue de 1,3% (1 paciente) y a 30 días de 0. La mediana de seguimiento se situó en 27,0 meses (1,2-63,5). Probabilidad acumulada de supervivencia a 36 meses del 87,4% (E.E. 6,0%), con una supervivencia media de 56,6 meses (IC95%: 52,1-61,1 meses).

Conclusiones: La baja incidencia y la existencia de diversas variantes histológicas dificultan el diagnóstico y retrasan el tratamiento en el PP. A pesar del escaso nivel de evidencia existente con el tratamiento de Sugarbaker, los buenos resultados clínicos publicados señalan a este tratamiento como el estándar terapéutico en esta patología. La CR en el PP puede ser compleja y agresiva requiriendo un alto nivel de especialización quirúrgica. La correcta selección de los pacientes, ausencia de intensas cirugías previas, la consecución de una CR, histología tumoral variante no carcinomatosis y la referenciación de esta patología a centros especializados en CP son factores relacionados con los resultados a corto y largo plazo.

O-060. CARCINOMATOSIS PERITONEAL (CP) DE ORIGEN GÁSTRICO. TRATAMIENTO RADICAL: CIRUGÍA RADICAL (CR) MÁS QUIMIOHIPERTERMIA PERITONEAL (HIPEC). RESULTADOS DEL PROGRAMA DE CARCINOMATOSIS PERITONEAL DE CATALUÑA

P. Barrios Sánchez, I. Ramos Bernardo, O. Crusellas Maña, S. González Martín, G. Galofré Pujol, V. González Santín y Y. Gobbini

Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, San Joan Despí.

Introducción: La CP de origen gástrico es frecuente. Puede detectarse durante la cirugía inicial del cáncer gástrico en el 15-50% de los pacientes que presentan infiltración tumoral de la serosa y en proporciones más elevadas si se buscan, mediante lavado peritoneal, células tumorales exfoliadas en cavidad abdominal. Además, la CP es la causa más común de fallo terapéutico en los tratamientos con intención curativa. Una vez establecida se asocia a supervivencias muy pobres con medianas describidas de 1-6 a 3-9 meses y nula a los 5 años. La quimioterapia sistémica aporta beneficios escasos en el control de los síntomas y en la supervivencia de estos pacientes. La CR + HIPEC, aplicada sobre grupos de pacientes seleccionados de CP gástrica, que presenten volumen tumoral peritoneal limitado (PCI < 10), nula o escasa ascitis, no adenopatías a distancia e histología de patrón clásico ofrece mejoras en la supervivencia, estadísticamente significativas, del orden de 21,3 meses de mediana y del 29,4% de los pacientes vivos a los 5 años. Presentamos los resultados de una serie consecutiva de pacientes tratada dentro de un modelo territorial centralizado y altamente especializado: Programa de Carcinomatosis Peritoneal de Cataluña.

Material y métodos: De un total de 283 pacientes tratados de CP mediante CR + HIPEC en el Programa de Carcinomatosis Peritoneal de Cataluña, durante el periodo septiembre 06 a febrero 12, 21 pacientes (7,4%) correspondían a CP gástrica. 17 mujeres y 4 hombres. Edad media: 49 ± 12 años. 7 pacientes intervenidos con CP sincrónica al tumor gástrico y el resto por recidiva peritoneal. Todos los pacientes habían recibido tratamientos quimioterápicos previos (hasta tres líneas), y cirugías previas con un Prior Surgical Score de 3/4 en 6 casos. Mediana de regiones afectadas: 3/13, y PCI de 5/39. 17 de los 21 pacientes fueron sometidos a cirugía CR completa. HIPEC: modalidad *coliseum*, con CDDP + doxorrubicina en 19 de los 21 pacientes durante 60 minutos a 42,5 °C de temperatura media. Tiempo quirúrgico medio: 379 minutos (rango 270-600). Estancia hospitalaria media: 16,5 días y de UCI: 2,0 días.

Resultados: Morbilidad global: 14,3% (3 pacientes), dos reintervenciones por suboclusión intestinal. No problemas relacionados con las suturas. Muertes a 30 días o intrahospitalaria: 0. Mediana de seguimiento: 8,2 meses (rango 1,0-34,2). Probabilidad acumulada de supervivencia a 12 meses: 61,8% (E.E. 12,4%) y supervivencia mediana de 20,6 meses (IC95%: 5,2-36,0 meses).

Conclusiones: Actualmente la CR + HIPEC es el estándar terapéutico en el pseudomixoma y mesotelioma peritoneal y la CP colorrectal y altamente recomendado en la CP gástrica con buenos niveles de evidencia basados en una buena revisión sistemática que resumió 13 ensayos clínicos controlados aleatorios. Aunque los resultados publicados siguen siendo pobres, respecto a los logrados en otras CPs, en esta patología son significativamente mejores que los descritos en los tratamientos control. La estricta selección de los pacientes con PCI bajos, logro de CR completa, histología tumoral no "anillo de sello", respuesta tumoral a la quimioterapia neoadyuvante y la referenciación de esta patología a centros especializados en CP son factores determinantes en los resultados a corto y largo plazo.

O-061. TRATAMIENTO RADICAL DE LA CARCINOMATOSIS COLORRECTAL: CIRUGÍA RADICAL (CR) MÁS QUIMIOHIPERTERMIA PERITONEAL (HIPEC). RESULTADOS DE UN PROGRAMA DE REFERENCIA. CIENTO DIEZ PACIENTES CONSECUTIVOS

P. Barrios Sánchez, I. Ramos Bernardo, O. Crusellas Maña, L. Viso Pons, S. Mompart García, L.I. Ortiz de Zárate, J. Castellví Valls, M. Martí y F. Fábregas Roca

Hospital de Sant Joan Despí Moisès Broggi, San Joan Despí.

Introducción: En el momento del diagnóstico del cáncer colorrectal el 10% de los pacientes presentan CP, cerca del 50% recaen después de un tratamiento con intención curativa y de estos, hasta el 30%, lo hacen exclusivamente a nivel peritoneal. Hasta ahora la CP colorrectal era tratada de forma paliativa mediante quimioterapia sistémica ± cirugía lográndose resultados escasos de supervivencia de entre 6 hasta 22 meses y sin supervivencias descritas a los 5 años. La CR + HIPEC (técnica de Sugarbaker) es actualmente el tratamiento de elección para los pacientes con CP colorrectal. Numerosos trabajos describen supervivencias a 5 años de hasta el 48% de los pacientes con morbilidad aceptable no superior a las descritas en patologías oncológicas quirúrgicas complejas. La correcta selección de los pacientes y la realización adecuada de cada una de las fases terapéuticas de este tratamiento multidisciplinar son elementos críticos en los resultados. La planificación y desarrollo de programas especializados en centros de referencia favorece la consecución de estos objetivos. Exponemos los resultados de una serie consecutiva de pacientes tratada dentro de un modelo territorial centralizado y altamente especializado: Programa de Carcinomatosis Peritoneal de Cataluña.

Material y métodos: De un total de 283 pacientes tratados de CP mediante CR+HIPEC en el Programa de Carcinomatosis Peritoneal de Cataluña, durante el periodo septiembre de 2006 a febrero de 2012, 110 pacientes (38,9%) correspondían a CP colorrectal. 53 hombres y 57 mujeres. Edad media: 54,0 ± 11,0 años. El 94,5% de los pacientes recibieron tratamientos quimioterápicos previos (hasta cuatro líneas) y el 91,8% cirugías anteriores con un Prior Surgical Score de 3/4 en el 73,4% de los casos. La mediana de las regiones anatómicas afectadas fue de 5, y el Peritoneal Cancer Index (PCI) de 11,5. El 98,2% de los pacientes recibieron CR completa. El número de procedimientos de peritonectomías realizadas (sobre 6) fue superior a 3 en el 61,85% de los pacientes. La HIPEC fue modalidad *coliseum* y en el 93,6% con quimioterapia bidireccional. El oxaliplatinio intraperitoneal se utilizó en el 85,5% de los casos durante 30 minutos 42,5 °C de

temperatura mediana. Tiempo quirúrgico medio: 349 minutos (rango 210-845). Estancia hospitalaria media: 15 días y UCI: 2,8 días.

Resultados: La morbilidad global fue del 19,1%, (hemoperitoneo: 4 pacientes, colección abdominal: 3 y fístula pancreática: 2. No hubo complicaciones relacionadas con las suturas digestivas ni casos de mortalidad a 30 días o intrahospitalaria. Mediana de seguimiento: 16,2 meses (rango 1,0-58,7). Probabilidad acumulada de supervivencia a 12 meses: 89,2%. Supervivencia mediana de 30,4 meses (IC95%: 23,1-37,6 meses) y prevista a 5 años del 41%.

Conclusiones: La CR + HIPEC se ha constituido en el estándar terapéutico de la CP colorrectal. Los resultados clínicos obtenidos con este tratamiento en todas las series publicadas superan a los del grupo control. La correcta selección de los pacientes, un PCI bajo/moderado, la consecución de una CR completa, una histología tumoral no "anillo de sello" y la referenciación de esta patología a centros especializados en CP son factores relacionados con los resultados a corto y largo plazo.

O-062. MESOTELIOMA PERITONEAL PRIMARIO MALIGNO. QUINCE AÑOS DE EXPERIENCIA CON LA TRIPLE TERAPIA COMBINADA. CITORREDUCCIÓN, QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL PERIOPERATORIA E HIPERTERMIA

A. Gómez Portilla¹, E. Martín¹, I. Olabarria¹, N. Guedé¹, N. Moraza¹, A. Vitoria¹, E. Fernández¹, C. Gómez Martínez de Lecea², C. Martínez de Lecea³, M. Kvadatze³ y B. Esurmendia⁴

¹Hospital San José, Hospital Santiago Apóstol, HUA, UPV, Vitoria. ²Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, Pamplona. ³Clínica USP-La Esperanza, Vitoria. ⁴Hospital Santiago Apóstol, Vitoria.

Introducción: El mesotelioma peritoneal maligno es la neoplasia primaria más común de la serosa peritoneal. Presenta un alto grado de agresividad local siendo rara su diseminación ganglionar y/o a distancia. El tratamiento tradicional con quimioterapia sistémica ofrece medianas de supervivencia alrededor de 12 meses. La aplicación de la triple terapia combinada de cirugía citorreductora (CR) junto con quimioterapia intraperitoneal perioperatoria, quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (QIIH) seguida de quimioterapia intraperitoneal postoperatoria precoz (QIPP), está posibilitando buenos resultados, incluso en casos seleccionados con intención curativa. Se presentan nuestra serie personal tratada con esta triple terapia combinada en nuestro Programa de Carcinomatosis Peritoneal del Hospital San José de Vitoria.

Material y métodos: En los últimos 15 años hemos tenido la oportunidad de atender a 11 pacientes afectos de mesotelioma peritoneal difuso primario maligno como responsable de su enfermedad diseminada peritoneal. 6 Mujeres y 5 varones con edad media de 44 años (rango 30-69 años). Ninguno tenía antecedentes laborales ni de contacto con asbestos. Todos ellos habían recibido al menos una cirugía previa antes de venir a nuestro Programa (rango 1-3 cirugías previas), mientras que solamente 3 pacientes habían recibido también quimioterapia sistémica como tratamiento adyuvante tras diagnóstico de confirmación como única alternativa terapéutica posible. Se estudia este grupo de pacientes.

Resultados: Se han realizado 21 citorreducciones en 11 pacientes por mesotelioma peritoneal difuso primario maligno, dado que 5 pacientes recibieron entre 2 y 6 citorreducciones sucesivas por recurrencia-persistencia de la enfermedad. A pesar de presentar un elevado PCI con mediana de 16,5 (rango 6-39), en todos los casos se consiguió una citorreducción completa CC0-CC1 al final de la cirugía, completándose el tratamiento de la enfermedad microscópica residual si la hubiere con la aplicación de quimioterapia intraperitoneal hipertérmica perioperatoria. La anatomía patológica demostró un mesotelioma bifásico sarcomatoso en dos ocasiones y un mesotelioma epitelial en los otros 9 pacientes. 7 pacientes presentaron algún tipo de complicación postoperatoria, en 4 casos (36,6%) la complicación obligó a una reintervención y 1 paciente (9%) falleció en el postoperatorio durante su ingreso, lo que justifica una estancia media hospitalaria de 22 días (rango 11-84 días). Con un seguimiento medio de 86 meses, han fallecido 4 pacientes por progresión de la enfermedad a los 4, 9, 11 y 92 meses de su citorreducción inicial, dos de ellos pacientes con mesotelioma difuso bifásico sarcomatoso. Los otros 6 pacientes (54,5%) permanecen vivos con una mediana de supervivencia de 68 meses sin evidencia de enfermedad residual en la actualidad.

Conclusiones: La cirugía citorreductora radical oncológica combinada con la aplicación de quimioterapia intraperitoneal perioperatoria, presenta buenos resultados con supervivencias prolongadas en casos seleccionados, si bien conlleva una elevada morbilidad. En nuestra experien-

cia los mesoteliomas bifásicos sarcomatosos deberían excluirse de este protocolo por lo agresivo de la enfermedad, e incluirse únicamente en esquemas terapéuticos convencionales con intención paliativa.

O-063. PSEUDOMIXOMA PERITONEAL. QUINCE AÑOS DE EXPERIENCIA CON LA TRIPLE TERAPIA COMBINADA. CITORREDUCCIÓN, QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL PERIOPERATORIA E HIPERTERMIA

A. Gómez Portilla¹, I. Olabarriá¹, E. Martín¹, N. Gude¹, N. Moraza¹, A. Vitoria¹, E. Fernández¹, C. Gómez Martínez de Lecea², M. Kvadatze¹, C. Martínez de Lecea Hervías³ y A. Reyhani⁴

¹Hospital San José, Vitoria. ²Facultad de Medicina, Universidad de Navarra, Pamplona. ³Clínica SP-La Esperanza, Vitoria. ⁴Hospital Santiago Apóstol, Vitoria.

Introducción: El pseudomixoma peritoneal inexorablemente conduce a la muerte del paciente si no es debidamente tratado. Estos pacientes hasta ahora han sido tratados clásicamente con intención paliativa con intervenciones repetidas evacuadoras o resecivas parciales junto con la administración de quimioterapia sistémica con esquemas no uniformes. Solamente la aplicación de la triple terapia combinada de cirugía citorreductora (CR) junto con quimioterapia intraperitoneal perioperatoria, quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (QIHF) seguida de quimioterapia intraperitoneal postoperatoria precoz (QIPP), ha permitido obtener supervivencias a largo plazo, e incluso curaciones en pacientes seleccionados.

Objetivos: Presentar nuestra experiencia en el tratamiento de pacientes afectos de esta rara patología, abordados siempre con intención curativa, mediante el Triple tratamiento combinado dentro de nuestro programa de Carcinomatosis Peritoneal del hospital San José de Vitoria.

Material y métodos: En los últimos 15 años hemos tenido la oportunidad de atender personalmente 30 pacientes afectos de pseudomixoma peritoneal difuso siguiendo el protocolo del Dr. Sugarbaker inicialmente y desde enero 2005 el protocolo del Dr. D. Elías. Presentamos esta serie de pacientes atendiendo a su situación clínica y estado de la enfermedad preoperatoriamente, intervenciones y tratamientos previos recibidos. Grado de citorreducción alcanzado. Complicaciones. Mortalidad y supervivencia inmediata y a largo plazo.

Resultados: Nuestra serie está compuesta por 18 pacientes varones y 12 mujeres con edad media de 51 años (31-72 años), todos ellos habían recibido entre 1 y 3 intervenciones quirúrgicas previas, y 30% de ellos al menos 1 tratamiento quimioterápico sistémico antes de ser atendidos por nosotros. A pesar del elevado índice de carcinomatosis peritoneal que presentaban en la citorreducción, mediana 27 (6-39), conseguimos erradicar la enfermedad macroscópica (CC0-CC1) en el 83% de las ocasiones, precisando una mediana de 4 peritonectomías parietales + 4 resecciones viscerales por paciente. Este tratamiento agresivo se tradujo en la duración de la intervención, mediana de 10 horas, en un 50% de complicaciones mayores, y una mortalidad de 3 pacientes (10%) que fallecieron durante su estancia hospitalaria. 16 pacientes (53%), permanecen vivos con una mediana de supervivencia es de 86 meses, 14 han superado los 5 años y 3 de ellos ya han superado 10 años.

Conclusiones: La aplicación de esta nueva estrategia de tratamiento combinado del pseudomixoma peritoneal avanzado multitratado y recidivante, ha permitido en nuestras manos conseguir con éxito el tratamiento con intención curativa de estos desafortunados pacientes, habiendo conseguido un control de la enfermedad en el 83% a corto plazo, y 53% a medio y largo plazo, pudiendo en ciertos casos presumir de la posible curación, cuando 14 de nuestros pacientes han superado 5 años y 3 de ellos siguen libres de enfermedad después de más de 10 años desde su citorreducción.

O-064. QUIMIOHIPERTERMIA INTRAPERITONEAL MEDIANTE TÉCNICA CERRADA EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER DE OVARIO AVANZADO

S. Sánchez García, P. Villarejo Campos, D. Padilla Valverde, J. Martín Fernández, C. López de la Manzanara, V. Muñoz Atienza, E.P. García Santos, F.J. Ruescas García, J.L. Bertelli Puche y R. Valle García

Hospital General Universitario de Ciudad Real, Ciudad Real.

Introducción: El tratamiento óptimo del cáncer epitelial de ovario avanzado (estadios II, III y IV FIGO) incluye la citorreducción completa y qui-

miohipertermia intraperitoneal. La técnica más utilizada para la aplicación de la quimiohipertermia intraperitoneal es la del "colliseum" descrita por Sugarbaker. No obstante, existe una tendencia, reflejada en la literatura científica, a adoptar técnicas con abdomen cerrado para la realización de la quimiohipertermia intraperitoneal, sin que existan aún circuitos de recirculación específicamente diseñados para este fin.

Objetivos: Desarrollo de un modelo de quimioterapia intraperitoneal con técnica cerrada y sistema de recirculación de CO₂. Presentamos los resultados iniciales del estudio piloto previo al ensayo clínico: "quimiohipertermia intraperitoneal con paclitaxel mediante técnica cerrada en el cáncer de ovario avanzado".

Material y métodos: Estudio piloto realizado en pacientes con diagnóstico inicial de carcinoma epitelial de ovario (estadio II, III y IV) o recidiva tumoral, en los que es posible la realización de citorreducción quirúrgica completa y a las se administra quimiohipertermia intraoperatoria con paclitaxel (175 mg/m²) durante 60 minutos mediante técnica cerrada y recirculación con CO₂. Posteriormente, las pacientes completaron el tratamiento con la administración intravenosa de paclitaxel y carboplatino (6 ciclos). Tras la citorreducción óptima, se colocarán 2 catéteres de entrada del fármaco, 2 catéteres de salida y un dispositivo intercambiador de gases en el punto más alto del abdomen, que permita ver el llenado de la cavidad abdominal de fluido.

Resultados: En las 9 pacientes intervenidas hasta la fecha, se ha conseguido una citorreducción completa en todas ellas (histerectomía, doble anexitomía, linfadenectomía pélvica e interaorto-cava y omentectomía). En algunos casos, fue necesario realizar resección de órganos con implantes macroscópicos (bazo, recto, bisegmentectomía hepática). En un caso no se completó el tratamiento completo debido a fuga de fluido con citostático por vagina, poniendo en marcha el protocolo de vertido de quimioterápico diseñado a tal fin. Las complicaciones postoperatorias observadas se relacionaron con moderada pancitopenia en dos casos, uno de ellos requirió el uso de factores estimuladores de colonias durante 48 horas. En todos los casos, se observó una estancia media hospitalaria de 9 días.

Conclusiones: La quimiohipertermia mediante técnica cerrada y recirculación de CO₂ se ha mostrado en el estudio piloto como una técnica segura que nos permite optimizar el tratamiento de las pacientes con cáncer de ovario. Con la técnica cerrada evitamos pérdidas de calor por exposición al medio externo y por tanto se pueden conseguir temperaturas intraabdominales más constantes y homogéneas. Esto implicaría mayor eficacia de la quimiohipertermia intraperitoneal y por tanto un mayor beneficio terapéutico. Además la recirculación con CO₂ a baja presión nos permite crear un flujo turbulento en el interior de la cavidad abdominal que separa superficies viscerales en contacto y mejora la distribución del fármaco en el interior del abdomen, en relación con las técnicas cerradas que se utilizan habitualmente. Por último, con el sistema cerrado, evitamos la posible contaminación por emisión de vapores.

O-065. MORBILIDAD RESPIRATORIA TRAS CITORREDUCCIÓN Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL INTRAOPERATORIA HIPERTÉRMICA (HIPEC) EN PACIENTES CON DISEMINACIÓN PERITONEAL OVÁRICA. ESTUDIO PROSPECTIVO

P. Cascales Campos, J. Gil Martínez, E. Gil, A. González, E. Llàtzer, P. Ramírez, A. Nieto, J.J. Parrilla y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: No está bien establecida la incidencia de complicaciones respiratorias y las causas que determinan la aparición de las mismas tras citorreducción e HIPEC en pacientes con diseminación peritoneal por cáncer de ovario. El objetivo del presente trabajo es analizar el tipo de complicaciones respiratorias y los factores asociados con su aparición en pacientes con diseminación peritoneal por carcinoma de ovario primario o recurrente sometidas a citorreducción quirúrgica de máximo esfuerzo y administración de HIPEC.

Material y métodos: 91 pacientes fueron incluidas en el periodo comprendido entre enero de 2008 y julio de 2011. Se registraron las complicaciones respiratorias graves (III-IV) y los factores asociados a las mismas. Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS v. 17.0 (Chicago, Illinois, EEUU), considerando diferencias estadísticamente significativas aquellas con un valor de la p < 0,05.

Resultados: 6 pacientes (8,7%) presentaron complicaciones grado III-IV en el postoperatorio. Tras el análisis univariante, fueron factores asocia-

dos con la misma la realización de peritonectomías diafragmáticas ($p = 0,022$), la necesidad de transfusión sanguínea intraoperatoria ($p = 0,031$) y el haber sido intervenidas en la primera mitad temporal de la serie ($p = 0,014$). La realización de peritonectomías diafragmáticas resultó ser el único factor que mostró asociación estadísticamente significativa con la aparición de complicaciones respiratorias en el análisis multivariante (OR:15, IC95%: 1,397-161,045, $p = 0,024$).

Conclusiones: La realización de complejos procedimientos de citorreducción en el diafragma está asociada a la aparición las mismas, especialmente el derrame pleural. La realización de este tipo de procedimientos en centro con experiencia y alto volumen de enfermos permite, como en nuestro estudio, el ajuste de complicaciones postoperatorias en base a la adecuada realización de una curva de aprendizaje.

O-066. ESTUDIO PROSPECTIVO DE LA MORBILIDAD Y MORTALIDAD ASOCIADA A LA CITORREDUCCIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL INTRAOPERATORIA HIPERTÉRMICA EN PACIENTES CON DISEMINACIÓN PERITONEAL POR CÁNCER DE OVARIO

P. Cascales Campos, J. Gil, A. González, E. Gil, A. Nieto, J.J. Parrilla, F. Barceló, P. Galindo y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: El objetivo de este estudio es analizar el tipo de complicaciones postoperatorias aparecidas tras citorreducción de máximo esfuerzo y administración de quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC) en pacientes con carcinoma de ovario primario o recurrente.

Material y métodos: Desde enero de 2008 hasta julio de 2011 un total de 100 pacientes con el diagnóstico de carcinomatosis peritoneal de origen ovárico han sido incluidas para la realización de citorreducción quirúrgica de máximo esfuerzo con procedimientos de peritonectomía e HIPEC. Los datos referentes a la morbilidad y mortalidad fueron recogidos de forma prospectiva. Los eventos adversos fueron clasificados de acuerdo con los criterios de toxicidad del Instituto Nacional del Cáncer (NCI-CTC versión 3.0). Se consideraron complicaciones menores aquellas que no precisaron tratamiento o precisaron para su resolución tratamiento médico (grado II) y complicaciones moderadas aquellas que precisaron procedimientos invasivos (grado III). Las complicaciones graves (grado IV) precisaron para su resolución una nueva intervención quirúrgica o el ingreso de la paciente en UCI. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS v. 17, considerando como significativos aquellos resultados con una $p < 0,05$.

Resultados: 29 complicaciones postoperatorias relacionadas con el procedimiento fueron detectadas en 25 pacientes (27%). Un resumen del tipo y gravedad de las complicaciones postoperatorias queda reflejado en la tabla 2. 15 de las complicaciones, en 14 pacientes (15%), fueron leves (grado I-II) y 14 complicaciones fueron etiquetadas como graves (grado III-IV) en 11 pacientes (12%). Las complicaciones más frecuentes fueron las gastrointestinales, en 10 pacientes (11%), siendo el ileo paralítico la más frecuente. El análisis univariante demostró que el grado de extensión de la enfermedad, en el subgrupo de pacientes con un PCI > 12 ($p = 0,000$), la realización de anastomosis digestivas ($p = 0,01$), especialmente la anastomosis de colon ($p = 0,001$), la realización de procedimientos de peritonectomía diafragmática ($p = 0,000$), la transfusión sanguínea intraoperatoria ($p = 0,006$), la realización de una citorreducción CC-1 ($p = 0,001$) y el tiempo operatorio prolongado ($p = 0,011$) fueron factores relacionados con la aparición de complicaciones en el postoperatorio. En el análisis multivariante solamente la presencia de un PCI > 12 resultó ser un factor independiente predictivo de complicaciones (OR = 2,942, IC95%: 1,892-9,594 $p = 0,044$). Al analizar la aparición de complicaciones graves (grado III-IV), el análisis univariante demostró la asociación de estas con un valor de PCI > 12 ($p = 0,007$), la realización de anastomosis digestivas ($p = 0,023$) y la realización de procedimientos de peritonectomía diafragmática ($p = 0,049$). En el análisis multivariante además del PCI > 12 (OR = 6,692, IC95%: 1,974-45,674, $p = 0,032$), la realización de anastomosis digestivas (OR = 4,987, IC95%: 1,350-27,620, $p = 0,046$) fueron factores que de forma independiente se relacionaron con la aparición de complicaciones graves.

Conclusiones: En conclusión, la realización de citorreducción quirúrgica y la aplicación de HIPEC puede realizarse con aceptables cifras de morbilidad postoperatoria y con una mortalidad del 0%. El conocimiento de los factores asociados a la aparición de complicaciones determinará un me-

jor manejo del mismo, especialmente en el desarrollo de una adecuada curva de aprendizaje.

O-067. ANÁLISIS DE LAS NECESIDADES TRANSFUSIONALES INTRAOPERATORIAS EN PACIENTES SOMETIDOS A CITORREDUCCIÓN E HIPEC POR CARCINOMATOSIS PERITONEAL OVÁRICA. CAUSAS Y VÍAS DE MEJORA

P. Cascales Campos, J. Gil, E. Gil, A. González, A. Nieto, F. Barceló, J.J. Parrilla, P. Galindo y P. Parrilla

Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca, Murcia.

Introducción: La presencia de anemia no es infrecuente en pacientes oncológicos que han sido tratados con quimioterapia sistémica. La corrección de la anemia preoperatoria ha demostrado disminuir las necesidades intraoperatorias de trasfusión. Éste es un factor que ha demostrado estar relacionado con la aparición de complicaciones. El objetivo del presente estudio es el de determinar las tasas de transfusión intraoperatoria así como los factores asociados a la misma.

Material y métodos: Desde enero de 2008 hasta julio de 2011 un total de 100 pacientes con el diagnóstico de carcinomatosis peritoneal de origen ovárico han sido incluidas para la realización de citorreducción quirúrgica de máximo esfuerzo con procedimientos de peritonectomía e HIPEC. Se analizaron las variables preoperatorias e intraoperatorias relacionadas con la necesidad, durante el acto quirúrgico, de transfusión de hemoderivados. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico SPSS v. 17, considerando como significativos aquellos resultados con una $p < 0,05$.

Resultados: En el análisis univariante, fueron factores que se relacionaron con una necesidad de transfusión intraoperatoria el haber sido sometidas a cirugías previas, la administración de quimioterapia previa, niveles de hemoglobina < 12, una alta carga tumoral cuantificada mediante el PCI, la necesidad de realizar durante la cirugía algún tipo de linfadenectomía, un tiempo operatorio prolongado, un citorreducción incompleta y el formar parte de la primera mitad de la serie. Además, las pacientes en las que fue precisa la transfusión sanguínea intraoperatoria mostraron mayores tasas de complicaciones postoperatorias. Tras el análisis multivariante, fueron factores independientes relacionados con la necesidad de transfusión intraoperatoria la presencia preoperatoria de unos niveles de hemoglobina < 12 (OR = 4,269, IC95%: 1,361-13,389, $p = 0,013$) y el haber sido intervenidas en la primera mitad de la serie (curva de aprendizaje) (OR = 0,209, IC95%: 10,067-0,652, $p = 0,007$).

Conclusiones: Las tasas de transfusión intraoperatoria en pacientes sometidos a citorreducción e HIPEC pueden modificarse mediante la corrección de la anemia preoperatoria y una adecuada curva de aprendizaje.

O-068. RESULTADOS DE MORBIMORTALIDAD Y SUPERVIVENCIA EN MÁS DE 300 PACIENTES CON CARCINOMATOSIS PERITONEAL INTERVENIDAS MEDIANTE PROCEDIMIENTOS DE PERITONECTOMÍA Y HIPEC (1996-2011)

F.C. Muñoz Casares, A. Arjona Sánchez, F.J. Medina Fernández, R. Ortí Rodríguez, D. Ayllón Terán, A. Padial Aguado, E. Navarro Rodríguez, A. Prada Villaverde, J.L. Medina Almansa y S. Rufián Peña

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Objetivos: El abordaje de la carcinomatosis peritoneal durante las últimas dos décadas, mediante procedimientos de peritonectomía con quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC), ha conseguido mejorar las expectativas de vida de estos pacientes. Sin embargo, son aún escasas las instituciones que realizan estos procedimientos dada la morbilidad y mortalidad que se les supone. Analizamos nuestra experiencia basada en dieciséis años utilizando dicho proceder quirúrgico radical, en términos de morbilidad, mortalidad y supervivencia.

Material y métodos: Estudio retrospectivo sobre base de datos prospectiva (1996-enero 2012) de 336 pacientes intervenidos en nuestra Unidad con procedimientos de peritonectomía e HIPEC. El análisis estadístico y el cálculo de la función de supervivencia mediante el método de Kaplan Meier se realizaron con el programa informático SPSS 15.0 para Windows.

Resultados: De los 336 pacientes intervenidos, el 86% eran mujeres y el 10,4% superaban los 70 años de edad (rango 19-80). Un 2% de pacientes

(7/336) que recibieron este tratamiento, padecían carcinoma ovárico avanzado sin evidencia de carcinomatosis en el estudio anatomopatológico definitivo ("carcinoprofilaxis"). El PCI medio (Índice Cáncer Peritoneal) de los pacientes con carcinomatosis peritoneal fue $15,8 \pm 8,0$ (3-38) y la mediana del tiempo quirúrgico de 7 horas (4-11). El origen ovárico (estadios III-IV FIGO) con un 61,6% representó la causa más frecuente de estas intervenciones, seguido del pseudomixoma (16,7%), carcinomatosis colorrectal (12,5%), mesotelioma (3%), carcinomatosis peritoneal (1,8%), carcinomatosis gástrica (1,2%), carcinomatosis peritoneal primaria (1,2%) y otras. La citorreducción óptima (CC0-CC1) se consiguió en 92,3% de pacientes (CC0 en 70,8%). Todos los estadios IV con enfermedad sistémica (16,7%) mostraron respuesta a quimioterapia previa. Los procedimientos de peritonectomía fueron extensos o completos en el 70,2% de los pacientes y pélvicos o localizados en el 29,8%. En el 60% de los pacientes se realizó resección intestinal con al menos una anastomosis. La morbilidad postoperatoria global fue del 29,8% (morbilidad grave, grados 3 y 4, del 13,5%) y la mortalidad postoperatoria del 2,1% (7/336). La estancia postoperatoria mediana de 12 días (6-132) y la supervivencia global de la serie a 5 años del 50% (61% en CC0), siendo del 73% cuando $PCI < 10$, del 46% cuando PCI de 10-20 y del 30% si $PCI > 20$. En base al origen tumoral, las mejores supervivencias globales a 5 años (sin distinguir estadios III o IV, tipo histopatológico, grado de citorreducción ni PCI), se obtuvieron en mesotelioma (67%) y pseudomixoma peritoneal (66%).

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

O-069. LA MORBIMORTALIDAD PERIOPERATORIA DEL TRATAMIENTO RADICAL DE LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL: CIRUGÍA RADICAL (CR) MÁS QUIMIOHIPERTERMIA PERITONEAL (HIPEC) NO ES UNA OBJECIÓN JUSTIFICADA A ESTA PROPUESTA TERAPÉUTICA. TRESIENTOS CINCO PROCEDIMIENTOS CONSECUITIVOS: MORTALIDAD POSTOPERATORIA: 0%

P. Barrios Sánchez, I. Ramos Bernado, O. Crusellas Maña, D. Sabia, R. Memba Ikuga, F. Mata Sancho y M. Martí

Hospital Moisès Broggi, Sant Joan Despí.

Introducción: El tratamiento radical de la carcinomatosis peritoneal (CP) mediante la CR + HIPEC (técnica de Sugarbaker), es un tratamiento multidisciplinar invasivo habitualmente utilizado en pacientes frágiles con alta potencialidad complicatoria. Desde su descripción, una supuesta irreproductibilidad de los resultados descritos por Sugarbaker, limitaciones en los niveles de evidencia, alta agresividad y coste del tratamiento, repercusiones negativas sobre la calidad de vida, junto, a índices intolerables de morbi-mortalidad han sido objeciones limitantes en su aplicación clínica. A pesar de ello, actualmente es estándar terapéutico de la CP colorrectal y apendicular, del pseudomixoma peritoneal y del mesotelioma peritoneal y altamente recomendable en otras CPs (carcinoma de ovario primario/recurrente, CP gástrica...). Las complicaciones varían en relación a la experiencia del equipo quirúrgico, con morbilidad global publicada del 30-65% (grado III-IV), quirúrgica específica del 30% y mortalidad del 0 al 14%, cifras no superiores a las descritas para ciertos procedimientos de cirugía mayor digestiva. Presentamos los resultados clínicos de una amplia serie consecutiva de pacientes sometidos a CR + HIPEC por el mismo equipo quirúrgico dentro de un programa asistencial centralizado y referente de tratamiento de la CP, haciendo especial referencia a los resultados de morbi-mortalidad postoperatoria.

Material y métodos: 305 procedimientos de CR + HIPEC realizados en 283 pacientes (septiembre 2006/febrero de 2012). 106 varones y 177 mujeres. EM: 53,1 años. 110 (38,9%) pacientes afectos de CP de colon, 77 (27,2%) de pseudomixomas peritoneales, 42 (14,8%) de tumores recurrentes de ovario, 21 (7,4%) de CP gástricas y 33 (11,7%) de otras patologías (mesoteliomas peritoneales...). Recibieron quimioterapia previa el 79,9% y cirugías previas el 91,2% con PSS de 3/4 en más del 50% de los pacientes. Regiones afectadas: 6,5/13 y mediana de PCI: 13/39. CR se logró en el 95,4% de los pacientes. La HIPEC fue modalidad coliseum con fármacos y tiempo de exposición relacionados con el tipo de CP. Temperatura media: 42,5 °C. Tiempo quirúrgico medio: 368 minutos (rango 180-845). EM: 13 días y estancia en UCI: 2 días.

Resultados: Morbilidad global: 29% (hemoperitoneo: 9, colecciones intrabdominales: 8, occlusiones intestinales: 2, fistulas pancreáticas: 2). Reintervenciones quirúrgicas: 3,4%. Reingresos hospitalarios no previstos: 4,6%. Mortalidad (30 días): 0. Mortalidad intrahospitalaria: 0,4% (1 pac). Mediana de seguimiento: 19,5 meses (rango 1,63 m). Probabilidad acumulada de supervivencia a 12 meses: 90,2%. Mediana de supervivencia: 43,8 m. Recidivas peritoneales: 61 pac (17 de ellos recibieron nueva CR + HIPEC).

Conclusiones: La planificación e implementación clínica de un programa de tratamiento de la CP mediante la técnica de Sugarbaker debe incluir elementos como la formación técnico/científica del equipo quirúrgico, el uso de protocolos asistenciales validados y una estricta selección de las patologías y pacientes potencialmente beneficiables. Supervivencias de 5 años, en cualquiera de los tipos de CP así tratados, son posibles en este contexto asistencial a expensas de tasas de morbilidad global inferiores al 30%, índices de reintervenciones del 3,4% y mortalidad a 30 días del 0%. Las autoridades sanitarias, junto, a las respectivas sociedades científicas deberían participar en la planificación y acreditación de los centros y en la evaluación de sus resultados.

O-070. NUESTRA EXPERIENCIA CON PROCEDIMIENTOS DE PERITONECTOMÍA Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL INTRAOPERATORIA HIPERTÉRMICA EN LA CARCINOMATOSIS PERITONEAL OVÁRICA (1996-2011)

F.C. Muñoz Casares, A. Arjona Sánchez, D. Ayllón Terán, R. Ortí Rodríguez, A. Padial Aguado, F.J. Medina Fernández, E. Navarro Rodríguez, A. Prada Villaverde, J.L. Medina Almansa, M.J. Rubio Pérez y S. Rufián Peña

Hospital Universitario Reina Sofía, Córdoba.

Objetivos: La carcinomatosis peritoneal en la mujer tiene con frecuencia un origen ovárico, siendo este, la causa más frecuente de muerte por cáncer ginecológico en el mundo desarrollado y globalmente la quinta causa de muerte por cáncer en la mujer. Actualmente, el tratamiento que mejores resultados y expectativas de vida ofrece a estas pacientes es el que incluye la cirugía citorreductora radical con procedimientos de peritonectomía y quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC), dado que la citorreducción óptima sin residuo tumoral macroscópico representa el factor pronóstico por excelencia. Analizamos nuestra experiencia y resultados tras diecisésis años realizando estos procedimientos.

Material y métodos: Estudio retrospectivo (1996-1999), prospectivo (2000-2011) y multivariante de 200 pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen ovárico (estadios III-IV de FIGO), intervenidas en nuestra Unidad con procedimientos de peritonectomía + HIPEC. El análisis estadístico se realizó con el programa informático SPSS 15.0 para Windows.

Resultados: De las 200 pacientes del estudio con una edad media de 56 años (19-80), un 11% superaban los 70 años y el 20,5% presentaban estadio IV de FIGO con respuesta positiva a quimioterapia neoadyuvante. Del total de pacientes de la serie, 59% tenían carcinomatosis peritoneal ovárica primaria y 41% con carácter recurrente/persistente. El tipo seroso papilar fue la variante histológica predominante (63,5%). El PCI medio global fue de $14,4 \pm 6,7$ (3-30). El 70% de las pacientes tenían $PCI \geq 10$ y un 22,5% $PCI > 20$. En 143 pacientes (71,5%) los procedimientos de peritonectomía fueron extensos o totales. En el 58,5% fue preciso realizar resecciones intestinales únicas o múltiples. La citorreducción óptima-R0 se alcanzó en 71% de pacientes (óptima R0-R1 en 91,5%). En 37% los ganglios linfáticos, tras linfadenectomía, fueron positivos. La mediana de tiempo quirúrgico fue de 6 horas (rango: 4-10) y la mediana de estancia postoperatoria 11 días (rango: 6-132). La morbilidad quirúrgica grave (grados III-IV de Dindo-Clavien) fue del 14% y global del 36%, con una mortalidad postoperatoria a 30 días del 1% (2/200) y global de 1,5%. La supervivencia global a cinco años fue del 46%, del 57% si R0, 62% en estadio III con R0, 73% si además tenían $PCI < 10$, alcanzando el 76% si además eran ganglios linfáticos negativos. El grado de citorreducción, nivel de PCI y la afectación ganglionar linfática fueron covariables predictoras de supervivencia.

Conclusiones: La citorreducción máxima con procedimientos de peritonectomía y HIPEC representa actualmente una opción terapéutica para la carcinomatosis peritoneal ovárica, con aceptable morbimortalidad en centros con experiencia, y resultados de supervivencia muy superiores a los conocidos con otros tratamientos. Es imprescindible conocer la carga tumoral o PCI de las pacientes para poder comparar los resultados de supervivencia obtenidos, incluso con citorreducción R0.