

Oncología digestiva

LA DESCAMACIÓN CELULAR COMO INDICADOR DE TOXICIDAD INTESTINAL EN LOS PACIENTES SOMETIDOS A RADIOTERAPIA

E. Varela, M. Antolín, F. Guarner, J. Giralt y J.R. Malagelada
Unidad de Investigación de Aparato Digestivo y Servicio de Radioterapia. Ciudad Sanitaria Valle de Hebrón. Barcelona.

Introducción: La radioterapia pélvica, puede ocasionar lesiones de la mucosa y de los vasos del intestino. El epitelio intestinal es muy sensible a la radioterapia, que detiene la proliferación de las células de las criptas y que lleva a una atrofia de las vellosidades y denudación de la mucosa. La toxicidad aguda se manifiesta con cuadros de diarrea, colitis y proctitis. No existe ningún indicador biológico que refleje la toxicidad intestinal.

Objetivo: Estudiar si la descamación del intestino se relaciona con la toxicidad intestinal aguda en los pacientes sometidos a radioterapia pélvica.

Material y métodos: Se estudiaron 23 pacientes sometidos a radioterapia pélvica, por diversos procesos tumorales: neoplasia de recto 56,5%, de endometrio 21,7%, de cérvix 13,1% y de próstata 8,7%. Se recogieron 4 muestras de heces de cada uno de los pacientes (antes de empezar la radioterapia, entre la segunda y tercera semana, al finalizar el tratamiento y a las dos semanas postratamiento) en las que se midió la descamación celular mediante la determinación cuantitativa por técnica de PCR del gen de la betaglobina en el ADN purificado. Los resultados se expresaron en copias de ADN/mg de peso seco. Paralelamente a la recogida de muestras se determinó el grado clínico de toxicidad aguda mediante la escala de toxicidad CTC (Common Toxicity Criteria), que valora el grado de diarrea, colitis y proctitis en una escala de 0 a 4. Se elaboró un índice de toxicidad total equivalente a la suma del grado de diarrea, colitis y proctitis. La heterogeneidad de grupos según el grado de toxicidad se estableció mediante análisis de Kruskal-Wallis y la relación entre variables mediante el coeficiente de correlación de Spearman.

Resultados: Los valores de descamación celular en relación con el grado de diarrea fueron, mediana (rango): grado 0, $2,11 \times 10^3$ ($6,96 \times 10^1 - 4,60 \times 10^4$); grado 1, $4,17 \times 10^3$ ($3,86 \times 10^2 - 1,06 \times 10^6$); grado 2, $3,25 \times 10^4$ ($1,15 \times 10^3 - 3,42 \times 10^6$) y grado 3, $1,07 \times 10^4$ ($7,95 \times 10^2 - 6,19 \times 10^6$). El análisis de la variancia fue significativo ($p = 0,006$) y también lo fue la correlación entre las dos variables ($r = 0,33$, $p = 0,002$). La correlación con el índice de toxicidad total fue significativa ($r = 0,33$, $p = 0,002$) así como el análisis de la variancia ($p = 0,039$).

Conclusiones: La descamación celular de la mucosa intestinal puede ser un buen indicador de la toxicidad en la radioterapia pélvica.

EVALUACIÓN DEL GEN PARVG COMO POSIBLE GEN SUPRESOR DE TUMOR EN EL CÁNCER COLORRECTAL

S. Castellví-Bel, A. Castells, C.N. Johnstone*, V. Piñol, M. Pellisé, J.I. Elizalde, N. Romo, A.K. Rustgi* y J.M. Piqué
Servicio de Gastroenterología. IMD. Hospital Clínic. Barcelona.
 *Departamentos de Gastroenterología y Genética. University of Pennsylvania. Filadelfia.

Introducción: El desarrollo y progresión del cáncer colorrectal (CCR) tiene lugar como un proceso de etapas consecutivas que requiere la activación de oncogenes y la inactivación de genes supresores de tumor. Recientemente, nuestro grupo ha identificado una región mínima de delección en el cromosoma 22 (22q13.3) involucrada en el CCR y el cáncer de mama, lo cual es altamente sugestivo de la existencia de uno o más genes supresores en esta área. Hasta el momento, se han evaluado tres potenciales genes localizados en esta región (*NBK*, *ARHGAP8* y *pp610*), pero el análisis mutacional correspondiente ha descartado su implicación. *PARVG*, también localizado en la región 22q13.3, codifica para una proteína (*g-parvin*) que presenta una expresión reducida en determinadas líneas celulares tumorales, lo cual lo convierte en un potencial candidato a gen supresor de tumor.

Objetivo: Evaluar la implicación de *PARVG* en la patogenia del CCR y del cáncer de mama como posible gen supresor de tumor localizado en el brazo largo del cromosoma 22.

Pacientes y método: Se incluyeron 91 pacientes afectados de CCR ($n = 55$) o cáncer de mama ($n = 36$), de los cuales se disponía de muestras apareadas de ADN genómico tumoral y no tumoral. El análisis mutacional del gen *PARVG* se realizó mediante la técnica de SSCP (*single-strand conformation polymorphism*) para todos los exones codificantes (del 4 al 15), utilizando oligonucleótidos específicos de las regiones intrónicas próximas a los puntos de *splicing*. Todos los patrones de migración anómala se secuenciaron con tal de discernir su naturaleza.

Resultados: El análisis mutacional demostró múltiples patrones de migración anómala, todos ellos presentes tanto en la muestra tumo-

ral como no tumoral. Además, su secuenciación confirmó que se trataba de variantes o polimorfismos sin significado patogénico:

	Nucleótido	Aminoácido	Localización
Variantes <i>missense</i>	358G>C	Gly27Ala	Exón 5
	583A>G	Gln102Arg	Exón 7
	648G>A	Ala125Thr	Exón 7
	755C>A	Asn159Lys	Exón8
Polimorfismos comunes	1073C>G	Pro265Pro	Exón 13
	IVS14-25T>C		Intrón 14
Polimorfismos raros	449T>G	Thr57Thr	Exón 6
	758C > T	Val160Val	Exón 8
	IVS9-35delTT		Intrón 9
	911A>G	Ala211Ala	Exón 11
	IVS11+4G>C		Intrón 12
	IVS11-23G>T		Intrón 12
	1197C>A	Arg307Arg	Exón 15

Conclusión: Los resultados de este estudio indican que *PARVG* no es el gen supresor de tumor localizado en el cromosoma 22 implicado en la patogenia del CCR y cáncer de mama.

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUALES Y FAMILIARES ASOCIADAS AL DESARROLLO DE NEOPLASIAS SINCRÓNICAS EN PACIENTES CON CÁNCER COLORRECTAL. ESTUDIO PROSPECTIVO, MULTICÉNTRICO, DE ÁMBITO ESTATAL, EN POBLACIÓN GENERAL

Grupo de Oncología Digestiva de la Asociación Española de Gastroenterología.

Introducción: Los individuos con cáncer colorrectal (CCR) tienen un elevado riesgo de desarrollar neoplasias (adenoma o carcinoma) sincrónicas o metacrónicas en el colon y/o recto. Esta situación, conocida como multicentricidad tumoral, es muy común en el CCR hereditario no poliposis (CCHNP), pero también ocurre en formas no relacionadas con esta entidad. En la actualidad, se desconoce el trastorno molecular subyacente, así como qué individuos tienen un mayor riesgo de presentar esta alteración, hecho que puede tener importantes implicaciones en el manejo de estos pacientes.

Objetivo: Identificar las características individuales y/o familiares asociadas al desarrollo de neoplasias sincrónicas en los pacientes con CCR.

Pacientes y método: Entre noviembre de 2000 y octubre de 2001, se incluyeron todos los pacientes con CCR diagnosticados en 25 centros españoles. Para este análisis, se excluyeron los pacientes con CCR desarrollado en el contexto de una poliposis adenomatosa familiar o una enfermedad inflamatoria intestinal, aquéllos de los que no se disponía de una historia familiar adecuada y aquéllos sin una exploración exhaustiva colorrectal. Se recogieron los datos demográficos, clínicos y tumorales de cada paciente, su historia familiar oncológica, y la existencia de lesiones colorrectales sincrónicas. Se realizó un análisis univariante y multivariante (regresión logística) con el fin de identificar los parámetros asociados con el desarrollo de una neoplasia sincrónica.

Resultados: La población de estudio fue de 1.522 pacientes. De ellos, 505 (33%) pacientes presentaron una neoplasia colorrectal sincrónica, ya sea adenoma (n = 411), carcinoma (n = 27) o ambos (n = 67). El desarrollo de estas lesiones se correlacionó de manera independiente con el género masculino (OR: 1,90; IC del 95%: 1,49-2,42), el antecedente personal de adenoma colorrectal (OR: 2,73; IC del 95%: 1,41-5,23), el antecedente familiar de CCR (OR: 1,79; IC del 95%: 1,01-3,16) o cáncer gástrico (OR: 2,19; IC del 95%: 1,20-3,98), la localización proximal del CCR (OR: 1,40; IC del 95%: 1,08-1,79), los tumores mucosecretorios (OR: 1,54; IC del 95%: 1,08-2,19) y un estadio tumoral más precoz (OR: 1,52; IC del 95%: 1,20-1,91).

Conclusión: La identificación de características personales y familiares asociadas a la presencia de neoplasias sincrónicas en pacientes con CCR permite seleccionar un subgrupo de individuos con un mayor riesgo de multicentricidad tumoral. La confirmación de que este

riesgo se correlaciona con una mayor probabilidad de desarrollar nuevas lesiones postoperatorias, favorecería la individualización de las estrategias de vigilancia, ofreciendo un seguimiento endoscópico más intensivo a aquellos pacientes con dichas características.

TRATAMIENTO PERCUTÁNEO DEL CARCINOMA HEPATOCELULAR NO QUIRÚRGICO. PREDICTORES DE SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO EN UNA COHORTE DE 274 PACIENTES

M. Sala¹, J.M. Llovet¹, R. Vilana², L. Bianchi², C. Ayuso², C. Brú² y J. Bruix¹

¹Oncología Hepática. Servicio de Hepatología. ²Departamento de Radiodiagnóstico. IDIBAPS. Hospital Clínic. Universitat de Barcelona.

Los predictores de supervivencia a largo plazo de pacientes con carcinoma hepatocelular (CHC) tratados con ablación percutánea no son conocidos.

Se ha evaluado de forma prospectiva la eficacia antitumoral, supervivencia y predictores de supervivencia de una cohorte de 274 pacientes con CHC tratados mediante inyección intratumoral de alcohol etílico (IAE, 196), radiofrecuencia (RF, 48), o embolización seguida de IAE (EA-IAE) de acuerdo con un esquema terapéutico preestablecido, durante un período de 15 años. Todos los pacientes (edad 67 ± 7 años, 179 varones; 227 VHC+; Child Pugh A/B: 190/84; BCLC-A: 256) eran cirróticos. Estadio tumoral: únicos 238 (≤ 3 cm: 146, 3-5 cm: 81, > 5 cm: 11), 2-3 nódulos 36 (≤ 3 cm: 21, cualquiera > 3 cm: 15).

La respuesta completa (RC) se alcanzó en 187 pacientes (68%) estando relacionada de forma independiente con el estadio tumoral (p = 0,001) y diámetro del nódulo principal (p = 0,001) (≤ 3 cm: 84%, > 3 cm: 56%, 2-3 nódulos: 40%), pero no del tipo de tratamiento; 74 pacientes (28%) consiguen una respuesta completa mantenida.

Con una mediana de seguimiento de 25 m, 157 pacientes habían fallecido, con una supervivencia al 1, 3, 5 y 10 años del 86%, 50%, 30%, 5%, respectivamente. Los predictores independientes de supervivencia fueron la clasificación de Child Pugh (OR: 1,6, IC del 95%: 1,1-2,4, p = 0,006), la respuesta completa (OR: 1,8, IC del 95%: 1,2-2,6, p = 0,002), la actividad de protrombina (OR: 0,65, IC del 95%: 0,45-0,95, p = 0,028) y el nitrógeno ureico sérico (BUN) (OR: 1,6, IC del 95%: 1,1-2,3, p = 0,008). De esta forma, se pueden identificar cuatro grupos de pacientes: los mejores candidatos (Child A seleccionados con RC = 34), los candidatos intermedios (Child A no seleccionados con RC = 98), los malos candidatos (Child A con fracaso = 56 o Child B con RC = 55) y los peores candidatos (Child B con fracaso = 27) que alcanzan una supervivencia a los 5 años del 65, 35, 20, y 5%, respectivamente (test de rangos logarítmicos = 0,0001).

Conclusión: La ablación percutánea puede mejorar la supervivencia en pacientes bien seleccionados con tumores de pequeño tamaño en los cuales el tratamiento induce una respuesta completa.

CIRUGÍA LOCAL DEL CÁNCER DE RECTO MEDIANTE MICROCIRUGÍA ENDOSCÓPICA TRANSANAL (TEM). EXPERIENCIA EN 77 CARCINOMAS

J. Serra, F.J. Lorente, J.L. López Negre, P. Gris, D. Cabello, B. Calahorra y J. Urgellés

Unidad de Coloproctología. Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo. Hospital Sant Boi. Sant Boi de Llobregat. Barcelona.

Introducción: Desde principios de 1997, iniciamos un programa de estudio prospectivo para la selección de tumores rectales candidatos a cirugía local mediante TEM.

Objetivo: Estudio prospectivo sobre nuestra experiencia en 77 carcinomas.

Material y método: Todo tumor rectal diagnosticado fue sometido a un protocolo de estudio que constaba de: ecografía endorrectal, colonoscopia total con biopsia multifocal, encuesta de función esfinteriana, ecografía abdominal y CEA. Los pacientes que según su estadificación eran candidatos a TEM, se clasificaron en los si-

guientes grupos: I) tumores benignos; II) carcinomas uTO y uTi con uNO (intención curativa); III) carcinomas uT2-uNO, bajo grado histológico (indicación consensuada); IV) carcinomas de estadificación superior con intención paliativa. Los límites técnicos venían definidos por la altura de la tumoración (20 cm posteriores y 15 cm anteriores y laterales). Todos los pacientes eran preparados pre y peroperatoriamente según el protocolo de pacientes sometidos a TEM. Cuando la sospecha era de carcinoma la resección fue de pared completa. El seguimiento endoscópico, ecográfico y CEA se realizaron cada 3 meses durante el primer año, cada 4 meses durante el segundo y tercero y cada 6 meses hasta el quinto.

Resultados: Desde principios de 1997, se han intervenido un total de 77 carcinomas, procedentes de 21 centros diferentes. Varones 43 (55%) y 34 (45%) mujeres. La edad era comprendida entre 42 y 80 años, con una media de 64,5 años. La localización del tumor fue entre 0-6 cm del margen anal 8 pacientes, entre 7 y 14 cm 58 pacientes y entre 15 y 19 cm 11 pacientes. Complicaciones mayores: 2 perforaciones (2,5%) una de ellas obligó a reintervención y la otra fue suturada peroperatoriamente con buena evolución. Complicaciones menores: en 6 pacientes (8%) 2 RAO, 3 síndromes febriles y una hemorragia leve. La mortalidad ha sido nula. La anatomía patológica apreció 62 carcinomas pertenecientes al grupo II, 7 al grupo III y 8 al grupo IV. Dentro del grupo con intención curativa 33 fueron pT0 y 29 pT1; 33 fueron bien diferenciados, 14 moderadamente diferenciados y 25 superficiales o *in situ*. Ninguno de ellos tenía invasión venosa o linfática. Los márgenes fueron libres de lesión en todos los casos de este grupo, excepto en 4 donde existió sospecha por el efecto de la electrocoagulación. El seguimiento medio de estos pacientes ha sido de 49 meses (3-67 meses). Dentro del grupo II ha existido 3 recidivas (4,8%) que fue rescatados: 2 por resección anterior y uno mediante Miles.

Conclusiones: Nuestros resultados obtenidos con el protocolo de selección y seguimiento de pacientes con carcinomas rectales candidatos a TEM con intención curativa, demuestra que es una técnica excelente con una baja morbilidad, nula mortalidad y excelentes resultados funcionales.

LOCALIZACIÓN DEL ADENOMA COLORRECTAL COMO FACTOR PREDICTIVO DE RECURRENCIA DEL ADENOMA

J. Boadas, A. Obrador, J. Pujol, A. Tomás, E. Cabeza, C. Bonithon-Kopp^a, F. Piard^a, C. Fenger^b, C. O'Morain^c, O. Kronborg^d, J. Faivre por el *European Cancer Prevention Organisation Study Group*

^aUnitat de Digestologia. Hospital de Terrassa. *Servei de Digestiu. Hospital Son Dureta. Palma de Mallorca. Servei de Patologia Digestiva. Hospital Sant Pau. Barcelona. Unitat d'Epidemiologia. Universitat de les Illes Balears. Palma de Mallorca. Servei de Digestiu. Centre Hospitalari de Manresa. Registre Bourguignon des Tumeurs Digestives (INSERM EPI 01-06). Faculté de Médecine de Dijon. France.*

^bDepartment of Pathology. Odense University Hospital. Odense. Denmark.

^cGastroenterology Center. Tallaght. Dublin. Ireland.

^dDepartment of Surgical Gastroenterology. Odense University Hospital. Odense. Denmark.

La identificación de grupos con un elevado riesgo de recurrencia del adenoma colorrectal continua siendo una cuestión controvertida.

Objetivo: Estudiar el valor predictivo de la localización inicial del adenoma en la recurrencia a los 3 años.

Método: La población del estudio consta de 552 pacientes con adenomas colorrectales reseccionados los cuales completaron el European Fibre-Calcium Intervention Trial. Se recogieron los datos iniciales y a los 3 años, y las características de los adenomas de acuerdo con un protocolo estandarizado. Les variables principales analizadas fueron la recurrencia global a los 3 años y la su localización proximal o distal.

Resultados: Se observó recurrencia a los 3 años en 122 pacientes (22,1%), más de la mitad de ellos presentaban una recurrencia en el colon proximal. Después de ajustarlo por las características de los pacientes y el tratamiento recibido, el número de adenomas y su lo-

calización proximal en la inclusión inicial, fueron los principales predictores de recurrencia. En comparación con los pacientes que tenían uno o más adenomas en el colon distal, los pacientes con tres o más adenomas con, como mínimo, uno de ellos situado en el colon proximal tenían un riesgo más elevado de recurrencia global (OR: 5,3, IC del 95% 2,7-10,3) y de recurrencia proximal (OR: 8,5, IC del 95%: 4,1-18,0).

Conclusiones: Las colonoscopias de seguimiento en los pacientes con adenomas habrían de incluir una cuidadosa exploración del colon proximal. Los intervalos de tiempo entre las exploraciones podría hacerse más allá de 3 años en los pacientes que únicamente tienen uno o dos adenomas distales.

CUANTIFICACIÓN DE LA ACTIVIDAD DE TELOMERASA EN CÁNCER COLORRECTAL ESPORÁDICO

C. Piñol, J.M. Reñé, J. Buenestado, A. Martínez, N. De Dalmau y J. Viñas

Hospital Universitario Arnau de Vilanova de Lleida. Departamentos de Medicina y Cirugía. Facultad de Medicina de la Universitat de Lleida.

La telomerasa (TS), es una ribonucleoproteína que actúa compensando el acortamiento del telómero durante la replicación del ADN y estabilizando la longitud del telómero. Su activación ha sido implicada en la inmortalización de las células humanas y en la patogénesis del cáncer. La actividad de la enzima es indetectable en la mayoría de células y tejidos normales y puede ser detectada en el 85% de los tumores malignos. En el cáncer de colon se suele detectar en estadios avanzados. La determinación positiva de la enzima implica una alta proliferación celular.

El objetivo de este estudio preliminar es cuantificar los niveles de actividad de telomerasa en tejido de cáncer colorrectal primario y mucosa normal e investigar la relación entre actividad telomerasa y las características clinicopatológicas.

Pacientes y método: Se ha analizado la actividad de la telomerasa mediante un sistema cuantitativo del protocolo de amplificación telomérica de detección no isotópica, usando TRAPEze Telomerase Detection kit (Intergen[®]) de 36 especímenes quirúrgicos de pacientes intervenidos de cáncer colorrectal: 18 muestras de tejido neoplásico y 18 muestras de mucosa normal alejadas 10 cm de la lesión primaria. El índice de telomerasa (IT) se determinó mediante la siguiente fórmula $IT = \log(\text{actividad de TS en los tejidos neoplásicos} - \text{actividad de la telomerasa en la mucosa normal})$. Se ha realizado estudio bivariable con las variables clínicas y anatomopatológicas.

Resultados: Las 18 muestras tumorales estudiadas presentaron actividad de la telomerasa, frente a sólo 7 muestras de mucosa normal. El valor medio de IT fue 1,43 (0,15-2,62); la IT en colon derecho fue de 1,36 (0,19-2,34), en colon izquierdo de 0,68 (0,15-1,35) y en recto de 1,78 (1,08-2,62; $p < 0,05$ entre localización derecha y recto).

El estudio del IT en las muestras distribuidas según la clasificación de Astler-Coller resultó: estadio B 1,27 (0,15-1,99), estadio C 1,50 (0,49-2,62) y estadio D 1,88 (1,32-2,34), $p = NS$.

Conclusiones: 1. En el recto se observó un índice más alto de actividad de la telomerasa, existiendo diferencias significativas entre los tumores de colon izquierdo y recto. 2. Se observa una tendencia, aunque no significativa, a un mayor nivel de índice de actividad de la telomerasa en estadios más avanzados de Astler-Coller.

TUMORES ESTROMALES GASTROINTESTINALES: REVISIÓN RETROSPECTIVA DE 13 CASOS

E. Sesé¹, R. Egido², M. Planella¹, J. Miñana¹, J. Buenestado¹, A. Ferriñán³ y J.M. Reñé¹

Servicios de ¹Digestivo, Medicina Interna, ²Anatomía Patológica y ³Cirugía. H. Universitari Arnau de Vilanova. Lleida.

Introducción: Los tumores estromales gastrointestinales constituyen un grupo heterogéneo de neoplasias digestivas poco frecuentes, originadas en células mesenquimales y situadas en la pared intes-

nal (entre muscular propia y muscular mucosa), en las que el comportamiento y pronóstico no están bien definidos.

Objetivo y método: Estudio retrospectivo de 13 casos (4 mujeres y 9 varones), de edad media 63 años (28-85), diagnosticados en nuestro centro entre 1999 y 2002.

Resultados: Clínica inicial: la mayoría de los pacientes (8) comenzaron como complicación aguda en forma de hemorragia digestiva de gravedad variable (6 pacientes) o abdomen agudo (2 pacientes). Del total de enfermos, 5 presentaban signos o síntomas asociados como dispepsia o dolor abdominal recurrente (4 pacientes), anemia ferropénica (3 pacientes) o síndrome constitucional (2 pacientes). Dos pacientes se encontraban asintomáticos en el momento del diagnóstico y éste supuso un hallazgo casual en exploraciones realizadas por otros motivos. El diagnóstico se basó en los hallazgos de la endoscopia (6 casos), laparotomía exploradora (3 pacientes), TC (3 pacientes) y tránsito intestinal (un caso). Las lesiones se localizaban en estómago (6 tumores), intestino delgado (3 en yeyuno, 3 en íleon), y recto (un caso), con tamaño tumoral entre 2 y 20 cm. El índice mitótico, indicador de agresividad histológica, determinó: 10 tumores malignos, 2 benignos y uno de malignidad indeterminada. El diagnóstico histológico definitivo se estableció por la biopsia peroperatoria o el estudio de la pieza quirúrgica, dada la inaccesibilidad de las lesiones a la endoscopia (localización submucosa o localización en intestino delgado), excepto en 2 casos (biopsia por gastroscopia). Al diagnóstico, en 4 casos se evidenció la extensión tumoral a órganos vecinos, en un caso metástasis hepáticas y en 2 casos diseminación peritoneal. Se planteó tratamiento quirúrgico en 12 pacientes siendo posible la resección completa en 9 de ellos. Tras un seguimiento medio de 12 meses, se constató recidiva en un caso. Fallecieron 2 enfermos: uno por hemorragia exanguinante y otro por causas no relacionadas con la neoplasia.

Conclusiones: 1. Las complicaciones agudas (hemorragia digestiva y abdomen agudo) constituyen una forma usual de inicio clínico de los tumores estromales gastrointestinales. 2. La extensión locorregional es frecuente en el momento del diagnóstico de esos tumores.

TRATAMIENTO MÍNIMAMENTE INVASIVO DE LA NEOPLASIA OCLUSIVA DEL COLON IZQUIERDO: PRÓTESIS ENDOLUMINAL AUTOEXPANDIBLE Y COLECTOMÍA LAPAROSCÓPICA. RESULTADOS PRELIMINARES

C. Balagué, E.M. Targarona, S. Sainz, C. Kobus, I. Moya, S. Vela, G. Bendahat, C. Cherichetti, V. Alonso, A. Arnó, A. Hernández, J. Garriga, D. González, J. Pujol y M. Trias
Servei de Cirurgia i Endoscopia Digestiva. Hospital de Sant Pau. Barcelona.

El tratamiento de la oclusión mecánica del colon izquierdo continúa siendo controvertido. Aunque la opción más utilizada es la intervención de Hartmann, se han propuesto diversas alternativas como el lavado intraoperatorio y anastomosis primaria o la colectomía subtotal. Pero, dada la mayor morbimortalidad de la cirugía de urgencias respecto a la electiva, es preferible evitar la realización de una intervención no programada. La utilización de endoprótesis metálicas autoexpandibles es una alternativa eficaz con finalidad paliativa definitiva o como método de descompresión temporal previamente a una resección electiva. El abordaje laparoscópico permite asociar dos técnicas mínimamente invasivas.

Objetivo: Evaluar los resultados de la secuencia endoprótesis-abordaje laparoscópico en la oclusión maligna del colon izquierdo.

Pacientes y métodos: A partir de nuestra base de datos prospectiva que recoge los pacientes intervenidos por laparoscopia por enfermedad colorrectal hemos revisado los que previamente se les había colocado una endoprótesis tipo *wallstent* para solucionar una obstrucción intestinal completa por cáncer de colon izquierdo.

Resultados: Entre marzo y octubre de 2002, 5 pacientes con oclusión por neoplasia del colon izquierdo han sido tratados mediante colocación de una endoprótesis autoexpandible seguida de cirugía laparoscópica programada:

Edad	Sexo	Localización	Días stent-cirugía	Tiempo operatorio (min)	Morbilidad	Estancia global
73	M	Sigma 8	130	No	16	
79	V	Colon izq.	14	200	Absceso	16
48	M	Sigma 6	140	No	13	
92	V	Sigma 6	20	No	9	
51	M	Recto-sigma	9	170	No	14

Conclusión: La colocación de una endoprótesis autoexpandible permite convertir una cirugía urgente en electiva en el tratamiento de la oclusión por neoplasia de colon con la normalización de parámetros y consiguiente beneficio para el paciente. Son necesarios estudios prospectivos comparativos que permitan delimitar los pacientes que se beneficiarán significativamente.

HELICOBACTER PYLORI Y CÁNCER GÁSTRICO: RELACIÓN ENTRE EL SUBTIPO HISTOLÓGICO Y LA LOCALIZACIÓN DEL CÁNCER GÁSTRICO

X. Bessa¹, A. Seoane¹, F. Alamedá², B. Ballester¹, E. O'Callaghan¹, M. Nieto¹, A. Panades¹, S. Navarro, M. Gallen⁴, M. Andreu¹ y F. Bory¹

Servicio de ¹Digestivo. Sección Gastroenterología, ²Anatomía Patológica, ³Cirugía General y ⁴Oncología. Hospital del Mar. Barcelona.

Estudios recientes han confirmado la relación entre la infección por *Helicobacter pylori* y el cáncer gástrico. En pacientes con adenocarcinoma gástrico, se han descrito resultados contradictorios en relación a *Helicobacter pylori* y el subtipo histológico y la localización del tumor.

Objetivo: Establecer la prevalencia de *Helicobacter pylori* en los pacientes con tumores gástricos y su relación con el subtipo histológico y la localización del tumor en nuestro medio.

Métodos: Evaluación retrospectiva de todos los pacientes diagnosticados de adenocarcinoma gástrico en el período comprendido entre los años 1995-2001 en nuestro hospital, de los cuales se dispone de muestra histológica (biopsia o pieza quirúrgica) para su estudio. La presencia de *Helicobacter pylori* se ha determinado en la pieza de resección o en las muestras de biopsia de los pacientes no intervenidos. Para la detección de *Helicobacter pylori* se han utilizado técnicas de hematoxilina-eosina, tricrómico de Masson y Giemsa.

Resultados: Durante el período de estudio se han detectado 304 tumores gástricos. En 275 (90,4%) casos el diagnóstico fue de adenocarcinoma gástrico, en 22 (7,2%) casos el diagnóstico fue de linfoma, y los restantes se trataban de 2 tumores del estroma gastrointestinal, 3 leiomiomas y 2 sarcomas de Kaposi. La prevalencia de infección por *Helicobacter pylori* fue del 96% en los pacientes con linfoma, del 70% en los pacientes con adenocarcinoma gástrico y del 57% en el subgrupo restante de tumores ($p = 0,027$). La mayoría de los adenocarcinomas se localizaron a nivel antral, un 45,8% de los casos, mientras la localización en cuerpo y fundus fue del 22,5% y 18,2%, respectivamente. En 4,4% de los casos el adenocarcinoma afectó de forma difusa el estómago y en el 4,4% restante de casos el origen fue a nivel de una anastomosis quirúrgica gástrica previa. No existieron diferencias significativas en la prevalencia de *Helicobacter pylori* con respecto a la edad ($p = 0,88$) ni el sexo de los pacientes ($p = 0,23$). La prevalencia de *Helicobacter pylori* fue significativamente inferior en los adenocarcinomas de localización fúndica respecto a los adenocarcinomas de localización más distal (48,6% frente al 73,6%, $p = 0,005$). La prevalencia de *Helicobacter pylori* en los tumores de boca anastomótica fue del 100%. No existieron diferencias significativas entre la prevalencia de *Helicobacter pylori* y el subtipo histológico de adenocarcinoma, 68% en el tipo intestinal y 69% en el tipo difuso ($p = 0,87$).

Conclusión: No se ha observado relación entre el subtipo histológico de adenocarcinoma gástrico y la infección por *Helicobacter pylori*. En los tumores de localización fúndica existe una menor asociación con la infección por *Helicobacter pylori*.

EFICACIA DE LA POLIPECTOMÍA PARA EL TRATAMIENTO DE LOS PÓLIPOS ADENOMATOSOS CON DISPLASIA GRAVE O ADENOCARCINOMA

J. Saló, M. Alejo*, R. Barniol, J. Autonell, E.B. Alentorn** y Ramón Abad

Unidad de Gastroenterología, Servicios de Medicina Interna, *Anatomía Patológica y **Oncología. Hospital General de Vic. Barcelona.

Introducción: Los pólipos colorrectales que presentan características histológicas de adenoma con displasia grave o adenocarcinoma deben ser objeto de un control exhaustivo tras el tratamiento endoscópico con el fin de asegurar la radicalidad del mismo y evitar el desarrollo de carcinoma invasivo. La estrategia de seguimiento suele individualizarse en función de criterios endoscópicos e histológicos.

Objetivo: Estudiar la eficacia del tratamiento endoscópico en pacientes con adenomas con displasia grave o adenocarcinoma en nuestro centro.

Pacientes y método: Se revisaron desde enero de 1997 hasta diciembre de 2001 todos los pacientes con pólipos tratados mediante resección endoscópica. Se seleccionaron aquellos casos con adenomas que presentaban displasia grave (carcinoma *in situ*), áreas de adenocarcinoma o bien adenocarcinoma afectando hasta la submucosa. Para el análisis se efectuó una estratificación en tres grupos: 1) pacientes con resección completa tras la colonoscopia inicial a quienes se efectuó seguimiento estándar; 2) pacientes que requirieron resecciones y/o controles endoscópicos múltiples, y 3) pacientes remitidos a cirugía para tratamiento definitivo tras una primera resección.

Resultados: En el período de estudio se hallaron 64 pacientes con pólipos de estas características. Se excluyeron 8 pacientes, 6 con un carcinoma coincidente y hallarse el área de polipectomía en la pieza de resección quirúrgica, uno por poliposis múltiple y ser sometido a colectomía total y uno por ausencia de seguimiento. Los 56 pacientes restantes fueron tratados endoscópica y/o quirúrgicamente y sus características se resumen en la siguiente tabla:

	Grupo 1 (n = 33)	Grupo 2 (n = 18)	Grupo 3 (n = 5)	
Edad (años)*	69 ± 12	70 ± 16	70 ± 16	NS
Sexo (M/V)	12/21	8/10	3/2	NS
Tamaño pólipo (mm)*	21 ± 11	49 ± 21	44 ± 11	< 0,01
Sólo displasia grave (%)	15 (45)	7 (39)	0 (0)	NS
Afectación submucosa (%)	6 (18)	2 (11)	5 (100)	NS

*Media ± desviación estándar.

Los pacientes del grupo 2 precisaron un promedio de 3 ± 3 sesiones de polipectomía para completar la resección. Todos los pacientes del grupo 3 presentaban base de resección del pólipo afectado.

Conclusiones: El principal determinante para la eficacia del tratamiento endoscópico de pólipos con displasia grave y adenocarcinoma es el tamaño de la lesión.