

***Diálogo con expertos – Prof. Bruno Camps***  
***Tratamiento integral de la carcinomatosis peritoneal***

***Dr. Justino Zeballos***

- **BRUNO CAMPS VILATA**

- **Profesor Titular de Cirugía** del Departamento de Cirugía de la Universidad de Valencia. Jefe de Sección de Cirugía Hepatobiliopancreática y Cirugía Oncológica Peritoneal del Hospital Clínico Universitario de Valencia
- Miembro fundador del **GRUPO ESPAÑOL DE CIRUGIA ONCOLOGICA PERITONEAL (GECOP)**



VNIVERSITAT  
ID VALÈNCIA



## **CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

# Introducción

- Evolución del concepto de la carcinomatosis (1982)
- Boom del tratamiento inicios del 2000 después de buenos resultados
- Actualmente terapia que se mantiene en desarrollo, mostrando mejores resultados, nuevas estrategias, aumentando las indicaciones.
- Que pasa en **Latinoamérica?**
- Entusiasmo inicial se frenó?
  - Razones? Resultados?
  - Poco motivadora? NOTES? Robótica? No es de consumo?
  - Costosa?
  - No es el futuro?.....presente?
  - No estamos mirando bien al norte? Seguimos desconfiados?
  - Sabemos en el UY que es lo que se debe hacer frente a una CP?
  - Y lo que NO hay que hacer?

## CARCINOMATOSIS PERITONEAL

# Introducción

## Sobrevida de los pacientes con CP de origen colorrectal tratados por QIPH

| Autor           | N° pacientes | % de resecciones completas | Modalidad QIPH | Mediana de sobrevida | 5 años |
|-----------------|--------------|----------------------------|----------------|----------------------|--------|
| Elías 2005      | 23           | 100%                       | Oxali 42°      |                      | 54 %   |
| Glehen 2004     | 53           | 43%                        | Mito 41°       | 13 m                 | 11 %   |
| Sugarbaker 1996 | 36           | 100 %                      | QIPP           |                      | 38%    |
| Shen 2004       | 77           | 48%                        | Mito 40°       | 16 m                 | 17 %   |
| Verwall 2004    | 59           | 100%                       | Mito 40°       | 43 m                 | 43%    |

No estamos mirando bien al norte. Seguímos desorientados.

- Sabemos en el UY que es lo que se debe hacer frente a una CP?
- Y lo que NO hay que hacer?

## CARCINOMATOSIS PERITONEAL

# Introducción

- Evolución del concepto de la carcinomatosis (1982)
- Boom del tratamiento inicios del 2000 después de buenos resultados
- Actualmente terapia que se mantiene en desarrollo, mostrando mejores resultados, nuevas estrategias, aumentando las indicaciones.
- Que pasa en **Latinoamérica?**
- Entusiasmo inicial se frenó?
  - Razones? Resultados?
  - Poco motivadora? NOTES? Robótica? No es de consumo?
  - Costosa?
  - No es el futuro?.....presente?
  - No estamos mirando bien al norte? Seguimos desconfiados?
  - Sabemos en el UY que es lo que se debe hacer frente a una CP?
  - Y lo que NO hay que hacer?

## CARCINOMATOSIS PERITONEAL

# Introducción

- Evolución del concepto de la carcinomatosis (1982)
- Boom del tratamiento inicios del 2000 después de buenos resultados
- Actualmente terapia que se mantiene en desarrollo, mostrando mejores resultados, nuevas estrategias, aumentando las indicaciones.
- Que pasa en **Latinoamérica?**

**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

# Introducción

- Evolución del concepto de la carcinomatosis (1982)
- Boom del tratamiento inicios del 2000 después de buenos resultados
- Actualmente terapia que se mantiene en desarrollo, mostrando mejores resultados, nuevas estrategias, aumentando las indicaciones.
- Que pasa en **Latinoamérica?**



## CARCINOMATOSIS PERITONEAL

# Introducción

- Evolución del concepto de la carcinomatosis (1982)
- Boom del tratamiento inicios del 2000 después de buenos resultados
- Actualmente terapia que se mantiene en desarrollo, mostrando mejores resultados, nuevas estrategias, aumentando las indicaciones.
- Que pasa en **Latinoamérica?**

**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

# Introducción

- Evolución del concepto de la carcinomatosis (1982)
- Boom del tratamiento inicios del 2000 después de buenos resultados
- Actualmente terapia que se mantiene en desarrollo, mostrando mejores resultados, nuevas estrategias, aumentando las indicaciones.
- Que pasa en **Latinoamérica?**
- Entusiasmo inicial se frenó?
  - Razones? Resultados?
  - Poco motivadora? NOTES? Robótica? No es de consumo?
  - Costosa?
  - No es el futuro?.....presente?
  - No estamos mirando bien al norte? Seguimos desconfiados?
  - Sabemos en el UY que es lo que se debe hacer frente a una CP?
  - Y lo que NO hay que hacer?

## CARCINOMATOSIS PERITONEAL

# Introducción

- Evolución del concepto de la carcinomatosis (1982)
- Boom del tratamiento inicios del 2000 después de buenos resultados
- Actualmente terapia que se mantiene en desarrollo, mostrando estrategias, aumentando las indicaciones.
- Que pasa en **Latinoamérica**?
- Entusiasmo inicial se frenó?
  - Razones? Resultados?
  - Poco motivadora? NOTES? Robótica? No es de consumo?
  - Costosa?
  - No es el futuro?.....presente?
  - No estamos mirando bien al norte? Seguimos desconfiados
  - Sabemos en el UY que es lo que se debe hacer frente a una CP?
  - Y lo que NO hay que hacer?

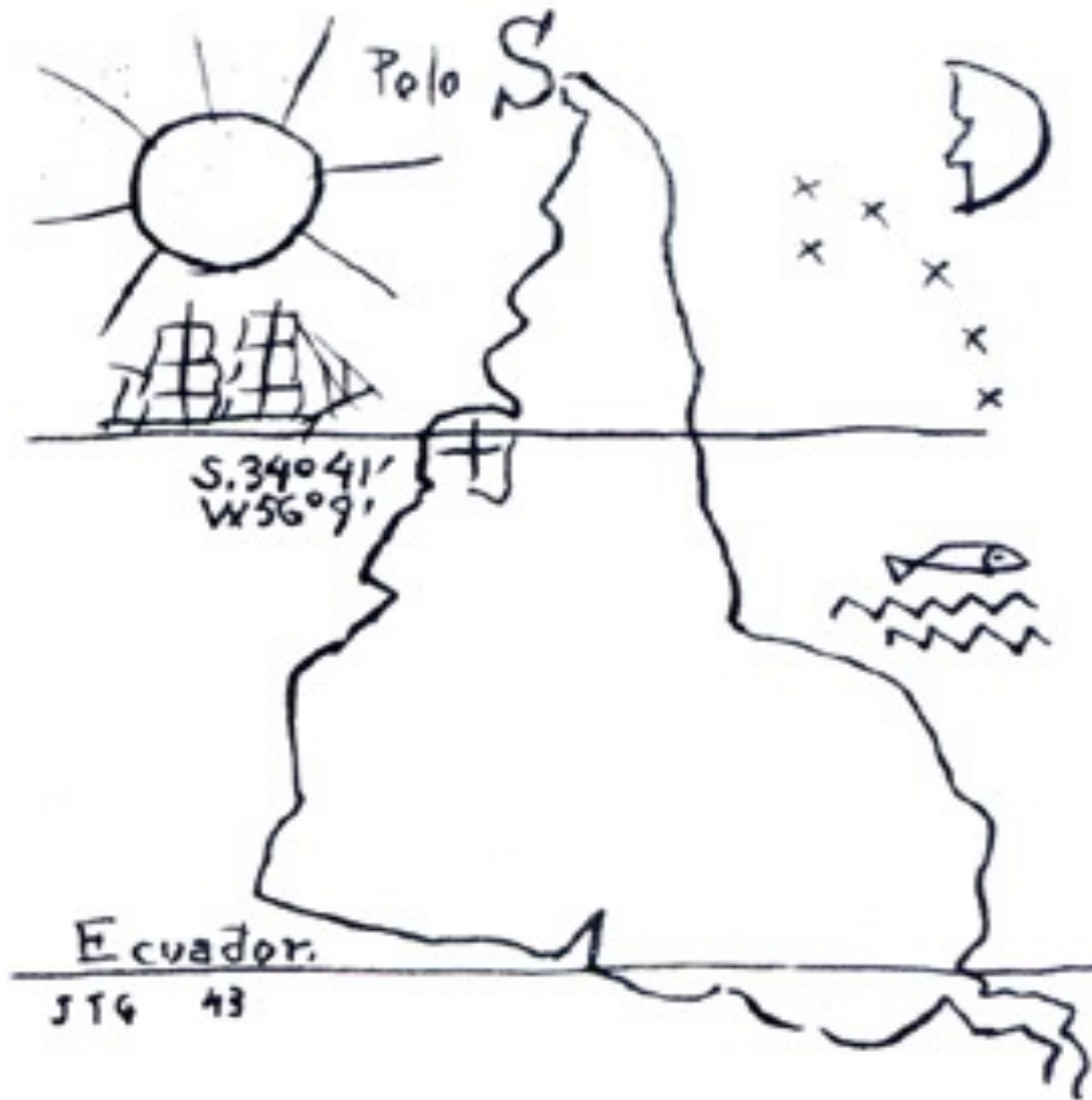


## CARCINOMATOSIS PERITONEAL

# Introducción

- Evolución del concepto de la carcinomatosis (1982)
- Boom del tratamiento inicios del 2000 después de buenos resultados
- Actualmente terapia que se mantiene en desarrollo, mostrando mejores resultados, nuevas estrategias, aumentando las indicaciones.
- Que pasa en **Latinoamérica**?
- Entusiasmo inicial se frenó?
  - Razones? Resultados?
  - Poco motivadora? NOTES? Robótica? No es de consumo?
  - Costosa?
  - No es el futuro?.....presente?
  - No estamos mirando bien al norte? Seguimos desconfiados?
  - Sabemos en el UY que es lo que se debe hacer frente a una CP?
  - Y lo que NO hay que hacer?

## CARCINOMATOSIS PERITONEAL



as

# Introducción

- Evolución del concepto de la carcinomatosis (1982)
- Boom del tratamiento inicios del 2000 después de buenos resultados
- Actualmente terapia que se mantiene en desarrollo, mostrando mejores resultados, nuevas estrategias, aumentando las indicaciones.
- Que pasa en **Latinoamérica**?
- Entusiasmo inicial se frenó?
  - Razones? Resultados?
  - Poco motivadora? NOTES? Robótica? No es de consumo?
  - Costosa?
  - No es el futuro?.....presente?
  - No estamos mirando bien al norte? Seguimos desconfiados?
  - Sabemos en el UY que es lo que se debe hacer frente a una CP?
  - Y lo que NO hay que hacer?

## CARCINOMATOSIS PERITONEAL

# Peritoneal Carcinomatosis from Non-Gynecologic Malignancies

*Results of the EVOCAPE 1 Multicentric Prospective Study*

*Cancer 2000;88:358–63. © 2000 American Cancer Society.*

**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

# Peritoneal Carcinomatosis from Non-Gynecologic

Original article

*Annals of Oncology* 13: 267–272, 2002  
DOI: 10.1093/annonc/mdf019

## Heated intra-operative intraperitoneal oxaliplatin after complete resection of peritoneal carcinomatosis: pharmacokinetics and tissue distribution

D. Elias\*, M. Bonnay, J. M. Puizillou, S. Antoun, S. Demirdjian, A. El Otmanny, J. P. Pignon, L. Drouard-Troalen, J. F. Ouellet & M. Ducreux

*Department of Surgical Oncology, Department of Clinical Biology, Department of Pharmacy, Department of Medical Oncology and Biostatistics, Institut Gustave Roussy Comprehensive Cancer Center, France*

*Received 14 May 2001; revised 25 July 2001; accepted 17 August 2001*

# CARCINOMATOSIS PERITONEAL

# Peritoneal Carcinomatosis from Non-Gynecologic

Original article

*Annals of Oncology* 13: 267-272, 2002  
DOI: 10.1093/annonc/mdf019

## **Randomized Trial of Cytoreduction and Hyperthermic Intraperitoneal Chemotherapy Versus Systemic Chemotherapy and Palliative Surgery in Patients With Peritoneal Carcinomatosis of Colorectal Cancer**

By Vic J. Verwaal, Serge van Ruth, Esco de Bree, Goolke W. van Slooten, Harm van Tinteren, Henk Boot, and Frans A.N. Zostrmulder

*Journal of Clinical Oncology*, Vol 21, No 20 (October 15), 2003: pp 3737-3743  
DOI: 10.1200/JCO.2003.04.187

# CARCINOMATOSIS PERITONEAL

# Peritoneal Carcinomatosis from Non-Gynecologic

Original article

*Annals of Oncology* 13: 267-272, 2002  
DOI: 10.1093/annonc/mdf019

## Randomized Trial of Cytoreduction and Hyperthermic

*Annals of Surgical Oncology* 10(5):518-521  
DOI: 10.1245/ASO.2004.09.008

### Treatment of Peritoneal Carcinomatosis From Colorectal Cancer: Impact of Complete Cytoreductive Surgery and Difficulties in Conducting Randomized Trials

Dominique Elias, MD, PhD, Jean-Robert Delperro, MD, Lucas Sideris, MD, FRCSC,  
Ellen Benhamou, MD, Marc Pocard, MD, PhD, Olivier Baton, MD,  
Marc Giovannini, MD, and Philippe Lasser, MD

# CARCINOMATOSIS PERITONEAL

# Peritoneal Carcinomatosis from Non-Gynecologic

Original article

*Annals of Oncology* 13: 267-272, 2002  
DOI: 10.1093/annonc/mdf019

## Randomized Trial of Cytoreduction and Hyperthermic

*Annals of Surgical Oncology* 10(5):518-521  
DOI: 10.1245/ASO.2004.09.008

Treat  
Imp

728

A. GÓMEZ PORTILLA ET AL.

Rev Esp Enferm Dig (Madrid)

## Carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal. Estado actual del tratamiento. Revisión y puesta al día

A. Gómez Portilla, I. Cendoya, I. López de Tejada, I. Olabarría, C. Martínez de Lecea, L. Magrath, A. Gil, J. Echevarría, M. Valdovinos e I. Larrabide

*Programa de Carcinomatosis Peritoneal. Policlínica San José. Vitoria*

Rev Esp Enferm Dig 2005; 97(10): 716-737

# CARCINOMATOSIS PERITONEAL

# Peritoneal Carcinomatosis from Non-Gynecologic

Original article

*Annals of Oncology* 13: 267–272, 2002  
DOI: 10.1093/annonc/mdf019

## Randomized Trial of Cytoreduction and Hyperthermic

*Annals of Surgical Oncology* 10(5):518–521  
DOI: 10.1245/ASO.2004.09.008

Treat  
Imp

728

A. GÓMEZ PORTILLA ET AL.

Rev Esp Enferm Dig (Madrid)

Carcin  
tratam

### Original Article

**Toward curative treatment of peritoneal carcinomatosis from nonovarian origin by cytoreductive surgery combined with perioperative intraperitoneal chemotherapy**

**A multi-Institutional study of 1290 patients**

Olivier Glehen MD, PhD<sup>1,\*†</sup>, François N. Gilly MD, PhD<sup>1</sup>, Florent Boutitie<sup>2</sup>, Jean M. Bereder MD<sup>3</sup>, François Quenet MD<sup>4</sup>, Lucas Sideris MD<sup>5</sup>, Baudouin Mansvelt MD<sup>6</sup>, Gérard Lorimier MD<sup>7</sup>, Simon Msika MD, PhD<sup>8</sup>, Dominique Elias MD, PhD<sup>9</sup>

**Cancer Volume 116, Issue 24, pages 5608–5618, 15 December 2010**

## CARCINOMATOSIS PERITONEAL

# Peritoneal Carcinomatosis from Non-Gynecologic

Original article

*Annals of Oncology* 13: 267-272, 2002  
DOI: 10.1093/annonc/mdf019

## Randomized Trial of Cytoreduction and Hyperthermic

*Annals of Surgical Oncology* 10(5):518-521  
DOI: 10.1245/ASO.2004.09.008

Treat  
Imp

728

A. GÓMEZ PORTILLA ET AL.

Rev Esp Enferm Dig (Madrid)

Carcin  
tratam

### Original Article

Toward curative treatment of peritoneal carcinomatosis from nonovarian  
origi

intrap  
**Perioperative fast track program in intraoperative hyperthermic  
intrapерitoneal chemotherapy (HIPEC) after cytoreductive surgery in  
advanced ovarian cancer**

A mul  
Olivier  
MD<sup>3</sup>, F  
Paricio

MD<sup>7</sup>, S  
Cancer  
Department of Surgery, Virgen de la Arrixaca University Hospital, Carretera Madrid-Cartagena s/n, CP: 30120,  
El Palmar, Murcia, Spain.

European journal of surgical oncology : the journal of the European Society of Surgical Oncology and the  
British Association of Surgical Oncology (impact factor: 2.56). 06/2011; 37(6):543-8.  
DOI:10.1016/j.ejso.2011.03.134

## CARCINOMATOSIS PERITONEAL

## Cartas al director



### Carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal, problema ético hoy, un problema legal en el futuro

Sr. Director:

Hace ya 1 año me vi obligado a enviar una carta al director de su distinguida revista poniendo de relieve la necesidad de que se contemple la alternativa de tratamiento combinado de cirugía citoreductora y quimioterapia intraperitoneal perioperatoria para los pacientes afectados de carcinomatosis peritoneal<sup>1</sup>.

Hoy nuevamente tengo el deber de insistir y poner de manifiesto la obligatoriedad ética y moral de todo médico, y especialmente de todo cirujano, de conocer y propiciar esta nueva alternativa terapéutica a sus pacientes potencialmente curables, cuando comprobamos que en *CIRUGÍA ESPAÑOLA*, en el número de diciembre de 2005, en una revisión de conjunto, se sigue planteando la carcinomatosis colorrectal como una enfermedad terminal<sup>2</sup>. Esta revisión, aunque aporta algunas reflexiones interesantes, motivo por el que expresamos nuestra felicitación a sus autores, tales como:

- El dato de la recidiva local o a distancia de la enfermedad en el 40% de los pacientes sometidos a cirugía inicialmente curativa.
- El reconocimiento de que la recidiva es la causa de la mayoría de las defunciones tras cirugía con intención curativa.
- La tabla de la frecuencia de la recurrencia de la enfermedad a los 5 años en el cáncer de colon y recto.
- La aparición de las mal llamadas recidivas en el 80% de los casos acontecen en los primeros dos años.
- La conveniencia de una cirugía mínima dirigida a solucionar la urgencia cuando se descubre la recidiva en un ingreso urgente, insistiendo en la necesidad de dejar un minucioso informe del estado de la enfermedad en el protocolo quirúrgico.

Sin embargo, debemos recordar que también se cometen errores de bulto que es necesario adarar y rectificar.

No puede seguir hablándose de recidiva o recurrencia de enfermedad, por cuanto lo que en realidad está ocurriendo en estos pacientes es una persistencia de la enfermedad motivada, tal y como los

mismos autores indican, por la presencia de células tumorales viables residuales en el paciente, siendo este problema de la enfermedad microscópica residual la causa de muerte de nuestros enfermos, como Sugarbaker<sup>3</sup> indica, lo que el cirujano no ve es lo que mata al enfermo.

El atrapamiento celular como factor responsable del desarrollo de la carcinomatosis peritoneal es un fenómeno plenamente establecido y demostrado tanto a nivel clínico como experimental por los trabajos del grupo de Sugarbaker<sup>4</sup>.

Si bien es cierto que sería deseable que se llegase a excluir el factor cirujano como factor de riesgo para el posterior desarrollo de enfermedad persistente locoregional, motivo por el que los autores reclaman una preparación técnica para conseguir ese objetivo, lidiándolo de exigencia social, en nuestra opinión también por exigencia social en nombre de los pacientes, debe de una vez por todas dejar de considerarse la enfermedad diseminada peritoneal como una enfermedad intratable como hasta ahora lo contempla la doctrina tradicional y, por ende, la mayoría del cuerpo médico, excluyéndose alternativas potencialmente curativas determinantes del futuro de estos pacientes.

Los autores contemplan las metástasis hepáticas o pulmonares como potencialmente tratables con cirugía curativa, e incluyen también la recurrencia local aislada como potencialmente curable alcanzando hasta un 20% de tasa de supervivencia, si bien con un precio de un 15% de mortalidad y una morbilidad cercana al 100%. Pero en cambio excluyen de un tratamiento potencialmente curativo a pacientes con hidronefrosis o con afectación de ganglios paraaórticos, y ni siquiera contemplan la enfermedad diseminada peritoneal.

Pues bien, hay que recordar que el tratamiento de las metástasis hepáticas o pulmonares potencialmente tratables con cirugía curativa alcanza unas tasas de supervivencia a 5 años de un 40%, que el tratamiento de la enfermedad metastásica ganglionar paraaórtica presenta tasas del 30% y de la carcinomatosis peritoneal colorrectal de un 40%, siendo un tratamiento de probada eficacia en casos seleccionados, por lo que, como indica González-Moreno<sup>5</sup> en su editorial del mismo número de la revista de *CIRUGÍA ESPAÑOLA*, hoy día no debería negarse a ningún paciente con esta enfermedad poder ser tratado mediante la opción terapéutica, que mejores resultados ha mostrado hasta el momento, si cumple criterios para ello.

Por todo ello, desde luego ya no es éticamente aceptable privar de esta opción a pacientes potencialmente curables, y puede que en el futuro implique responsabilidades legales.

Como establece Elías<sup>6</sup>, el problema es que hoy todavía un porcentaje mayoritario de los pacientes afectados de carcinomatosis peritoneal son tratados por un planteamiento terapéutico obsoleto, y que es necesario que sean remitidos a centros donde esté plenamente establecido el triple tratamiento integral de citoreducción y quimioterapia in-

# CARCINOMATOSIS PERITONEAL

## Cartas al director



Carcinomatosis  
de or  
ético  
en el

Sr. Direc

Hace ya 1 año me elogiaron a través una carta al director de su distinguida revista poniendo de relieve la necesidad de que se contemple la alternativa de tratamiento combinado de cirugía citoreductora y quimioterapia intraperitoneal perioperatoria para los pacientes afectados de carcinomatosis peritoneal<sup>1</sup>.

Hoy nuevamente tengo el deber de insistir y poner de manifiesto la obligatoriedad ética y moral de todo médico, y especialmente de todo cirujano, de conocer y propiciar esta nueva alternativa terapéutica a sus pacientes potencialmente curables, cuando comprobamos que en CIRUGIA ESPAÑOLA, en el número de diciembre de 2005, en una revisión de conjunto, se sigue planteando la carcinomatosis colorectal como una enfermedad terminal<sup>2</sup>. Esta revisión, aunque aporta algunas reflexiones interesantes, motivo por el que expresamos nuestra felicitación a sus autores, tales como:

- El dato de la recidiva local o a distancia de la enfermedad en el 40% de los pacientes sometidos a cirugía inicialmente curativa.
- El reconocimiento de que la recidiva es la causa de la mayoría de las defunciones tras cirugía con intención curativa.
- La tabla de la frecuencia de la recurrencia de la enfermedad a los 5 años en el cáncer de colon y recto.
- La aparición de las mal llamadas recidivas en el 80% de los casos acontecen en los primeros dos años.
- La conveniencia de una cirugía mínima dirigida a solucionar la urgencia cuando se descubre la recidiva en un ingreso urgente, insistiendo en la necesidad de dejar un minucioso informe del estado de la enfermedad en el protocolo quirúrgico.

Sin embargo, debemos recordar que también se cometen errores de bulto que es necesario adarar y rectificar.

No puede seguir hablándose de recidiva o recurrencia de enfermedad, por cuanto lo que en realidad está ocurriendo en estos pacientes es una persistencia de la enfermedad motivada, tal y como los

mismos autores indican, por la presencia de células tumorales viables residuales en el paciente, siendo este problema de la enfermedad microscópica residual la causa de muerte de nuestros enfermos, como Sureshbabu<sup>3</sup> indica, lo que el cirujano no ve

Hoy nuevamente tengo el deber de insistir y poner de manifiesto la obligatoriedad ética y moral de todo médico, y especialmente de todo cirujano, de conocer y propiciar esta nueva alternativa terapéutica a sus pacientes potencialmente curables

operación terminal por razones sociales en nombre de los pacientes, debe de una vez por todas dejar de considerarse la enfermedad diseminada peritoneal como una enfermedad intratable como hasta ahora lo contempla la doctrina tradicional y, por ende, la mayoría del cuerpo médico, excluyéndose alternativas potencialmente curativas determinantes del futuro de estos pacientes.

Los autores contemplan las metástasis hepáticas o pulmonares como potencialmente tratables con cirugía curativa, e incluyen también la recurrencia local aislada como potencialmente curable alcanzando hasta un 20% de tasa de supervivencia, si bien con un precio de un 15% de mortalidad y una morbilidad cercana al 100%. Pero en cambio excluyen de un tratamiento potencialmente curativo a pacientes con hidronefrosis o con afectación de ganglios paraaórticos, y ni siquiera contemplan la enfermedad diseminada peritoneal.

Pues bien, hay que recordar que el tratamiento de las metástasis hepáticas o pulmonares potencialmente tratables con cirugía curativa alcanza unas tasas de supervivencia a 5 años de un 40%, que el tratamiento de la enfermedad metastásica ganglionar paraaórtica presenta tasas del 30% y de la carcinomatosis peritoneal colorectal de un 40%, siendo un tratamiento de probada eficacia en casos seleccionados, por lo que, como indica González-Moreno<sup>4</sup> en su editorial del mismo número de la revista de CIRUGIA ESPAÑOLA, hoy día no debería negarse a ningún paciente con esta enfermedad poder ser tratado mediante la opción terapéutica, que mejores resultados ha mostrado hasta el momento, si cumple criterios para ello.

Por todo ello, desde luego ya no es éticamente aceptable privar de esta opción a pacientes potencialmente curables, y puede que en el futuro implique responsabilidades legales.

Como establece Elías<sup>5</sup>, el problema es que hoy todavía un porcentaje mayoritario de los pacientes afectados de carcinomatosis peritoneal son tratados por un planteamiento terapéutico obsoleto, y que es necesario que sean remitidos a centros donde esté plenamente establecido el triple tratamiento integral de citoreducción y quimioterapia in-

# CARCINOMATOSIS PERITONEAL

## Cartas al director



misma autopsia indican, por la presencia de células tumorales viables residuales en el paciente, siendo este problema de la enfermedad microscópica residual la causa de muerte de nuestros enfermos, como Sureshchandra<sup>3</sup> indica, lo que el cirujano no ve

Hoy nuevamente tengo el deber de insistir y poner de manifiesto la Debe de una vez por todas dejar de considerarse la enfermedad diseminada peritoneal como una enfermedad intratable como hasta ahora lo contempla la doctrina tradicional y, por ende, la mayoría del cuerpo médico, excluyéndose alternativas potencialmente curativas determinantes del futuro de estos pacientes.

entre los problemas asociados de carcinomatosis peritoneal<sup>1</sup>.

Hoy nuevamente tengo el deber de insistir y poner de manifiesto la obligatoriedad ética y moral de todo médico, y especialmente de todo cirujano, de conocer y propiciar esta nueva alternativa terapéutica a sus pacientes potencialmente curables, cuando comprobamos que en *Cirugía Española*, en el número de diciembre de 2005, en una revisión de conjunto, se sigue planteando la carcinomatosis colorectal como una enfermedad terminal<sup>2</sup>. Esta revisión, aunque aporta algunas reflexiones interesantes, motivo por el que expresamos nuestra felicitación a sus autores, tales como:

- El dato de la recidiva local o a distancia de la enfermedad en el 40% de los pacientes sometidos a cirugía inicialmente curativa.
- El reconocimiento de que la recidiva es la causa de la mayoría de las defunciones tras cirugía con intención curativa.
- La tabla de la frecuencia de la recurrencia de la enfermedad a los 5 años en el cáncer de colon y recto.
- La aparición de las mal llamadas recidivas en el 80% de los casos acontecen en los primeros dos años.
- La conveniencia de una cirugía mínima dirigida a solucionar la urgencia cuando se descubre la recidiva en un ingreso urgente, insistiendo en la necesidad de dejar un minucioso informe del estado de la enfermedad en el protocolo quirúrgico.

Sin embargo, debemos recordar que también se cometen errores de bulto que es necesario adarar y rectificar.

No puede seguir hablándose de recidiva o recurrencia de enfermedad, por cuanto lo que en realidad está ocurriendo en estos pacientes es una persistencia de la enfermedad motivada, tal y como los

mayoría del cuerpo médico, excluyéndose alternativas potencialmente curativas determinantes del futuro de estos pacientes.

Los autores contemplan las metástasis hepáticas o pulmonares como potencialmente tratables con cirugía curativa, e incluyen también la recurrencia local aislada como potencialmente curable alcanzando hasta un 20% de tasa de supervivencia, si bien con un precio de un 15% de mortalidad y una morbilidad cercana al 100%. Pero en cambio excluyen de un tratamiento potencialmente curativo a pacientes con hidronefrosis o con afectación de ganglios paraaórticos, y ni siquiera contemplan la enfermedad diseminada peritoneal.

Pues bien, hay que recordar que el tratamiento de las metástasis hepáticas o pulmonares potencialmente tratables con cirugía curativa alcanza unas tasas de supervivencia a 5 años de un 40%, que el tratamiento de la enfermedad metastásica ganglionar paraaórtica presenta tasas del 30% y de la carcinomatosis peritoneal colorectal de un 40%, siendo un tratamiento de probada eficacia en casos seleccionados, por lo que, como indica González-Moreno<sup>3</sup> en su editorial del mismo número de la revista de *CIRUGÍA ESPAÑOLA*, hoy día no debería negarse a ningún paciente con esta enfermedad poder ser tratado mediante la opción terapéutica, que mejores resultados ha mostrado hasta el momento, si cumple criterios para ello.

Por todo ello, desde luego ya no es éticamente aceptable privar de esta opción a pacientes potencialmente curables, y puede que en el futuro implique responsabilidades legales.

Como establece Elías<sup>4</sup>, el problema es que hoy todavía un porcentaje mayoritario de los pacientes afectados de carcinomatosis peritoneal son tratados por un planteamiento terapéutico obsoleto, y que es necesario que sean remitidos a centros donde esté plenamente establecido el triple tratamiento integral de citoreducción y quimioterapia in-

# CARCINOMATOSIS PERITONEAL

## Cartas al director

misimos autores indican, por la presencia de células tumorales viables residuales en el paciente, siendo este problema de la enfermedad microscópica residual la causa de muerte de nuestros enfermos, como Sureshbabu<sup>2</sup> indica, lo que el cirujano no ve

Hoy nuevamente tengo el deber de insistir y poner de manifiesto la  
Debe de una vez por todas dejar de considerarse la enfermedad  
diseminada peritoneal como una enfermedad intratable como hasta

Los autores contemplan las **metástasis hepáticas o pulmonares** como **potencialmente tratables con cirugía curativa**, e incluyen también la **recurrencia local aislada** como potencialmente curable alcanzando hasta un **20% de tasa de supervivencia**. Pues bien, hay que recordar que el tratamiento de **las metástasis hepáticas o pulmonares potencialmente tratables con cirugía curativa** alcanza unas tasas **de supervivencia a 5 años de un 40%**, que el tratamiento de la enfermedad metastásica ganglionar paraaórtica presenta tasas del 30% y de la **carcinomatosis peritoneal colorrectal de un 40%**, siendo un tratamiento de probada eficacia en casos seleccionados, por lo que, como indica González- Moreno en su editorial del mismo número de la revista de CIRUGÍA ESPAÑOLA, **hoy día no debería negarse a ningún paciente** con esta enfermedad **poder ser tratado mediante la opción terapéutica**, que mejores resultados ha mostrado hasta el momento, si cumple criterios para ello.

Sin embargo, debemos recordar que también se cometen errores de bulto que es necesario adarar y rectificar.

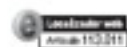
No puede seguir hablándose de recidiva o recurrencia de enfermedad, por cuanto lo que en realidad está ocurriendo en estos pacientes es una persistencia de la enfermedad motivada, tal y como los

que responsabilidades legales.

Como establece Elias<sup>3</sup>, el problema es que hoy todavía un porcentaje mayoritario de los pacientes afectados de carcinomatosis peritoneal son tratados por un planteamiento terapéutico obsoleto, y que es necesario que sean remitidos a centros donde está plenamente establecido el triple tratamiento integral de citoreducción y quimioterapia in-

# CARCINOMATOSIS PERITONEAL

## Cartas al director



mismos autores indican, por la presencia de células tumorales viables residuales en el paciente, siendo este problema de la enfermedad microscópica residual la causa de muerte de nuestros enfermos, como Sugarbaker<sup>3</sup> indica, lo que el cirujano no ve es lo que mata al enfermo.  
El atrapamiento celular como factor responsable

Debe de una vez por todas dejar de considerarse la enfermedad  
diseminada peritoneal como una enfermedad intratable como hasta

Los autores contemplan las **metástasis hepáticas o pulmonares** como **potencialmente tratables con cirugía curativa**, e incluyen también la **recurrencia local aislada** como potencialmente curable alcanzando hasta un **20% de tasa de supervivencia**. Pues bien, hay que recordar que el tratamiento de **las metástasis hepáticas o pulmonares potencialmente tratables con cirugía curativa** alcanza unas tasas **de supervivencia a 5 años de un 40%**, que el tratamiento de la enfermedad metastásica ganglionar paraaórtica presenta tasas del 30% y de la **carcinomatosis peritoneal colorrectal de un 40%**, siendo un tratamiento de probada eficacia en casos seleccionados, por lo que, como indica González- Moreno en su editorial del mismo número de la revista de CIRUGÍA ESPAÑOLA, **hoy día no debería negarse a ningún paciente** con esta enfermedad **poder ser tratado mediante la opción terapéutica**, que mejores resultados ha mostrado hasta el momento, si cumple criterios para ello.

Sin embargo, debemos recordar que también se cometen errores de bulto que es necesario adarar y rectificar.

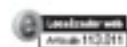
No puede seguir hablándose de recidiva o recurrencia de enfermedad, por cuanto lo que en realidad está ocurriendo en estos pacientes es una persistencia de la enfermedad motivada, tal y como los

que responsabilidades legales.

Como establece Elias<sup>4</sup>, el problema es que hoy todavía un porcentaje mayoritario de los pacientes afectados de carcinomatosis peritoneal son tratados por un planteamiento terapéutico obsoleto, y que es necesario que sean remitidos a centros donde está plenamente establecido el triple tratamiento integral de citoreducción y quimioterapia in-

# CARCINOMATOSIS PERITONEAL

## Cartas al director



### Carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal, problema ético hoy, un problema legal

misma autopsia indican, por la presencia de células tumorales viables residuales en el paciente, siendo este problema de la enfermedad microscópica residual la causa de muerte de nuestros enfermos, como Sugarbaker<sup>3</sup> indica, lo que el cirujano no ve es lo que mata al enfermo.

El atrapamiento celular como factor responsable del desarrollo de la carcinomatosis peritoneal es un fenómeno plenamente establecido y demostrado tanto a nivel clínico como experimental por los trabajos del grupo de Sugarbaker<sup>4</sup>.

Si bien es cierto que sería deseable que se llegue

Los autores contemplan las **metástasis hepáticas o pulmonares** como **potencialmente tratables con cirugía curativa**, e incluyen también la **recurrencia local aislada** como potencialmente curable alcanzando hasta un **20% de tasa de supervivencia**. Pues bien, hay que recordar que el tratamiento de **las metástasis hepáticas o pulmonares potencialmente tratables con cirugía curativa** alcanza unas tasas de supervivencia a 5 años de un **40%**, que el tratamiento de la enfermedad metastásica ganglionar paraaórtica presenta tasas del 30% y de la **carcinomatosis peritoneal colorrectal de un 40%**, siendo un tratamiento de probada eficacia en casos seleccionados, por lo que, como indica González- Moreno en su editorial del mismo número de la revista de CIRUGÍA ESPAÑOLA, **hoy día no debería negarse a ningún paciente** con esta enfermedad **poder ser tratado mediante la opción terapéutica**, que mejores resultados ha mostrado hasta el momento, si cumple criterios para ello.

Sin embargo, debemos recordar que también se cometen errores de bulto que es necesario adarar y rectificar.

No puede seguir hablándose de recidiva o recurrencia de enfermedad, por cuanto lo que en realidad está ocurriendo en estos pacientes es una persistencia de la enfermedad motivada, tal y como los

que responsabilidades legales.

Como establece Elías<sup>5</sup>, el problema es que hoy todavía un porcentaje mayoritario de los pacientes afectados de carcinomatosis peritoneal son tratados por un planteamiento terapéutico obsoleto, y que es necesario que sean remitidos a centros donde está plenamente establecido el triple tratamiento integral de citoreducción y quimioterapia in-

# CARCINOMATOSIS PERITONEAL

## Cartas al director



### Carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal, problema ético hoy, un problema legal en el futuro

Sr. Director:

Hace ya 1 año me vi obligado a enviar una carta al director de su distinguida revista poniendo de relieve la necesidad de que se contemple la alternativa de tratamiento combinado de cirugía citoreductora y quimioterapia intraperitoneal perioperatoria para los pacientes afectados de carcinomatosis peritoneal<sup>1</sup>.

Hoy nuevamente tengo el deber de insistir y poner de manifiesto la obligatoriedad ética y moral de todo médico, y especialmente de todo cirujano, de conocer y propiciar esta nueva alternativa terapéutica a sus pacientes potencialmente curables, cuando comprobamos que en *CIRUGÍA ESPAÑOLA*, en el número de diciembre de 2005, en una revisión de conjunto, se sigue planteando la carcinomatosis colorrectal como una enfermedad terminal<sup>2</sup>. Esta revisión, aunque aporta algunas reflexiones interesantes, motivo por el que expresamos nuestra felicitación a sus autores, tales como:

- El dato de la recidiva local o a distancia de la enfermedad en el 40% de los pacientes sometidos a cirugía inicialmente curativa.
- El reconocimiento de que la recidiva es la causa de la mayoría de las defunciones tras cirugía con intención curativa.
- La tabla de la frecuencia de la recurrencia de la enfermedad a los 5 años en el cáncer de colon y recto.
- La aparición de las mal llamadas recidivas en el 80% de los casos acontecen en los primeros dos años.
- La conveniencia de una cirugía mínima dirigida a solucionar la urgencia cuando se descubre la recidiva en un ingreso urgente, insistiendo en la necesidad de dejar un minucioso informe del estado de la enfermedad en el protocolo quirúrgico.

Sin embargo, debemos recordar que también se cometen errores de bulto que es necesario adarar y rectificar.

No puede seguir hablándose de recidiva o recurrencia de enfermedad, por cuanto lo que en realidad está ocurriendo en estos pacientes es una persistencia de la enfermedad motivada, tal y como los

mismos autores indican, por la presencia de células tumorales viables residuales en el paciente, siendo este problema de la enfermedad microscópica residual la causa de muerte de nuestros enfermos, como Sugarbaker<sup>3</sup> indica, lo que el cirujano no ve es lo que mata al enfermo.

El atrapamiento celular como factor responsable del desarrollo de la carcinomatosis peritoneal es un fenómeno plenamente establecido y demostrado tanto a nivel clínico como experimental por los trabajos del grupo de Sugarbaker<sup>4</sup>.

Si bien es cierto que sería deseable que se llegase a excluir el factor cirujano como factor de riesgo para el posterior desarrollo de enfermedad persistente locoregional, motivo por el que los autores reclaman una preparación técnica para conseguir ese objetivo, lidiándolo de exigencia social, en nuestra opinión también por exigencia social en nombre de los pacientes, debe de una vez por todas dejar de considerarse la enfermedad diseminada peritoneal como una enfermedad intratable como hasta ahora lo contempla la doctrina tradicional y, por ende, la mayoría del cuerpo médico, excluyéndose alternativas potencialmente curativas determinantes del futuro de estos pacientes.

Los autores contemplan las metástasis hepáticas o pulmonares como potencialmente tratables con cirugía curativa, e incluyen también la recurrencia local aislada como potencialmente curable alcanzando hasta un 20% de tasa de supervivencia, si bien con un precio de un 15% de mortalidad y una morbilidad cercana al 100%. Pero en cambio excluyen de un tratamiento potencialmente curativo a pacientes con hidronefrosis o con afectación de ganglios paraaórticos, y ni siquiera contemplan la enfermedad diseminada peritoneal.

Pues bien, hay que recordar que el tratamiento de las metástasis hepáticas o pulmonares potencialmente tratables con cirugía curativa alcanza unas tasas de supervivencia a 5 años de un 40%, que el tratamiento de la enfermedad metastásica ganglionar paraaórtica presenta tasas del 30% y de la carcinomatosis peritoneal colorrectal de un 40%, siendo un tratamiento de probada eficacia en casos seleccionados, por lo que, como indica González-Moreno<sup>5</sup> en su editorial del mismo número de la revista de *CIRUGÍA ESPAÑOLA*, hoy día no debería negarse a ningún paciente con esta enfermedad poder ser tratado mediante la opción terapéutica, que mejores resultados ha mostrado hasta el momento, si cumple criterios para ello.

Por todo ello, desde luego ya no es éticamente aceptable privar de esta opción a pacientes potencialmente curables, y puede que en el futuro implique responsabilidades legales.

Como establece Elías<sup>6</sup>, el problema es que hoy todavía un porcentaje mayoritario de los pacientes afectados de carcinomatosis peritoneal son tratados por un planteamiento terapéutico obsoleto, y que es necesario que sean remitidos a centros donde esté plenamente establecido el triple tratamiento integral de citoreducción y quimioterapia in-

# CARCINOMATOSIS PERITONEAL

## Cartas al director



### Carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal, problema ético hoy, un problema legal en el futuro

Sr. Director:

misma autopsia indican, por la presencia de células tumorales viables residuales en el paciente, siendo este problema de la enfermedad microscópica residual la causa de muerte de nuestros enfermos, como Sugarbaker<sup>3</sup> indica, lo que el cirujano no ve es lo que mata al enfermo.

El atrapamiento celular como factor responsable del desarrollo de la carcinomatosis peritoneal es un fenómeno plenamente establecido y demostrado tanto a nivel clínico como experimental por los trabajos del grupo de Sugarbaker<sup>4</sup>.

Si bien es cierto que sería deseable que se llegase a excluir el factor cirujano como factor de riesgo para el posterior desarrollo de enfermedad persistente locoregional, motivo por el que los autores reclaman una preparación técnica para conseguir ese

**La actitud del cirujano** que se encuentra con una carcinomatosis peritoneal colorrectal, tal y como señala Elias, debe consistir en realizar un **estudio detallado de extensión** de la enfermedad conforme al índice de carcinomatosis peritoneal, que contempla el grado de enfermedad y su localización en las diferentes regiones abdominales, toma de muestra para confirmación histológica, y **limitarse a solucionar los problemas oclusivos si los hay**, preservando indemne la mayor parte de los planos anatómicos abdominales, **remitiéndolos luego a centros** donde pueda administrárseles esta nueva opción terapéutica.

— La aparición de las mal llamadas recidivas en el 80% de los casos acontecen en los primeros dos años.

— La conveniencia de una cirugía mínima dirigida a solucionar la urgencia cuando se descubre la recidiva en un ingreso urgente, insistiendo en la necesidad de dejar un minucioso informe del estado de la enfermedad en el protocolo quirúrgico.

Sin embargo, debemos recordar que también se cometen errores de bulto que es necesario adarar y rectificar.

No puede seguir hablándose de recidiva o recurrencia de enfermedad, por cuanto lo que en realidad está ocurriendo en estos pacientes es una persistencia de la enfermedad motivada, tal y como los

vista de CARLOS ESPINOSA, hoy día no debería negarse a ningún paciente con esta enfermedad poder ser tratado mediante la opción terapéutica, que mejores resultados ha mostrado hasta el momento, si cumple criterios para ello.

Por todo ello, desde luego ya no es éticamente aceptable privar de esta opción a pacientes potencialmente curables, y puede que en el futuro implique responsabilidades legales.

Como establece Elias<sup>5</sup>, el problema es que hoy todavía un porcentaje mayoritario de los pacientes afectados de carcinomatosis peritoneal son tratados por un planteamiento terapéutico obsoleto, y que es necesario que sean remitidos a centros donde esté plenamente establecido el triple tratamiento integral de citoreducción y quimioterapia in-

# CARCINOMATOSIS PERITONEAL

## Carcinomatosis peritoneal de CCR

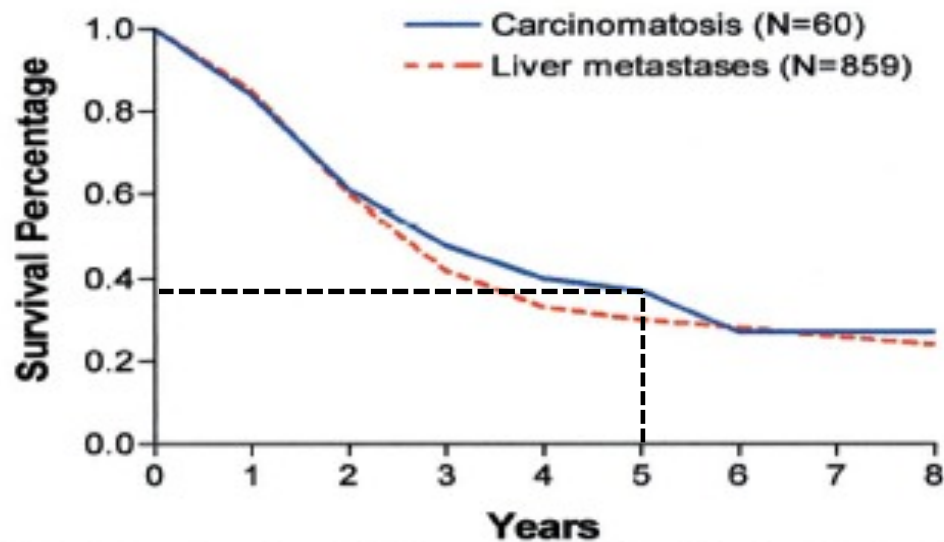


Fig 1. Comparison of survival of a group of patients with colorectal metastases to the liver and a second group with carcinomatosis. In all liver metastases patients<sup>5</sup> the liver resection was scored R0; in all the carcinomatosis patients, the cytoreduction was scored as complete.

Journal of Clinical Oncology, vol 21, Nº 5 (March1), 2003:pp 762-764

## CARCINOMATOSIS PERITONEAL



## **CARCINOMATOSIS PERITONEAL**



## CARCINOMATOSIS PERITONEAL



# Caso 1

68 años, albañil

Consulta marzo 2010.

Comienza 1 año antes con distensión abdominal progresiva, sin otros síntomas GI. Adelgazamiento de 10 kg

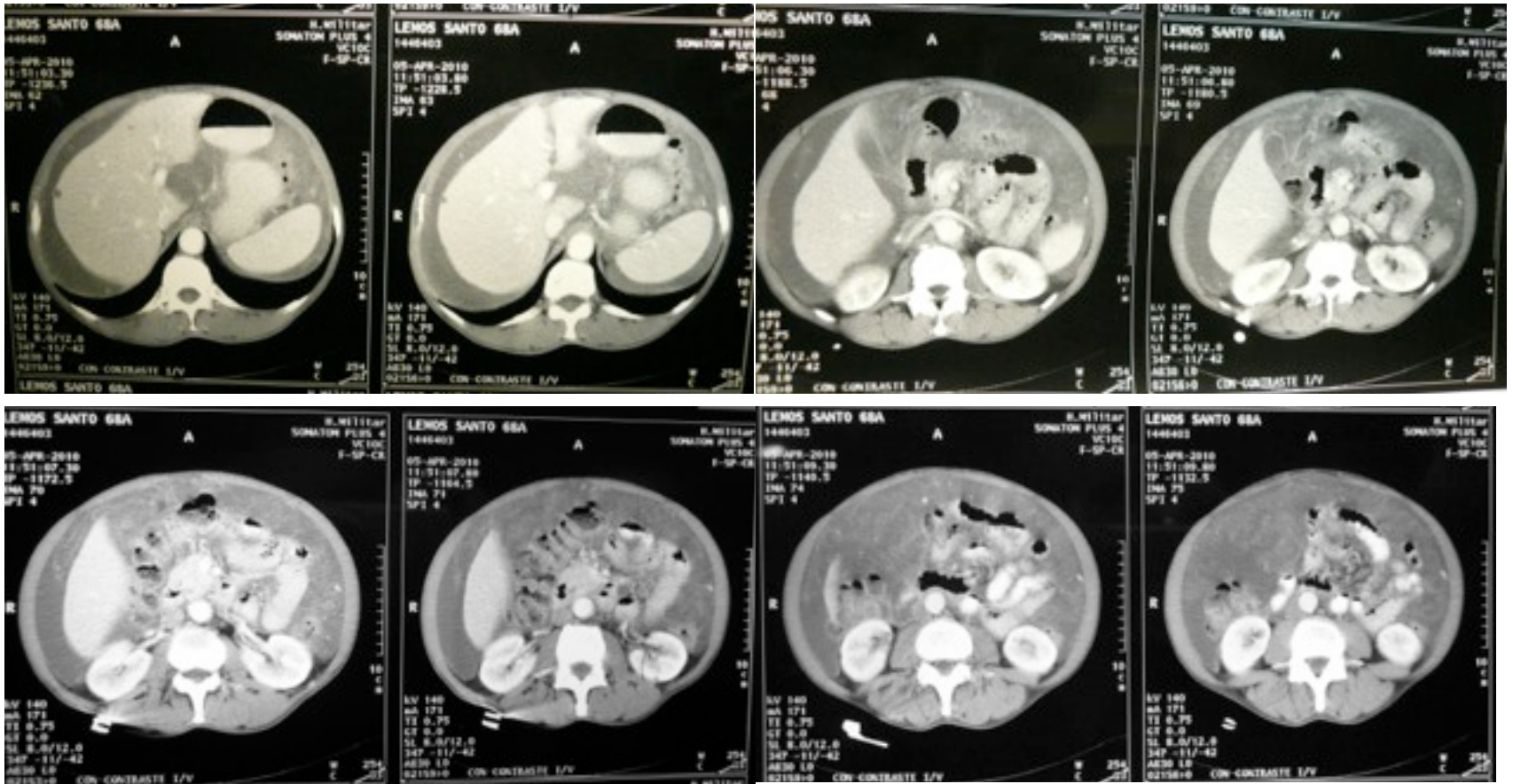
Ex F. Adelgazado: Abdomen distendido, ascitis. Tumoración centro-abdominal fija no dolorosa

**ECO:** ascitis en probable contexto de carcinomatosis.

**TAC:** lesiones quísticas periféricas que podrían corresponder a METÁSTASIS PERITONEALES y engrosamiento nodular del epiplón mayor. Ascitis

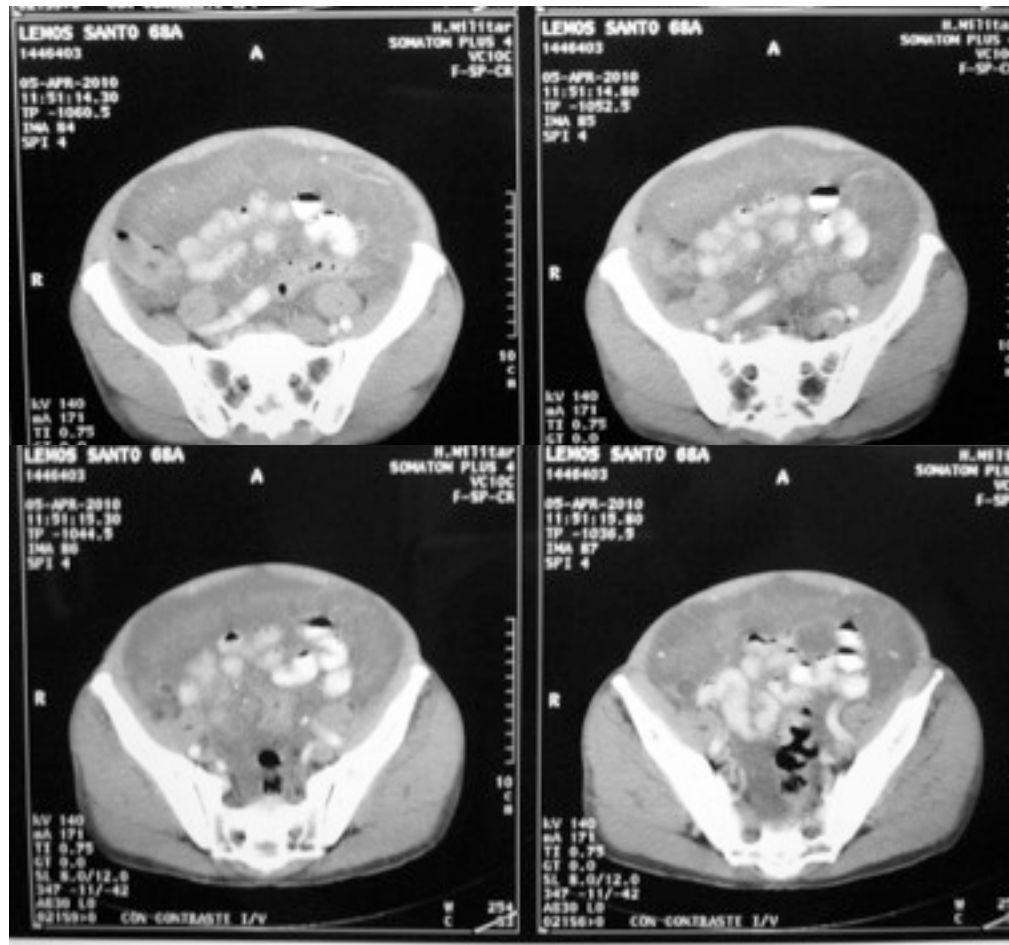
**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

# Caso 1



**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

# Caso 1



**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

# Caso 1

**MT:** CEA: 429  
CA 19-9: < 2  
CA 125: ---

**Laparoscopía:** macro-carcinomatosis difusa. Apéndice de aspecto tumoral

**AP:** Abundante material acelular, anfófilo que impresiona **MOCO**  
Compatible con **CARCINOMATOSIS PERITONEAL (PSEUDOMIXOMA PERITONEAL)**  
**IHQ:** orienta origen digestivo infra-diafragmático, apéndice o colon

**FCC y FGC:** onconequivas

**ATENEO COMITÉ DE TUMORES**

**PERITONECTOMÍA Y QUIMIOTERAPIA INTRAPERITONEAL POSTOPERATORIA**

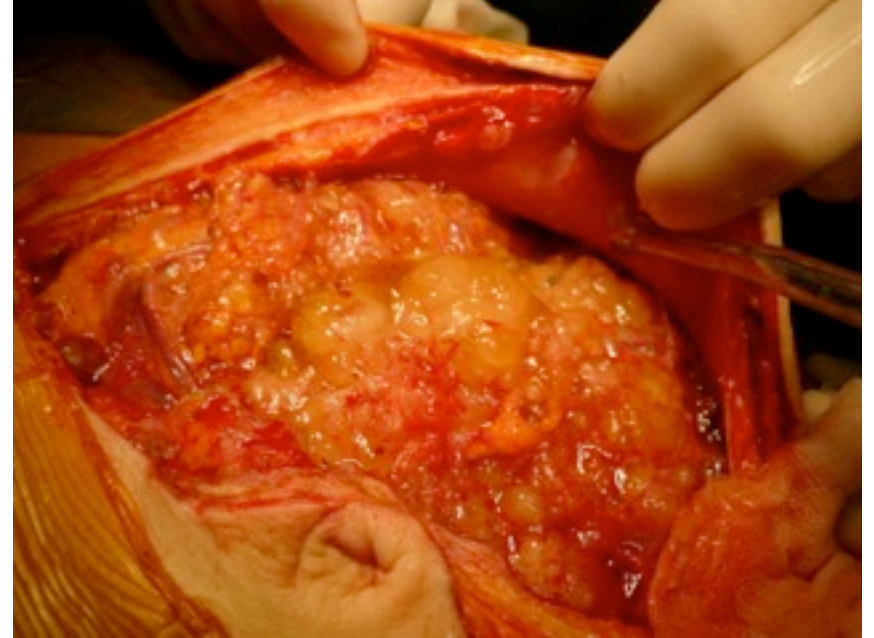
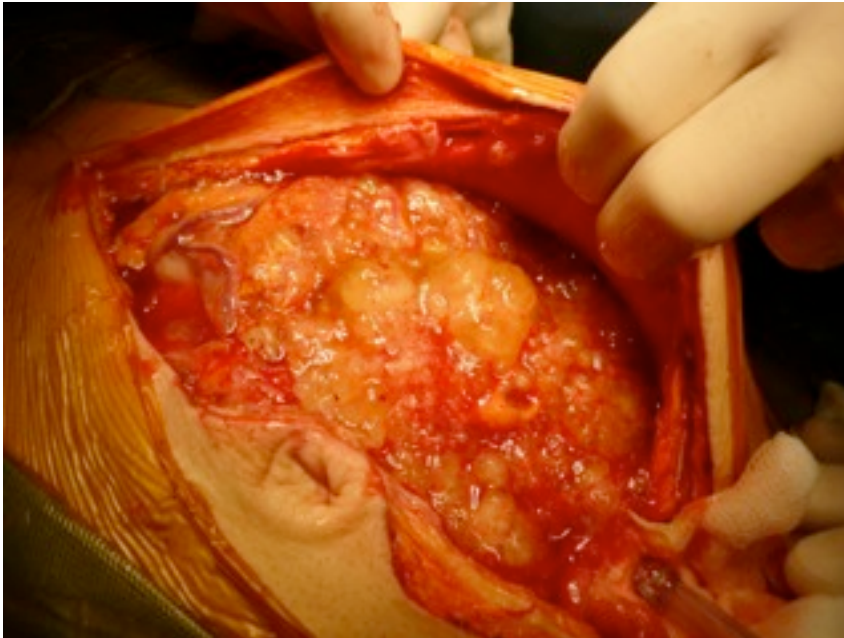
**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

# Caso 1



**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

# Caso 1



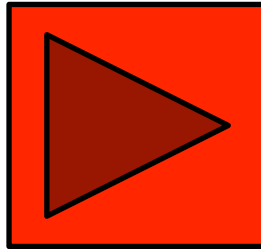
**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

# Caso 1



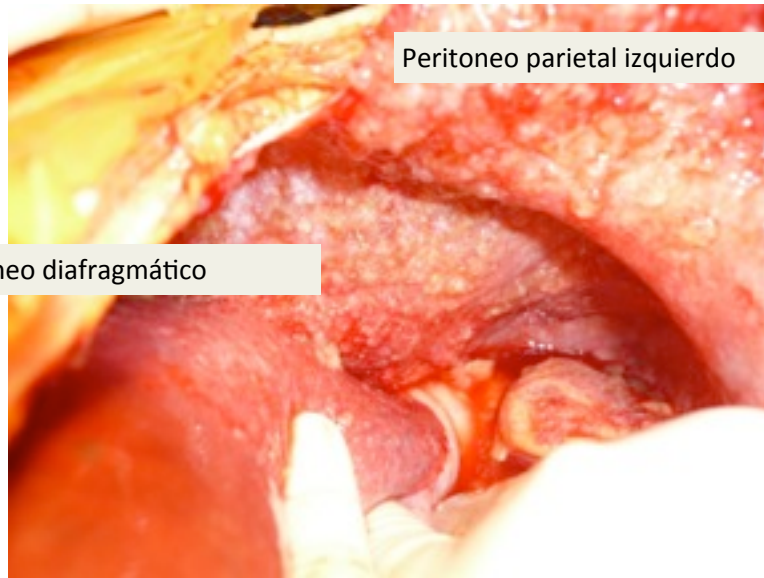
**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

# Caso 1



**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

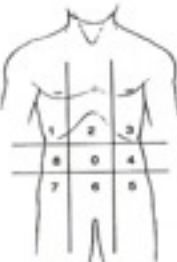
## Peritoneo parietal, peritoneo diafragmático izquierdo, vesícula, lig. redondo



## CARCINOMATOSIS PERITONEAL

# Caso 1

**Peritoneal Cancer Index**



**Regions**

0 Central

1 Right Upper

2 Epigastrium

3 Left Upper

4 Left Flank

5 Left Lower

6 Pelvis

7 Right Lower

8 Right Flank

9 Upper Jejunum

10 Lower Jejunum

11 Upper Ileum

12 Lower Ileum

**Lesion Size**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Lesion Size Score**

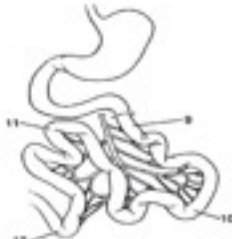
LS 0 No tumor seen

LS 1 Tumor up to 0.5 cm

LS 2 Tumor up to 5.0 cm

LS 3 Tumor > 5.0 cm or confluence

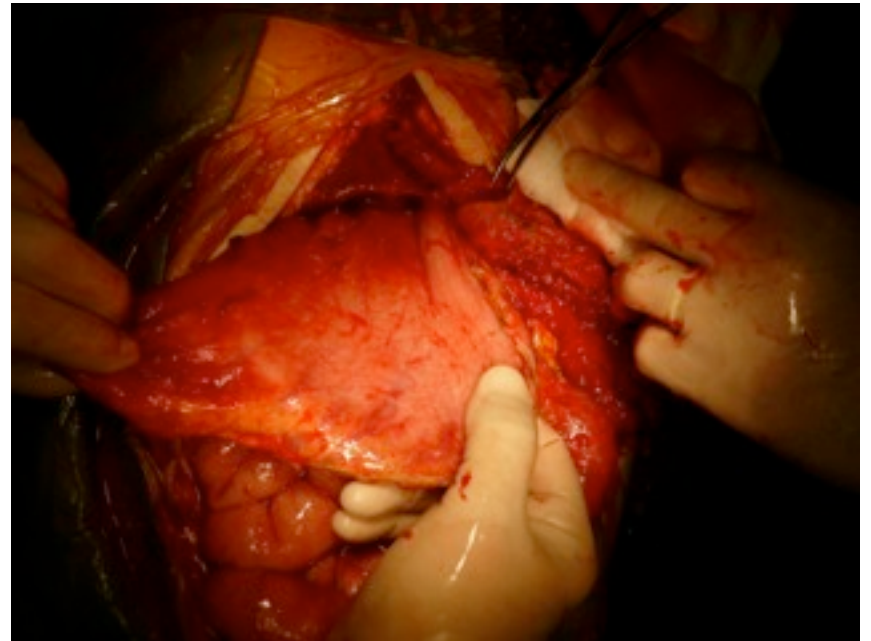
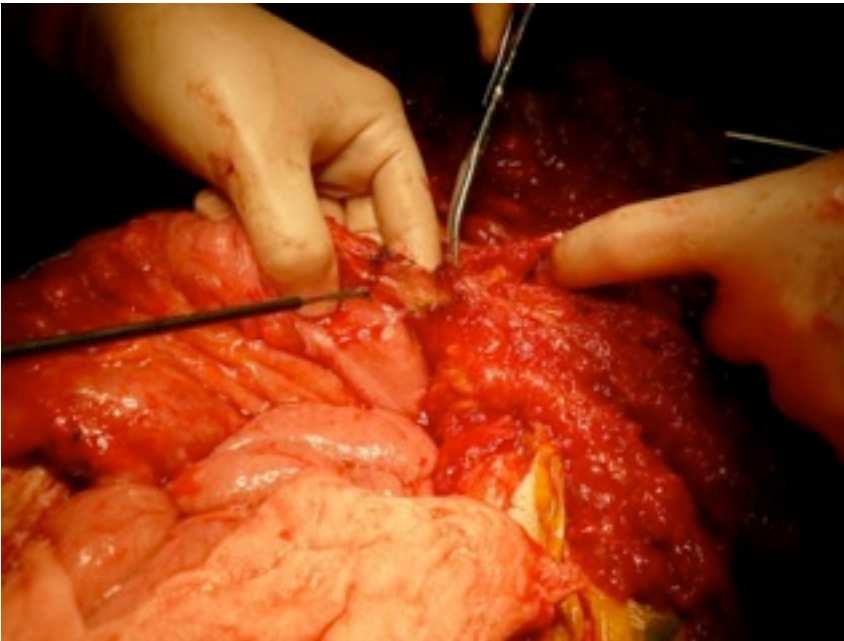
**PCI** 30



| Regions          | Anatomic structures                                                                                                   |
|------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 0 Central        | Midline abdominal incision – entire greater omentum – transverse colon                                                |
| 1 Right upper    | Superior surface of the right lobe of the liver – undersurface of the right hemidiaphragm – right retro hepatic space |
| 2 Epigastrium    | Epigastriic fat pad – left lobe of the liver – lesser omentum – falciform ligament                                    |
| 3 Left upper     | Undersurface of the left hemidiaphragm – spleen – tail of pancreas – anterior and posterior surfaces of the stomach   |
| 4 Left flank     | Descending colon – left abdominal gutter                                                                              |
| 5 Left lower     | Pelvic sidewall lateral to the sigmoid colon – sigmoid colon                                                          |
| 6 Pelvis         | Female internal genitalia with ovaries, tubes and uterus – bladder, Douglas pouch – rectosigmoid colon                |
| 7 Right lower    | Right pelvic sidewall – cecum – appendix                                                                              |
| 8 Right flank    | Right abdominal gutter – ascending colon                                                                              |
| 9 Upper jejunum  |                                                                                                                       |
| 10 Lower jejunum |                                                                                                                       |
| 11 Upper ileum   |                                                                                                                       |
| 12 Lower ileum   |                                                                                                                       |

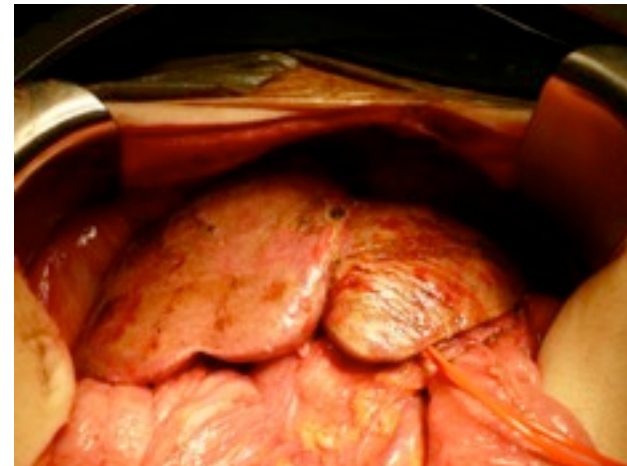
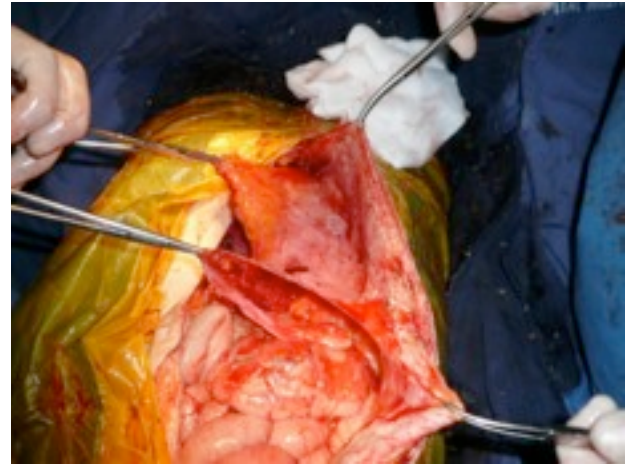
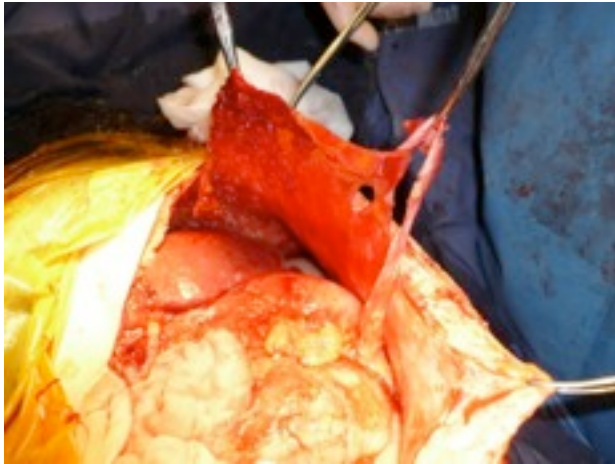
## CARCINOMATOSIS PERITONEAL

## Caso 1



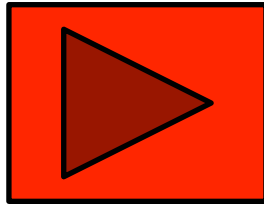
**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

## Caso 1



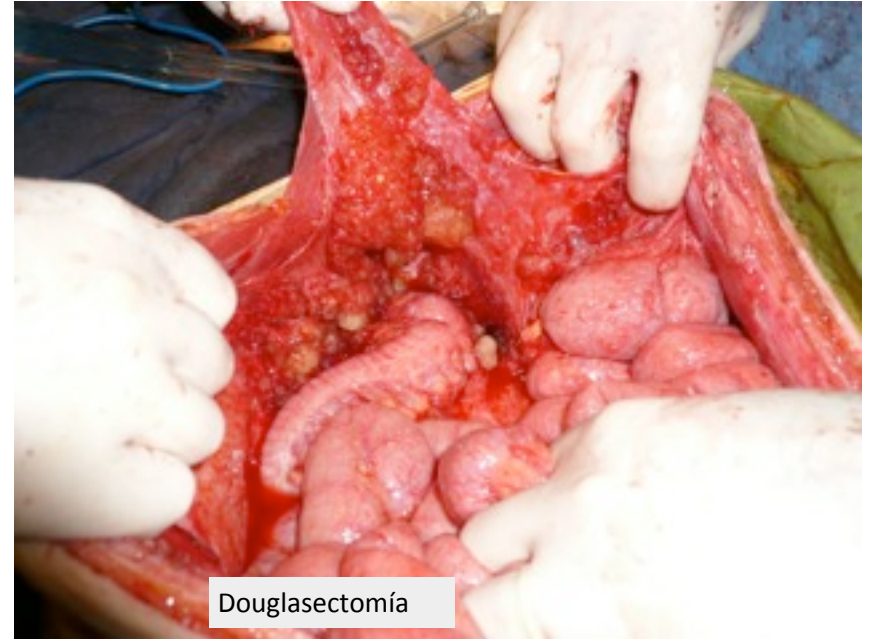
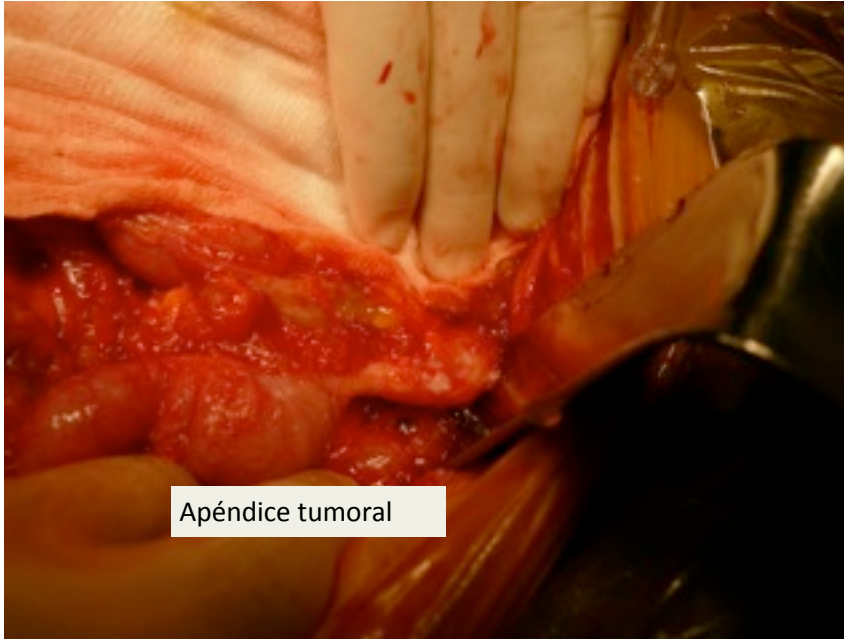
**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

# Caso 1



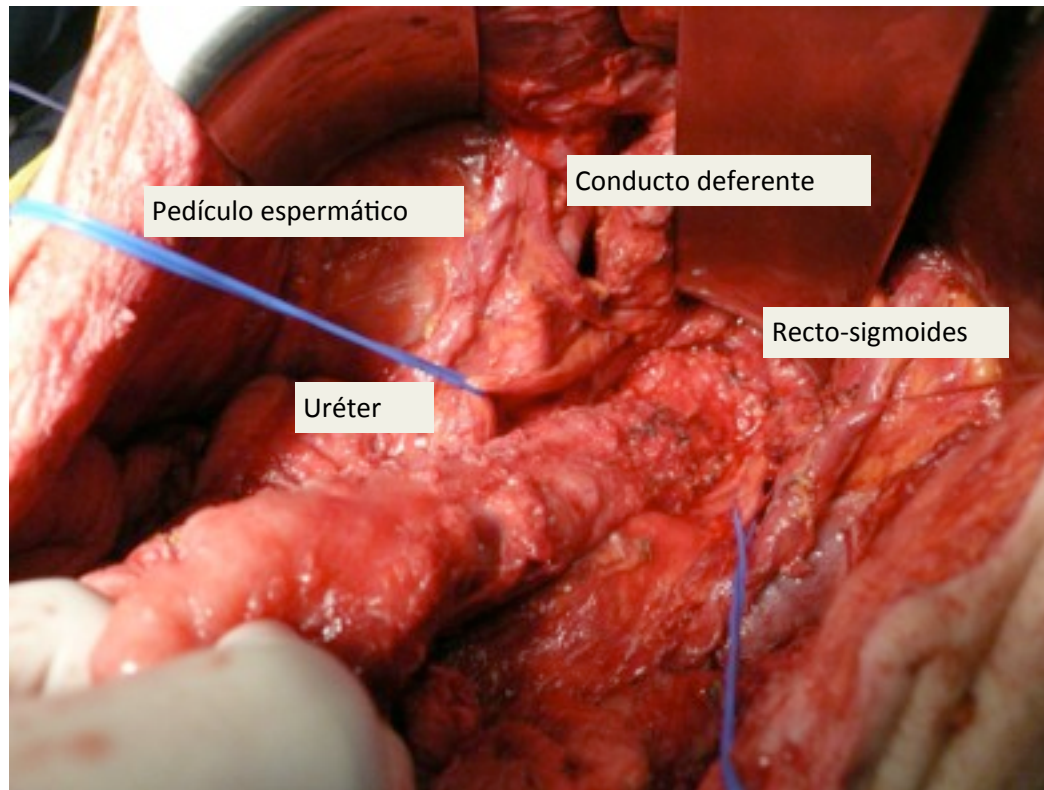
**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

## Caso 1



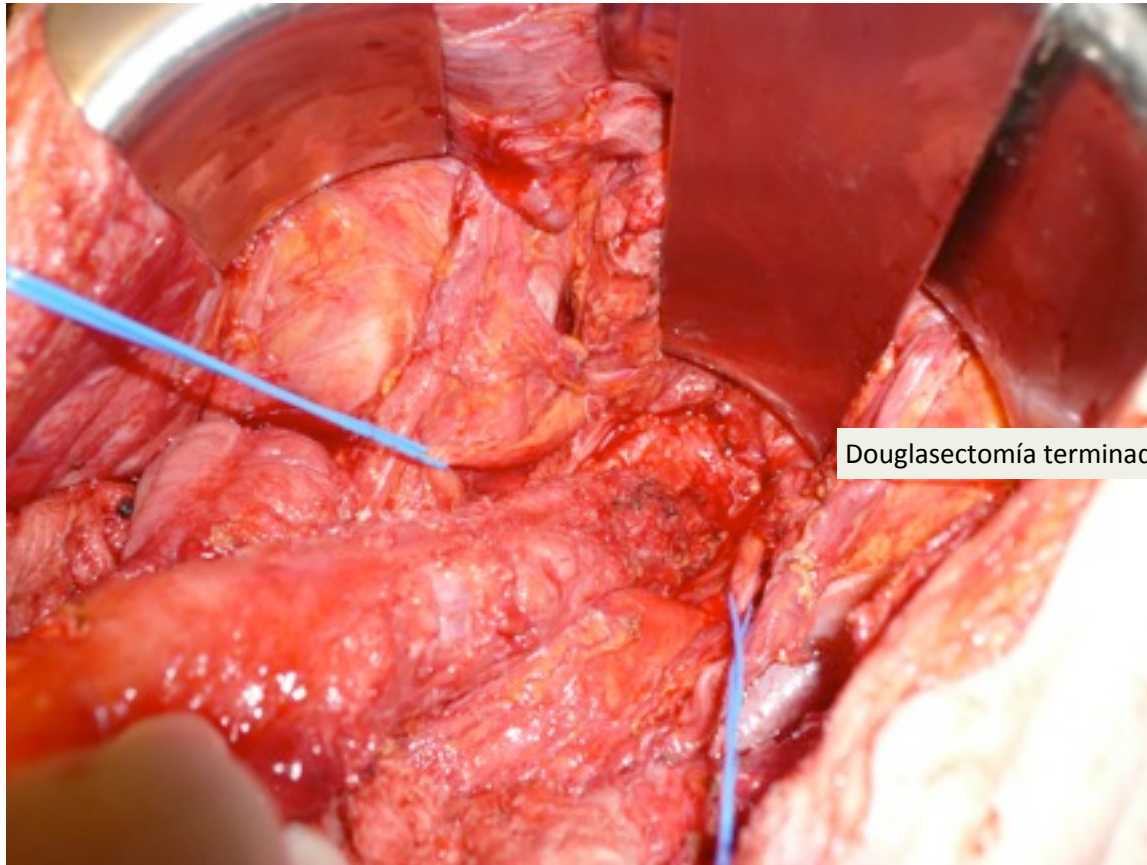
**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

# Caso 1



**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

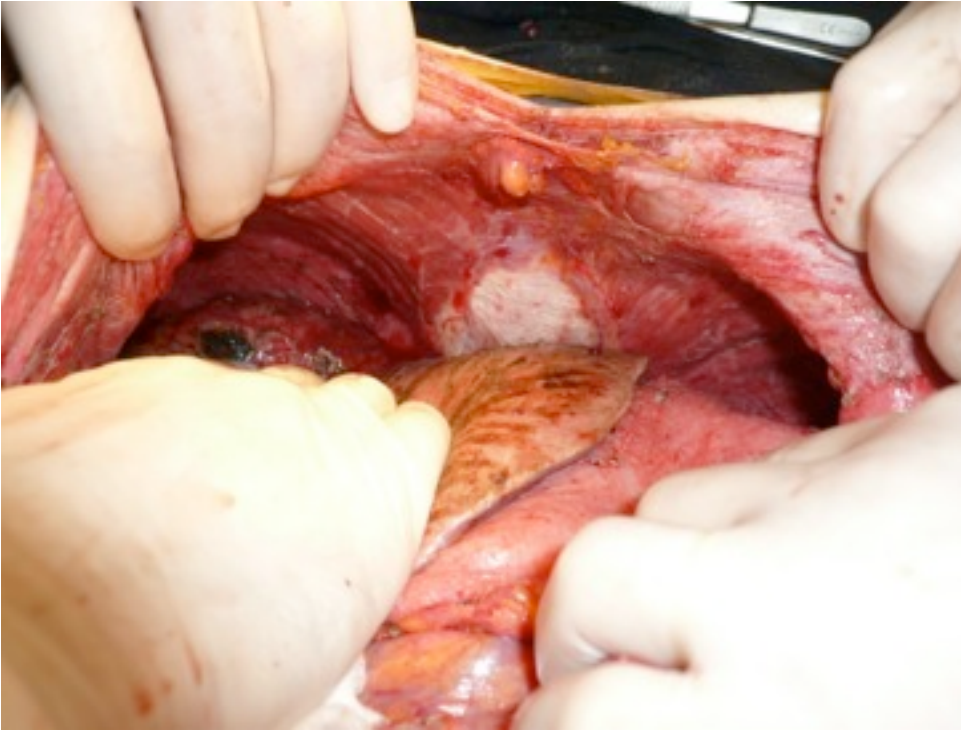
## Caso 1



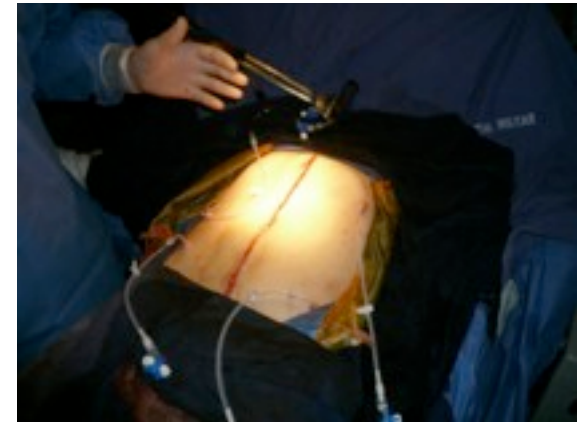
Douglastectomía terminada

**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

## Caso 1



Citorreducción completa CC0



## CARCINOMATOSIS PERITONEAL

# Caso 1



## Quimioterapia intraperitoneal postoperatoria precoz (protocolo de Elías)

Se deja 23 hs con los drenajes clampeados y se drena durante 1 hora por gravedad simple

Este procedimiento se realiza durante **5 días** de la siguiente manera:

**Mitomicina C:** 10 mg/m<sup>2</sup> en 900 ml/m<sup>2</sup> de solución Ringer  
conteniendo 45 mEq/lit de NaOH el 1er día.

**5-fluorouracilo:** 15 mg/kg en 900 ml/m<sup>2</sup> de una solución de Ringer +  
45 mEq/lit de NaOH día 2 a 5 día incluido.

# Caso 1

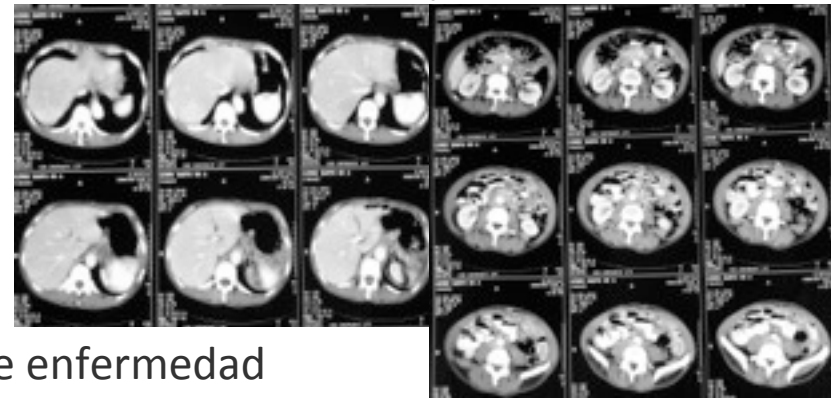
- **Evolución**

- CTI y UCI por 7 días
- Dolor P/O que se manejó analgesia con analgesia por catéter peridural
- Cultivo de BGN de vía aérea tratado con (Ceftazidima-Amikacina) IV
- Buena evolución posterior en sala
- Alta D 12
- Control en Policlínica
  
- A **2 meses** aumento ponderal de 14 kg
- Control a los **6 meses** TAC sin evidencia de enfermedad
- Control **al año** TAC sin evidencia de enfermedad
- Marcadores cada 3 meses se mantienen en rango y estables
- **Actualmente 18 meses de sobrevida** sin evidencia de enfermedad macroscópica

# Caso 1

- **Evolución**

- CTI y UCI por 7 días
- Dolor P/O que se manejó analgesia con analgesia por catéter peridural
- Cultivo de BGN de vía aérea tratado con (Ceftazidima-Amikacina) IV
- Buena evolución posterior en sala
- Alta D 12
- Control en Policlínica
- A **2 meses** aumento ponderal de 14 kg
- Control a los **6 meses** TAC sin evidencia de enfermedad
- Control **al año** TAC sin evidencia de enfermedad
- Marcadores cada 3 meses se mantienen en rango y estables
- **Actualmente 18 meses de sobrevida** sin evidencia de enfermedad macroscópica



# Preguntas Caso 1

- El score PCI le resulta sencillo de aplicar en la práctica? Aplica otro?
- Que lugar tiene la quimio postoperatoria fría exclusiva?
- Las ventajas de la quimio intraperitoneal, disminuyen al tratar con QT sistémica?
- En este paciente con un índice (ICP) tan alto, plantea second-look? Al año?
- Cuántas relaparotomías? Cuántas QIPH?

**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**



## Caso 2

- 51 a
- AP de cáncer de mama T1 N0 M0 en 2003 (mastectomía sectorial + RÖ + tamoxifeno)
- **4-4-06** Laparoscopia por masa anexial y resección de ovario izquierdo (cistoadenoma mucinoso?). Extracción en bolsa y lavado peritoneal con 5 lt SF  
IH: CK 20+ CK 7- (a favor de un adenoma cólico primitivo)
- **28-4-06** Adenoma sigmoideo infranqueable síntomas oclusión
- **30-4-06** Colostomía proximal
- **18-5-06** Colectomía sigmoidea, histerectomía, anexectomía derecha, apendicectomía y omentectomía. No carcinomatosis
- AP: adenoma poco diferenciado, áreas coloido-mucosas, infiltra hasta la serosa. N 1 (1/10). Ovario der s/p
- En suma: **pT3 N1 M1**

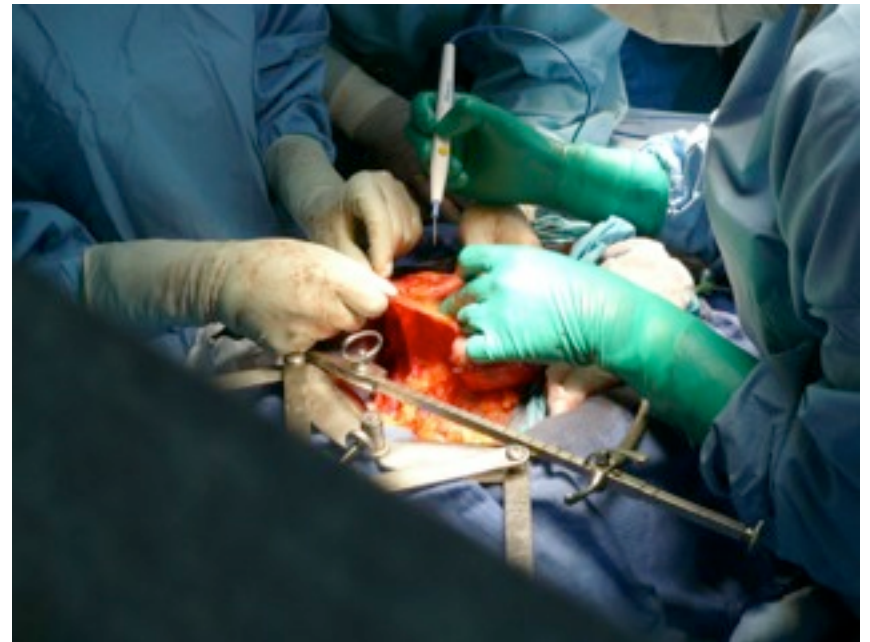
## CARCINOMATOSIS PERITONEAL

## Caso 2

- Folfox 4 x 6 meses (interrumpe tratamiento en la mitad x neutropenia y queda con 5 Fu-LV)
- Comité de tumores, abril 2007: Second Look luego de PET-scan que descartó recidiva ganglionar

**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

## Caso 2



Sin evidencia de enfermedad macroscópica residual

**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

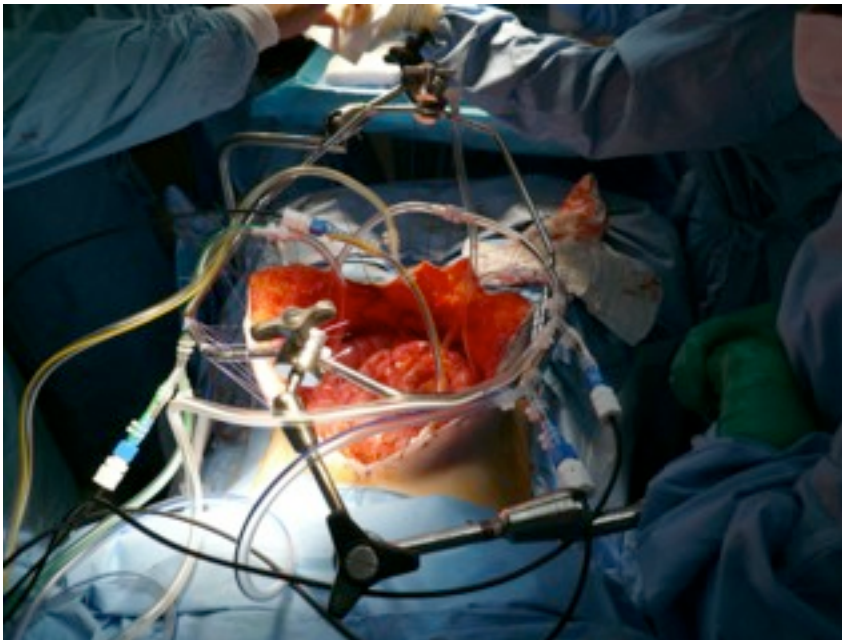
## Caso 2

016 - 06 263 F1 NOM DU SERVICE = 18141 IP DU SERVICE =  
 Surface corporelle = (A), (C) (N° de Dossier RG 1111)

ET SIGNATURE DU PRESCRIPTEUR: B. Gares (Chl) Accord du vs des examens:

| Nom du produit          | Dosage | Vie | Path | Ex | Autre | Autre |
|-------------------------|--------|-----|------|----|-------|-------|
| ChlP du 27 Octobre 2007 |        |     |      |    |       |       |
| en JJ a) An. Blorique   | 32 mg  |     |      |    |       |       |
| b) S. Fu                | 640 mg |     |      |    |       |       |
| en JP a) Ombelphine     | 480 mg |     |      |    |       |       |
| b) T. inoblen           | 320 mg |     |      |    |       |       |

en cas de d'une deuxième cure pendant la séjur 1  
 de changement de prescription 2



**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

## Preguntas Caso 2

- Second look sistemático? Siempre o cuando es M1 (ovario)?
- Si no hay evidencia Macro, igual QIPH?
- Que seguimiento posterior?
  - Clínica y marcadores? PET-TC?
  - Protocolos?

**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

## Preguntas Caso 2

- Second look sistemático? Siempre o cuando es M1 (ovario)?
- Si no hay evidencia Macro, igual QIPH?
- Que seguimiento posterior?
  - Clínica y marcadores? PET-TC?
  - Protocolos?

Résultats de la chirurgie systématique de « second look »  
chez les patients à haut risque de développer une carcinose  
péritonéale d'origine colorectale

*Results of systematic second-look surgery in patients at high risk of developing  
colorectal peritoneal carcinomatosis*

---

Dominique Elias, Diane Goere, Daniela Di Pietrantonio, Valérie Boige, David Malka, Niaz Kohné-Shari,  
Clarisse Dromain, Michel Ducreux  
Ann Surg 2008;247:445-50

## CARCINOMATOSIS PERITONEAL

## Preguntas Caso 2

- Second look sistemático? Siempre o cuando es M1 (ovario)?
- Si no hay evidencia Macro, igual QIPH?

Résultats de la chirurgie systématique de « second look »  
chez les patients à haut risque de développer une carcinose  
péritonéale d'origine colorectale

*Results of systematic second-look surgery in patients at high risk of developing  
colorectal peritoneal carcinomatosis*

---

Dominique Elias, Diane Goere, Daniela Di Pietrantonio, Valérie Boige, David Malka, Niaz Kohnesh-Shari,  
Clarisse Dromain, Michel Ducreux  
Ann Surg 2008;247:445-50

## CARCINOMATOSIS PERITONEAL

## Preguntas Caso 2

- Second look sistemático? Siempre o cuando es M1 (ovario)?
- Si no hay evidencia Macro, igual QIPH?
- Que seguimiento posterior?
  - Clínica y marcadores? PET-TC?
  - Protocolos?

Résultats de la chirurgie systématique de « second look »  
chez les patients à haut risque de développer une carcinose  
péritonéale d'origine colorectale

*Results of systematic second-look surgery in patients at high risk of developing  
colorectal peritoneal carcinomatosis*

---

Dominique Elias, Diane Goere, Daniela Di Pietrantonio, Valérie Boige, David Malka, Niaz Kohné-Shari,  
Clarisse Dromain, Michel Ducreux  
Ann Surg 2008;247:445-50

## CARCINOMATOSIS PERITONEAL

## Preguntas Caso 2

- Deberíamos realizar citología peritoneal a todos los tumores digestivos?
- Cáncer gástrico T3 con citología +, Gastrectomía D2 y QIPH?
- Que es lo que viene?...

**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

## Preguntas Caso 2

- Deberíamos realizar citología peritoneal a todos los tumores digestivos?
- Cáncer gástrico T3 con citología +, Gastrectomía D2 y QIPH?
- Que es lo que viene?...



## CARCINOMATOSIS PERITONEAL

## Preguntas Caso 2

- Deberíamos realizar citología peritoneal a todos los tumores digestivos?
- Cáncer gástrico T3 con citología +, Gastrectomía D2 y QIPH?



## CARCINOMATOSIS PERITONEAL

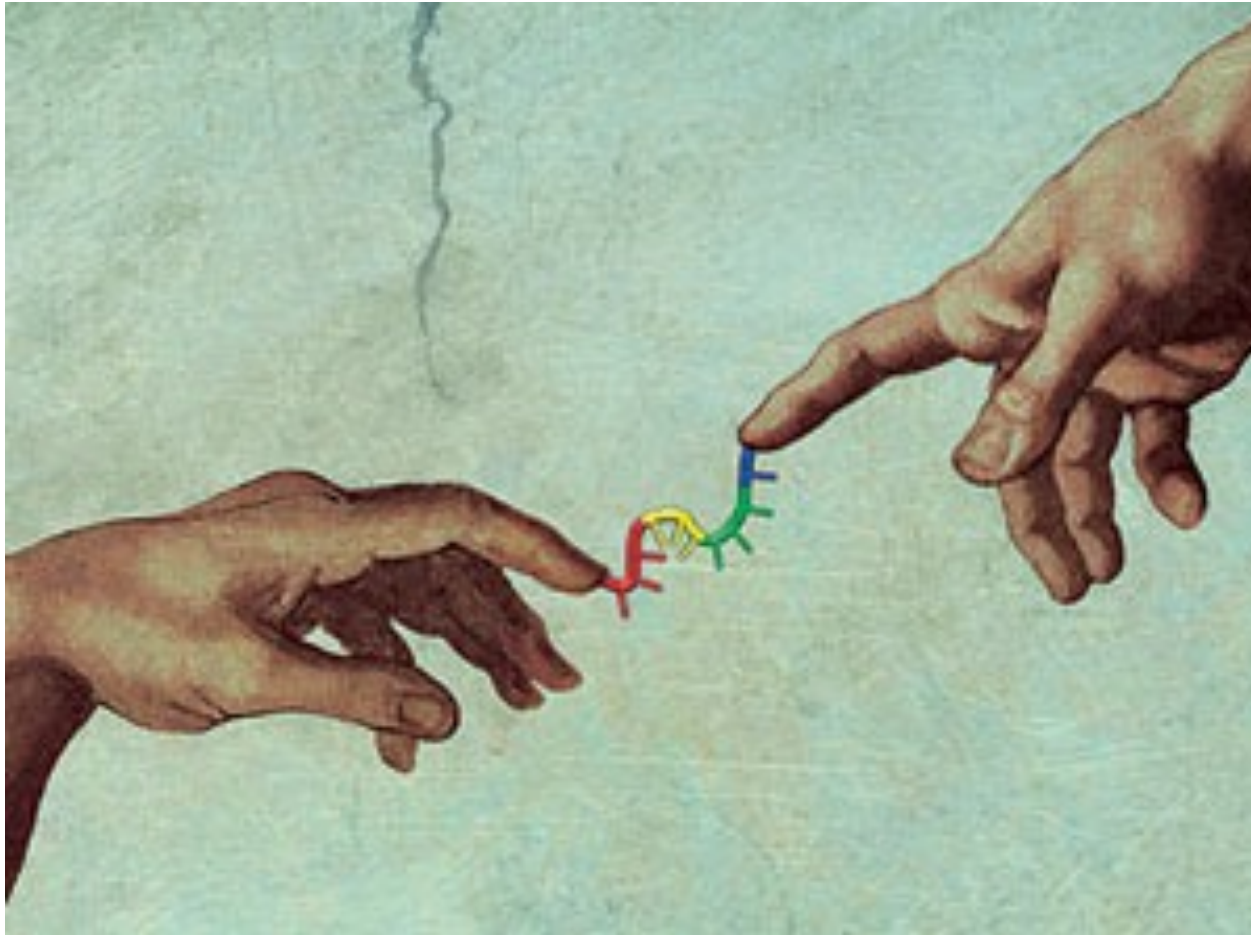
## Preguntas Caso 2

- Deberíamos realizar citología peritoneal a todos los tumores digestivos?
- Cáncer gástrico T3 con citología +, Gastrectomía D2 y QIPH?
- Que es lo que viene?...



**CARCINOMATOSIS PERITONEAL**

# Gracias



## **CARCINOMATOSIS PERITONEAL**