



Cartas al Director

Tratamiento radical de la carcinomatosis peritoneal. Tiempos de cambio



Radical treatment of peritoneal carcinomatosis: Times are changing

Sr. Director:

Hemos leído con gran interés el editorial del Dr. Barrios¹ recientemente publicado en su revista con sus reflexiones motivadas por los resultados del estudio multicéntrico francés fase III Prodigé 7², en el que ha quedado demostrado que la citorreducción quirúrgica radical (CRS, por sus siglas en inglés) seguida de quimioterapia intraperitoneal intraoperatoria hipertérmica (HIPEC, por sus siglas en inglés) no aportan mayor supervivencia global que la CRS seguida de quimioterapia sistémica adyuvante en el tratamiento de pacientes con carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal. En el estudio Prodigé 7², no solo no se demostraron diferencias en la supervivencia global en los grupos de estudio (41,2 meses frente a 41,7 meses), sino lo que es además más importante: hubo un franco detrimento en el grupo de pacientes tratados con HIPEC por la toxicidad inducida, con una morbilidad grado III-V de Clavien del 24% frente a solo el 13% en el grupo control.

Estos impactantes resultados, por inesperados, han llevado a algunos autores a proponer incluso la desaparición de la HIPEC del armamentario terapéutico quirúrgico en un editorial de la prestigiosa revista *European Journal of Surgical Oncology (EJSO)*³, lo que motivó nuestra carta al editor⁴ en la que poníamos de manifiesto el valor trascendental de la CRS acompañada de quimioterapia sistémica adyuvante.

En nuestra carta constatábamos las 4 mejores publicaciones de la literatura médica hasta el momento en pacientes tratados por carcinomatosis peritoneal de origen colorrectal. Las medianas de supervivencia global obtenidas variaban desde los 36,6 meses de Ihemelandu y Sugarbaker⁵; los 41,2 y 41,7 meses aportados en el estudio Prodigé 7²; los 47,5 meses obtenidos por el grupo del Instituto Bergonié de Burdeos⁶, hasta los 62,7 meses publicados por Elias et al.⁷.

El Dr. Barrios¹ comunica en su editorial sus magníficos resultados en el Hospital de Sant Joan Despí Moisés Broggi, con una mediana de supervivencia de 40,5 meses.

Si bien puede cuestionarse el papel de la HIPEC, lo único que ha quedado meridianamente demostrado en todas estas experiencias citadas, incluidas las del estudio Prodigé 7² y del Dr. Barrios¹, es que solo cuando se consigue la erradicación de la última célula tumoral de la cavidad peritoneal, con una CRS CCO, seguida del lavado abundante de detritus con o sin hipertermia, para el tratamiento de la enfermedad microscópica residual, y solo entonces: si estos pacientes son tratados con los mejores esquemas de quimioterapia sistémica, se puede aspirar a la cronificación y a largas supervivencias en este grupo de pacientes hasta ahora considerados incurables.

Debemos aspirar a la excelencia quirúrgica, demandando el aprendizaje tutelado de las CRS CCO, «piedra angular» del tratamiento de la carcinomatosis peritoneal colorrectal, para poder ofrecer a todos nuestros pacientes una rayo de esperanza, y la curación en casos seleccionados.

Financiación

El presente artículo no ha recibido ninguna beca específica de agencias de los sectores público, comercial, o sin ánimo de lucro.

Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. Barrios P. Tratamiento radical de la carcinomatosis peritoneal. Tiempos de cambio. *Cir Esp.* 2019;97:125-7.

2. Quenet F, Elias D, Roca L, Goere D, Ghouti L, Pocard M, et al. A UNICANCER phase III trial of hyperthermic intraperitoneal chemotherapy (HIPEC) for colorectal peritoneal carcinomatosis (PC): PRODIGE 7. ASCO Annual Meeting. Junio de 2018. Chicago, IL.
3. Evgard S. Autopsy of an expert consensus: End of hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in colorectal carcinomatosis. *Eur J Surg Oncol*. 2018;44:1845-6.
4. Gómez Portilla A. Autopsy of an expert consensus: End of hyperthermic intraperitoneal chemotherapy in colorectal carcinomatosis. Editorial. *Eur J Surg Oncol*. 2019. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejso.2019.02.028> [En prensa].
5. Ihemelandu CH, Sugarbaker PH. Management for peritoneal metastasis of colonic origin: Role of cytoreductive surgery and perioperative intraperitoneal chemotherapy: A single institution's experience during two decades. *Ann Surg Oncol*. 2017;24:898-905.
6. Desolneux G, Maziere C, Vara J, Brouste V, Fonck M, Bechade D, et al. Cytoreductive surgery of colorectal peritoneal metastases: Outcomes after complete cytoreductive surgery and systemic chemotherapy only. *PLoS One*. 2015;10. e816 0122.
7. Elias D, Lefevre JH, Chevalier J, Brouquet A, Marchal F, Classe JM, et al. Complete cytoreductive surgery plus intraperitoneal

chemohyperthermia with oxaliplatin for peritoneal carcinomatosis of colorectal origin. *J Clin Oncol*. 2009;27:681-5.

Alberto Gómez Portilla

Sección de Cirugía, Departamento de Cirugía General, Hospital Universitario de Araba (HUA), Sede Hospital Santiago, Vitoria, España
 Universidad del País Vasco (UPV), Vitoria, España
 Programa de Carcinomatosis Peritoneal, Hospital San José Vithas, Vitoria, España

Correo electrónico: agomezpor@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.04.008>
 0009-739X/

© 2019 AEC. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Puntualizaciones a los proyectos de estandarización del tratamiento del cáncer de la unión esofagogástrica: centralización, registros y formación



Standardizing the treatment of esophagogastric junction tumors: Centralization, registries and surgical training

Sr. Editor:

Hemos leído con interés el artículo publicado por los autores Osorio et al.¹. Felicitamos a los autores por la revisión, pero queríamos hacer algunas consideraciones.

Estamos de acuerdo que la centralización de determinados procedimientos complejos podría mejorar los resultados. Sin embargo, como señalan los autores, al elegir los centros además del volumen, se deberían cumplir otros requisitos de estructura y resultados². Creemos que los ítems básicos de centralización deberían ser los resultados de morbimortalidad a 90 días y la supervivencia a 3 o 5 años, auditados externamente por autoridades imparciales y sin conflictos de intereses como la Administración Sanitaria. Sin embargo, no se conocen estos resultados de ningún servicio y, por tanto, se prescinde de los principios básicos de calidad³. Los centros hospitalarios deben reunir una estructura que permita el acceso permanente a radiología intervencionista y endosco-

pia, unidades de cuidados críticos y, desde luego, a cirujanos capacitados. Solo así disminuirá el *Failure to Rescue*. Si no sabemos cuáles son los resultados reales, no hay un *Textbook Outcome*⁴.

Nadie cuestiona la necesidad de los comités oncológicos multidisciplinares. Pero estos deberán basarse en la evidencia científica y en protocolos demostrados, no ser un «comité de expertos». Las prácticas fuera de la evidencia deben integrarse en ensayos clínicos aleatorizados. El volumen sin resultados y estructura, no tiene ningún interés.

La auditoría debe ser permanente para que los resultados mejoren o cuando menos, se mantengan.

No se puede hablar de *benchmarks* en resultados —con frecuencia publicados— ni *benchmarking* de servicios, que no tengan auditorías imparciales.

Rellenar los registros de complicaciones de los pacientes y comunicarlos, no implica la objetividad de los resultados⁵. Registros oncológicos nacionales o multirregionales sí, pero