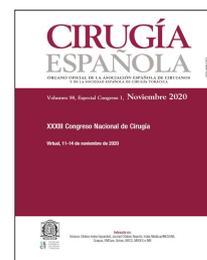




Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



O-102 - IMPLICACIÓN PRONÓSTICA DE LOS MÁRGENES QUIRÚRGICOS EN LA CIRUGÍA GÁSTRICA ONCOLÓGICA

Serrano Hermosilla, Clara; Villalabeitia Ateca, Ibabe; Sarriugarte Lasarte, Aingeru; Perfecto Valero, Arkaitz; Ortiz de Guzmán, Sara; Álvarez Abad, Irene; Sendino Cañizares, Patricia; Gutiérrez Grijalba, Oihane

Hospital de Cruces, Barakaldo.

Resumen

Objetivos: Clásicamente se ha considerado que el borde quirúrgico de resección mínimo debe ser entre 3 y 5 cm, incluso llegando a plantearse la gastrectomía total sistemática en los casos de carcinomas difusos. No obstante recientes estudios han puesto en duda dicho límites, planteando la posibilidad de qué márgenes de resección menores puedan ser suficientes para una correcta cirugía oncológica.

Métodos: Es un estudio sobre una base de datos prospectiva de 222 casos de cáncer gástrico intervenidos con intención curativa entre los años 2010-2014 en un centro de tercer nivel, de los cuales se excluyeron 27 pacientes por presentar márgenes afectos o ser cirugía paliativa. Se ha realizado un análisis descriptivo de los resultados y un análisis de supervivencia para valorar la implicación de los márgenes quirúrgicos de resección en la supervivencia global y libre de enfermedad de los pacientes operados por cáncer gástrico.

Resultados: El 64,7% han sido hombres con una mediana de edad 68,8 años ($\pm 11,7$). El 19,3% se localizaron en tercio superior de estómago; 23,3% en cuerpo; 57,4% en antro por lo que se han realizado 72,9% de gastrectomías subtotales y un 27,1% de gastrectomías totales. El 36,1% de los casos fueron carcinomas de tipo difuso y el 41% fueron carcinoma intestinal siendo el resto de tipo indeterminado. En 150 pacientes existía una medición anatomopatológica de la distancia entre el margen de resección quirúrgica y el tumor. Se observó que en el 28% de los casos la distancia era mayor de 3 cm; en el 43,3% entre 1 y 3 cm y en el 28,7% menos de 1 cm del tumor (14,2% de los casos se consideró un margen de resección afecto). En el análisis univariante de supervivencia se objetivó que los márgenes de resección mayores de 1 cm se mostraron como factor protector de recidiva HR 0,20 (0,08; 0,53); y mayor de 3 cm HR 0,18 (0,07; 0,5). De este modo, las curvas de Kaplan-Meier muestran un riesgo de recidiva significativamente mayor en los casos de márgenes de resección menor de 1cm frente a los casos con márgenes más amplios, sin que existan diferencias entre los márgenes de 1 a 3 cm y más de 3 cm. En el análisis multivariante el margen quirúrgico < 1 cm no se muestra protector respecto al margen afecto HR 1,01 (0,43; 2,35) a diferencia de los márgenes de 1 a 3 cm HR 0,59 (0,29; 1,21), y mayor de 3 cm HR 0,71 (0,34; 1,48). Lo mismo sucede con el análisis de la supervivencia global en los que los márgenes de resección mayores de 1 cm resultan protectores: de 1 a 3 cm HR 0,46 (0,27; 0,76) y en casos mayores de 3 cm HR 0,5 (0,29; 0,89), no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos.

Conclusiones: En nuestra serie, los márgenes de resección mayores a 1cm, según el resultado anatomopatológico, se han mostrado como factor protector en la recidiva local y supervivencia global a largo plazo, sin que existan diferencias en referencia a la amplitud de dicho margen quirúrgico.