



P-035 - ¿HAY DIFERENCIAS DE SUPERVIVENCIA ENTRE GASTRECTOMÍA TOTAL Y SUBTOTAL PARA TUMORES QUE NO SEAN T1 EN PACIENTES CLASIFICADOS SEGÚN LA JRSGC COMO "CURABILIDAD B"?

Ovejero Merino, Enrique; López García, Adela Petra; Mendoza Moreno, Fernando; Furtado Duarte Lobo Gonçalves, Isabel María; Lasa Unzúe, Inmaculada; Gómez Sanz, María de los Remedios; Marcos Hernández, Ruth; Gutiérrez Calvo, Alberto José

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Resumen

Objetivos: En Asia, en la actualidad, la gastrectomía subtotal se considera solo para tumores T1. En nuestro hospital, ha sido usada también en tumores T2-T3-T4 (con criterios estrictos que luego se exponen), durante los últimos 30 años. Por ello, en este estudio intentamos identificar diferencias de supervivencia, en pacientes clasificados como "curabilidad B" según JRSGC, tomando como factor diferenciador la extensión de la gastrectomía (total frente a subtotal).

Métodos: Nuestro programa comenzó en 1988 (hace 31 años). Desde el primer paciente se han recogido, prospectivamente, todos los casos. 565 intervenidos con intención curativa. Todos los casos se han codificado simultáneamente según el TNM postoperatorio (pTNM) y según la clasificación japonesa (JRSGC). En nuestro hospital se realiza una gastrectomía subtotal, independientemente de la T, si se cumplen todos los criterios siguientes: Localización: antral. Tamaño: < 5 cm. Histología: enteroide/intestinal. En caso de no cumplirse todos: total. En el presente trabajo, hemos tomado la técnica quirúrgica como variable guía para calcular la supervivencia estimada tras la intervención en paciente con curabilidad B. La clasificación de curabilidad fue descrita por la JRSGC: "Curabilidad A": T = sin tumor residual, con N = sin linfadenopatía o limitada a los ganglios cercanos al tumor, y con M = sin metástasis. "Curabilidad B": T = sin tumor residual, pero no cumple el resto de criterios de curabilidad A. "Curabilidad C": tumor residual.

Resultados: Se presentan en la tabla.

Media
(meses)

Global (n =
202)

Superv. 5
años (%)

Superv. 10
años (%)

	IA = T1 N0	3			
	IB = T2 N0, T1 N1	5			
	IIA = T3 N0, T2 N1, T1 N2	26			
	IIB = T4a N0, T3 N1, T2 N2, T1 N3a-N3b	8			
Gastrectomía total	IIIA = T4a N1, T3 N2, T2 N3a-N3b	31	107 (83-131)	53,5	44,1
	IIIB = T4b N0-1, T4a N2, T3 N3a-N3b	21			
	IIIC = T4b N2-N3a-N3b, TT4a N3a-N3b	7			
	IV = M1	24			
	Global	125			
	IA = T1 N0	4			
	IB = T2 N0, T1 N1	3			
	IIA = T3 N0, T2 N1, T1 N2	21			
	IIB = T4a N0, T3 N1, T2 N2, T1 N3a-N3b	7			
Gastrectomía subtotal	IIIA = T4a N1, T3 N2, T2 N3a-N3b	13	94 (64-123)	43,3	37,3
	IIIB = T4b N0-1, T4a N2, T3 N3a-N3b	13			
	IIIC = T4b N2-N3a-N3b, TT4a N3a-N3b	2			
	IV = M1	3			
	Global	66			
			log rank 0,554	log rank 0,512	log rank 0,752

Conclusiones: En nuestra serie, tras una intervención con intención radical (gastrectomía total o subtotal), la supervivencia media de los pacientes no difiere de modo significativo entre las técnicas quirúrgicas estudiadas, si los criterios especificados se respetan. Por ello, en pacientes con curabilidad B que cumplan los criterios propuestos, la extensión elegida de la resección gástrica (total frente a subtotal), no parece afectar a la supervivencia.