



P-159 - CIRUGÍA DEL CÁNCER GÁSTRICO. AUTOEVALUACIÓN PARA MEJORAR UNA UNIDAD ESOFAGOGÁSTRICA ILUSIONADA

Castañera González, Ramón; Valentín-Gamazo González, Isabel; Aguado De Benito, Alicia; Guilarte Hernández, Henry André; Bellorín García-Miguel, Carlos Gustavo; Rey Fernández De Mendiola, Jon; Centeno Velasco, Álvaro; Louredo Méndez, Ángel Martín

Complejo Asistencial de Palencia, Palencia.

Resumen

Objetivos: Analizar la experiencia en un centro de nivel 2 en la realización de gastrectomías por cáncer gástrico, centrándonos en tipo de resección quirúrgica, linfadenectomía, neo/adyuvancia, recidiva y supervivencia.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de los pacientes intervenidos de cáncer gástrico de forma programada entre enero de 2019 y diciembre de 2022.

Resultados: Se intervinieron 69 pacientes, el 86% ASA II-III con una media de puntuación en el Charlson Morbidity Index de 5,97. Según la clasificación de Lauren, el 49,3% correspondía al subtipo intestinal, el 43,5% difuso y el 7,2% indeterminado. Clasificación TNM preoperatoria (TC + ecoendoscopia) (tabla 1). El 52% (36) recibió neoadyuvancia (esquema XELOX 23 (63,8%), FLOT 9 (25%), capecitabina + antiHER2 2 (5,6%) y EOX 2 (5,6%)). Se realizó gastrectomía subtotal a 52 (75,4%) y total a 17 (24,6%). Linfadenectomía D1 a 24 (34,8%), D1+ a 25 (36,2%), D2 sin esplenectomía a 19 (27,5%) y D2 con esplenectomía a 1 (1,4%). Abordaje laparoscópico se realizó en 42 (60,9%), teniendo que convertir a laparotomía 6 (8,7%), y en 27 (39,1%) se realizó por vía abierta. En el estudio anatomopatológico se observó resección R0 en 64 (92,8%), y en 5 (7,2%) el margen de resección estaba afecto. Existió invasión perineural en 18 (26,1%) y linfovascular en 25 (36,2%). El número de ganglios extraídos fue de media 19,43 (DE 10,08) y de ganglios positivos 3,14 (DE 5,6). Estratificando, en las D1 se extirparon de media 17 (DE 11,13), siendo positivos 2,71 (DE 5,8); en las D1+ la media de ganglios extraídos fue 20,60 (DE 8,52) y afectos 4,12 (DE 6,56); y en las D2 los ganglios extraídos fueron 21,21 (DE 10,69) y afectos 1,79 (DE 2,59). La clasificación TNM posoperatoria se presenta en la tabla 2. En el grupo neoadyuvancia, se observó respuesta patológica completa en 4 (5,8%), *downstaging* de la T en 28 (40,6%) y de la N en 19 (27,5%). Durante el seguimiento, presentaron recidiva tumoral 23 (33,3%) pacientes, correspondiendo 9 (39,13%) a recidiva sistémica, 8 (34,78%) peritoneal, 4 (17,39%) ganglionar y 2 (8,7%) recidiva local. El tiempo medio de supervivencia libre de enfermedad fue de 32,6 meses (DE 2,36). En cuanto al tiempo de supervivencia global, la media fue 39,29 meses (DE 2,52). Comparando las curvas de supervivencia en función de recidiva, comprobamos como la presencia de recidiva tumoral empeora la tasa de supervivencia (*log rank* 0,008). Sin embargo, no existe diferencias significativas si la comparamos en función de R0 (*log rank* 0,193) ni de QT neoadyuvante (*log rank* 0,380).

Tabla 1

T1a	2 (2,9%)
T1b	6 (8,7%)
T2	9 (13%)
T3	32 (46,4%)
T4a	20 (29%)
N0	35 (50,7%)
N1	14 (20,3%)
N2	17 (24,6%)
N3a	3 (4,4%)
M0	69 (100%)
M1	0

Tabla 2

T0	4 (5,8%)
T1a	6 (8,7%)
T1b	7 (10,1%)
T2	16 (23,2%)
T3	28 (40,6%)
T4a	7 (10,1%)
N0	35 (49,3%)
N1	15 (21,7%)
N2	8 (11,6%)
N3a	8 (11,6%)
N3b	4 (5,8%)
M0	67 (97,1%)
M1	2 (2,9%)

Conclusiones: Consideramos que a pesar del pequeño tamaño muestral se están cumpliendo los estándares de calidad de las gastrectomías en nuestro grupo. La neoadyuvancia muestra una respuesta patológica completa en el 5,8% y *downstaging* T y N aceptables; sin embargo no influye en la supervivencia de nuestros pacientes, probablemente por ese escaso número muestral. Una buena resección y linfadenectomía es primordial para la supervivencia de estos pacientes.