



O-163 - IMPACTO DE LA DEHISCENCIA ANASTOMÓTICA EN LA MORTALIDAD PRECOZ Y LA SUPERVIVENCIA A LARGO PLAZO EN CÁNCER GÁSTRICO: ANÁLISIS DE LAS 981 GASTRECTOMÍAS DEL REGISTRO MULTICÉNTRICO EURECCA

Garsot Savall, Elisenda¹; Artigau, Eva²; Osorio, Javier³; Miranda, Coro⁴; Castro, Sandra⁵; Miró, Mònica⁶; Momblán, Dulce⁷; Luna, Alexis⁸

¹Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona; ²Hospital Dr. Josep Trueta, Girona; ³Hospital Mútua de Terrassa, Terrassa; ⁴Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona; ⁵Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona; ⁶Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat; ⁷Hospital Clínic, Barcelona; ⁸Hospital Parc Taulí, Sabadell.

Resumen

Objetivos: Conocer la morbilidad postoperatoria de los pacientes operados con intención curativa por cáncer de estómago en Cataluña y Navarra en el periodo 2011-2013. Determinar qué porcentaje de los pacientes que se complican mueren a consecuencia de la complicación. Valorar la influencia de la dehiscencia anastomótica en la supervivencia a largo plazo.

Métodos: Registro multicéntrico centralizado de todos los cánceres de esófago y estómago resecaos con intención curativa en los 21 centros autorizados de Cataluña y Navarra entre 2011 y 2013. Los datos recogidos fueron: edad, sexo, localización tumoral, histología, tratamiento neo y adyuvante, técnica quirúrgica, morbilidad y mortalidad postoperatoria (a los 30 y 90 días). Comparación de variantes cualitativas mediante estudio de χ^2 . Estudio de supervivencia mediante el método de Kaplan-Meier. Estudio multivariante de factores pronósticos de supervivencia mediante regresión de Cox.

Resultados: Entre 2011 y 2013 se realizaron 981 gastrectomías con intención radical en Cataluña y Navarra. De ellas, 191 (19,5%) se realizaron por laparoscopia y el resto por cirugía abierta. El porcentaje de mayores de 70 años fue similar en los dos grupos (53% en cirugía abierta y 57% laparoscópica), así como el índice de pR0 (88,4% en abierta y 90,1% en laparoscópica). En 528 casos (53,3%) se practicó una gastrectomía subtotal y en 454 (46,7%) una total. En el 55% de casos se practicó una linfadenectomía D2, obteniéndose en este grupo una media de 29,5 ganglios por pieza ($\pm 16,1$). La tasa de dehiscencia anastomótica y fuga del muñón duodenal fue del 5,5% y 3,1% tras gastrectomía subtotal y 13,6% y 5% tras gastrectomía total. Las complicaciones quirúrgicas fueron más frecuentes en cirugía laparoscópica (21,5% vs 17,5%, $p = 0,001$). Sin embargo, la mortalidad a los 90 días fue mayor en cirugía abierta (global 6,5%, siendo 7,3% abierta vs 5,2% laparoscópica, $p = 0,004$). De los pacientes que sufrieron morbilidad postoperatoria, 19% murieron en los 3 primeros meses a consecuencia de su complicación, siendo más frecuente el fracaso del rescate en cirugía abierta (19,8% vs 15,6%, $p = 0,004$). El seguimiento a largo plazo demostró que tanto la dehiscencia anastomótica como la reintervención quirúrgica fueron factores de mal pronóstico de recidiva y supervivencia (log rank $< 0,001$). En el análisis multivariante se constató que la dehiscencia

anastomótica influyó en la supervivencia de manera independiente al estadio tumoral y la radicalidad oncológica ($p = 0,011$, $\chi^2 = 5,74$).

Conclusiones: La morbilidad quirúrgica tras una gastrectomía oncológica influyó de manera determinante tanto en la mortalidad postoperatoria como en la recidiva y supervivencia a largo plazo. Los pacientes operados por laparoscopia se complicaron más pero murieron menos a consecuencia de su complicación, probablemente en parte por una mejor selección de los pacientes. En el seguimiento a largo plazo, la dehiscencia anastomótica se comportó como factor de mal pronóstico independiente del TNM y la R.