



## P-181 - CÁNCER GÁSTRICO LOCALMENTE AVANZADO EN EL PACIENTE ANCIANO: ¿INFLUYE NO ADMINISTRAR NEOADYUVANCIA EN EL PRONÓSTICO?

Mogollón, Mónica; Vico, Ana Belén; Álvarez, María Jesús; Fernández, Elena; Triguero, Jennifer; Ferrer, Carmen; Espadas, Benjamina; Villar, Jesús

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

### Resumen

**Objetivos:** La utilización de neoadyuvancia en pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico (CG) localmente avanzado ha demostrado su eficacia en el aumento de la supervivencia consiguiendo la erradicación precoz de micrometástasis y la regresión tumoral, mejorando las posibilidades de resección R0. No obstante, en la última década ha aumentado la proporción de pacientes añosos con este diagnóstico, en los cuales frecuentemente ha de suspenderse o no iniciarse el tratamiento debido, entre otras causas, a su toxicidad. El objetivo de nuestro estudio es evaluar los beneficios del tratamiento perioperatorio del CG en el paciente anciano.

**Métodos:** Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico, que incluye pacientes intervenidos con intención curativa por CG localmente avanzado entre enero de 2010 y diciembre de 2013. Los pacientes fueron divididos en dos grupos en función del tratamiento recibido (esquema ECF) analizándose diversas variables clínicas y de pronóstico. En el estudio estadístico se emplearon el test exacto de Fisher y chi-cuadrado para relacionar variables cualitativas y el test U de Mann-Whitney para variables cuantitativas. El análisis de supervivencia se realizó mediante la metodología Kaplan-Meier y el test log-rank. Se considera significativo un valor de  $p < 0,05$ .

**Resultados:** Se incluyeron 37 pacientes  $\geq 70$  años con estadio TN  $\geq$  cT3 y/o N+. De ellos, 17 pacientes recibieron neoadyuvancia y 20 fueron directos a cirugía (48,15% de los tumores asociaban obstrucción o sangrado anemizante). Las diferencias en ambos grupos respecto a las variables analizadas se muestran en la tabla.

Variables	Neoadyuvancia		p
	Sí (n = 17)	No (n = 20)	
ASA			
I-II	7 (41,2%)	5 (25%)	0,288
III-IV	6 (35,3%)	9 (45%)	
Cardiopatía	12 (70,6%)	11 (55%)	0,264
EPOC	7 (41,2%)	4 (20%)	0,148
SUVmax	9,48 (7,1-12,1)	10,3 (6,3-23)	0,495
Estadio			

II	10 (58,8%)	12 (60%)	0,603
III	7 (41,2%)	8 (40%)	
Tamaño tumoral	3,5 (2,5-5)	4,5 (3,3-6,5)	0,167
Clavien-Dindo			
I	4 (23,5%)	4 (20%)	
II	4 (23,5%)	10 (50%)	
III	3 (17,6%)	2 (10%)	0,424
IV	2 (11,7%)	2 (10%)	
V	4 (23,5%)	2 (10%)	
Estancia hospitalaria (días)	8 (6-17)	8 (6-10)	0,537
Recidiva	7 (41,2%)	11 (55%)	0,283
Supervivencia libre de enfermedad (meses)	8 (6-19)	12 (2,5-31)	0,859
Supervivencia libre de enfermedad			
Al año	40%	55,6%	
A los 3 años	16,70%	22,2%	0,603
A los 5 años	-	-	
Supervivencia global (meses)	15 (1-72)	29 (4,2-52,5)	0,987
Supervivencia global			
Al año	47,10%	66,7%	
A 3 años	36,30%	38,9%	0,714
A 5 años	35%	35,4%	

**Conclusiones:** En nuestro medio, los pacientes  $\geq 70$  años con diagnóstico de CG que no reciben neoadyuvancia pese a encontrarse en estadios localmente avanzados de la enfermedad son aquellos que asocian mayor riesgo anestésico. Pese a no encontrar diferencias estadísticamente significativas, observamos que la gravedad de las complicaciones postoperatorias será menor y asociará mayor tasa de recidiva de la enfermedad, aunque sin afectar a la supervivencia libre de enfermedad y supervivencia global que serán ligeramente superiores al grupo que recibe neoadyuvancia. Aunque será necesario un estudio prospectivo complementario que corrobore estos resultados, consideramos que en pacientes no candidatos a neoadyuvancia, la cirugía de entrada puede ser una opción segura.