



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-009 - ABORDAJE QUIRÚRGICO EN LA CIRUGÍA CURATIVA DEL CÁNCER GÁSTRICO LOCALMENTE AVANZADO. ¿QUÉ HA CAMBIADO EN LOS ÚLTIMOS 10 AÑOS?

Arteaga Ledesma, María; Triguero Cabrera, Jennifer; Mogollón González, Mónica; Mohamed Chairi, Mohamed Hassin; Plata Illescas, Cristina; Álvarez Martín, María Jesús

Hospital Universitario Virgen de las Nieves, Granada.

Resumen

Objetivos: Evaluar las diferencias epidemiológicas, calidad de la resección oncológica, morbimortalidad y potencial impacto en la supervivencia tras cirugía con intención curativa en el cáncer gástrico (CG) localmente avanzado tras 10 años de seguimiento.

Métodos: Estudio observacional, retrospectivo y unicéntrico que incluye pacientes intervenidos con intención curativa por CG localmente avanzado entre enero 2011-diciembre 2015 (grupo A) y enero 2016-diciembre 2020 (grupo B). Las variables cualitativas se expresaron mediante porcentajes y las cuantitativas por su mediana y rango intercuartílico. En el estudio estadístico se utilizó el test U de Mann-Whitney para variables cuantitativas; chi-cuadrado y test exacto de Fisher para cualitativas; Kaplan-Meier y *log-rank* para estudio de supervivencia. Se consideró significativo $p < 0,05$.

Resultados: Se incluyeron 148 pacientes, 83 (56,1%) hombres y 65 (43,9%) mujeres. Las diferencias en ambos grupos respecto a las variables analizadas se muestran en la tabla.

Grupo A (n = 83) Grupo B (n = 65) p

	Edad	72 (60-78)	68 (62-77)	0,447
	ASA			
	I-II	49 (59%)	29 (44,6%)	0,02
	III-IV	34 (41%)	38 (58,4%)	
	Comorbilidades			
	Cardiopatía	12 (14,4%)	12 (18,4%)	0,466
	HTA	41 (49,4%)	36 (55,4%)	0,289
	DM	18 (21,7%)	19 (29,2%)	0,195
	EPOC	15 (18,1%)	6 (9,2%)	0,097
Factores clínicos	IBP	41 (49,4%)	36 (55,3%)	0,04
	Gastritis atrófica	1 (1,2%)	11 (17%)	0,09
	Estudio preoperatorio			
	ECO-EDA	59 (71,1%)	41 (63,1%)	0,196
	PET	50 (60,2%)	26 (40%)	< 0,001
	TAC	40 (48,2%)	57 (87,7%)	0,022
	Laparoscopia exploradora	7 (8,4%)	23 (35,4%)	0,003
	Neoadyuvancia	29 (35,4%)	22 (33,8%)	0,494
	Soporte nutricional preop	18 (21,7%)	37 (57%)	0,004

	Experiencia cirujano			
	Júnior	6 (7,2%)	41 (63,1%)	< 0,001
	Sénior	77 (92,8%)	24 (36,9%)	
	Tipo cirugía			
	Gastrectomía total (GT)	29 (35%)	41 (63,1%)	
	Gastrectomía subtotal	37 (44,5%)	20 (30,8%)	0,002
	GT + esofaguectomía distal	17 (20,5%)	4 (6,2%)	
	Extensión linfadenectomía			
	D1	34 (41%)	18 (27,8%)	
	D2	41 (49%)	43 (66,1%)	0,212
	D2 ampliada	9 (10%)	4 (6,1%)	
	Abordaje quirúrgico			
	Laparotomía	78 (94%)	24 (37%)	< 0,001
	Laparoscopia	5 (6%)	41 (63%)	
Factores quirúrgicos	Resección multivisceral asociada	21 (25,3%)	17 (26,2%)	0,527
	Ascenso asa			
	Transmesocólico	60 (72,3%)	13 (20%)	< 0,001
	Antecólico	23 (27,7%)	52 (80%)	
	Cierre mesos			
	Sutura reabsorbible	13 (15,6%)	34 (54,3%)	< 0,001
	Sutura irreabsorbible	58 (69,8%)	31 (47,7%)	
	Anastomosis			
	Mecánica lineal	9 (10,8%)	4 (6,2%)	
	Mecánica circular	64 (77,2%)	59 (90,7%)	0,142
	Manual	10 (12%)	2 (3,1%)	
	Refuerzo anastomosis	2 (2,4%)	45 (69,2%)	0,027
	Yeyunostomía alimentación	6 (7,2%)	2 (3%)	0,037
	Drenaje	33 (39,7%)	60 (92,3%)	< 0,001
	Linfadenectomía			
	Inadecuada (< 16 ganglios)	34 (41%)	17 (26,6%)	
Anatomía patológica	Adecuada (16-29 ganglios)	41 (49,4%)	29 (45,3%)	0,001
	Óptima (\geq 29 ganglios)	8 (9,6%)	18 (28,1%)	
	Histología anillo de sello	12 (14,4%)	21 (32,3%)	0,015

Seguimiento	Complicaciones posoperatorio inmediato	24 (28,9%)	26 (40%)	0,456
	Dehiscencia anastomosis Clavien-Dindo	5 (6%)	10 (15,4%)	0,055
	I	32 (40%)	37 (56,9%)	0,024
	II	24 (30%)	10 (15,4%)	
	III	6 (7,5%)	8 (12,3%)	
	IV	9 (11,3%)	3 (4,6%)	
	V	9 (11,3%)	4 (6,2%)	
	Complicaciones respiratorias	3 (3,6%)	8 (12,3%)	0,046
	Inicio tolerancia oral (días)	2 (2-3)	1,5 (1-3)	0,034
	Estancia hospitalaria (días)	8 (6-11)	9 (8-14)	0,034
	Recidiva	43 (51,8%)	21 (32,3%)	0,008
	Supervivencia libre de enfermedad			
	1 ^{er} año	37,5%	33,3%	0,128
	3 ^{er} año	7,5%	4,8%	
	5 ^o año	2,5%	1,3%	
	Supervivencia global			
	1 ^{er} año	74,3%	74,5%	0,001
	3 ^{er} año	50%	60,6%	
	5 ^o año	42,5%	50,4%	

Conclusiones: La tendencia hacia el abordaje mínimamente invasivo, unido a una mayor calidad oncológica de la técnica quirúrgica, se perfilan junto a un mejor estudio preoperatorio y optimización y manejo perioperatorio de pacientes como causa multifactorial en la mejora significativa de los resultados tanto a corto como a largo plazo que ha experimentado nuestra serie en los últimos años.