



P-139 - EXTENSIÓN DE LA GASTRECTOMÍA EN RELACIÓN AL MARGEN MACROSCÓPICO DE LA LESIÓN. ¿NOS CEÑIMOS REALMENTE LOS CIRUJANOS A ESTA NORMA?

Cabezudo Molleda, Guillermo; Jezieniecki Fernández, Carlos; Ruiz Soriano, María; Gómez Sanz, Tania; García Vera, Juan Carlos; Herreros Rodríguez, José; Núñez del Barrio, Henar; Beltrán de Heredia Y Rentería, Juan

Hospital Clínico Universitario, Valladolid.

Resumen

Introducción: Aunque en los últimos años se está observando un descenso paulatino en la incidencia del cáncer gástrico, este continúa siendo una de las principales causas de muerte por cáncer en el mundo. Hoy en día, la cirugía continúa jugando un papel fundamental en el tratamiento del cáncer gástrico, la amplitud de la gastrectomía viene definida por los márgenes de seguridad. En los de tipo intestinal será de 4 cm como mínimo y se ampliará a 8 cm en los difusos. Por tanto, la mayoría de los tumores antrales, de tipo intestinal, se pueden beneficiar de una gastrectomía subtotal. Los tumores antrales de tipo difuso requerirán una mayor amplitud de márgenes, lo que conllevaría, en ocasiones, una gastrectomía total. Los tumores de cuerpo y fundus, tanto intestinales como difusos, serán subsidiarios, en su mayoría, de una gastrectomía total.

Objetivos: Analizar el estadiaje tumoral y su relación con la gastrectomía realizada valorando si la amplitud de la misma se relaciona con el estadio en el que se encuentra.

Métodos: Hemos realizado un estudio observacional retrospectivo, entre los pacientes intervenidos por cáncer gástrico en un hospital de tercer nivel, en el periodo comprendido entre enero de 2012 y noviembre de 2020, incluyendo a aquellos pacientes que han sido sometidos a gastrectomía por adenocarcinoma gástrico potencialmente resecable. Analizando variables como: la edad, el sexo, el tipo de gastrectomía y la estadificación TNM, y la relación entre las mismas.

Resultados: Datos de 150 pacientes (N = 150), con una media de edad de 70 años, de los cuales 23 se encontraban en estadio I (15,5%), 50 en estadio II (33%), 41,9 en estadio III (41,3%), 13 en estadio IV (8,7%), y 2 no pudieron ser incluidos por falta de datos (1,3%). Del total de pacientes en estadio I, a 21 (91,3%) se le realizó una gastrectomía subtotal y a 2 (8,7%) una gastrectomía total. En estadio II, a 42 (84%) se le realizó una gastrectomía subtotal y a 8 (16%) una gastrectomía total. En estadio III, a 44 (71%) se le realizó una gastrectomía subtotal y a 18 (29%) una gastrectomía total. En estadio IV, a 6 (46,2%) se le realizó una gastrectomía subtotal y a 7 (53,8%) una gastrectomía total. Vemos que en los estadios más avanzados aparece una mayor proporción de gastrectomía total respecto a la subtotal (p = 0,007) de forma estadísticamente significativa.

Conclusiones: La extensión de la gastrectomía se debe realizar en función de la distancia al

margen macroscópico de la lesión con diferentes medidas en función del tipo histológico, medición que no tiene que ver con el estadio del cáncer. Analizando nuestros resultados podríamos llegar a la conclusión de que los cánceres con mayor estadificación también tienen una extensión en la superficie del estómago mayor, y eso obliga a una resección más ampliada, y/o que el hecho de que nos enfrentemos a un cáncer con mayor estadificación hace que el cirujano (consciente o inconscientemente) quiera ser más radical o más agresivo en su resección.