



O-276 - INCAPACIDAD PARA EVITAR LA MUERTE ("FAILURE TO RESCUE") TRAS LA APARICIÓN DE COMPLICACIONES EN LA CIRUGÍA RESECTIVA DEL CÁNCER ESÓFAGO-GÁSTRICO: RESULTADOS DE UN REGISTRO MULTICÉNTRICO

J. Osorio Aguilar¹, L. Ferran², S. Castro³, D. Momblán⁴, E. Garsot⁵, S. Montmany⁶, M. Pera⁷, M. Santamaría⁸, G. Galofré⁹, C. Olona¹⁰, C. Balagué¹¹, E. Artigau¹², A. Aldeano¹³, J.J. Sánchez-Cano¹⁴, M. Güell¹⁵, J. Feliu¹⁶, D. Ruiz¹⁷, I. Pros¹⁸ y X. Feliu¹⁹

¹Hospital Universitario de Mutua de Terrassa, Terrassa. ²Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat. ³Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona. ⁴Hospital Clínic de Barcelona, Barcelona. ⁵Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona. ⁶Corporació Sanitària Parc Taulí, Sabadell. ⁷Hospital del Mar, Barcelona. ⁸Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida. ⁹Consorti Sanitari de la Creu Roja a Catalunya, L'Hospitalet de Llobregat. ¹⁰Hospital Universitari Joan XXIII, Tarragona. ¹¹Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. ¹²Hospital Universitari Doctor Josep Trueta, Girona. ¹³Fundació Hospital Asil de Granollers, Granollers. ¹⁴Hospital Universitari Sant Joan, Reus. ¹⁵Althaia Xarxa Assistencial de Manresa, Manresa. ¹⁶Consorti Sanitari del Maresme, Mataró. ¹⁷Consorti Sanitari de Terrassa, Terrassa. ¹⁸Fundació Hospital Sant Joan de Déu, Martorell. ¹⁹Consorti Sanitari de l'Anoia, Igualada.

Resumen

Objetivos: Conocer la morbilidad postoperatoria de los pacientes operados con intención curativa por cáncer de esófago y estómago en Cataluña. Determinar qué porcentaje de los pacientes que se complican mueren a consecuencia de la complicación ("failure to rescue").

Métodos: Registro multicéntrico centralizado de todos los cánceres de esófago y estómago resecados con intención curativa en 20 centros catalanes en 2011 y 2012. 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).

Resultados: Se incluyeron 663 pacientes, 207 con cáncer de esófago y unión (NEU) y 456 con cáncer gástrico (NG). La edad media fue: NEU 62,1 (27-85), > 70 años 24%. NG 69,1 (32-89), > 70 años. 51,1%. La mayoría fueron varones: NEU 82,7%; NG 65,6%. Localización: Esófago (NE): 98 (tercio proximal 2%; medio 16,4%; distal 30,4%); unión esófago-gástrica (NU): 103. NG: fundus 8,1%; cuerpo 42,8%; antro 49,1%. Tratamiento neoadyuvante: NE: 73,5%; NU: 66% (predominio QT + RT en ambos casos). NG: 22,1% (mayoría QT). Tipo resección: NE, transhiatal 23,5%; Ivor-Lewis 35,7%; McKeown 40,8%. UN, gastrectomía total 65%; transhiatal 17,5%, Ivor-Lewis 14,6%. NG, gastrectomía subtotal 61,6%; total 38,2%. Linfadenectomía D2: 55,4%. Cirugía mínimamente invasiva: NE 46,9%; NU 26,2%; NG 22,8%. La morbilidad tras una esofagectomía fue mayor que tras una gastrectomía: 36,4% vs 19,8%. En concreto, las esofagectomías se asociaron a mayor tasa de dehiscencia anastomótica (26,4% vs 9,9%), reintervenciones (15% vs 10,2%) y complicaciones pulmonares (32,1% vs 9,7%), lo que condicionó una estancia media más larga (17 días vs 10,5). Sin embargo, la mortalidad a los 30 y 90 días de las NEU fue inferior a la de las NG: 2,4% y 5,8% vs

6,8% y 8,5%, respectivamente. El "failure to rescue" de las esofagectomías fue menor que el de las gastrectomías (8% vs 20%).

Conclusiones: La gastrectomía se asocia a una tasa de complicaciones inferior a la de la esofagectomía. Sin embargo, el porcentaje de "failure to rescue" de los pacientes gastrectomizados fue superior al de los pacientes sometidos a esofagectomía, debido posiblemente en parte a su edad más avanzada.