



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-137 - ¿ES RELEVANTE EL FACTOR CIRUJANO EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO?

Martí Fernández, Rosa; Martí Obiol, Roberto; López Mozos, Fernando; Barrios, María Eugenia; Fernández Moreno, Mari Carmen; Ortega Serrano, Joaquín

Hospital Clínico Universitario, Valencia.

Resumen

Objetivos: Analizar las diferencias en términos de supervivencia a largo plazo y recidiva local de los pacientes intervenidos por cáncer gástrico en nuestro centro entre 1993-2015 por dos grupos de cirujanos en función de la especialización de los mismos al tratamiento del mismo; estando el primer periodo conformado por cirujanos no especializados y el segundo periodo por cirujanos altamente especializados.

Métodos: Revisión prospectiva de todos los pacientes intervenidos por cáncer gástrico por el servicio de Cirugía General de nuestro centro entre 1991 y 2015, estableciéndose dos periodos: Periodo 1: comprendido entre enero de 1993 y diciembre de 1999. Periodo en el cual no existían unidades especializadas. Periodo 2: comprendido entre enero de 2000 y diciembre de 2015. Se establece una centralización de la actividad en un grupo reducido de cirujanos, consiguiendo una unidad especializada para el tratamiento del cáncer gástrico. Se analizan los datos referentes a características del paciente (datos demográficos, comorbilidades asociadas), características del tumor (estadio clínico, sintomatología de debut), administración de tratamiento neoadyuvante, características de la intervención (tipo de resección, abordaje, equipo de cirujanos especializado o no, complicaciones postoperatorias) y variables relacionadas con el seguimiento del paciente (aparición de recidiva, supervivencia a corto y largo plazo).

Resultados: Se obtuvo una muestra de 501 pacientes (62,1% hombres) con una media de edad de 68 años. Un 36,7% de la muestra fue intervenida por la sección con especial dedicación al cáncer gástrico. La sintomatología de debut más frecuente fue la hemorragia digestiva alta (HDA) (13,8%) seguido del síndrome anémico (12,4%). En cuanto a los estadios clínicos el 4,7% se diagnosticaron en estadio I, 12,9% estadio II, 33,2% estadio III (28,9% IIIA y 6,6% IIIB) y 12,6% estadio IV. Un 23,8% recibió quimioterapia neoadyuvante (consiguiéndose desaparición tumoral en 2% de los pacientes y *downstaging* en el 26,1%). La media de aparición de recidiva de los pacientes intervenidos en el periodo 1 fue de 155 meses respecto a 175 en el periodo dos (siendo la locoregional lo más frecuente). La supervivencia en el periodo dos fue superior (131 meses frente a 118 meses), con resultados estadísticamente significativos. El debut mediante HDA, la elevación del CA 19,9 y un nivel bajo de prealbúmina se consideraron factores de mal pronóstico asociados a mayor mortalidad.

Conclusiones: La centralización de la actividad quirúrgica del cáncer gástrico en un grupo especializado de cirujanos consigue mejores resultados en cuanto a supervivencia a largo plazo y menor tasa de exitus secundario a enfermedad terminal. Por lo que podemos considerar al cirujano como un factor pronóstico en el tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico ya que tiene impacto directo en la supervivencia del paciente. Deduciendo así que debemos realizar una centralización de la patología oncológica gástrica en centros especializados de alto volumen.