



## P-155 - EXPERIENCIA INICIAL: GASTRECTOMÍAS POR LAPAROSCOPIA PARA TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO

González Duaigües, Marta; Escartín, Alfredo; Santamaría, Maite; Muriel, Pablo; Tur, Jaume; Cuello, Elena; Ortega, Jaume; Olsina Kissler, Jorge Juan

Hospital Universitari Arnau de Vilanova, Lleida.

### Resumen

**Objetivos:** La gastrectomía laparoscópica (GL) ha ganado aceptación mundial como tratamiento del cáncer gástrico. Un gran número de estudios han confirmado que es un procedimiento seguro y factible, con ventajas como menor requerimiento analgésico, recuperación temprana y resultados oncológicos comparables con la gastrectomía abierta. En nuestro centro se inició la cirugía gástrica oncológica por vía laparoscópica en enero de 2018 por parte de un equipo quirúrgico con experiencia en cirugía laparoscópica hepatobilio-pancreática.

**Métodos:** Se han analizado todos los pacientes consecutivos sometidos a gastrectomías por cáncer gástrico a partir de una base de datos recopilada prospectivamente, desde enero 2017 hasta marzo 2019. Para que la comparación entre grupos de cirugía laparoscópica y abierta fuera homogénea, no se han incluido en el análisis las gastrectomías por lesiones benignas, GISTS, tumores de la UEG o cirugía paliativa de cáncer gástrico. El propósito de este estudio es evaluar la viabilidad técnica y los resultados quirúrgicos a corto plazo de la gastrectomía laparoscópica (GL) durante el periodo de aprendizaje y compararlos con los resultados obtenidos por vía abierta (GA) durante el periodo de 2017 hasta el momento actual.

**Resultados:** Desde enero de 2017 hasta marzo de 2019 se han realizado un total de 69 gastrectomías. 51 han cumplido criterios de inclusión para el presente estudio: 32 se han realizado por vía abierta (23 subtotales y 9 totales) y 19 por vía laparoscópica (15 subtotales y 4 totales). Comparando los grupos GA y GL no se han hallado diferencias estadísticamente significativas con lo que respecta a la edad, sexo, Índice de Charlson, ASA, ECOG, IMC, ni en la localización del tumor. Existe diferencia estadísticamente significativa en el tiempo quirúrgico siendo de  $175,47 \pm 38,6$  en GA y  $310,56 \pm 68,8$  en GL ( $p < 0,05$ ). No existen diferencias con respecto al tipo de resección (R0/1/2), en el número de ganglios linfáticos examinados, ni tampoco en la afectación de los márgenes de resección quirúrgicos. Se ha colocado drenaje en un 100% de las GA y en un 94,4% en las GL ( $p 0,367$ ), SNG en un 96,7% de las GA y en un 50% de la GL ( $p < 0,05$ ). Se ha realizado comprobación radiológica en un 96,8% de las GA y en un 41,2% de las GL ( $p < 0,05$ ) y se ha administrado NPT en un 100% de las GA y en un 50% de las GL ( $p < 0,05$ ). No existen diferencias estadísticamente significativas en cuando a la estancia, complicaciones postoperatorias (Clavien  $\geq$  III en un 9,7% GA y un 0% GL), mortalidad ni en el número de reingresos.

**Conclusiones:** La laparoscopia es oncológicamente equiparable a la cirugía abierta y técnicamente segura, sin mayor número de complicaciones, similar estancia y número de reingresos. El tiempo quirúrgico es mayor debido a que nos hallamos en el periodo de aprendizaje, esto obliga a seguir monitorizando nuestros resultados a corto y medio plazo. El uso de la laparoscopia ha condicionado que implementemos al mismo tiempo medidas cada vez menos invasivas como la menor colocación de drenajes, SNG, VVC para NPT; todo ello encaminándonos hacia la filosofía ERAS/Fast-track.