CIR ESP. 2016;94(Espec Congr):160

Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia

O-160 - ABORDAJE LAPAROSC&OACUTE;PICO EN EL TRATAMIENTO QUIR&UACUTE;RGICO DEL C&AACUTE;NCER G&AACUTE;STRICO &IQUEST;ES SEGURO Y FACTIBLE EN NUESTRO MEDIO?

Lesquereux Martínez, Lucía; Parada González, Purificación; Paredes Cotoré, Jesús P.; Bustamante Montalvo, Manuel

Hospital Clínico Santiago, Santiago de Compostela.

Resumen

Introducción: Desde que en el año 1994 Kitano comunicó la primera gastrectomía laparoscópica por cáncer gástrico se ha producido una revolución en el abordaje de esta enfermedad. Diversos estudios, desarrollados principalmente en países orientales, han puesto de relieve los beneficios de la gastrectomía laparoscópica a corto y largo plazo en el tratamiento del cáncer gástrico precoz. Sin embargo debido a la limitada experiencia existente en el tratamiento del cáncer gástrico avanzado por laparoscopia, especialmente en los países occidentales, la gastrectomía laparoscópica sigue siendo controvertida y no aceptada universalmente.

Objetivos: Comparar los resultados a corto y largo plazo de la gastrectomía laparoscópica (GL) y la gastrectomía abierta (GA) en el tratamiento del cáncer gástrico en nuestro centro a lo largo de un periodo de 4 años.

Métodos: Entre enero de 2009 y diciembre de 2012, se realizaron 138 gastrectomías por cáncer 59 GL y 79 GA. Se realizó un análisis comparativo prospectivo y no aleatorizado entre ambos grupos analizando parámetros clínicos (edad, sexo, IMC, estudios preoperatorios, estadio tumoral), histopatológicos (grado de diferenciación, invasión vascular y/o perineural, tipo histológico, numero de ganglios resecados), y resultados quirúrgicos a corto y largo plazo (tipo de cirugía, complicaciones, tasa de reintervención, reingresos no programados, mortalidad). El análisis de las complicaciones se realizó según la clasificación de Clavien- Dindo. Los pacientes del grupo de laparoscópico que requirieron conversión a cirugía abierta fueron analizados en el grupo laparoscópico en base a la intención de tratamiento. Para la comparación de las variables se emplearon, según el tipo, la prueba chi-cuadrado de Pearson y la prueba t de Student. Para el análisis de supervivencia se empleó el método de Kaplan-Meier, verificado mediante test de rango logarítmico. Consideramos significativos valores de $p < 0,05$.

Resultados: No hubo diferencias respecto de las características basales entre los grupos. La GL asoció menor estancia hospitalaria postoperatoria (GL 13,4 ± 8,6 vs GA 18,3 ± 13,8; $p = 0,01$) y tiempos quirúrgicos más largos (GL 283,9 ± 51,5; GA 230,4 ± 62,2 $p < 0,001$). No hubo diferencia en el número de ganglios linfáticos resecados ($p = 0,47$) o en la tasa de resecciones R1 (márgenes con infiltración tumoral microscópica) ($p = 0,35$). De acuerdo con la clasificación de Clavien-Dindo,

la GL asoció menor índice de complicaciones postoperatorias graves (Clavien-Dindo ≥ IIIa) (GL 10,2% vs GA 22,8%; p = 0,05) y menor tasa de reingresos hospitalarios no planificados (GL 1,7% vs GA 24,1%; p = 0,007), así como menor mortalidad postoperatoria (GL 1,7% vs GA 10,1%; p = 0,04) y mayor tasa de supervivencia global a 5 años (GL 56% vs GA 34%, p = 0,008).

Conclusiones: La GL para el tratamiento del cáncer gástrico en nuestro medio es una técnica aceptable en términos de resultados quirúrgicos y oncológicos con menor morbimortalidad postoperatoria y, según los resultados de nuestro análisis, mejores tasas de supervivencia global a largo plazo. Es por tanto, una técnica segura y factible en manos de cirujanos experimentados.

See front matter © 2016 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados