



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-081 - DISTANCIA AL MARGEN DE RESECCIÓN Y RECURRENCIA EN EL CÁNCER GÁSTRICO. IMPORTANCIA DEL ESTUDIO INTRAOPERATORIO DE LOS MÁRGENES

J. Rodríguez Santiago, N. Pérez Romero, J. Osorio Aguilar, F. Simó Alari, F. Pardo Aranda, E. Muñoz Muñoz y E. Veloso Veloso

Hospital Universitario de Mutua de Terrassa, Terrassa.

### Resumen

**Objetivos:** Las recomendaciones establecen un margen > 3cm para los tumores de tipo intestinal y > 5 cm para el difuso en las gastrectomías con finalidad curativa. El objetivo de este estudio es analizar la utilidad de la valoración del margen de forma intraoperatoria, estableciendo la relación entre la recurrencia y la distancia al margen de resección.

**Métodos:** De 2000 a 2011, 195 pacientes fueron intervenidos de cáncer gástrico con finalidad curativa. En todos los casos se demostró intraoperatoriamente un margen de resección negativo por corte frío. Presentaron recidiva 69 pacientes (35,4%) durante el seguimiento ( $57,4 \pm 47,4$  meses). La información de la distancia al margen se obtuvo del informe anatopatológico definitivo de la pieza resecada. La distancia menor de ambos márgenes (proximal y distal) respecto a la recidiva se ha analizado mediante un test chi<sup>2</sup>. Se describen las características anatopatológicas de los casos que han presentado recidiva locoregional. Se ha realizado un análisis univariable y multivariable para identificar los factores pronósticos independientes de recidiva en la serie global y en los casos de recidiva locoregional mediante regresión logística y de supervivencia mediante regresión de Cox.

**Resultados:** No se apreciaron diferencias estadísticas entre la distancia al margen y la presencia de recidiva (p: 0,79). Distancia del margen: ≤ 1 cm (no recidiva: 21% vs recidiva 22,1%); 1,1-2 cm (32,3% vs 29,4%); 2,1-3 cm (15,3% vs 20,6%); > 3 cm (31,5% vs 27,9%). En el estudio univariable la invasión de la pared (pT) (p 0,001), afectación ganglionar (pN) (p 0,001) y tamaño del tumor (p 0,01) se comportaron como variables independientes de recidiva. En el estudio multivariable solo la afectación ganglionar (p: 0,01) y la invasión de la pared (p: 0,03) se asoció con mayor riesgo de recidiva en cualquiera de sus formas (carcinomatosis, locoregional, hematogena a distancia). Un 30% de los pacientes que recidivaron lo hicieron de forma locoregional (anastomosis, adenopatías, estomago residual). En el estudio univariante de los casos de recidiva locoregional mediante regresión de Cox, la afectación ganglionar (p: 0,009) y la distancia del tumor al margen (p: 0,02) se comportaron como factores independientes mientras que en el estudio multivariante por pasos la afectación ganglionar se mostró como el único factor predictivo de recidiva locoregional (p: 0,018). En la recidiva locoregional, ni la localización ni el tamaño del tumor, ni la clasificación de Lauren, ni la distancia al margen se comportaron como factor pronóstico independiente.

**Conclusiones:** 1. No se apreciaron diferencias significativas entre la distancia del tumor a los márgenes de resección entre los pacientes que presentaron recidiva respecto a los que no. 2. La infiltración ganglionar se muestra como el factor independiente más importante de recidiva en la serie global y en los casos de recidiva

locoregional. 3. La confirmación intraoperatoria de un margen de resección libre de infiltración neoplásica proporciona una información relevante aunque los márgenes de resección no cumplan con las recomendaciones establecidas.