



Cirugía Española

**CIRUGÍA
ESPAÑOLA**

Volumen 91, Especial Congreso 2, Octubre 2013

XIX Reunión Nacional de Cirugía

Madrid, 25-26 de octubre de 2013



www.elsevier.es/cirugia

O-024 - CIRUGÍA PALIATIVA EN UNA SERIE DE ADENOCARCINOMA GÁSTRICO

M. del Olmo Escribano, R. González Sendra, A. Astruc Hoffman, A. Carrillo Colmenero, F. Elósegui Martínez, A. Lozano Barriuso y E. Cabrera González

Complejo Hospitalario Jaén.

Resumen

Introducción: La cirugía paliativa (CP) en el adenocarcinoma gástrico (AG) alcanza indicaciones de hasta un 30%. Analizamos la CP, realizada en nuestro hospital, en función de la morbilidad, mortalidad perioperatoria teniendo como eje de comparación la cirugía curativa (CC) y paliación sin cirugía (PSC).

Métodos: Base de Datos (BD) prospectiva y validada que comprende el periodo 1/1/2003 al 31/12/2011. Se han seleccionado los ítems según objetivos: edad, síntomas presentación, estadiaje tumoral, ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group), POSSUM (Physiological and Operative Severity Score for the enUmeration of Mortality and morbidity), intervención y mortalidad. Los criterios para indicar CP, en comité multidisciplinar, fueron: riesgo elevado, irresecabilidad, estadio IV por metástasis (TNM (6ª edición UICC), obstrucción y sangrado. Estos datos se compararon con la CC y PSC. El análisis estadístico se realizó mediante los test de Kruskal-Wallis, U de Mann-Whitney, chi-cuadrado y Fisher.

Resultados: De 374 registros de la BD se obtuvieron 71 pacientes (19%) en los que se efectuó CP y 153 pacientes (40,9%) en los que se realizó CC. Otros 138 pacientes (36,9%) recibieron PSC. La edad CP/CC fue de 67,10/66,52 años y no presentó diferencias significativas ($p = 0,281$). Los estadios en los pacientes de CP fue: estadio IIIA: 1 (1,4%); estadio IIIB: 4 (5,6%); estadio IV (por T y N) 13 (18,3%); estadio IV (por M1): 53 (74,7%) (diferencias significativas $p < 0,05$ del estadio IV con la CC y no significativa $p > 0,05$ con el grupo de PSC). Para los pacientes con CP hubo diferencias significativas ($p < 0,05$) en ECOG y POSSUM respecto a CC que indica mejor autosuficiencia y con bajo pronóstico de mortalidad para la CC. La mortalidad relacionable con la cirugía (< 30 días) fue significativa $p < 0,01$ para la CP (16,4%) enfrentada a la CC (8,4%). Considerado el grupo de PSC la mortalidad durante el ingreso por motivos diagnósticos fue del 13,1% no estableciéndose significación con la CP. Las técnicas quirúrgicas empleadas en la CP fueron: Resecciones gástricas distales 17 pacientes (23,9%). Resecciones gástricas totales 16 (22,5%). Resecciones gástricas proximales 2 (2,8%). Resección gástrica y esofagectomía 3 (4,2%). Derivaciones gástricas posteriores 3 (4,2%). Sección gástrica total y derivación 4 (5,6%). Sección gástrica parcial y derivación 7 (9,9%). Gastrostomías 15 (21,12%). Yeyunostomías 4 (5,63%). Los días de ingreso para la CP fue de 15,39 días (intervalo 3-58 días) y para la CC de 19,61 días (intervalo 5-100 días). Esta diferencia no es significativa ($p = 0,166$).

Conclusiones: El análisis de la CP va unido a múltiples factores. ECOG y POSSUM son elementos básicos, para la toma de decisiones. La característica fundamental de la CP es la de una mortalidad operatoria significativa (16,4%) en comparación con la CC, pero no significativa respecto a los pacientes con PSC durante su ingreso por causas diagnósticas. Sí habría diferencias en recursos quirúrgicos y días de ingreso

entre CC y PSC. La mortalidad para la CP se une, significativamente, a las técnicas resectivas.