



P-015 - GASTRECTOMÍA LAPAROSCÓPICA FRENTE A ABORDAJE ABIERTO EN EL TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO: ¿PODEMOS ASUMIR LA NO INFERIORIDAD EN RESULTADOS CLÍNICOS Y/U ONCOLÓGICOS?

Puerta Vicente, Ana; Priego Jiménez, Pablo; Vilar Tabanera, Alberto; Barquín Yagüez, José; Ocaña Jiménez, Juan; Galindo Álvarez, Julio; Lobo Martínez, Eduardo

Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid.

Resumen

Introducción: A pesar de que la cirugía laparoscópica se ha implantado en el tratamiento de la mayor parte de patología digestiva tanto benigna como maligna, el papel de la laparoscopia en el tratamiento del cáncer gástrico a día de hoy es todavía limitado. Esto se debe principalmente a la baja prevalencia de estas neoplasias, la complejidad técnica del procedimiento y las dudas en relación a sus beneficios oncológicos. El objetivo del trabajo fue comparar los resultados clínicos y oncológicos de la cirugía laparoscópica frente a la cirugía abierta en el tratamiento del cáncer gástrico.

Métodos: Realizamos un estudio retrospectivo de los pacientes intervenidos de cáncer gástrico en el Hospital Ramón y Cajal en los años 2015 y 2016, analizando variables demográficas, neoadyuvancia, duración y tipo de cirugía, estancia hospitalaria, complicaciones, reintervenciones, mortalidad, reingresos y radicalidad oncológica en términos de márgenes afectos y tasa de recidivas. Los pacientes fueron divididos en 2 grupos: pacientes intervenidos por vía laparoscópica (28 pacientes = 32,6%) o vía abierta (58 pacientes = 67,4%).

Resultados: Se estudian 86 pacientes (35 mujeres y 61 varones) con una mediana de edad de 73 años (rango intercuartílico (RIQ), 67-80 años). Treinta y un pacientes (36%) recibieron tratamiento neoadyuvante. La tasa de resecabilidad fue del 91,86% (79 pacientes) siendo la cirugía curativa en 69 casos y paliativa en 8 pacientes. La tasa de conversión de la cirugía laparoscópica fue del 21,4% (6 casos). La mediana de la duración de la cirugía fue de 262 min (RIQ, 210-345 min), la tasa de márgenes microscópicos afectos fue del 9,3% (borde proximal: 4 casos, borde distal: 2 casos y margen radial: 2 casos), la mediana de ganglios extirpados por paciente fue de 27 (RIQ, 17-35 ganglios), la tasa de reintervenciones fue de 4,6%, la mediana de estancia hospitalaria fue de 12 días (RIQ, 9-21 días), la tasa de mortalidad del 1,2% y la de reingresos de 8,1%. Según la Clasificación de Clavien-Dindo aparecieron complicaciones postoperatorias en el 35% de los pacientes. La tasa de recidivas fue del 5,8%. El grupo de pacientes tratados por vía laparoscópica presentó una mayor duración de la cirugía (285 vs 257 min, $p = 0,942$), pero asoció una menor estancia hospitalaria (11 vs 13, $p = 0,681$). Además, se obtuvo un mayor número de ganglios linfáticos en comparación con el grupo de pacientes intervenidos por vía abierta (28 vs 25,5 ganglios, $p = 0,558$). Por el contrario, el grupo de pacientes intervenidos por vía abierta se asoció a mayor tasa de reintervenciones (3,6% vs 5,2%, $p = 0,749$), mortalidad (0% vs 1,7%, $p = 0,823$) complicaciones (32,1% vs 36,2%, $p = 0,811$) y reingresos (8,6% vs 7,1%, $p = 0,987$) aunque en ningún caso los resultados fueron estadísticamente significativos.

Conclusiones: Aunque la gastrectomía laparoscópica es un procedimiento técnicamente más complejo y con una duración quirúrgica mayor, presenta unos resultados clínicos y oncológicos comparables y en ocasiones superiores a la gastrectomía abierta en el tratamiento del cáncer gástrico.