



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-009 - ¿HAY DIFERENCIAS DE SUPERVIVENCIA ENTRE GASTRECTOMÍA TOTAL Y SUBTOTAL PARA TUMORES QUE NO SEAN T1 EN PACIENTES CLASIFICADOS SEGÚN LA JRSGC COMO "CURABILIDAD A"?

Ovejero Merino, Enrique; López García, Adela Petra; Mendoza Moreno, Fernando; Marcos Hernández, Ruth; Lasa Unzué, Inmaculada; Gómez Sanz, María de los Remedios; Matías García, Belén; Gutiérrez Calvo, Alberto José

Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Alcalá de Henares.

Resumen

Objetivos: En Asia, en la actualidad, la gastrectomía SUBTOTAL se considera solo para tumores T1. En nuestro hospital, ha sido usada también en tumores T2-T3-T4 (con criterios estrictos que luego se exponen), durante los últimos 30 años. Por ello, en este estudio intentamos identificar diferencias de supervivencia, en pacientes clasificados como "curabilidad A" según JRSGC, tomando como factor diferenciador la extensión de la gastrectomía (total frente a subtotal).

Métodos: Nuestro programa comenzó en 1988 (hace 31 años). Desde el primer paciente se han recogido, prospectivamente, todos los casos. 565 intervenidos con intención curativa. Todos los casos se han codificado simultáneamente según el TNM postoperatorio (pTNM) y según la clasificación japonesa (JRSGC). En nuestro hospital se realiza una gastrectomía subtotal, independientemente de la T, si se cumplen todos los criterios siguientes: Localización: antral. Tamaño: 5 cm. Histología: enteroide/intestinal. En caso de no cumplirse todos: total. En el presente trabajo, hemos tomado la técnica quirúrgica como variable guía para calcular la supervivencia estimada tras la intervención en paciente con curabilidad A. La clasificación de curabilidad fue descrita por la JRSGC: "Curabilidad A": T = sin tumor residual, con N = sin linfadenopatía o limitada a los ganglios cercanos al tumor, y con M = sin metástasis. "Curabilidad B": T = sin tumor residual, pero no cumple el resto de criterios de curabilidad A. "Curabilidad C": tumor residual.

Resultados: Se presentan en la tabla.

| | | Media (meses) | | | |
|--------------------|------------|---------------|------------------|--------------------|---------------------|
| | | | Global (n = 200) | Superv. 5 años (%) | Superv. 10 años (%) |
| Gastrectomía total | IA = T1 N0 | 55 | 192 (159-225) | 79,6 | 72,5 |

IB = T2 N0, T1
N1 30

IIA = T3 N0,
T2 N1, T1 N2 22

IIB = T4a N0,
T3 N1, T2 N2, 14
T1 N3a-N3b

IIIA = T4a N1,
T3 N2, T2 N3a- 9
N3b

IIIB = T4b N0-
1, T4a N2, T3 4
N3a-N3b

IV = M1 4

Global 138

IA = T1 N0 36

IB = T2 N0, T1 N1 9

IIA = T3 N0, T2 N1, T1 N2 5

Gastrectomía subtotal IIB = T4a N0, T3 N1, T2 N2, T1 4 145 (107-184) 74,1 62,2
N3a-N3b

IIIA = T4a N1, T3 N2, T2 N3a- 2
N3b

Global 56

Log rank 0,066 Log rank 0,279 Log rank 0,1

Conclusiones: En nuestra serie, con los estrictos criterios expuestos, la supervivencia media de los pacientes no difiere entre las técnicas estudiadas. A pesar de ello, se aprecia un "aparente" camino hacia la significación estadística cuando se van considerando tiempos más largos: 5 años: 27,9% probabilidad de que los resultados sean debidos al azar. 10 años: 10%. 16 años (192/12) y 12 años (145/12): 6,6%. Por ello, podemos concluir: al menos hasta el 10º año, en pacientes con curabilidad A, la extensión de la intervención no modifica la supervivencia (con los criterios mencionados). Aunque NO se ha demostrado, la supervivencia a largo plazo (12-16 años) podría ser mayor tras gastrectomía total.