



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-149 - ANÁLISIS DE DATOS PROPIOS EN CIRUGÍA: AVANZANDO POR UNA CIRUGÍA GÁSTRICA DE CALIDAD

Valentín-Gamazo González, Isabel; Castañera González, Ramón; Centeno Velasco, Álvaro; Aguado De Benito, Alicia; Guilarte Hernández, Henry André; Bellorín García-Miguel, Carlos Gustavo; Rey Fernández De Mendiola, Jon; Louredo Méndez, Ángel Martín

Complejo Asistencial de Palencia, Palencia.

Resumen

Objetivos: Analizar la experiencia global de un centro de segundo nivel y alta incidencia de cáncer gástrico teniendo en cuenta técnica quirúrgica y complicaciones.

Métodos: Estudio observacional descriptivo de las gastrectomías programadas del servicio entre enero de 2019 y diciembre de 2022. Recogida de datos retrospectiva en base de datos SPSS.

Resultados: Se operaron 83 pacientes, con media de edad de 70,11 años (DE 11,61) e IMC de 24,33 (DE 3,52); El 59% fueron varones y el 41% mujeres. En cuanto a comorbilidad, el 87% fueron ASA II o III, con un Índice de comorbilidad de Charlson medio de 5,67 puntos. El 83,2% de los pacientes presentaron cáncer gástrico pero 7 tenían patología benigna y 7 tumores del estroma gastrointestinal. Las lesiones predominantemente se localizaron en antro y cuerpo, siendo el 12% cardiales o fúndicas. Todos fueron adenocarcinomas, siendo casi igual los casos de difuso que de intestinales (Lauren Class). El 63% fueron T3-4 pero el 50,6% no presentaban adenopatías preoperatorias en ecoendoscopia. Al 44,58% se le administró neoadyuvancia. Se realizaron 61 (73,5%) gastrectomías subtotales y 18 (21,7%) totales; en 27 pacientes se realizó linfadenectomía D1, siendo el resto D1+ o D2. La anastomosis esófago/gastro-yeyunal se realizó mecánica lineal en 71 (85,5%) y mecánica circular en 8 (9,6%), todas ellas con montaje en Y-Roux. Se realizó abordaje laparoscópico a 49 (59%), convirtiendo a laparotomía en 6. La media de ganglios extraídos fue de 19,33 (DE 10,3). 10 pacientes (12%) presentaron dehiscencia de una de las anastomosis (6% de muñón duodenal, 3,6% de anastomosis esofagoyeyunal y 2,4% de la gastroyeyunal). Se reintervinieron 9 pacientes, realizando a 3 lavado y drenaje, a uno reconfección de anastomosis, a otro cierre primario de muñón duodenal, a otro apendicectomía por apendicitis aguda y a otro laparotomía exploradora sin evidenciar complicaciones. Dos necesitaron drenaje percutáneo y otros dos prótesis endoscópicas. Fallecieron 7 pacientes, tres de ellos tras fistula del muñón duodenal. A largo plazo, 3 (3,6%) pacientes presentaron estenosis de la anastomosis (resueltas con dilatación endoscópica), 3 (3,6%) suboclusión intestinal, 2 (2,4%) reflujo gastroesofágico, 1 (1,2%) hernia de Petersen y 1 (1,2%) eventración. El 30% (25 pacientes) presentaron recidiva tumoral.

Conclusiones: Nuestro centro pone en evidencia casi todos los retos y problemática de la cirugía esofagogástrica actual, sobre todo al localizarse en una zona de alta incidencia de cáncer gástrico. Pacientes de edad avanzada, comorbilidad media-alta y tumores agresivos son la tónica; el estudio preoperatorio exquisito es mandatorio, sobre todo para administrar neoadyuvancia, mejorar el pronóstico y evitar la

infraestadificación. La laparoscopia permite la realización de linfadenectomías minuciosas, anastomosis seguras y resecciones R0, aunque la fistula del muñón duodenal, más allá de la anastomótica, sobre todo en pacientes frágiles, sigue siendo el factor limitante en cuanto a mortalidad posoperatoria. Seguir analizando datos de forma estratificada, eliminando sesgos y homogeneizando grupos, quizás de forma multicéntrica en nuestro país, es primordial para evolucionar en cada apartado limitante (estudio previo, linfadenectomía, tratamiento neo/adyuvante, nuevas tecnologías) y conseguir aumentar tanto la supervivencia como el intervalo libre de enfermedad en nuestros pacientes.