



Cirugía Española

www.elsevier.es/cirugia



P-160 - CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA DEL CÁNCER GÁSTRICO: CUANDO LOS RESULTADOS CONVIERTEN EN ESTÁNDAR UNA NOVEDAD Y NO UNA TRADICIÓN

Centeno Velasco, Álvaro; Valentín-Gamazo González, Isabel; Castañera González, Ramón; Juan Domínguez, Nuria Pilar; Aguado De Benito, Alicia; Guilarte Hernández, Henry André; Bellorín García-Miguel, Carlos Gustavo; Louredo Méndez, Ángel Martín

Complejo Asistencial de Palencia, Palencia.

Resumen

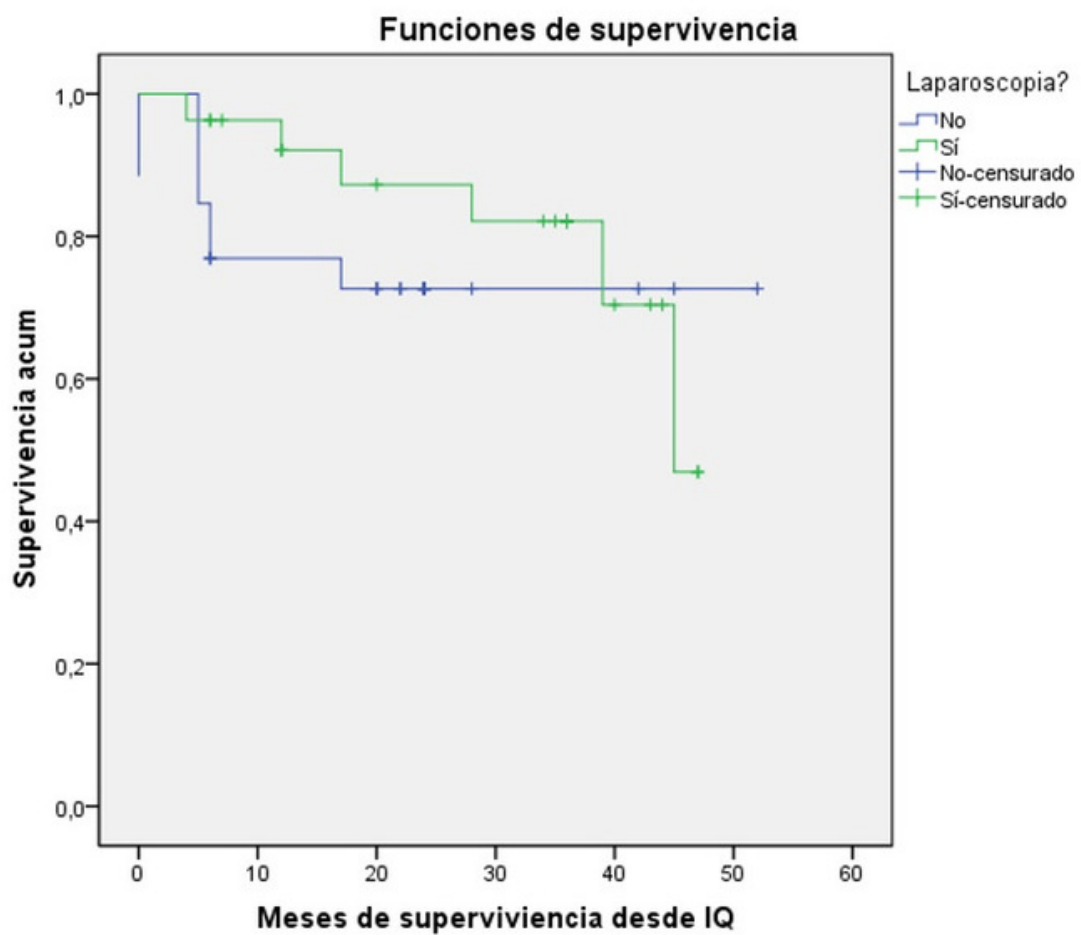
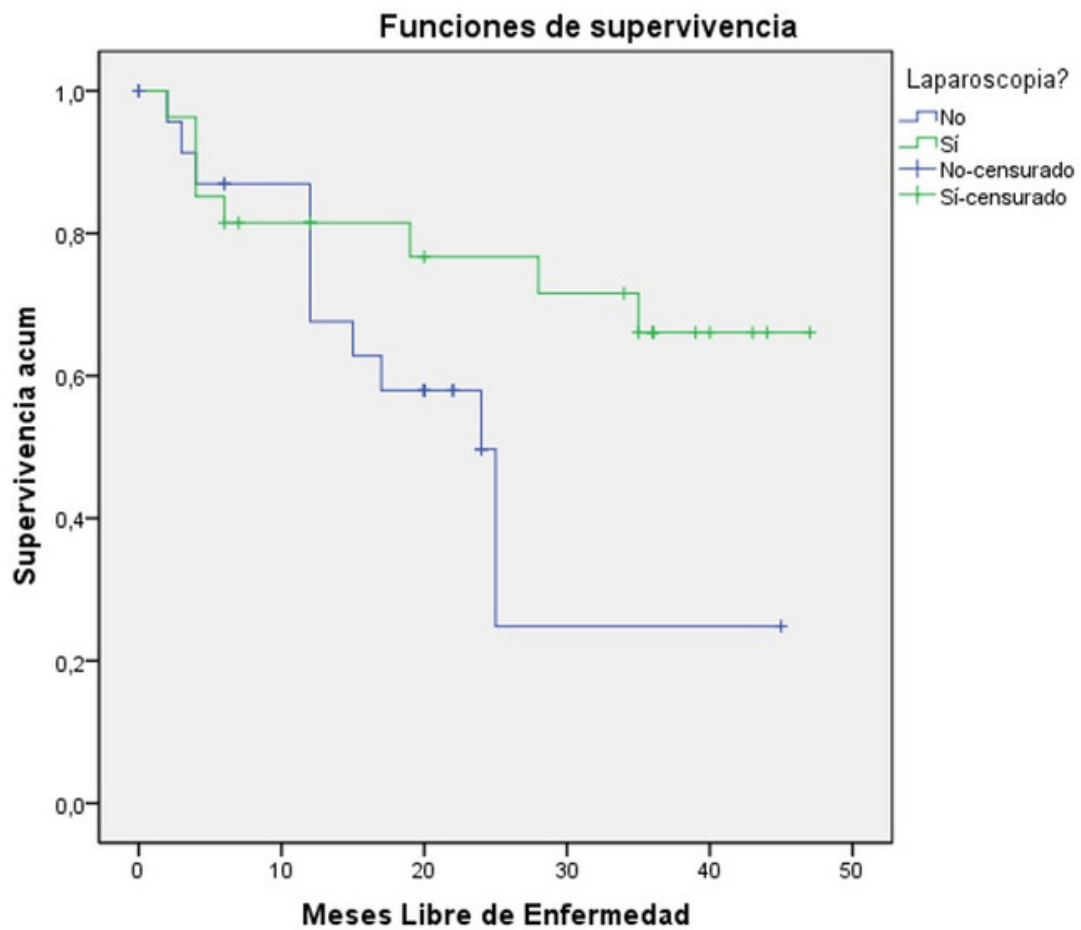
Objetivos: Realizar estudio comparativo entre cirugía gástrica laparoscópica y abierta, buscando diferencias en cuanto a complicaciones, recidiva y supervivencia.

Métodos: Estudio de casos y controles retrospectivo de pacientes intervenidos por cáncer gástrico de forma programada en un hospital de segundo nivel. Previo estudio de la normalidad de los datos empleando la prueba de Kolmogorov-Smirnov, se utilizó el test t-Student para variables cuantitativas paramétricas, el test U de Mann-Whitney para variables cuantitativas no paramétricas y χ^2 para variable cualitativas. Se trabajó con un nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: Se comparan 27 pacientes en cada grupo. No hubo diferencias en sexo, sí en edad, siendo la media de 75 años en abierta y 66 en laparoscópica ($p: 0,004$). Tampoco hubo diferencias en cuanto a riesgo anestésico (ASA) ni en la estadificación preoperatoria en ambos grupos. En los casos laparoscópicos se administraron más suplementos hipercalóricos/hiperproteicos preoperatorios (37 vs. 59%) aunque sin significación; sin embargo, sí que encontramos diferencias en cuanto a tratamiento neoadyuvante, recibiendo 8 pacientes (29,62%) de abierta y 18 (66,67%) de laparoscopia. En cuanto a la técnica, no hay diferencias en cuanto al número de gastrectomías totales/subtotales pero sí en la linfadenectomía, realizando más D2 en el grupo de laparoscopia que en abierta (14,81 vs. 40,74%). Tampoco hallamos diferencias en cuanto a radicalidad, número de ganglios extraídos y/o positivos. En el posoperatorio inmediato la única significación la encontramos a favor de la laparoscopia en cuanto a *exitus* (3 vs. 0) y a estancia posoperatoria (0,22 vs. 11,93 días). En cuanto a fistulas encontramos 18% en abierta vs. 3,7% en laparoscopia y en cuanto a reintervenciones 5 vs. 1 a favor de laparoscopia, esta vez sin significación. Solo necesitó colocación de endoprótesis un paciente del grupo de abierta. A largo plazo no se encontraron diferencias significativas entre ambos grupos en cuanto a estenosis anastomótica, hernias/oclusiones, recidiva tumoral o supervivencia.

	Cirugía abierta	Cirugía laparoscópica
T1a	1 (3,7%)	0
T1b	3 (11,1%)	3 (11,1%)
T2	4 (14,8%)	3 (11,1%)

T3	14 (51,9%)	9 (33,3%)
T4a	5 (18,5%)	12 (44,4%)
N0	14 (51,9%)	12 (44,4%)
N1	5 (18,5%)	4 (14,8%)
N2	8 (29,63%)	9 (33,3%)
N3a	0	2 (7,4%)



Conclusiones: Con los resultados obtenidos, siendo conscientes del escaso tamaño muestral y las limitaciones que ello conlleva, podemos concluir que la cirugía laparoscópica del cáncer gástrico no solo no conlleva peores resultados oncológicos o de morbilidad frente a la abierta, sino que además aporta beneficios frente a la cirugía abierta como la menor estancia, menor dolor, mejor recuperación, etc. Por ello, conseguir equipos especializados, con experiencia y volumen suficiente, aún en centros de segundo nivel, nos parece imprescindible para una buena atención a estos pacientes y un correcto manejo, individualizado y multidisciplinar. Ofrecer una técnica así, familiarizarse con ella para así ofrecer a cada paciente lo mejor, está en nuestras manos.