



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-144 - ¿PODEMOS PREVENIR LA FUGA ANASTOMÓTICA ANTES DE FINALIZAR LA GASTRECTOMÍA?

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

Complejo Asistencial de Palencia, Palencia.

Resumen

Objetivos: Analizar los factores de riesgo de dehiscencia de anastomosis tras gastrectomía por cáncer en un hospital de segundo nivel.

Métodos: Estudio descriptivo en base de datos de los pacientes intervenidos de neoplasia gástrica de forma programada entre enero de 2019 y diciembre de 2022, comparando diferentes factores de riesgo de dehiscencia de la anastomosis. Se empleó la prueba de la χ^2 , trabajando con un nivel de significación $p < 0,05$.

Resultados: Se intervinieron 69 pacientes, de los cuales estratificamos por edad, IMC, riesgo anestésico, hábitos tóxicos, diabetes, estado nutricional y técnica quirúrgica. Al comparar la edad > 65 años vs. ≤ 65 años, obtuvimos en el primer grupo, 14,3% de dehiscencia y en el segundo grupo 11,4%, sin diferencias estadísticamente significativas. Los pacientes bebedores crónicos presentaron un 42,9% de dehiscencias, mientras que en el grupo no bebedores, 9,7%, diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,013$). Los fumadores presentaron el 16,1% de dehiscencia y los no fumadores 10,5%, sin diferencias estadísticamente significativas. Los pacientes diabéticos presentaron 30,8% de dehiscencia y los no diabéticos 8,9%, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p = 0,035$). Tomando el valor de albúmina $< 3,2$ g/dl como límite inferior de la normalidad, el grupo $< 3,2$ g/dl presentó 10,5% de dehiscencia, sin diferencias significativas. Además se comparó el grupo al que se le pautó nutrición enteral preoperatoria y al grupo que no lo recibió, presentando 13,2% de dehiscencia el primer grupo y 12,9% el que no lo tomó, también sin diferencias significativas. Comparando el abordaje laparoscópico/abierto, el tipo de anastomosis circular/lineal, el tipo de linfadenectomía D1+/D2 y la experiencia del cirujano, en nuestra serie, el grupo de cirugía abierta presentó 18,5% de dehiscencias y el grupo laparoscopia 9,5%, sin diferencias significativas. El grupo de anastomosis circular presentó 37,5% y el grupo anastomosis lineal 9,8%, con diferencias estadísticamente significativas ($p = 0,029$). El grupo de linfadenectomía D1 presentó 12%, y el grupo D1+ y D2, 13,6%, sin diferencias significativas. El grupo de cirujanos experimentados presentó 10,5% y el grupo en aprendizaje 25%, sin diferencias estadísticamente significativas.

Conclusiones: En nuestra serie, los factores que se asociaron con mayor riesgo de dehiscencia de forma estadísticamente significativa fueron el alcohol, la diabetes y el tipo de anastomosis circular. Sin embargo, pese a no alcanzar significación, la edad, la comorbilidad y la experiencia del cirujano tienden a dicha significación, siendo para nosotros primordial tanto el estudio de los pacientes, la reducción en lo posible del

riesgo y el trabajo en equipo. Conseguir los mejores resultados posibles depende de estos análisis en profundidad, evitando morbilidad y complicaciones de gran coste, tangible e intangible, en pacientes con fuga anastomótica.