



## O-110 - RESULTADOS POSOPERATORIOS DE LA GASTRECTOMÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA FRENTE A LA GASTRECTOMÍA ABIERTA: ESTUDIO DE COHORTE POBLACIONAL

Garsot, Elisenda<sup>1</sup>; Sentí, Sara<sup>1</sup>; Salvador, Helena<sup>2</sup>; Eizaguirre, Emma<sup>3</sup>; Estremiana, Fernando<sup>4</sup>; Castro, Sandra<sup>5</sup>; Miranda, Coro<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Hospital Universitari Germans Trias i Pujol, Badalona; <sup>2</sup>Hospital Arnau de Vilanova, Lleida; <sup>3</sup>Hospital Donostia, San Sebastián; <sup>4</sup>Hospital Universitari de Bellvitge, L'Hospitalet de Llobregat; <sup>5</sup>Hospital Universitari Vall d'Hebron, Barcelona; <sup>6</sup>Hospital Universitario de Navarra, Pamplona.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La evidencia sobre la implementación de la gastrectomía mínimamente invasiva (GMI) para el tratamiento del cáncer gástrico en Europa es aún limitada, especialmente en el ámbito poblacional. Este estudio comparó los resultados quirúrgicos y oncológicos perioperatorios, incluida la supervivencia, entre la GMI y la gastrectomía abierta (GA) en España.

**Métodos:** Estudio de cohorte poblacional que incluyó a todos los pacientes consecutivos sometidos a resección electiva con intención curativa de cáncer gástrico entre 2014 y 2021 en 39 centros participantes del Registro EURECCA Español. Se recogieron datos sobre complicaciones posoperatorias, resultados oncológicos, supervivencia global (SG) y supervivencia libre de enfermedad (SLE). Se realizó un *Propensity Score Matching* (1:1, con una distancia máxima de emparejamiento de 0,2 desviaciones estándar) para corregir diferencias basales entre los grupos. Las diferencias en la incidencia de eventos se evaluaron con la prueba de chi-cuadrado y la estancia hospitalaria con la prueba de rangos de Wilcoxon. Los modelos de Cox se utilizaron para estimar el *hazard ratio* (HR) y el intervalo de confianza del 95% (IC). La mortalidad se analizó mediante el método de Kaplan-Meier y la prueba de *log-rank*.

**Resultados:** En la cohorte emparejada, no se observaron diferencias entre GA y GMI en cuanto a complicaciones generales (47,4 vs. 44,7%), complicaciones mayores (19,1 vs. 18,2%), en la tasa de fístulas gastro-yeyunales o esófago-yeyunales (2,9 vs. 4,2% y 17,4 vs. 16,6%, respectivamente), mortalidad a 90 días (4,4 vs. 3,2%,  $p = 0,085$ ) ni en índice de fracaso terapéutico (23,1 vs. 17,3%,  $p = 0,104$ ) en comparación con la GMI. La estancia hospitalaria fue significativamente menor en la GMI (9 vs. 8 días,  $p < 0,001$ ), sin diferencias en la tasa de reingresos a 90 días. No se hallaron diferencias en el porcentaje de pacientes con una resección R0 (GA 94,2% y GMI 92,6%) ni en el número medio de ganglios linfáticos resecados (GA 24 [rango 16-35], GMI 25 [rango 18-37]). Se detectó una proporción mayor de pacientes con #1 15 ganglios en GMI (78,8 vs. 84,2%). El seguimiento mediano fue de 3,8 años (rango intercuartílico 2,8-5) con una SG y SLE a 5 años similar en ambos grupos (64 vs. 62% y 58,5 vs. 56,5%).

**Conclusiones:** Nuestros datos, procedentes de un registro auditado de cirugía de cáncer gástrico

no centralizada, reflejan la práctica clínica nacional. Este estudio aporta datos novedosos de supervivencia a largo plazo, demostrando que la implementación de la GMI no incrementó las complicaciones y redujo significativamente la estancia hospitalaria. Sin embargo, la gastrectomía total, independientemente del abordaje, se asoció a una mayor tasa de dehiscencia anastomótica respecto la subtotal. La implementación progresiva de la gastrectomía mínimamente invasiva para el tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico en nuestro país no ha comprometido los resultados quirúrgicos ni oncológicos en comparación con la gastrectomía abierta.