



## O-196 - ANÁLISIS DE RESULTADOS DE LA CIRUGÍA LAPAROSCÓPICA FRENTE A LA CIRUGÍA ABIERTA EN EL ADENOCARCINOMA GÁSTRICO EN NUESTRO CENTRO

Esquiroz, Irene; Miranda, Coro; Yarnoz, Concepción; Artajona, Alicia; Mateo, Janire; Hernando, Ana; Egurrola, Inés; Díaz de Liaño, Álvaro

Complejo Hospitalario Navarra, Pamplona.

### Resumen

**Introducción y objetivos:** La cirugía laparoscópica del adenocarcinoma gástrico es una técnica en auge y ha demostrado ser una técnica eficaz y segura que disminuye la comorbilidad en el postoperatorio frente a la cirugía abierta. El objetivo de este trabajo ha sido analizar los resultados obtenidos en nuestro centro con el desarrollo de la gastrectomía laparoscópica por adenocarcinoma gástrico dentro de una Unidad de Cirugía Esofagogastrica y comparar dichos resultados con los de cirugía abierta.

**Métodos:** Entre marzo de 2010 y abril de 2016 fueron intervenidos en nuestro servicio de un adenocarcinoma gástrico vía laparoscópica 63 pacientes. Como grupo control se han recogido de manera consecutiva los pacientes intervenidos en cirugía abierta de adenocarcinoma gástrico en los años 2008-2011 que constituyen una cohorte de 66 pacientes (excluyendo las resecciones ampliadas). Realizamos un estudio retrospectivo (sobre una base de datos recogida de manera prospectiva), comparativo, entre los pacientes intervenidos por cáncer gástrico de manera laparoscópica (2010-2016) vs los pacientes sometidos a cirugía abierta (2008-2011), utilizando el programa SPSS.

**Resultados:** Los pacientes sometidos a cirugía laparoscópica presentaron una mediana de días de ingreso significativamente menor que los pacientes con cirugía abierta (10 vs 15, U de Mann Whitney,  $p = 0,006$ ). Si subdividimos a los pacientes en función del tipo de cirugía (gastrectomía subtotal vs gastrectomía total), encontramos que en los pacientes con una gastrectomía subtotal dichas diferencias se mantienen con una mediana de días de ingreso en cirugía abierta de 12 frente a 9 en laparoscópica ( $p: 0,013$ ). En el subgrupo de pacientes con gastrectomía total la mediana de días de ingreso también fue mayor en la cirugía abierta (16 vs 13) aunque no se alcanzó una diferencia estadísticamente significativa ( $p: 0,057$ ). En cuanto al número de ganglios resecados (mediana: 22 en cirugía abierta vs 23 en cirugía laparoscópica, U de Mann Whitney,  $p = 0,862$ ) y al número de márgenes afectos (9 vs 6, chi-cuadrado:  $p = 0,460$ ) no se identificaron diferencias significativas entre cirugía abierta o laparoscópica. Si analizamos el número de ganglios resecados en función del tipo de linfadenectomía los resultados son similares, con una mediana de ganglios para la linfadenectomía D1 de 17 en cirugía abierta frente a 18,5 en cirugía laparoscópica ( $p: 0,717$ ) y una mediana de ganglios para la linfadenectomía D2 de 29 tanto en cirugía abierta como en laparoscópica ( $p: 0,795$ ). La mortalidad postoperatoria fue de 5 pacientes en el subgrupo de cirugía abierta (7,58%) frente a 1 paciente en el grupo de cirugía laparoscópica (1,58%). En cuanto a las complicaciones más relevantes (Clavien-Dindo III-V) fueron 11 en el grupo de cirugía abierta y 14 en el grupo de cirugía laparoscópica no encontrándose diferencias estadísticamente significativas (chi-cuadrado:  $p = 0,425$ ).

**Conclusiones:** Pese a la curva de aprendizaje, la introducción de la técnica laparoscópica junto con la creación de una Unidad de Cirugía Esofagogastrica en nuestro centro ha alcanzado unos resultados técnicos y de morbilidad similares a la cirugía abierta aportando menor estancia hospitalaria y una menor mortalidad. Todavía es pronto para sacar conclusiones en cuanto a supervivencia global y libre de enfermedad.