



[www.elsevier.es/cirugia](http://www.elsevier.es/cirugia)

## O-247 - ANÁLISIS DE LA MORBILIDAD Y SUPERVIVENCIA EN CIRUGÍA GÁSTRICA ONCOLÓGICA DEL PACIENTE OCTOGENARIO

García del Álamo Hernández, Yaiza; Gancedo Quintana, Álvaro; García Sanz, Íñigo; Sanz Ongil, Ramón; Marín Campos, Cristina; Gijón Moya, Fernando; Tovar Pérez, Rodrigo; Martín Pérez, Elena

Hospital Universitario de La Princesa, Madrid.

### Resumen

**Objetivos:** El objetivo principal de nuestro estudio fue comparar la supervivencia tras cirugía por cáncer gástrico (CG) entre pacientes 80 años (grupo B).

**Métodos:** Estudio retrospectivo que incluye pacientes intervenidos por CG entre 2010-2022. Se estudiaron variables demográficas, comorbilidades, estadificación tumoral, tratamiento neo/adyuvante, variables perioperatorias, y variables de seguimiento oncológico. El análisis estadístico de los datos se realizó con el programa SPSS 24. Se consideraron estadísticamente significativos (ES) valores de p < 0,05.

**Resultados:** Se incluyeron 137 pacientes con una mediana de edad de 73 años (63,5-79), siendo 33 (24,1%) del grupo B. El grupo B tuvo una mediana de edad de 85 años (83-86,5) y el A, de 70 años (60-75). Encontramos más comorbilidades cardiovasculares en los octogenarios: hipertensión arterial (grupo A 39,4 vs. B 87,9%; p < 0,001) y III (55,8 vs. 72,7%; p = 0,08). El motivo diagnóstico principal en el grupo B fue la anemia (45,5%) y en el A la hemorragia digestiva (19,8%). No hubo diferencias en el estadio tumoral ni en la ubicación anatómica, siendo la más frecuente el antro gástrico en 62(45,3%). Solo un 1 paciente (3,1%) > 80 años recibió quimioterapia neoadyuvante vs. 42 (40,8%) de 80 años (p < 0,001). No se hallaron diferencias ES en cuanto a las gastrectomías totales/totales ampliadas realizadas (32 vs. 15,2%; p = 0,06). Por contra, sí hubo diferencias ES en cuanto a la linfadenectomía realizada (p < 0,001): D1 (32,7 vs. 75,8%), D1+ (15,4 vs. 9,1%) y D2 (51 vs. 12,1%) y a la reconstrucción del tránsito (p < 0,001): Billroth 1 (0 vs. 15,2%), Billroth 2 (2,9 vs. 18,2%) e Y-Roux (96,2 vs. 60,6%). En el estudio histológico hubo diferencias (p = 0,03) con más casos de adenocarcinoma difuso con células en anillo de sella en el grupo A (35,7 vs. 15,2%) y con mayor tasa de adenocarcinoma de tipo intestinal en el B (54,1 vs. 81,8%). Respecto al ingreso, no se encontraron diferencias en el desarrollo posquirúrgico de fuga anastomótica (11,5 vs. 6,1%; p = 0,4) e infección del sitio quirúrgico (12,5 vs. 12,1%; p = 0,9). Sí hubo diferencias en el retraso del vaciamiento gástrico (1 vs. 12,1%; p = 0,003) y las complicaciones médicas (29,8 vs. 48,5%; p = 0,049). No hubo diferencias en la mortalidad posoperatoria a 30 y 90 días (7,8 vs. 6,1% y 7,7 vs. 6,1%; p = 0,7). Tampoco en la tasa de mortalidad a uno (21,4 vs. 25,9%; p = 0,6), dos (35,4 vs. 42,9%; p = 0,5) y 5 años (48,8 vs. 66,7; p = 0,1). Tampoco se hallaron respecto la tasa de recidiva al año (17,8 vs. 30,3%; p = 0,13), a los dos (25,3 vs. 35,5%; p = 0,27) y a los 5 años (35,7 vs. 42,3%; p = 0,5).

**Conclusiones:** La cirugía en el grupo octogenario presentó un carácter más conservador con el uso de linfadenectomías y reconstrucciones del tránsito menos agresivas. Nuestros resultados apoyan que la cirugía del CG en pacientes octogenarios seleccionados ofrece resultados de supervivencia similares a pacientes más

jóvenes en los primeros 5 años de seguimiento.