



Cirugía Española



www.elsevier.es/cirugia

P-137 - ¿INFRAESTADIFICA LA ECOENDOSCOPIA LOS TUMORES GÁSTRICOS? NUESTRA EXPERIENCIA EN UN HOSPITAL DE TERCER NIVEL

Sánchez Díaz, Alba María; Fernández Aguilar, José Luis; Moreno Ruiz, Francisco Javier; Montiel Casado, María Custodia; Rodríguez Cañete, Alberto; Santoyo Santoyo, Julio

Hospital Regional Universitario Carlos Haya, Málaga.

Resumen

El cáncer gástrico, a nivel mundial, es el 5º cáncer más frecuente, con un millón de casos nuevos al año. Es causante aproximadamente del 8% de las muertes por neoplasias en el mundo. Es importante realizar un exhaustivo estudio preoperatorio, ya que una correcta estadificación va a determinar el tratamiento óptimo para cada paciente. En el diagnóstico es imprescindible realizar endoscopia con toma de biopsias, TAC toracoabdominal y determinación de marcadores tumorales. La ecoendoscopia se propone como la mejor prueba para la estadificación locorregional del cáncer gástrico, lo que es fundamental para desarrollar una estrategia terapéutica correcta y finalmente proporcionar a los pacientes las mejores posibilidades de curación. En nuestro medio, los pacientes con tumores precoces (T1/T2-N0) son candidatos a cirugía directa, mientras que en los pacientes con tumores avanzados (T3/T4 y/o N+) el tratamiento óptimo incluye quimioterapia perioperatoria. Evaluar la capacidad de la ecoendoscopia para determinar el estadio preoperatorio del cáncer gástrico en un hospital de tercer nivel. Estudio observacional retrospectivo, en el que se incluyen pacientes que han sido tratados mediante cirugía directa por neoplasia gástrica (2016-2024). Se han excluido pacientes que han recibido neoadyuvancia, cirugía no oncológica y pacientes sin ecoendoscopia. Han sido intervenidos un total de 51 pacientes, el 62,7% fueron hombres. La mediana de edad fue de 71 años, con un ASA predominante de III (51%). El 41,2% no recibió quimioterapia por estadio tumoral (tumor precoz), el 27,4% por complicación relacionada con el tumor y el 23,5% debido a comorbilidades del paciente. La localización más frecuente es distal (43,1%), seguido de cuerpo (33,3%) y UEG (17,7%). En el 56,9% de los pacientes se realizó gastrectomía subtotal. Para la evaluación de la profundidad (T), hemos clasificado a los pacientes en dos grupos: afectación superficial (T1-T2) y profunda (T3-T4). Veintisiete pacientes fueron diagnosticados mediante ecoendoscopia de tumor superficial, sin embargo, el 48,1% presentó afectación profunda en el estudio anatomopatológico. De los pacientes que fueron diagnosticados de afectación profunda mediante ecoendoscopia, en el 87,5% de los casos se confirmó. La ecoendoscopia presentó una alta especificidad (82%) y VPP (87,5%), sin embargo la sensibilidad (61%) y VPN (51,8%) fueron bajas. Para la afectación ganglionar (N), se han dividido a los pacientes en dos grupos: sin afectación ganglionar (N0) y afectación ganglionar (N1/N2/N3). De los 51 pacientes, en 33, no se visualizaron ganglios afectos por ecoendoscopia, sin embargo, el 51,5% presentaron afectación ganglionar en el estudio de la pieza. De los 18 pacientes con ganglios patológicos mediante ecoendoscopia, en el 88,8% se confirmó el hallazgo. La ecoendoscopia presentó alta especificidad y VPP (88,8%), con baja sensibilidad y VPN (48%). De los 25 tumores que por ecoendoscopia fueron diagnosticados como precoces (T1-T2/N0), el 56% resultaron ser localmente avanzados (T3/T4 y/o N+) mediante estudio anatomopatológico. Según nuestros resultados, la ecoendoscopia presenta alta especificidad y elevado VPP en la estadificación locorregional para el cáncer gástrico, sin embargo, la sensibilidad y el VPN es bajo con tendencia a la

infraestadificación de las lesiones. Esto supone importantes consecuencias para los pacientes ya que un 56% de los pacientes fueron infradiagnosticados mediante ecoendoscopia y por lo tanto no se beneficiaron de quimioterapia perioperatoria.