



**Biblioteca
Cochrane**

Base de Datos **Cochrane** de Revisiones Sistemáticas

Gastrectomía laparoscópica versus abierta para el cáncer gástrico (Revisión)

Best LMJ, Mughal M, Gurusamy KS

Best LMJ, Mughal M, Gurusamy KS.
Laparoscopic versus open gastrectomy for gastric cancer
(Gastrectomía laparoscópica versus abierta para el cáncer gástrico).
Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 3. Art. No.: CD011389.
DOI: [10.1002/14651858.CD011389.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011389.pub2).

www.cochranelibrary.com/es

[Revisión de intervención]

Gastrectomía laparoscópica versus abierta para el cáncer gástrico

Lawrence MJ Best¹, Muntzer Mughal², Kurinchi Selvan Gurusamy¹¹Department of Surgery, Royal Free Campus, UCL Medical School, London, UK. ²University College Hospital, London, UK**Dirección de contacto:** Kurinchi Selvan Gurusamy, Department of Surgery, Royal Free Campus, UCL Medical School, Rowland Hill Street, London, NW32PF, UK. k.gurusamy@ucl.ac.uk.**Grupo Editorial:** Grupo Cochrane de Enfermedades Esófago-gástricas, del Intestino Delgado y Pancreáticas.**Estado y fecha de publicación:** Editada (sin cambios en las conclusiones), publicada en el número 3, 2016.**Referencia:** Best LMJ, Mughal M, Gurusamy KS. Laparoscopic versus open gastrectomy for gastric cancer (Gastrectomía laparoscópica versus abierta para el cáncer gástrico). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2016, Issue 3. Art. No.: CD011389. DOI: [10.1002/14651858.CD011389.pub2](https://doi.org/10.1002/14651858.CD011389.pub2).

Copyright © 2016 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

RESUMEN

Antecedentes

El cáncer gástrico es la tercera causa más común de mortalidad por cáncer en el mundo. Actualmente existen dos opciones quirúrgicas para pacientes potencialmente curables (es decir, personas con cáncer gástrico no metastásico), la laparoscopia y la gastrectomía abierta. Sin embargo, no está claro si una de estas opciones es superior.

Objetivos

Evaluar los beneficios y los daños de la gastrectomía laparoscópica o la gastrectomía asistida por laparoscopia versus la gastrectomía abierta para las personas con cáncer gástrico. En particular, se planeó investigar los efectos por grupos de pacientes, como el estadio del cáncer, el riesgo anestésico y el índice de masa corporal (IMC), y por métodos de intervención, como el método de anastomosis, el tipo de gastrectomía y la gastrectomía laparoscópica o asistida por laparoscopia.

Métodos de búsqueda

Se realizaron búsquedas en el Registro Cochrane Central de Ensayos Controlados (Cochrane Central Register of Controlled Trials, CENTRAL), MEDLINE, EMBASE, Science Citation Index, ClinicalTrials.gov y en el ICTRP de la OMS (World Health Organization International Clinical Trials Registry Platform) hasta septiembre de 2015. También se revisaron las listas de referencias de los ensayos incluidos.

Criterios de selección

Dos autores de la revisión seleccionaron de forma independiente las referencias para su evaluación posterior, revisando todos los títulos y resúmenes. La selección posterior se basó en la revisión de los artículos de texto completo para las referencias seleccionadas.

Obtención y análisis de los datos

Dos autores de la revisión extrajeron los datos de forma independiente. Para los resultados binarios se calculó el riesgo relativo (RR) con el intervalo de confianza (IC) del 95%, para los resultados continuos se calculó la diferencia de medias (DM) o la diferencia de medias estandarizada (DME) con IC del 95%, y para los resultados de tiempo hasta el evento se calculó el cociente de riesgos instantáneos (HRI). Cuando fue significativo se realizaron metanálisis.

Resultados principales

En total, se asignaron al azar 2794 participantes en 13 ensayos incluidos en esta revisión. Los ensayos presentaron un riesgo de sesgo incierto. Un ensayo (que incluyó 53 participantes) no aportó datos a esta revisión. En los ensayos restantes se excluyó a un total de 213 participantes después de la asignación al azar, lo que dejó un total de 2528 participantes asignados al azar para el análisis, de los cuales 1288 se sometieron a una gastrectomía laparoscópica y 1240 a una gastrectomía abierta. Todos los participantes eran aptos para cirugía mayor.

Gastrectomía laparoscópica versus abierta para el cáncer gástrico (Revisión)

Copyright © 2016 The Cochrane Collaboration. Publicada por John Wiley & Sons, Ltd.

No hubo diferencias en la proporción de participantes que murieron dentro de los treinta días de tratamiento entre la gastrectomía laparoscópica (7/1188: proporción ajustada = 0,6% (basado en el metanálisis)) y la gastrectomía abierta (4/1447: 0.3%) (RR 1,60; IC del 95%: 0,50 a 5,10; diferencia de riesgo 0,00; IC del 95%: -0,01 a 0,01; participantes = 2335; estudios = 11; $I^2 = 0\%$; evidencia de baja calidad). No hubo eventos en ninguno de los dos grupos para la recurrencia a corto plazo (participantes = 103; estudios = 3), la proporción que requería transfusión de sangre (participantes = 66; estudios = 2), y la proporción con márgenes positivos en la histopatología (participantes = 28; estudios = 1). Ninguno de los ensayos informó sobre la calidad de vida relacionada con la salud, el tiempo para volver a la actividad normal o el tiempo para volver al trabajo. Las diferencias en la mortalidad a largo plazo (HRI 0,94, IC del 95%: 0,70 a 1,25; participantes = 195; estudios = 3; $I^2 = 0\%$; evidencia de muy baja calidad), los eventos adversos graves dentro de los tres meses (gastrectomía laparoscópica (7/216: proporción ajustada = 3,6%) versus gastrectomía abierta (13/216: 6%) (RR 0,60; IC del 95%: 0,27 a 1,34; participantes = 432; estudios = 8; $I^2 = 0\%$; evidencia de muy baja calidad), recurrencia a largo plazo (HRI 0,95; IC del 95%: 0,70 a 1,30; participantes = 162; estudios = 4; evidencia de muy baja calidad), eventos adversos dentro de los tres meses (gastrectomía laparoscópica (204/268: proporción ajustada = 16,1%) versus gastrectomía abierta (253/1222: 20.7%) (RR 0,78; IC del 95%: 0,60 a 1,01; participantes = 2490; estudios = 11; $I^2 = 38\%$; evidencia de muy baja calidad), cantidad de sangre perioperatoria transfundida (DME 0,05; IC del 95%: -0,27 a 0,38; participantes = 143; estudios = 2; $I^2 = 0\%$; evidencia de muy baja calidad), duración de la estancia hospitalaria (DM -1.82 días, IC del 95%: -3,72 a 0,07; participantes = 319; estudios = 6; $I^2 = 83\%$; evidencia de muy baja calidad), y el número de ganglios linfáticos recolectados (DM -0,63; IC del 95%: -1,51 a 0,25; participantes = 472; estudios = 9; $I^2 = 40\%$; evidencia de muy baja calidad) fueron imprecisos. No hubo ninguna alteración en la interpretación de los resultados en ninguno de los subgrupos.

Conclusiones de los autores

Sobre la base de evidencia de baja calidad, no hay diferencia en la mortalidad a corto plazo entre la gastrectomía laparoscópica y la abierta. Sobre la base de evidencia de muy baja calidad, no hay evidencia de ninguna diferencia en los resultados a corto o largo plazo entre la gastrectomía laparoscópica y la abierta. Sin embargo, los datos son escasos y los intervalos de confianza fueron amplios, lo que sugiere que no se pueden descartar beneficios o daños significativos de la gastrectomía laparoscópica. Actualmente se están realizando varios ensayos y los resultados provisionales de estos ensayos se han incluido en esta revisión. Estos ensayos necesitan realizar un análisis de intención de tratamiento para asegurar que los resultados son fiables e informar de los resultados de acuerdo con la Declaración CONSORT.

RESUMEN EN TÉRMINOS SENCILLOS

La operación laparoscópica (mínimo acceso) versus la operación abierta para el tratamiento de personas con cáncer de estómago

Pregunta de la revisión

¿Es el tratamiento laparoscópico (cirugía de mínimo acceso) equivalente al tratamiento quirúrgico abierto para el tratamiento de personas con cáncer gástrico (de estómago)?

Antecedentes

El cáncer de estómago es la tercera causa más frecuente de muerte por cáncer en el mundo. Si el cáncer no se ha propagado a otras áreas del cuerpo, y si la persona puede soportar una operación importante, dependiendo de la parte del estómago involucrada, la extirpación de parte del estómago o de todo el estómago (gastrectomía) es el único tratamiento que ofrece una cura a largo plazo del cáncer. La gastrectomía se puede realizar por laparoscopia (mínimo acceso), o por operación abierta, que implica un gran corte. Si bien el corte es más pequeño con la cirugía de mínimo acceso, no está claro si la cirugía de mínimo acceso es tan segura como la cirugía abierta, y si ofrece alguna ventaja en términos de una recuperación más rápida de las personas que se someten a una gastrectomía. Se intentó resolver este problema buscando en la literatura médica estudios informados hasta septiembre de 2015 que compararan la gastrectomía laparoscópica y la abierta en personas con cáncer de estómago.

Características de los estudios

Se identificaron 13 estudios elegibles (2794 participantes) para esta revisión. Un ensayo no reportó ninguna información de interés para la revisión. No se comunicó información sobre 213 participantes por diversas razones, siendo la más común que no recibieran el tratamiento previsto. Un total de 2.528 participantes se sometieron a una gastrectomía laparoscópica (1.288 participantes) o a una gastrectomía abierta (1.240 participantes). La decisión de si un participante se sometía a una gastrectomía laparoscópica o abierta se tomaba con métodos similares al lanzamiento de una moneda. Este proceso asegura que los participantes en los dos grupos son similares. Todos los participantes eran aptos para cirugía mayor.

Resultados clave

No hubo diferencia entre la gastrectomía laparoscópica y la abierta en las muertes a corto plazo (gastrectomía laparoscópica: 6 muertes en 1.000 operaciones frente a la gastrectomía abierta: 3 muertes en 1000 operaciones). Existe un cierto grado de incertidumbre al predecir el número de muertes o resultados basados en la información de los ensayos. Debido a esta incertidumbre, se pudo concluir que no había diferencia en las muertes a corto plazo entre los grupos, aunque las muertes en la gastrectomía laparoscópica fueron el doble que en la gastrectomía abierta. Ninguno de los ensayos informó sobre la calidad de vida relacionada con la salud, el tiempo para volver a la actividad normal o el tiempo para volver al trabajo. Las diferencias en las muertes a largo plazo, las complicaciones graves en

tres meses (gastrectomía laparoscópica: 36 muertes en 1000 operaciones frente a la gastrectomía abierta: 60 complicaciones por cada 1000 operaciones), todas las complicaciones en tres meses (gastrectomía laparoscópica: 161 muertes en 1000 operaciones frente a la gastrectomía abierta: 253 complicaciones en 1000 operaciones, la recurrencia del cáncer a corto y largo plazo, el número de personas que necesitaron transfusiones de sangre, la cantidad de sangre transfundida durante o dentro de una semana después de la cirugía y la duración de la estancia en el hospital fueron imprecisos. Como resultado, no se pueden descartar los beneficios o daños significativos de la gastrectomía laparoscópica en comparación con la gastrectomía abierta. Se necesitan más ensayos bien diseñados para comparar los beneficios y los daños de la gastrectomía laparoscópica y abierta.

Calidad de la evidencia

La calidad de la evidencia era muy baja para todos los resultados, salvo la mortalidad a corto plazo, que era baja. Como resultado, hay mucha incertidumbre con respecto a los resultados.