

**LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias
Sociales y Humanidades, Asunción, Paraguay.**

ISSN en línea: 2789-3855, 2025, Volumen VI

**Impacto funcional de la gastrectomía subtotal y total en
cáncer gástrico y patología benigna: Artículo de revisión**

Functional impact of subtotal and total gastrectomy in gastric cancer
and benign pathology: A review article

Mishell Alejandra Llumiquinga Loya

alejamiishel99@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-8730-7037>

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Quito – Ecuador

Daniela Stefania Ortiz Cajías

dani_oc11@outlook.com

<https://orcid.org/0009-0004-4980-260X>

Pontificia Universidad Católica del Ecuador
Quito – Ecuador

Carlos Andrés Carrera Lovato

andres7carrera@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-5127-6141>

Universidad Central del Ecuador
Quito – Ecuador

Sarah Alejandrina Palacios Vallejo

sarahalepv@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-0299-353X>

Universidad Central del Ecuador
Quito – Ecuador

María Belén Segura Sangucho

mabe10@outlook.es

<https://orcid.org/0009-0009-7825-8478>

Universidad de Cuenca
Quito – Ecuador

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i6.5104>

Artículo recibido: 29 de agosto de 2025.

Aceptado para publicación: 30 de diciembre
de 2025.

Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.


Redilat
Red de Investigadores
Latinoamericanos

NÚMERO

DOI: <https://doi.org/10.56712/latam.v6i6.5104>

Impacto funcional de la gastrectomía subtotal y total en cáncer gástrico y patología benigna: Artículo de revisión

Functional impact of subtotal and total gastrectomy in gastric cancer and benign pathology: A review article

Mishell Alejandra Llumiyinga Loya

alejamiishel99@gmail.com

<https://orcid.org/0009-0000-8730-7037>

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Quito – Ecuador

Carlos Andrés Carrera Lovato

andres7carrera@gmail.com

<https://orcid.org/0000-0002-5127-6141>

Universidad Central del Ecuador

Quito – Ecuador

Sarah Alejandrina Palacios Vallejo

sarahalepv@hotmail.com

<https://orcid.org/0009-0009-0299-353X>

Universidad Central del Ecuador

Quito – Ecuador

María Belén Segura Sangucho

mabe10@outlook.es

<https://orcid.org/0009-0009-7825-8478>

Universidad de Cuenca

Quito – Ecuador

Daniela Stefania Ortiz Cajías

dani_oc11@outlook.com

<https://orcid.org/0009-0004-4980-260X>

Pontificia Universidad Católica del Ecuador

Quito – Ecuador

Artículo recibido: 29 de agosto de 2025. Aceptado para publicación: 30 de diciembre de 2025.
Conflictos de Interés: Ninguno que declarar.

Resumen

La gastrectomía impacta la función digestiva y la calidad de vida, con mejoría progresiva durante el primer año. La gastrectomía subtotal muestra mejores resultados que la total cuando es posible realizarla. A largo plazo, la mayoría de los pacientes logra una adaptación aceptable pese a los síntomas persistentes. El objetivo principal es conocer los resultados a largo plazo después de una gastrectomía subtotal o total. Entre mayo y octubre del 2025 realizamos una búsqueda bibliográfica sobre resultados a largo plazo de gastrectomía subtotal o total en patologías benignas o cáncer. Se realizó una búsqueda en PubMed, Scopus y Web of Science. Se seleccionaron artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis publicados, revisiones, estudios prospectivos y retrospectivos. La gastrectomía subtotal suele ofrecer mejores resultados funcionales y menor impacto nutricional cuando es oncológicamente posible, mientras que la gastrectomía total, aunque necesaria en tumores extensos, conlleva mayores secuelas digestivas y metabólicas. La decisión quirúrgica debe individualizarse y complementarse con soporte nutricional y rehabilitación para optimizar la calidad


de vida.

Palabras clave: gastrectomía, síndromes postgastrectomía, estado nutricional

Abstract

Gastrectomy impacts digestive function and quality of life, with progressive improvement during the first year. Subtotal gastrectomy shows better results than total gastrectomy when it is feasible. In the long term, most patients achieve acceptable adaptation despite persistent symptoms. The main objective is to determine the long-term outcomes after subtotal or total gastrectomy. Between May and October 2025, we conducted a literature search on the long-term outcomes of subtotal or total gastrectomy in benign pathologies or cancer. A search was performed in PubMed, Scopus, and Web of Science. Original articles, systematic reviews, published meta-analyses, reviews, and prospective and retrospective studies were selected. Subtotal gastrectomy generally offers better functional results and less nutritional impact when oncologically feasible, while total gastrectomy, although necessary in extensive tumors, carries greater digestive and metabolic sequelae. The surgical decision should be individualized and complemented with nutritional support and rehabilitation to optimize quality of life.

Keywords: gastrectomy, postgastrectomy syndromes, nutritional status

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicado en este sitio está disponibles bajo Licencia Creative Commons. 

Cómo citar: Llumiquinga Loya , M. A., Carrera Lovato, C. A., Palacios Vallejo, S. A., Segura Sangucho , M. B., & Ortiz Cajías, D. S. (2025). Impacto funcional de la gastrectomía subtotal y total en cáncer gástrico y patología benigna. *LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades* 6 (6), 2881 – 2892. <https://doi.org/10.56712/latam.v6i6.5104>

INTRODUCCIÓN

La gastrectomía subtotal (GS) y gastrectomía total (GT) siguen siendo el tratamiento de elección para múltiples patologías gástricas malignas y, en menor medida, benignas. La mejora de la supervivencia ha desplazado el foco hacia los resultados funcionales a largo plazo: síntomas digestivos crónicos, estado nutricional, calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) y reintegración social. En los últimos cinco años se han publicado revisiones sistemáticas, estudios longitudinales y cortes transversales que permiten comparar GS y GT, así como el impacto de diferentes técnicas reconstructivas (Billroth I/II, Y de Roux, reservorios yeyunales) y abordajes mínimamente invasivos (Lim, 2024).

La evidencia reciente muestra que la resección gástrica deteriora de forma marcada la CVRS y la función digestiva en los primeros meses; sin embargo, la CVRS global tiende a aproximarse a los valores basales entre los 6 y 12 meses, aunque persisten síntomas específicos (pérdida de peso, saciedad precoz, dumping, diarrea, déficits de micronutrientes) en una proporción significativa de pacientes (Vallance, 2024). En comparación con la GT, la GS se asocia de forma consistente con mejor preservación del peso corporal, menor incidencia de síndromes postgastrectomía y mejores puntuaciones en escalas de CVRS, siempre que las condiciones oncológicas permitan una resección limitada (Akad, 2024).

En contextos benignos, la indicación de gastrectomía es hoy excepcional, pero la experiencia en gastrectomía profiláctica por cáncer gástrico difuso hereditario (HDGC) muestra un patrón de pérdida ponderal relevante, necesidad de suplementación nutricional crónica y un impacto psicosocial que, pese a ser importante, suele considerarse aceptable por la mayoría de los pacientes a largo plazo (Akad, 2024).

METODOLOGÍA

Entre mayo y octubre del 2025 realizamos una búsqueda bibliográfica sobre resultados a largo plazo de gastrectomía subtotal o total en patologías benignas o cáncer. Se revisaron PubMed, Scopus y Web of Science (enero 2020-octubre 2025) con los términos: gastrectomy, postgastrectomy syndromes, nutritional status. Se incluyeron artículos originales, revisiones sistemáticas, metaanálisis publicados, revisiones, estudios prospectivos y retrospectivos y series recientes en inglés o español. Se priorizó nivel de evidencia I-III. Los criterios de inclusión fueron: resección gástrica, complicaciones, técnicas quirúrgicas, calidad de vida, déficits nutricionales del tema descrito. Se analizaron variables como edad (mayores de 20 años), sexo, síntomas clínicos, criterios quirúrgicos y evolución clínica.

DESARROLLO

Gastrectomía subtotal y total

La gastrectomía subtotal (GS), es una cirugía en la que se reseca solo una parte del estómago, generalmente el sector distal (inferior), preservando un remanente gástrico proximal que luego se conecta al intestino delgado. En la mayoría de las series se describe como la resección de alrededor el 70 al 80% del estómago distal, dejando una pequeña porción proximal funcional. Revisiones recientes sobre cirugía de cáncer gástrico señalan que la gastrectomía subtotal/distal es el procedimiento estándar para tumores del tercio medio e inferior, siempre que se pueda lograr un margen proximal oncológicamente seguro (al menos 3–5 cm según el tipo de crecimiento tumoral) y realizar una linfadenectomía D2 adecuada (Camargo, 2024) (Florez, 2024).

La gastrectomía total (GT), es la cirugía en la que se extirpa por completo todo el estómago, dejando el esófago directamente anastomosado (conectado) al intestino delgado, habitualmente al yeyuno (esófago–yeyunostomía en Y de Roux). Estudios recientes describen que la gastrectomía total supone

la pérdida total de la función de reservorio gástrico, de la secreción de factor intrínseco y de hormonas implicadas en el apetito y la digestión, lo que se traduce en mayor riesgo de malnutrición, anemia y pérdida de peso significativa en el postoperatorio. Guías europeas y revisiones de 2022–2024 sobre cáncer gástrico señalan que la gastrectomía total se reserva para tumores que afectan el cuerpo alto, fundus, toda la curvatura o cuando no es posible dejar un remanente gástrico con márgenes oncológicos seguros; siempre asociada a linfadenectomía D2 (Camargo, 2024) (Akad, 2024).

Impacto global de la resección gástrica en la función y la calidad de vida

La gastrectomía sea subtotal (GS) o total (GT) continúa siendo en la actualidad el tratamiento de elección para los tumores gástricos. Se ha documentado que la morbilidad posterior al procedimiento oscila entre el 17,4 % y el 37 %. El cambio posoperatorio en la relación neutrófilo-linfocito (NLR) refleja la interacción entre la respuesta inflamatoria del paciente y la respuesta inmunitaria generada tras la intervención. En el cáncer gástrico, se ha determinado que un valor inicial elevado de NLR (iNLR) constituye un indicador pronóstico relevante. La gastrectomía constituye una cirugía abdominal mayor de alto riesgo, asociada a un marcado estrés postoperatorio. Las complicaciones postoperatorias suelen identificarse únicamente cuando el paciente presenta signos y síntomas, lo que implica la necesidad de mayor vigilancia médica, posibles reintervenciones (Florez, 2024).

Durante los primeros diez días postoperatorios se debe brindar mayor atención a las complicaciones locales, en particular a las relacionadas con la anastomosis esófago-yeyunal, hasta un 10 % de los pacientes pueden presentar dehiscencia. Asimismo, pueden surgir estenosis de la anastomosis y la formación de abscesos intraabdominales (Guachalla). La resección gástrica altera profundamente la fisiología digestiva: pérdida de reservorio, cambios en el vaciamiento, exclusión duodenal, alteración de la secreción ácido-péptica y del feedback enterohormonal. Esto se traduce en (Agnes, 2025):

- Saciedad precoz, intolerancia a comidas copiosas.
- Dumping precoz y tardío.
- Reflujo biliar o ácido según la reconstrucción.
- Diarrea, esteatorrea o cambios del tránsito.
- Pérdida de peso, sarcopenia y déficit de micronutrientes.

Una revisión sistemática que analizó estudios con cuestionarios EORTC QLQ-C30/QLQ-STO22, mostró un patrón común: caída significativa de la CVRS en dominios físicos, sociales y de síntomas a los 3 meses, con recuperación progresiva y aproximación a los valores preoperatorios entre los 6 y 12 meses (Vallance, 2024). La evidencia disponible indica que, tras la resección quirúrgica, el impacto físico el cual incluye dolor, fatiga, limitaciones en la movilidad y síntomas intestinales, se relaciona estrechamente con el bienestar psicológico del paciente. La mayoría de estudios emplean el cuestionario IBDQ como herramienta principal de evaluación, seguido del EQ-5D, junto con instrumentos complementarios como BIQ, Stoma-Qol, MDI y HADS. Algunas investigaciones señalan que las limitaciones físicas pueden generar frustración, baja autoestima y dificultades persistentes, por lo que se recomienda una atención continua para favorecer una adecuada adaptación (Gomez, 2024).

Existe escasa literatura que compare calidad de vida entre gastrectomía total abierta y laparoscópica. En estudios, el puntaje global de calidad de vida fue similar, la gastrectomía total laparoscópica mostró ventajas significativas en fatiga y funcionalidad, hallazgos concordantes con investigaciones previas. Además, los pacientes sometidos a laparoscopia presentaron mejor desempeño en actividades cotidianas y mejores condiciones físicas, lo que podría influir en un retorno laboral más rápido (Navarrete, 2022). No obstante, una proporción relevante entre 20–30 % mantiene síntomas moderados o graves que impactan la vida diaria a largo plazo (Grochowska, 2024).

Gastrectomía subtotal vs total en cáncer gástrico

La comparación GS vs GT ha sido un foco central de los estudios recientes, en la tabla 1 podemos observar un resumen de los principales resultados a largo plazo:

En un estudio se identificó un “paradigma de menos es más”: los estudios que comparan directamente GS y GT suelen mostrar mejor CVRS tras GS, aunque las diferencias globales tienden a atenuarse más allá de los 2 años (Vallance, 2024). En la cohorte prospectiva coreana, las puntuaciones totales de la escala KOQUSS-40 fueron más altas tras gastrectomía distal que tras GT, con diferencias pequeñas, pero estadísticamente significativas a 1 año (Oh, 2025).

Estudios longitudinales tras GT muestran que la CVRS global mejora con el tiempo, pero algunos dominios –diarrea, imagen corporal, problemas alimentarios– permanecen por debajo del nivel preoperatorio en una proporción relevante de pacientes (Park, 2021). En conjunto, la evidencia reciente sugiere: GS y GT convergen en valores similares a medio-largo plazo, pero GS ofrece una ligera ventaja en múltiples dominios (función física, rol social, fatiga, síntomas digestivos) cuando es posible (Lim, 2024). Los síntomas más específicos frecuentes y persistentes tras GT es la pérdida ponderal marcada, la intolerancia a comidas, el dumping y la diarrea (Agnes, 2025).

Estado nutricional: Un estudio de 2025 sobre pacientes post-gastrectomía encontró que el estado nutricional y la calidad de vida no difieren de forma significativa entre GT y GS cuando se analizaba a muy largo plazo, pero la GT se asociaba a mayor proporción de pacientes con desnutrición moderada o severa según escalas específicas (Muszyński, 2024). En una cohorte de pacientes con cáncer gástrico, observaron que los índices nutricionales (IMC, albúmina, índices compuestos) se deterioraba más tras GT que tras GS, especialmente durante el primer año, con recuperación parcial posterior (Akad, 2024).

Resección gástrica en patología benigna y gastrectomía profiláctica: Gastrectomía profiláctica total en portadores de mutaciones CDH1 (HDGC). Una revisión sistemática en HDGC que abarcó 350 pacientes con GT profiláctica, mediante cirugía bariátrica, se observa que las tasas de complicaciones mayores fueron 19 % y la mortalidad perioperatoria 0.3 %. A largo plazo se describen: pérdida ponderal significativa, necesidad de suplementación vitamínica crónica y una amplia gama de efectos psicosociales, pero la mayoría de los pacientes refieren que volverían a someterse al procedimiento dada la reducción de riesgo oncológico (Lim, 2024).

Un resumen narrativo de 2025 sobre el impacto psicológico de la GT profiláctica enfatiza ansiedad preoperatoria, cambios en la imagen corporal, alteración del rol social y laboral, pero también alivio por la reducción del riesgo de cáncer; destaca la importancia del acompañamiento multidisciplinario y de grupos de apoyo. Para la gastrectomía por enfermedad benigna “clásica”, la evidencia robusta es más antigua; los datos modernos se limitan a series pequeñas, pero confirman un patrón similar de pérdida de peso, dumping, reflujo biliar (sobre todo tras Billroth II) y déficits de micronutrientes, aunque sin la carga adicional de quimio-radioterapia (Hayat, 2025).

Resultados funcionales a largo plazo: A largo plazo, aproximadamente el 70 % de los pacientes sometidos a gastrectomía total experimentan una evolución favorable. No obstante, alrededor del 30 % desarrolla síntomas y cuadros clínicos relevantes, conocidos como “síndromes postgastrectomía”. La incidencia es mayor durante el primer año después de la cirugía, observándose una mejoría progresiva dentro de ese mismo periodo. Sin embargo, menos del 5% presenta síntomas persistentes que pueden llegar a ser limitantes o incluso discapacitantes (Guachalla).

La mayoría de los estudios describen una pérdida de peso del 10–20 % del peso corporal inicial en el primer año tras la gastrectomía, más marcada tras GT que tras GS. En un estudio que contó con 80 supervivientes a largo plazo de GT con Y de Roux, la GT se asoció a una disminución consistente de peso y a una tasa elevada de síntomas digestivos moderados o graves incluso años después de la cirugía (Agnes, 2025).

Estudios transversales recientes documentan una alta prevalencia de sarcopenia y pérdida de masa magra tras gastrectomía, con correlación entre sarcopenia y peor CVRS (Liang, 2025).

La frecuencia de los principales síndromes según estudios post gastrectomía (tabla 2) (Kim, 2022):

Dumping o vaciamiento gástrico con síntomas gástricos vasomotores como: náuseas, malestar epigástrico, dolor abdominal, plenitud gástrica, borborismos, diarrea explosiva. Se presenta hasta en el 30–50 % de los pacientes; formas clínicamente significativas en 10 %. Es más frecuente tras GT y reconstrucciones sin reservorio, y tras Billroth II o bypass gástrico.

Diarrea postvagotomía/postgastrectomía en un 30 %. Alcanza un 10% de los pacientes teniendo un impacto en su vida diaria.

Síndrome de Estasis de Roux o del asa aferente es una complicación mecánica de la GS con gastroyeyunostomía tipo Billroth II, Y Roux o duodenopancreatectomía cefálica, que se presenta en menos del 1% y aparece después de 15 días de la intervención quirúrgica. Presenta síntomas como: plenitud, dolor, náuseas y vómitos posprandiales y a su vez puede causar pérdida de peso y desnutrición en casos crónicos.

Reflujo biliar o gastritis por reflujo alcanza hasta 70 % de los pacientes con Billroth II pueden presentar reflujo biliar clínico o endoscópico, pero solo 1-2% persiste con este síndrome. La técnica quirúrgica Roux-en-Y y Billroth I reduce de forma significativa estos síntomas a largo plazo.

Colelitiasis: existe un aumento del riesgo de litiasis vesicular por estasis biliar tras denervación vagal y bypass duodenal. La administración de ácido ursodesoxicólico durante 6–12 meses tras gastrectomía reduce la incidencia.

Déficits de micronutrientes: La extracción parcial o total del estómago provoca importantes cambios anatómicos y funcionales que afectan la digestión y la absorción de nutrientes. La gastrectomía total, indicada en cáncer gástrico avanzado, cáncer difuso o mutación del gen CDH1, consiste en remover completamente el estómago y conectar el esófago directamente al yeyuno (da Conceição, 2024).

Una de las complicaciones más frecuentes mencionadas es la falta de vitamina B12, el cual representa un riesgo especialmente alto tras GT por pérdida de células parietales, dentro de los 4–6 años, que se manifiesta con síntomas neurológicos y hematológicos. Gracias a marcadores como el ácido metilmalónico (MMA) y la homocisteína, es posible establecer un diagnóstico oportuno y brindar el tratamiento adecuado al paciente. Se ha determinado que el MMA posee una mayor especificidad diagnóstica en comparación con la homocisteína. En consecuencia, niveles elevados de MMA tras la gastrectomía constituyen un marcador confiable de deficiencia de vitamina B12 (Florez, 2024).

La alta prevalencia de anemia por déficit de hierro en seguimientos es entre 2–3 años, debido a una malabsorción por pérdida de ácido gástrico y exclusión duodenal. Entre el 15-60% de los pacientes se encuentra esta condición debido a los reducidos lugares de absorción del hierro. Además, la disminución del HCl (ácido clorhídrico) causada por el recorte del estómago, evita la reducción a estado ferroso del hierro férrico (García, 2023) (Lim, 2024).

La absorción reducida de calcio y vitamina D, predispone a un riesgo aumentado de osteopenia, osteoporosis y un riesgo de fractura de 6 veces mayor a la población general. Así mismo, el déficit de otras vitaminas contribuye a fatiga, mala cicatrización y alteraciones inmunitarias. Estos déficits son más frecuentes y severos tras GT que tras GS, por la mayor pérdida de superficie y de funciones gástricas (Vallance, 2024).

Abordaje quirúrgico: La revisión sistemática y estudios recientes coinciden en que, en términos de CVRS global, las diferencias entre Billroth I, Billroth II y Y de Roux son pequeñas, pero Y de Roux ofrece mejor control del reflujo biliar y esofagitis (Vallance, 2024). Reconstrucciones con reservorio yeyunal (pouch) pueden reducir dumping y pirosis en comparación con Y "simple", aunque los beneficios tienden a disminuir con el tiempo (Agnes, 2025).

La cirugía bariátrica se reconoce como una de las causas más frecuentes de estos síndromes y de diversas deficiencias nutricionales, las cuales pueden afectar de manera significativa la calidad de vida de los pacientes. Los abordajes laparoscópicos se asocian a mejor CVRS en el corto plazo (menor dolor, recuperación más rápida) pero estas ventajas tienden a desaparecer después de 6–12 meses (Quiros, 2022).

Para estadios tumorales más tempranos se utilizaron técnicas laparoscópicas, mientras que los estadios avanzados se concentraron en las cirugías abiertas. El tiempo operatorio fue mayor en la laparoscopia, coincidiendo con la mayoría de estudios, aunque otras investigaciones reportan tiempos equivalentes o menores con dicha técnica. Por lo que en la actualidad su uso va en incremento gracias a la mejora de los instrumentos y a la mayor experiencia quirúrgica (Panduro, 2020).

En el abordaje laparoscópico se ha reportado una tasa de conversión a cirugía abierta del 14,5 %, complicaciones intraoperatorias en el 1,4 %, una incidencia de fístula duodenal del 3,6 % y una tasa de reintervención del 7,3 %. Sin embargo, la cirugía laparoscópica sigue siendo la intervención más recomendada y con menor riesgo de complicaciones (Camargo, 2024).

Soporte nutricional y rehabilitación: El inicio de la vía oral fue significativamente más rápido en las gastrectomías laparoscópicas, probablemente por la menor agresión quirúrgica. Las comorbilidades y complicaciones posoperatorias fueron más frecuentes en el grupo abierto. La neumonía fue la complicación más común, seguida de fístulas pancreáticas y de anastomosis; sin embargo, otros estudios reportan mayor frecuencia de abscesos intraabdominales (Panduro, 2020).

Metaanálisis recientes muestran que la administración de suplementos nutricionales orales tras el alta hospitalaria disminuye la pérdida de peso y mejora la ingesta energética, especialmente en pacientes sometidos a GT. Programas estructurados que combinan: educación nutricional, fraccionamiento de comidas, suplementos hipercalóricos/proteicos, ejercicio y rehabilitación de fuerza se asocian a mejor recuperación de peso, menor sarcopenia y mejor CVRS (Liang, 2025). La dieta debe ser rica en fibra, proteína, fruta y verduras. Se aconseja evitar el consumo de alcohol. La educación al paciente incluye: comer despacio y masticar de forma adecuada los alimentos (Quiros, 2022).

Tabla 1

Estudios representativos (2019–2025) sobre resultados funcionales tras resección gástrica

Autor / Año	Diseño / n	Tipo de resección y reconstrucción	Seguimiento (mín.)	Principales resultados funcionales
Vallance 2024	Revisión sistemática, 32 estudios	GS vs GT; varios tipos de reconstrucción	Hasta >5 años	CVRS cae a 3 meses y se recupera 6–12 meses; ligera ventaja de GS; Y de Roux mejor para reflujo.
Oh 2025	Cohorte prospectiva, n=491	DG, GT, gastrectomía proximal y preservadora; BI, BII, Y de Roux	1 año	DG mostró mejores puntuaciones KOQUSS-40 que GT; diferencias moderadas; tipo de anastomosis influyó poco en CVRS global.
Agnes 2025	Corte transversal, n=80	GT con Y de Roux	Supervivientes a largo plazo	GT asociada a pérdida de peso persistente y elevada tasa de resultados funcionales comprometidos pese a curación oncológica.
Lim 2024 (HDGC)	Revisión sistemática, 21 estudios	GT profiláctica	Hasta >10 años	Complicaciones mayores 19 %, mortalidad 0.3 %; pérdida ponderal notable y efectos psicosociales; HRQoL global aceptable a largo plazo.
Postgastrectomy syndrome 2022	Revisión narrativa	Cirugía por cáncer, benigna y bariátrica	Variable	Resume dumping, diarrea, reflujo biliar, déficit de B12 y otras alteraciones funcionales a largo plazo.
Metaanálisis suplementos orales 2025	Metaanálisis de ensayos	GS/GT con soporte nutricional	3–12 meses	Suplementos nutricionales orales reducen pérdida de peso y mejoran parámetros nutricionales, sobre todo en GT.
Estudios nutricionales 2024–2025	Cohortes y cortes transversales	GS y GT	≥12 meses	No siempre diferencias en CVRS global entre GS y GT, pero GT se asocia a peor perfil nutricional y mayor riesgo de desnutrición y sarcopenia.

Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

La literatura reciente demuestra que la elección entre gastrectomía subtotal y gastrectomía total continúa siendo uno de los aspectos más relevantes y debatidos en el manejo del cáncer gástrico. Aunque ambos procedimientos constituyen intervenciones oncológicas estándar, difieren significativamente en su impacto fisiológico, nutricional y en la calidad de vida, lo que obliga a individualizar su indicación según la localización tumoral, la posibilidad de obtener márgenes oncológicos seguros y el estado nutricional previo del paciente.

Los estudios actuales muestran que la GS proporciona ventajas funcionales importantes cuando es factible desde el punto de vista oncológico. La preservación parcial del estómago facilita un mejor control del vaciamiento gástrico, menor alteración del eje entero-hormonal y una reducción de los síndromes posgastrectomía, lo que se refleja en puntajes superiores de calidad de vida en dominios como tolerancia alimentaria, fatiga y rol social. En contraste, la GT, aunque necesaria para tumores proximales o difusos, se asocia a una fisiopatología digestiva más alterada y a una mayor prevalencia de complicaciones nutricionales, destacándose los déficits de vitamina B12, hierro y vitamina D, así como mayor riesgo de sarcopenia y pérdida ponderal prolongada. Estos efectos secundarios, documentados con frecuencia durante el primer año postoperatorio, requieren un abordaje multidisciplinario continuo.

A pesar de estas diferencias funcionales, numerosos estudios han reportado que, a mediano y largo plazo, los pacientes sometidos a GS y GT tienden a mostrar convergencia en su calidad de vida global, especialmente después de los 12 a 24 meses. Sin embargo, un subgrupo significativo de pacientes con GT mantiene síntomas moderados o graves a largo plazo, lo que sugiere que la magnitud de la resección continúa siendo un factor determinante en la recuperación nutricional y funcional. La evidencia también indica que la elección de la técnica reconstructiva influye en los resultados: la reconstrucción en Y de Roux es la que muestra mejor control del reflujo biliar y menor incidencia de gastritis por reflujo, mientras que los reservorios yeyunales ofrecen beneficios iniciales, aunque se atenúan con el tiempo.

En cuanto al abordaje quirúrgico, los avances en técnica laparoscópica han demostrado beneficios claros en la recuperación temprana, con menor dolor, menor estancia hospitalaria y retorno más rápido a la actividad cotidiana. No obstante, estas ventajas tienden a igualarse con el abordaje abierto en el seguimiento a mediano plazo. Aun así, la creciente experiencia de los cirujanos y la innovación en instrumentación han permitido reducir complicaciones y consolidar la laparoscopia como una alternativa segura incluso en escenarios oncológicos complejos.

Un hallazgo relevante de la evidencia revisada es el papel determinante del soporte nutricional y la rehabilitación. Los estudios coinciden en que los suplementos orales, el fraccionamiento de comidas, el ejercicio estructurado y la suplementación vitamínica específica reducen significativamente la pérdida de peso, la sarcopenia y los efectos metabólicos adversos de la resección gástrica. Esto pone en evidencia que la gastrectomía, más allá de ser un acto quirúrgico, requiere un enfoque integral que considere la fisiología digestiva, el estado emocional y el potencial de recuperación del paciente.

En conjunto, los datos disponibles muestran que la GS debe preferirse siempre que sea oncológicamente viable, por ofrecer mejor calidad de vida y menor impacto metabólico, mientras que la GT continúa siendo indispensable en tumores proximales, difusos o de gran extensión, aunque con implicaciones funcionales más severas. Finalmente, la evidencia subraya la importancia de un seguimiento nutricional prolongado, estrategias de rehabilitación personalizadas y selección cuidadosa de la técnica quirúrgica para optimizar los resultados a largo plazo.

CONCLUSIONES

La gastrectomía subtotal ofrece mejores resultados funcionales y de calidad de vida cuando es oncológicamente viable, debido a su menor impacto fisiológico. La gastrectomía total es necesaria en tumores proximales o extendidos, pero se asocia a mayores déficits nutricionales y síntomas digestivos persistentes. Las diferencias entre ambas técnicas tienden a disminuir con el tiempo, aunque un grupo de pacientes con GT mantiene secuelas relevantes a largo plazo. El abordaje laparoscópico mejora la recuperación temprana, y los programas de soporte nutricional y rehabilitación son esenciales para optimizar los resultados. La elección quirúrgica debe individualizarse según criterios oncológicos, anatómicos y funcionales del paciente.

REFERENCIAS

Agnes, A. (14 de October de 2025). Symptoms, nutritional outcomes and quality of life after total gastrectomy with Roux-en-Y reconstruction: results of a cross-sectional study conducted on 80 long-term survivors. Obtenido de <https://link.springer.com/article/10.1007/s13304-025-02440-6>

Akad, F. (14 de May de 2024). Assessing Nutritional Status in Gastric Cancer Patients after Total versus Subtotal Gastrectomy: Cross-Sectional Study. Obtenido de <https://doi.org/10.3390/nu16101485>

Camargo, N. F. (2024). 407Caracterización de los desenlaces quirúrgicos a corto plazo en gastrectomía por laparoscopia en un centro de alto volumen: 10 años de experiencia. Obtenido de <https://www.revistacirugia.org/index.php/cirugia/article/view/2503/2047>

da Conceição, C. A. (2024). Técnicas de Gastrectomia Total e Parcial: Resultados e Desfechos Clínicos. Obtenido de <https://bjih.s.emnuvens.com.br/bjih/article/view/2534/2723>

Florez, L. M. (14 de June de 2024). Biomarcadores para determinar factores de riesgo y complicaciones postquirúrgicas en pacientes con gastrectomía. Revisión de la literatura. Obtenido de <https://www.revistacienciasalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciasalud/article/view/547/892>

Garcia, A. (2023). Implicaciones de las operaciones quirúrgicas del tracto gastrointestinal en la microbiota intestinal: un análisis de los cambios y su impacto sobre la salud humana. Obtenido de <https://uvadoc.uva.es/handle/10324/61267>

Gomez, L. (2024). IMPACTO CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON EII SOMETIDOS A INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA CON RESTRABLECIMIENTO DEL TRÁNSITO INTESTINAL. Valencia. Obtenido de https://titula.universidadeuropea.com/bitstream/handle/20.500.12880/9046/TFG_Laura%20Gomez%20Mendoza.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Grochowska, E. (2024). Nutritional problems of patients after gastrectomy and the risk of malnutrition. Obtenido de https://journals.viamedica.pl/nowotwory_journal_of_oncology/article/view/100022/77964

Guachalla, M. (s.f.). COMPLICACIONES DE LA GASTRECTOMIA TOTAL. Chile. Obtenido de https://revistademedicinayhumanidadesmedicas.cl/ediciones/2023/numero_unico/MONTSERRAT%20GUACHALLA%20FIGUEROA.pdf

Hayat, M. Y. (24 de May de 2025). The Psychological Impact of Prophylactic Total Gastrectomy in Patients Who Are High Risk for Hereditary Diffuse Gastric Cancer: A Review of the Literature. Obtenido de https://www.cureus.com/articles/371247-the-psychological-impact-of-prophylactic-total-gastrectomy-in-patients-who-are-high-risk-for-hereditary-diffuse-gastric-cancer-a-review-of-the-literature?utm_source=chatgpt.com#!/

Kim, C. Y. (20 de January de 2022). Postgastrectomy syndrome. Obtenido de Foregut Surgery: <https://e-fs.org/pdf/10.51666/fs.2022.2.e4>

Liang, Q. (13 de January de 2025). Efficacy and safety of post-discharge oral nutritional supplements for patients with gastric cancer undergoing gastrectomy: a meta-analysis of randomized controlled trials. Obtenido de <https://doi.org/10.3389/fnut.2024.1488054>

Lim, H. J. (23 de January de 2024). A Systematic Review on Clinical and Health-Related Quality of Life Outcomes following Total Gastrectomy in Patients with Hereditary Diffuse Gastric Cancer. Obtenido de MDPI: <https://www.mdpi.com/2072-6694/16/3/473>

Muszyński, T. (28 de October de 2024). Nutritional status and related factors in gastric cancer patients after gastrectomy: a cross-sectional study. Obtenido de <https://doi.org/10.5604/01.3001.0054.8165>.

Navarrete, A. (August de 2022). Calidad de vida posterior a gastrectomía total laparoscópica versus abierta en cáncer gástrico. Obtenido de https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S2452-45492022000400345&script=sci_arttext&tlng=pt

Oh, S. E. (April de 2025). Prospective Multicenter Observational Study on Postoperative Quality of Life According to Type of Gastrectomy for Gastric Cancer. Obtenido de <https://jgc-online.org/search.php?where=aview&id=10.5230/jgc.2025.25.e26&code=1100JGC&vmode=FULL>

Panduro, V. (2020). Comparison of open gastrectomy and the laparoscopic procedure in advanced gastric cancer. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0375090619300564>

Park, S. C. (31 de December de 2021). Longitudinal Change in Health-Related Quality of Life after Total Gastrectomy: Approach Based on the Minimally Important Difference. Obtenido de <https://e-acnm.org/journal/view.php?number=257>

Quiros, P. (3 de January de 2022). Síndromes post gastrectomía: Clínica, Diagnóstico y tratamiento. Obtenido de <https://revistacienciaysalud.ac.cr/ojs/index.php/cienciaysalud/article/view/363/479>

Vallance, P. C. (4 de February de 2024). Quality of Life Following the Surgical Management of Gastric Cancer Using Patient-Reported Outcomes: A Systematic Review. Obtenido de <https://doi.org/10.3390/curroncol31020065>

Todo el contenido de LATAM Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales y Humanidades, publicados en este sitio está disponibles bajo Licencia [Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/) 