

Tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico incipiente

Carlos García C.

Surgical treatment of incipient gastric cancer

In developed countries of the Eastern world like South Korea and Japan, incipient gastric cancer represents approximately 50% of the diagnosed cases of gastric cancer. In our country, the proportion varies between 10 and 20%. Treatment for incipient gastric cancer has included several alternatives in addition to traditional resective surgery. Endoscopic resection has shown satisfactory and unbeatable results in selected groups of patients. Laparoscopic surgery gains more and more popularity as an approach to these type of tumor, mainly due to good post-operation results, immediate and un the long term. Functional gastric resections, i.e. those having the purpose of preserving life quality of the patient are breaking as a therapeutic option instead of treatments based on conventional surgery. Prognosis for this type of tumors is excellent. Survival rate is over 90% after 5-10 years, making early diagnosis the best strategy to fight back this condition.

Key words: Incipient gastric cancer, endoscopy, surgery, laparoscopy, prognosis.

Hospital Clínico San Borja-Arriarán, Clínica Las Condes, Campus Centro Universidad de Chile.

Recibido: 21 de abril de 2014
Aceptado: 20 de mayo de 2014

Correspondencia a:

Dr. Carlos García Carrasco
Servicio de Cirugía Hospital Clínico San Borja Arriarán.
Santa Rosa 1234, Santiago, Chile.
Tel.: [+56 2] 2555371
Dr.carlosgarcia@gmail.com

Introducción

El cáncer gástrico incipiente (CGI) se define como aquellas lesiones que comprometen la capa mucosa o submucosa del estómago, independiente del compromiso linfonodal. Esta definición fue desarrollada por la Sociedad Japonesa para la Investigación del Cáncer Gástrico en 1963 y publicadas en inglés en 1995¹.

En países orientales desarrollados como Japón y Corea del Sur, aproximadamente 50% de los casos de cáncer gástrico se diagnostican en este estadio. Sin embargo, en el resto del mundo esta proporción es significativamente menor. En nuestra casuística representa 13% de las lesiones resecaadas y 20% de los pacientes operados².

La supervivencia a muy largo plazo del CGI tratado adecuadamente es excelente³. Es así como actualmente el objetivo del tratamiento es conservar de la mejor manera posible la calidad de vida de los pacientes. Para esto han irrumpido alternativas como la endoscopia, y en el campo de la cirugía, la laparoscopia y las resecciones gástricas funcionales.

Tratamiento endoscópico

Hasta hace una década el tratamiento del CGI era la cirugía radical. Sin embargo, la aparición de la endoscopia y la laparoscopia ha cambiado el enfoque de manejo. Las lesiones incipientes con compromiso sólo de la capa mucosa, de pequeño tamaño y no ulceradas son factibles de resecaar por vía endoscópica⁴.

Existen dos técnicas endoscópicas disponibles: la mucosectomía y la resección endoscópica submucosa⁴. Cuando se cumplen los criterios de resección, el éxito de este tipo de tratamiento, alcanza 100% de los casos⁵.

Las lesiones incipientes con compromiso hasta submucosa tienen una posibilidad de metástasis linfáticas locales de 15 a 20% por lo que un tratamiento endoscópico local gástrico no está indicado. Por lo tanto, las indicaciones de tratamiento endoscópico del CGI han sido ampliamente difundidas y aceptadas en el mundo. Estas se resumen en la Tabla 1.

La definición de procedimiento curativo definitivo lo otorga anatomía patológica. En la Tabla 2 se muestran los criterios de curación de una resección endoscópica. Cuando no se cumplen estos criterios, en general se debe recurrir a la cirugía clásica.

Tratamiento quirúrgico del CGI

Las guías clínicas ampliamente aceptadas para el tratamiento del CGI, corresponden a las publicadas en 2011 por la Sociedad Japonesa de Cáncer Gástrico⁴. La cirugía estándar para el cáncer gástrico es la resección del tumor primario mediante una gastrectomía, que garantice bordes libres, seguros y amplios, y la disección linfática de la segunda barrera linfonodal.

Además de la cirugía clásica mediante laparotomía, ha irrumpido con fuerza la cirugía laparoscópica. La validación de esta técnica mediante estudios randomizados aún espera los resultados finales.

Artículos de Revisión

Tabla 1. Criterios estándar y extendidos para la resección endoscópica del cáncer gástrico incipiente⁴

Criterios estándar	Criterios extendidos
1. Compromiso sólo de mucosa (T1a)	1. Compromiso sólo de mucosa (T1a)
2. Adenocarcinoma, bien o moderadamente diferenciado	2. Diferenciado no ulcerado mayor de 2 cm
3. No ulcerado	3. Diferenciado, ulcerado menor de 3 cm
4. Diámetro menor de 2 cm	4. Indiferenciado, no ulcerado menor de 2 cm

Tabla 2. Criterios de resección endoscópica curativa en cáncer gástrico incipiente⁴

Tipo histológico	Tamaño	Resección en bloque-márgenes horizontal y vertical (-)	Ulceraación	Invasión linfo-vascular (-)	Profundidad
Diferenciado	> 2 cm		(-)		T1a
Diferenciado	< 3 cm		(+)		T1a
Indiferenciado	< 2 cm		(-)		T1a
Diferenciado	< 3 cm				T1b Sm1

Resección gástrica y disección linfática

A pesar de la aparición del tratamiento endoscópico del CGI, la gastrectomía es aún la terapia más ampliamente utilizada y difundida a nivel mundial. La gastrectomía está dada para aquellos pacientes que no reúnen las indicaciones de resección endoscópica o no existe la disponibilidad ni experiencia en este tipo de tratamiento. También deben incluirse los pacientes con sospecha preoperatoria de metástasis linfática, los casos con cáncer sincrónico y aquellos con sospecha de cáncer gástrico hereditario familiar. (Mutación del gen de la E-caderina)⁶.

El tipo de resección gástrica debe asegurar bordes libres y amplios de la lesión con el objetivo oncológico de realizar una cirugía R0⁴. El segundo objetivo buscado es tener la mejor calidad de vida posible después de la resección y es por ello que la extensión de la gastrectomía influye sustancialmente en este punto⁷. Clásicamente, la gastrectomía total y la subtotal distal eran consideradas resecciones estándar en CGI. Sin embargo, y siguiendo la idea de mejorar la calidad de vida, se han ideado e introducido otros tipos de resección, como la gastrectomía proximal o la gastrectomía subtotal con preservación pilórica. También es relevante el tipo de reconstrucción en los resultados finales funcionales⁸⁻¹⁰.

La disección linfática en CGI difiere en algunos aspectos con la del cáncer gástrico avanzado. En este último, es necesario disecar y extraer los linfonodos que corresponden a la segunda barrera (D2) descritas por la sociedad japonesa de cáncer gástrico⁴. La defi-

nición de qué linfonodos extraer depende del tipo de resección gástrica. Esta linfadenectomía tan extensa no es necesaria en CGI, por la baja incidencia de metástasis linfática observada. En nuestra casuística el compromiso linfático alcanza 8%² (rangos reportados 4-20%). Por esta razón han sido definidas linfadenectomías reducidas para el CGI. (D1 alfa y D1 beta)⁴.

Se han realizado esfuerzos por realizar una linfadenectomía más individualizada en CGI los que se basan en los conceptos de linfonodo centinela¹¹. Sin embargo, los resultados de la cirugía gástrica con estudio de linfonodo centinela están aún en fase de evaluación¹². La tasa de detección reportada alcanza 95% y la de falsos negativos 4%, cifras que hacen concluir que la cirugía con estudio de linfonodo centinela aún no tiene bases sólidas para ser aplicada y aceptada como de uso estándar.

Cirugía laparoscópica

En CGI la cirugía asistida por laparoscopia es una alternativa que cada vez acapara más adeptos a nivel mundial¹³. Las guías clínicas de manejo del cáncer gástrico aceptan a la vía laparoscópica como una alternativa válida y demostrada para los tumores en estadio IB o menores⁴.

Se han publicado 5 estudios randomizados que comparan la cirugía tradicional con la cirugía laparoscópica¹⁴⁻¹⁸. La conclusión de estos estudios indica que la gastrectomía laparoscópica reseca un número algo inferior de linfonodos, tiene menos morbilidad

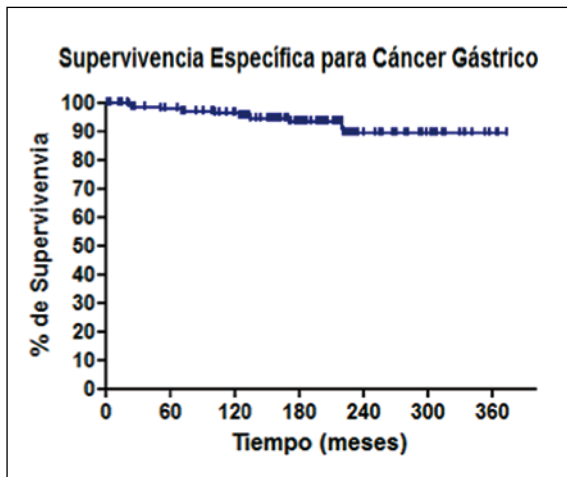


Figura 1. Supervivencia a 10 años en CGI; 171 pacientes. Hospital Clínico San Borja Arriarán³.

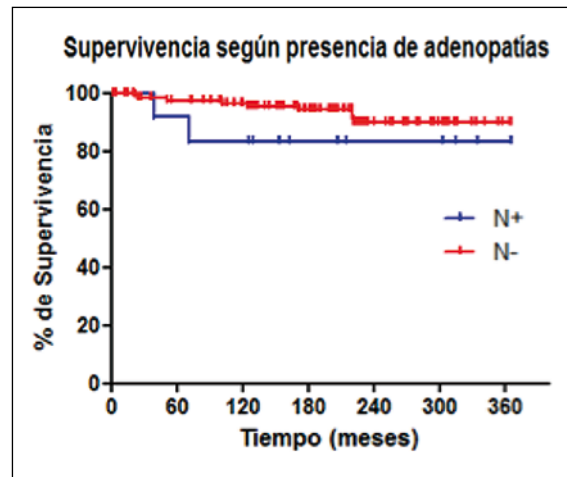


Figura 2. Supervivencia a 10 años en CGI, según compromiso linfodenal: Hospital Clínico San Borja Arriarán³.

postoperatoria y que la supervivencia a mediano plazo es similar a la cirugía convencional.

Por lo tanto, se acepta la cirugía laparoscópica como una alternativa absolutamente válida para el tratamiento del CGI.

Pronóstico

La supervivencia específica para CGI a 10 años de seguimiento alcanza 95,4%³. Si bien en nuestra serie la supervivencia es menor para pacientes con compromiso linfático y/o invasión submucosa, en otras series ha sido demostrado el significativo peor pronóstico de los pacientes con compromiso linfático. A pesar de ello, no se ha demostrado efectividad del uso de terapia adyuvante en pacientes con CGI¹⁹.

Las curvas de supervivencia se muestran en las Figuras 1, 2 y 3.

Resumen

En países desarrollados del oriente, como Corea del Sur y Japón, el cáncer gástrico incipiente (CGI) representa un poco más de 50% de los casos de cáncer gástrico diagnosticados. En nuestro país la proporción varía entre 10-20%. El tratamiento del CGI ha incorporado varias opciones que se suman a la cirugía resectiva tradicional. Las resecciones endoscópicas han mostrado resultados satisfactorios e inmejorables en grupos seleccionados de pacientes. La cirugía laparoscópica gana cada vez más adeptos

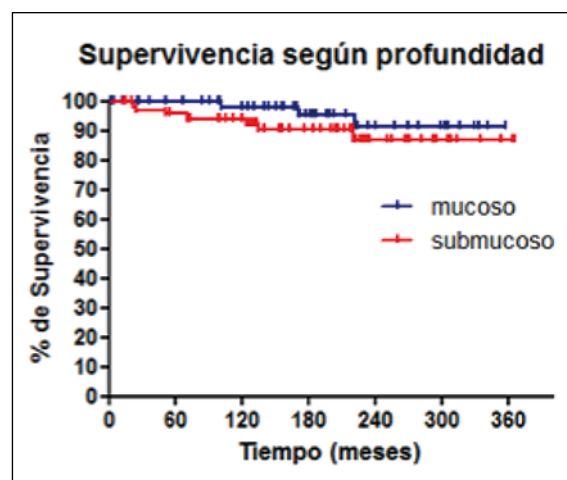


Figura 3. Supervivencia a 10 años en CGI, según profundidad de la lesión: Hospital Clínico San Borja Arriarán³.

como vía de abordaje de este tumor, principalmente por los mejores resultados post-operatorios inmediatos y alejados. Las resecciones gástricas funcionales, vale decir que intentan preservar la calidad de vida de los pacientes, están irrumpiendo entre las opciones terapéuticas como alternativa a los tratamientos quirúrgicos convencionales. El pronóstico de este tipo de tumores es excelente. La supervivencia se sitúa sobre 90% a 5-10 años, transformando al diagnóstico precoz en la principal arma de lucha contra esta enfermedad.

Palabras clave: Cáncer gástrico incipiente, endoscopia, cirugía, laparoscopia, pronóstico.

Artículos de Revisión

Referencias

- 1.- Japanese Research Society for Gastric Cancer. Japanese classification of gastric carcinoma. 1st English edition. Tokyo: Kanehara; 1995.
- 2.- García C, Benavides C, Apablaza S, Rubilar P, Covacevich S, Peñaloza P, et al. Resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico. Análisis de 423 casos. Rev Med Chile 2007; 687-95.
- 3.- Ceroni M, García C, Benavides C, Covacevich S, Rubilar P, Cid H, et al. Seguimiento mayor a 10 años de pacientes operados por cáncer gástrico incipiente. Rev Chil Cir 2011; 63: 591-8.
- 4.- Sano T, Aiko T. New Japanese classifications and treatment guidelines for gastric cancer: revision concepts and major revised points. Gastric Cancer 2011, 14: 97-100.
- 5.- Gotoda T, Yamamoto H, Soetikno RM. Endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer. J Gastroenterol 2006; 41: 929-42.
- 6.- Gotoda T, Yanagisawa A, Sasako M, Ono H, Nakanishi Y, Shimoda T, et al. Incidence of lymph node metastasis from early gastric cancer: estimation with a large number of cases at two large centers. Gastric Cancer 2000; 3: 219-25.
- 7.- Davies J, Johnston D, Sue-Ling H, Young S, May J, Griffith J, et al. Total or subtotal gastrectomy for gastric carcinoma? A study of quality of life. World J Surg 1998; 22: 1048-55.
- 8.- Svedlund J, Sullivan M, Liedman B, Lundell L, Sjödin I. Quality of life after gastrectomy for gastric carcinoma: controlled study of reconstructive procedures. World J Surg 1997; 21: 422-33.
- 9.- Katai H, Sano T, Fukagawa T, Shinohara H, Sasako M. Prospective study of proximal gastrectomy for early gastric cancer in the upper third of the stomach. Br J Surg 2003; 90: 850-3.
- 10.- Imada T, Rino Y, Takahashi M, Suzuki M, Tanaka J, Shiozawa M, et al. Postoperative functional evaluation of pylorus-preserving gastrectomy for early gastric cancer compared with conventional distal gastrectomy. Surgery 1998; 123: 165-70.
- 11.- Hiratsuka M, Miyashiro I, Ishikawa O, Furukawa H, Motomura K, Ohigashi H, et al. Application of sentinel node biopsy to gastric cancer surgery. Surgery 2001; 129: 335-40.
- 12.- Ichikura T, Chochi K, Sugawara H, Yaguchi Y, Sakamoto N, Takahata R, et al. Individualized surgery for early gastric cancer guided by sentinel node biopsy. Surgery 2006; 139: 501-7.
- 13.- Koeda K, Nishizuka S, Wakabayashi G. Minimally invasive surgery for gastric cancer: the future standard of care. World J Surg 2011; 35: 1469-77.
- 14.- Hayashi H, Ochiai T, Shimada H, Gunji Y. Prospective randomized study of open *versus* laparoscopy-assisted distal gastrectomy with extraperigastric lymph node dissection for early gastric cancer. Surg Endosc 2005; 19: 1172-6.
- 15.- Kim YW, Baik YH, Yun YH, Nam BH, Kim Dh, Choi IJ, et al. Improved quality of life outcomes after laparoscopy-assisted distal gastrectomy for early gastric cancer: results of a prospective randomized clinical trial. Ann Surg 2008; 248: 721-7.
- 16.- Kitano S, Shiraishi N, Fujii K, Yasuda K, Inomata M, Adachi Y. A randomized controlled trial comparing open *vs* laparoscopy-assisted distal gastrectomy for the treatment of early gastric cancer: an interim report. Surgery 2002; 131: S306-S311.
- 17.- Kim HH, Hyung WJ, Cho GS, Kim MC, Han SU, Kim W, et al. Morbidity and mortality of laparoscopic gastrectomy *versus* open gastrectomy for gastric cancer: an interim report-a phase III multicenter, prospective, randomized Trial (KLASS Trial). Ann Surg 2010; 251: 417-20.
- 18.- Lee JH, Han HS. A prospective randomized study comparing open *vs* laparoscopy-assisted distal gastrectomy in early gastric cancer: early results. Surg Endosc 2005; 19: 168-73.
- 19.- Roviello F, Rossi S, Marrelli D, Pedrazzani C, Corso G, Vindigni C, et al. Number of lymph node metastases and its prognostic significance in early gastric cancer: a multicenter Italian study. J Surg Oncol 2006; 94: 275-80.