

Se analizan las características endoscópicas de 100 casos de cáncer gástrico temprano, diagnosticados en el Centro de Detección Temprana y Tratamiento de Cáncer Gástrico. También, se expone la metodología diagnóstica endoscópica utilizada y el apoyo con técnicas de tinción para mejorar la sensibilidad y especificidad del estudio.

Clasificación por grupos en la biopsia endoscópica. Su importancia en la detección del cáncer gástrico

Fernando Mena*

A fin de expresar en forma concisa la interpretación histológica de las biopsias endoscópicas, la Sociedad Japonesa para la Investigación del Cáncer, aportó en 1971 una clasificación por grupos, cuyo objetivo fundamental fue diferenciar los carcinomas de cualquier otra lesión.

La clasificación consiste en cinco grupos, que están básicamente definidos por los cambios atípicos, tanto celulares como estructurales de la lesión. Esta clasificación no puede ser usada para tumores no epiteliales, ni debe ser utilizada para el estudio de los especímenes quirúrgicos por gastrectomía o polipectomía.

Grupo I: Mucosa gástrica normal y lesiones benignas sin atipia.

Mucosa gástrica normal, metaplasia intestinal completa o incompleta, pólipos hiperplásicos sin atipias, gastritis simple sin atipias.

Grupo II: Lesiones que mostrando atipias, son catalogadas como benignas (no neoplásicas).

Atipia leve o moderada tanto celular como estructural, cambios regenerativos o degenerativos secundarios a erosión, úlcera, gastritis, metaplasia intestinal con cambios adenomatosos, atipia epitelial leve o moderada con hiperplasia y displasia leve.

Grupo III: Lesiones limítrofes entre benignas (no neoplásicas) y malignas

Atipia celular o estructural severa y/o displasia severa de la mucosa gástrica. En estos casos se recomienda el seguimiento estricto del paciente, y en caso necesario, una nueva biopsia a corto o mediano plazo, dependiendo de la severidad de la lesión.

Grupo IV: Lesiones altamente sospechosas de carcinoma pero sin clara evidencia

Zona de carcinoma extremadamente pequeña o coexistencia de artefactos por mala preservación o daño tisular iatrogénico en la zona de carcinoma. En estos casos se solicita nueva biopsia de inmediato para confirmar la naturaleza de la lesión.

Grupo V: Carcinoma: el tipo histológico es descrito tentativamente ya que el diagnóstico definitivo depende del estudio del espécimen quirúrgico.

La biopsia gástrica es útil, tanto para el diagnóstico de la lesión como para valorar la extensión de la misma. Por lo tanto, es recomendable que el clínico realice un esquema cuidadoso de los sitios de biopsia que permita la ubicación y extensión de la lesión.

Estadaje del cáncer gástrico por imágenes

Carmen J. Ponce*

El estadaje del cáncer gástrico es de suma importancia para la evaluación preoperatoria del paciente que permita definir el tratamiento a seguir en cada caso. Para esto se cuenta con tres métodos diagnósticos: ultrasonido trans-abdominal, ultrasonido endoscópico y tomografía axial computadorizada. Estos métodos permiten visualizar la extensión de la invasión tumoral en la pared gástrica, la presencia de enfermedad extraluminal, la invasión a órganos vecinos, nódulos linfáticos afectados y metástasis a distancia. Los datos obtenidos hacen posible el estadaje clínico de cada caso.

El ultrasonido trans-abdominal, utilizando transductores de 3.5 a 5 MHz, juega un papel muy importante por ser la modalidad con mayor disponibilidad en los hospitales del país. Con este estudio se pueden determinar adenopatías, metástasis a órganos (hígado, ovario, etc), metástasis peritoneales por la presencia de ascitis. Si durante el examen se llena la cámara gástrica con agua se puede evaluar la pared y la profundidad de la invasión tumoral, además de la relación del tumor con las estructuras vecinas.

El ultrasonido endoscópico, utilizando transductores miniatura de alta frecuencia con rango de 7.5 a 12 MHz ha mejorado el estadaje local del cáncer gástrico ya que tiene ventaja sobre los otros métodos en la visualización de las capas de la pared gástrica, teniendo una precisión del 80% para determinar la profundidad de la lesión tumoral. Además permite visualizar nódulos ganglionares perigástricos con mayor sensibilidad y algunos tejidos vecinos.

* Patólogo. Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer Gástrico, Hospital Dr. Max Peralta, Cartago.

* Radióloga. Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer Gástrico, Hospital Dr. Max Peralta, Cartago.

La tomografía axial computadorizada con medio de contraste oral y endovenoso es de gran utilidad en la determinación de adenopatías principalmente cuando ha sido difícil la exploración por medio del ultrasonido trans-abdominal por interposición gaseosa, también en la determinación de metástasis hepáticas y peritoneales, con o sin ascitis, y en la evaluación de la pared gástrica y la posible invasión tumoral a órganos, principalmente a páncreas, y/o otras estructuras adyacentes.

Tratamiento endoscópico del cáncer gástrico temprano

Francisco Sáenz*

Al hablar del tratamiento endoscópico para cáncer gástrico temprano nos tenemos que referir a Japón, país pionero en este tipo de procedimiento. Desde 1969 se reportan los primeros casos de polipectomías endoscópicas por el Dr. Tsuneoka. En 1984 el Dr. Tada introduce el concepto de Mucosectomía Endoscópica para cáncer gástrico temprano, denominada también "Strip- Biopsy", utilizando inyección de suero fisiológico submucosa y resección de la lesión con doble asa.

La mucosectomía endoscópica como tratamiento del cáncer gástrico tiene indicaciones absolutas para su realización: lesiones con profundidad mucosa, elevadas Tipo O I y O IIa con diámetro menor de 2 cm, lesiones deprimidas Tipo O IIc, no ulceradas y con diámetro menor a 1 cm. Las indicaciones relativas son: localización de la lesión accesible para el procedimiento y contraindicación o alto riesgo quirúrgico para cirugía convencional. Todas aquellas lesiones que presenten metástasis ganglionares diagnosticadas previas al tratamiento no deben ser sometidas a este procedimiento.

En veinticinco (25) mucosectomías endoscópicas realizadas en el Centro de Detección Temprana y Tratamiento de Cáncer Gástrico, nueve (9) fueron por cáncer gástrico temprano y 16 por adenomas con displasia severa. Sólo en un caso se presentaron complicaciones como perforación, sangrado, estenosis y remanente tumoral, por lo que fue tratado quirúrgicamente.

El curso clínico de los pacientes con cáncer gástrico ha sido satisfactorio. En el seguimiento posterior, utilizando ultrasonido abdominal y endoscópico, gastroscopía y biopsia, no se ha evidenciado remanente tumoral ni adenopatías que sugieran metástasis.

La mucosectomía endoscópica como tratamiento del cáncer gástrico temprano es una arma más contra esta enfermedad y tiene sus indicaciones precisas. Si se tienen los medios técnicos y humanos para el adecuado diagnóstico pre-operatorio, realización del procedimiento y de seguimiento adecuado

posterior al mismo, se puede ofrecer como una opción adecuada de tratamiento contra el cáncer gástrico temprano.

Tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico

Horacio Solano*

Debido a la incidencia y mortalidad del cáncer gástrico en Costa Rica representa un problema de salud pública. Dado que el 90% de los cánceres gástricos que se diagnostican son avanzados, es de trascendental importancia normatizar y practicar tratamientos quirúrgicos radicales en pro de curación ó mayor sobrevida. Se conoce la relación directa entre la linfadenectomía practicada y la sobrevida. Al momento de decidir sobre el tratamiento a realizar, en cada caso, se debe analizar la relación entre el tratamiento propuesto y la calidad de sobrevida esperada, sin obviar el costo-efectividad del mismo.

Es importante la adecuada clasificación y estadiaje de los casos, y protocolizar en lo posible los tipos de cirugía y disección ganglionar a realizar de acuerdo a la clasificación de cada caso, ésto con el fin de analizar los resultados a corto, mediano y largo plazo y así definir lo que mejor corresponda en estos tratamientos. De trascendental importancia es el análisis estadístico que permita evaluar los resultados quirúrgicos, para ésto se requiere que cada Departamento o Servicio de Cirugía consigne los datos necesarios de cada caso.

El tipo de resección quirúrgica a realizar, con o sin resección combinada y la extensión de la linfadenectomía, depende de la clasificación preoperatoria de la enfermedad, la condición general del paciente y su pronóstico de sobrevida y de la capacidad de tener las condiciones de un adecuado cuidado y manejo post- operatorio y las posibles complicaciones.

La gastrectomía distal o total para cáncer gástrico debe incluir la ligadura de la arteria gástrica izquierda en su origen, al emerger del tronco celiaco, para asegurar la resección de los ganglios a lo largo de la misma. La gastrectomía distal comprende desde el borde inferior del polo inferior del bazo, trazando una línea perpendicular hacia la curvatura menor, hasta la región infrapilórica. La gastrectomía total incluye desde los 2 cms finales del esófago hasta la región infrapilórica. La decisión de realizar una gastrectomía total o distal depende de la localización del tumor en el estómago. En caso de cáncer con profundidad mucosa se puede realizar una gastrectomía menos extensa (proximal, segmentaria, con preservación del píloro, mucosectomía endoscópica).

La linfadenectomía (D0, D1, D2, D3) a realizar depende si el caso es temprano o avanzado. Para cáncer gástrico temprano hay tendencia a disecciones ganglionares limitadas por el bajo riesgo

* Gastroenterólogo. Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer Gástrico, Hospital Dr. Max Peralta, Cartago.

* Cirujano Digestivo. Director Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer Gástrico, Hospital Dr. Max Peralta, Cartago.