

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.