

ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

Cáncer gástrico

* S. Guzmán B.

A pesar de la progresiva disminución de la incidencia del Cáncer Gástrico en nuestro país, este tumor sigue siendo con distancia el cáncer más frecuente del aparato digestivo y la primera causa de muerte por cáncer en Chile. Su incidencia actual aproximada es de 20 por 100.000 habitantes. (1).

En los últimos años ha habido extraordinarios progresos en el diagnóstico de esta enfermedad y en los métodos para precisar en qué etapa se encuentra el tumor al momento del diagnóstico que, como se sabe, es el factor pronóstico más importante. Estos progresos se han acompañado también de una mayor uniformidad en los criterios terapéuticos y además de una significativa baja en la morbilidad y mortalidad de la cirugía, que sigue siendo el único método terapéutico capaz de curar al paciente con cáncer gástrico.

En esta revisión, se analizarán algunos aspectos prácticos del pronóstico, del diagnóstico y de decisiones terapéuticas en relación al Cáncer Gástrico.

ASPECTOS ANATOMO PATOLOGICOS. SU RELACION CON LA CLINICA Y EL PRONOSTICO

El factor aislado de mayor importancia para el pronóstico en esta enfermedad es la profundidad de la invasión tumoral en la pared del estómago. Todos los

demás factores, incluyendo el tipo histológico, grado de diferenciación y el tamaño del tumor son secundarios. Otro factor importante es la presencia de metástasis ganglionares linfáticas.

Sin embargo, su frecuencia así como la presencia de metástasis a distancia, depende también directamente de la profundidad de la invasión tumoral. En relación con esto, aquel paciente con un tumor que llega hasta la mucosa o hasta la submucosa (cáncer incipiente), tiene claramente menos posibilidades de tener compromiso linfático (2) y en ellos la metástasis hematógena hepática o a otros órganos constituye una rareza. Además, cuando el tumor es mucoso, la frecuencia de metástasis linfáticas es menor que cuando es submucosa y en todo caso, lo más probable es que si hay ganglios comprometidos y el cáncer es incipiente, el compromiso sea sólo de primera barrera, es decir de ganglios cercanos a la pared del estómago, que son fáciles de resear quirúrgicamente en forma completa. A mayor profundidad de la invasión tumoral, mayor probabilidad de metástasis linfáticas y mayor probabilidad de que los ganglios comprometidos sean de 2ª o 3ª barrera, con lo que las probabilidades de éxito terapéutico también disminuyen proporcionalmente. Lamentablemente en nuestro país sólo la minoría de los pacientes se operan en etapa incipiente, por lo que es necesario utilizar rutinariamente técnicas más radicales de disección ganglionar.

El Cáncer Gástrico es una enfermedad que afecta más frecuentemente al sexo masculino en proporción de 2 a 1, y se ve en individuos generalmente mayores de 50 años. Sin embargo, puede afectar a pacientes más

* Departamento de Gastroenterología, Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile.

jóvenes o aparecer en mayores de 80 años. En general en los pacientes más jóvenes el tumor corresponde histológicamente al grupo de cánceres llamados "difusos", en tanto que a mayor edad predominan los tumores de tipo "intestinal" (3). El cáncer difuso crece generalmente en forma de células aisladas. Uno de sus tipos más frecuentes es el mucocelular o de células de anillo de sello. Su progresión puede ser hacia la linitis plástica, hacia tumores infiltrantes tipo Borrmann IV y frecuentemente se diseminan en forma de carcinomatosis peritoneal. Raras veces este tumor presenta metástasis hepáticas. Los tumores de tipo intestinal forman estructuras glandulares más o menos diferenciadas en su histología, son más frecuentes a mayor edad, pueden presentarse macroscópicamente como formas I o II de Borrmann y diseminan preferentemente por vía hematológica al hígado.

DIAGNOSTICO DEL CANCER GASTRICO

En la medida que ha aumentado la experiencia en el manejo de estos pacientes, se ha podido comprobar que, si bien la mayoría de los pacientes son sintomáticos, en un buen número de ellos los síntomas son muy leves o inexistentes. Además no existen síntomas específicos de cáncer, por lo que lo más prudente es examinar el estómago del paciente ante la menor duda. La mayoría de los pacientes tienen algún grado de anemia crónica, por lo que bastaría este hallazgo en un sujeto para justificar el estudio. Sin embargo, no menos del 30% de los enfermos tiene un hemograma normal, por lo que la ausencia de anemia no es suficiente para descartar el diagnóstico, así como tampoco es suficiente la ausencia de baja de peso o de dolor.

En nuestro país, considerando los niveles de precisión diagnóstica de la radiología y de la endoscopia y si se debe elegir una de estas alternativas, es preferible optar por el examen endoscópico. En manos expertas y con instrumentos de buena calidad, este examen tiene un rendimiento diagnóstico que supera el 95%. Además se puede completar con la biopsia endoscópica para el análisis histológico. Esta debe hacerse ante el hallazgo de cualquier lesión gástrica (4).

Muchas veces el cáncer gástrico se presenta como una lesión ulcerada, por lo que el criterio actual es la biopsia múltiple de toda úlcera. Si la biopsia no de-

muestra cáncer, debe repetirse el procedimiento, después de un período de 3 ó 4 semanas de tratamiento médico. La biopsia positiva para cáncer en una lesión benigna es un hecho muy poco frecuente. Sin embargo, si el aspecto macroscópico de la lesión es claramente sugerente de benignidad, antes de indicar la intervención quirúrgica es preferible repetir la endoscopia y el estudio histológico.

Si bien el método diagnóstico de elección actualmente es la endoscopia con biopsia, hay condiciones que limitan el rendimiento de este examen. La más importante de éstas, está dada por el cáncer prepilórico estenosante y a veces por el cáncer que invade el cardias. En ambos la mucosa preestenótica puede ser normal y la biopsia falsamente negativa para tumor. En estos casos, la citología con escobilla es muy útil y el examen radiológico es particularmente importante. Nosotros mantenemos además el estudio radiológico rutinario preoperatorio porque, entre otras razones, contribuye a precisar la extensión de la lesión tumoral.

TRATAMIENTO DEL CANCER GASTRICO

Hasta ahora, el único tratamiento capaz de curar al paciente con Cáncer Gástrico es el quirúrgico. Por esta razón, cada vez que este diagnóstico se hace, se debe determinar si el paciente está al alcance de la cirugía. Constituye contraindicación quirúrgica formal la diseminación evidente (carcinomatosis peritoneal, metástasis hepáticas y ganglios supraclaviculares). La presencia de patología asociada grave o el compromiso importante del estado general son situaciones que obligan a preparar al enfermo para la operación, pero no contraindican la cirugía.

Entre los estudios aconsejados para decidir la indicación operatoria, aparte de los exámenes generales, es importante precisar objetivamente el estado nutricional del paciente, su función respiratoria (especialmente si se va a necesitar una toracotomía) y la presencia de metástasis hepáticas o abdominales mediante ecotomografía. Nosotros preferimos esta técnica a la cintigrafía o a la tomografía computada.

La reseccabilidad se decide durante la operación, tomando en cuenta que de preferencia debe hacerse con criterio curativo, lo que todavía se logra en relativamente pocos enfermos. Sin embargo, es necesario tener pre-

sente que la mejor manera de aliviar los síntomas de los pacientes es mediante la resección, aunque ésta sea hecha con criterio paliativo. En esta decisión es fundamental la experiencia del cirujano, quien debe hacer una evaluación comparando los riesgos y beneficios de la resección en cada paciente. Ningún paciente no resecado sobrevive; por otra parte, el efecto paliativo de las derivaciones es muy discutible. Contraindican la resección las metástasis hepáticas y las peritoneales. La invasión local y las adenopatías tumorales son contraindicación relativa. El tumor obstructivo antral debe tratarse preferentemente mediante resección, aunque sea paliativa, por el beneficio sintomático que ofrece.

Para nosotros, hay fundamentalmente 2 alternativas de resección: la gastrectomía subtotal y la gastrectomía total que incluye esplenectomía de rutina. La decisión entre una y otra depende de la ubicación del tumor en el estómago. Para el cáncer antral basta una gastrectomía subtotal amplia tipo Billroth II, teniendo presente la dificultad que existe ocasionalmente para precisar el límite del tumor. Para un tumor del tercio medio o superior usamos la gastrectomía total. La gastrectomía proximal no ofrece ventajas de morbimortalidad y suele ser oncológicamente incompleta, por lo que no la utilizamos (5, 6).

La disección ganglionar curativa se efectúa rutinariamente hasta la 3ª barrera, entre otras razones porque ganglios linfáticos macroscópicamente normales pueden tener tumor al examen microscópico. La utilidad de la disección ganglionar radical ha sido objeto de polémica. Autores japoneses le atribuyen gran importancia terapéutica (7, 8), especialmente para el cáncer avanzado, como ocurre en la mayoría de nuestros enfermos. En el paciente con cáncer incipiente la disección radical no sería necesaria, pero debe tenerse presente que el diagnóstico preoperatorio o incluso intraoperatorio de cáncer incipiente no siempre es seguro.

La pancreatectomía distal asociada a la gastrectomía también ha sido objeto de discusión (9). Existe consenso que no se debe asociar pancreatoesplenectomía a la gastrectomía subtotal por el riesgo de isquemia del muñón gástrico. En la gastrectomía total, hay autores que preconizan su uso rutinario, señalando que asegura una resección más completa del tumor. En nuestra experiencia, sin embargo, y en la de otros, (9), la pancreatectomía, se ha asociado frecuentemente con abs-

ceso subfrénico postoperatorio sin ventajas en la sobrevida alejada. En nuestra opinión los ganglios linfáticos vecinos a la arteria esplénica pueden ser extirpados sin necesidad de añadir pancreatectomía, por lo que restringimos su uso a lo estrictamente necesario.

El compromiso tumoral de esófago abdominal obliga ocasionalmente a extender la resección hasta el esófago torácico, y por lo tanto a efectuar una toracotomía. En estos casos se extiende la incisión hacia el hemitórax izquierdo y se efectúa además frenotomía hacia el hiato esofágico, rechazando el pericardio y respetando el nervio frénico. Esto permite extirpar el tercio inferior del esófago torácico sin problemas. Preferimos reservar la toracotomía para la cirugía con criterio curativo, a fin de evitar el riesgo de que la sección esofágica se haga en tejido con infiltración tumoral.

Para la reconstrucción del tránsito en la gastrectomía total, se han propuesto numerosas alternativas (10, 11). En la práctica, sin embargo, ninguna ha superado a la anastomosis esófago-yeyunal en Y de Roux (12). Si el asa se construye lo suficientemente larga (60 cm) no se observa reflujo alcalino. Las numerosas variantes técnicas de reservorio agregan complejidad a la operación y riesgo de morbilidad, sin agregar ventajas. Por este motivo no las efectuamos.

OTRAS ALTERNATIVAS TERAPEUTICAS

Quimioterapia: Desde hace años se han utilizado diversos esquemas de quimioterapia para el Cáncer Gástrico. En particular, se ha intentado quimioterapia en el paciente con cáncer diseminado o irresecable. Las drogas se han administrado por vía sistémica o por vía intra arterial. Se ha asociado también quimioterapia a cirugía, en búsqueda de un complemento terapéutico que permita prolongar la sobrevida de los pacientes. La evaluación de los resultados es difícil. El concepto de respuesta objetiva supone la posibilidad de medir el tumor y la reducción de su tamaño luego del tratamiento, lo que no siempre se acompaña de una sobrevida más larga, y lo que es más importante, no siempre se traduce en beneficio sintomático real que permita a estos pacientes una mejor calidad de sobrevida.

De los resultados obtenidos hasta ahora, con la variedad de tratamientos y de criterios de evaluación, se podría concluir que:

- No ha habido demostración objetiva de la utilidad de la quimioterapia en una mayor o mejor supervivencia en pacientes con tumor irreseccable.
- No hay criterios claros que permitan predecir la respuesta de un determinado enfermo al tratamiento. Ante igualdad de condiciones, un paciente puede beneficiarse con el tratamiento y otro no.
- La tolerancia al tratamiento es mejor mientras mejor sea el estado general de los pacientes.
- La asociación de drogas, aparentemente, tiene mejores resultados que el tratamiento con droga única.
- La mortalidad derivada del tratamiento propiamente tal ha disminuido en forma importante en los últimos años.
- Pacientes tratados con quimioterapia después de una resección quirúrgica tienen, aparentemente, cifras de supervivencia alejada algo superiores a los no tratados (13, 14, 15, 16).

En atención a lo expuesto, nuestro criterio actual es hacer quimioterapia complementaria postoperatoria, asociando 5FU, Adriamicina y Mitomicina en forma de 6 a 8 ciclos. Este esquema se administra mensualmente al paciente menor de 70 años que ha sido sometido a resección, presuntivamente curativa, de un cáncer avanzado. No indicamos rutinariamente quimioterapia en pacientes con cáncer incipiente ni en pacientes con tumor diseminado o irreseccable.

Radioterapia: Ha habido intentos de radioterapia complementaria a cirugía como tratamiento paliativo frente a tumores irreseccables, especialmente ante la presencia de disfagia. Los resultados obtenidos hasta ahora no han demostrado clara utilidad. Por otra parte, los riesgos de complicaciones no son despreciables. Por estos motivos nosotros no la utilizamos.

Es necesario tener presente que existen otras medidas de apoyo al paciente con cáncer gástrico. Este o su familia deben tener claras instrucciones respecto al manejo de analgésicos y de medidas de suplemento nutritivo, entre otros. Además, el familiar más cercano debe ser informado respecto al diagnóstico y pronóstico de la enfermedad. El médico tratante no debe olvidarse, por último, que una de sus responsabilidades es la asistencia y el apoyo permanentemente al paciente, que aunque incurable no debe sentirse abandonado.

BIBLIOGRAFIA

1. Medina, E.; Csendes, A.: Características epidemiológicas del cáncer en Chile. *Rev. Méd. Chile* 1983; 111: 69-75.
2. Guzmán, S.; Miranda, M.C.; Llanos, O.; Duarte, I.: Carcinoma Gástrico: Frecuencia y distribución de las metástasis ganglionares en pacientes gastrectomizados. *Rev. Méd. Chile* 1981; 109: 841-847.
3. Duarte, I.; Llanos, O.: Patterns of metastases in intestinal and diffuse types of carcinoma of the stomach. *Human Pathol.* 1981; 12: 237-242.
4. Llanos, O.; Guzmán, S.; Duarte, I.: Accuracy of the first endoscopic procedure in the differential diagnosis of gastric lesions. *Ann. Surg.* 1982; 95: 224-226.
5. Inberg, M.V.; Linna, M.; Scheinin, T.M.; Vanttinen, E.: Anastomotic leakage after excision of esophageal and high gastric carcinoma. *Am. J. Surg.* 1971; 122: 540-544.
6. Kock, N.G.; Lewin, E.; Pettersson, S.: Partial or total gastrectomy for adenocarcinoma of the cardia. *Acta Chir. Scand.* 1969; 135: 340-344.
7. Mine, M.; Majima, S.; Harado, M.; Etani S.: End results of gastrectomy for gastric cancer: Effect of extensive lymph node dissection. *Surgery.* 1970; 68: 753-758.
8. Soga, J.; Kobayashi, K.; Saito, J.; Fujimaki, M.; Muto, T.: The role of lymphadenectomy in curative surgery for gastric cancer. *World J. Surg.* 1979; 3: 701-708.
9. Lundell, L.; Grip, I.; Olbe, L.: Pancreatic resection additional to gastrectomy for gastric cancer. *Acta Chir. Scand.* 1986; 152: 145-149.
10. Ou-Ut, K.; Sugiyama, Y.; Hada, R.: P-Shaped Anastomosis: a reconstruction of the alimentary tract after total gastrectomy. *Am. J. Surg.* 1979; 137: 332-335.
11. Kalembe, J.; Lazarkiewicz, B.: New method of reconstruction of the alimentary canal after gastrectomy. *Surgery.* 1974; 76: 748-753.
12. Fischermann, K.; Harly, S.; Worning, H.; Zacho, A.: Pancreatic function and the absorption of fat, iron, vit B12, and calcium after total gastrectomy for gastric cancer. *GUT* 1967; 8: 260-266.
13. Moertel, L.G.: Chemotherapy of gastrointestinal cancer. *New Engl. J. Med.* 1978; 299: 1049-1052.
14. The Gastrointestinal Tumor Study Group. Controlled trial of adjuvant chemotherapy following curative resection for gastric cancer. *Cancer.* 1982; 49: 1116-1122.
15. Mac Donald, J.S.; Woolley, P.V.; Smythe, T.; Veno, W.; Hoth, D.; Schein, P.S.: 5 Fluorouracil, Adriamicin, and Mitomycin-C (FAM) combination chemotherapy in the treatment of advanced gastric cancer. *Cancer* 1979; 44: 42-47.
16. Lavin, P.T.; Bruckner, H.W.; Plaxe, S.C.: Studies in prognostic factors relating to chemotherapy for advanced gastric cancer. *Cancer* 1982; 50: 2016-2023.