

EXPERIENCIA HOSPITALARIA

Cáncer Gástrico en un Hospital General: Hospital Santa Rosa

Paul Pilco, Sandra Viale, Nazario Ortiz, Carlos Deza, Néstor Juárez, Karem Portugal, Edwin Velásquez, Isela Quispe, Omar Paredes*.

RESUMEN:

OBJETIVO: Determinar la frecuencia de cáncer gástrico y sus características clínico patológicas, estadios clínicos, tratamiento quirúrgico, morbimortalidad y sobrevida en un hospital general.

MATERIALES Y MÉTODOS: Estudio retrospectivo, descriptivo, de 71 pacientes consecutivos diagnosticados con cáncer gástrico en el Hospital Santa Rosa desde el 1 de enero 2005 hasta el 31 de enero 2008.

RESULTADOS: En el periodo de estudio se confirmaron por histopatología 71 casos de adenocarcinoma gástrico. El sexo masculino es el más frecuente, con una relación de 1,54 a 1 con respecto al sexo femenino. La edad de presentación más frecuente se encuentra entre la 5ta y 7ma década de vida. Los tumores distales (81,7%) son cuatro veces más frecuentes que los proximales (18,3%). El tipo histológico más frecuente fue el carcinoma en células de anillo de sello (40,8%). El grado de diferenciación más frecuente fue el Indiferenciado (42,3%). El 62% (n=44) ingresó a sala de operaciones. La tasa de reseccabilidad fue de 68% (n=30). El estadio clínico avanzado ha sido la forma de presentación más frecuente de los pacientes (97,2%), mientras que el estadio precoz ha sido raro (2,8%). La cirugía más frecuente fue la gastrectomía subtotal distal (73,3%) y gastrectomía total (26,7%). La disección realizada fue la D2 (73,3%). La tasa de mortalidad fue 6,7% y morbilidad de 26,7%. La sobrevida fue mejor en los pacientes que tuvieron resección frente a los que sólo se les realizó biopsia o fueron irreseccables, evidenciando significancia estadística.

CONCLUSIÓN: El cáncer gástrico se diagnóstica en etapa tardía y el tratamiento quirúrgico juega un rol fundamental e incluso en casos avanzados, la morbimortalidad es aceptable para la experiencia inicial en un Hospital general de tercer nivel. Es necesario realizar programas de tamizaje para detectar la enfermedad en etapas más tempranas.

PALABRAS CLAVE: Cáncer gástrico, frecuencia, estadios clínicos, tratamiento quirúrgico, morbilidad, mortalidad, sobrevida.

Rev. Gastroenterol. Perú; 2009; 29-1: 66-74

SUMMARY:

PURPOSE: Determine the frequency of gastric cancer and its clinical and pathological characteristics, clinical stages, surgical treatment, morbimortality and survival in a general hospital.

MATERIALS AND METHODS: Retrospective, descriptive study on 71 consecutive patients diagnosed with gastric cancer at the Santa Rosa Hospital from January 1, 2005 to January 31, 2008.

RESULTS: During the study period, 71 cases of gastric adenocarcinoma were confirmed by histopathology. This disease is more frequent in men, with a 1.54 to 1 ratio, as compared to women. The most frequent age of appearance is between the fifth and seventh decades of life. Distal tumors (81.7%) are four times more common than proximal tumors (18.3%). The most common histological type was carcinoma in signet-ring cells (40.8%). The most frequent degree of differentiation was Undifferentiated (42.3%). A 62% (n=44) of patients entered the operating room. The resectability rate was 68% (n=30). The advanced stage was the most common form of presentation in patients (97.2%), while the early stage was

Departamento de Oncología. Hospital Santa Rosa - Lima Perú.

*Unidad de Investigación y Estadística. Fundación Peruana de Cáncer.

rare (2.8%). The most frequent surgeries were the distal subtotal gastrectomy (73.3%) and the total gastrectomy (26.7%). The D2 (73.3%) dissection was performed. The mortality rate was 6.7% and the morbidity rate was 26.7%. Survival was better in patients who underwent resection than in patients who only underwent biopsy or were unresectable, evidencing statistical significance.

CONCLUSIÓN: Gastric cancer is diagnosed in a late stage and surgical treatment plays a pivotal role and, even in advanced cases, morbidity/mortality is acceptable for the initial experience at a third-level general hospital. It is necessary to carry out screening program to detect the disease in earlier stages.

KEY WORDS: Gastric cancer, frequency, clinical stages, surgical treatment, morbidity, mortality, survival.

INTRODUCCIÓN:

El cáncer gástrico viene en descenso en países desarrollados, pero en los países en vías de desarrollo es una de las neoplasias más prevalentes y mortales. En el mundo presenta una sobrevida global a cinco años menor de 20%^(1,2). La incidencia de cáncer gástrico en Lima Metropolitana para hombres ocupa el segundo lugar después del cáncer de próstata y en mujeres ocupa el tercer lugar después del cáncer de mama y cuello uterino, y es la primera causa de mortalidad por cáncer para ambos sexos^(3,4). La incidencia para ambos sexos es de 20 casos / 100 000 hab., e incluso se han identificado zonas dentro de Lima metropolitana que tienen una incidencia de cáncer gástrico hasta de 28,6 casos/ 100 000 hab., como son en los distritos de Puente Piedra y Lince, convirtiéndolos en zonas de alto riesgo, ya que se considera zonas de alto riesgo aquellas dónde la incidencia de cáncer gástrico sea mayor de 20 casos / 100 000 hab.⁽²⁾.

La mayoría de los casos se presenta en estadios clínicos avanzados, por ello la sobrevida global es pobre, en Latinoamérica la realidad es similar como es en Costa Rica, Colombia y Chile, reportan alta incidencia y mortalidad por cáncer gástrico donde los casos de cáncer gástrico precoz son escasos^(5,6,7).

Presentamos la frecuencia de cáncer gástrico, de acuerdo a edad, sexo, estadios clínicos, tratamiento, morbimortalidad y la sobrevida que tuvieron en el Departamento de Oncología del Hospital Santa Rosa.

MATERIALES Y MÉTODOS:

Estudio retrospectivo, descriptivo en pacientes diagnosticados con cáncer gástrico en el Hospital Santa Rosa desde 1 de enero de 2005 hasta el 31 de enero de 2008.

Para la recopilación de los datos y variables de estudio se diseñó una ficha de recolección en la que se registraron los datos desde las historias clínicas, incluyendo una copia fotostática de los resultados de patología. El seguimiento de los pacientes ha sido por medio de los controles en consulta externa y en los casos de pacientes perdidos de vista, se les ubicó por vía telefónica, para concertar una cita en el consultorio externo o, por lo menos, conocer el estado vital del paciente.

RESULTADOS:

Desde el 1 de enero de 2005 hasta el 31 de enero de 2008 se han presentado 77 pacientes con neoplasia maligna gástrica en el Departamento de Oncología del Hospital Santa Rosa.

De estos 77 pacientes, 71 han presentado histología de adenocarcinoma, se han encontrado también 5 linfomas y 1 GIST (Tumor Estromal Gastrointestinal).

NM Gástrico	n	%
Adenocarcinoma	71	92.2 (Incluidos)
Otros (Linfoma y GIST)	6	7.8 (Excluidos)
Total	77	100

1. Edad y Sexo

Se ha encontrado que el 61.2% de los pacientes han sido hombres. La proporción de los hombres sobre las mujeres es aproximadamente 1 mujer por cada 1.54 hombres.

La edad es ligeramente mayor en los hombres, sin embargo esta diferencia no es estadísticamente significativa.

Entre los hombres la edad promedio ha sido de 63 años, con una edad mínima de 21 años y una edad máxima de 83 años. Entre las mujeres la edad promedio ha sido de 61.4 años, con una edad mínima de 21 años y una edad máxima de 90 años.

Sexo	n	%	Prom	+/-	Min	Max
Masculino	43	61.2	63.0	14.0	21	83
Femenino	28	38.8	61.4	19.2	21	90
Total	71	100.0	62.4	16.1	21	90

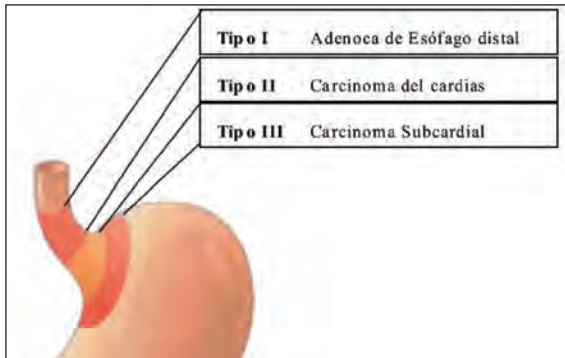
En ambos sexos, el cáncer gástrico se incrementa drásticamente a partir de los 50 años, de modo que el 80.3% de los pacientes fueron mayores de 50 años.

2. Localización del tumor

El 81.7% de los tumores se encuentran en la sección distal del estómago, comprendido por el cuerpo y el antro predominantemente. La sección proximal (fondo y AEG) agrupa solo al 18.3% de los tumores.

Localización	n	%	
AEG Tipo I	1	1.4	} Proximal 13 (18.3)
AEG Tipo II	4	5.6	
AEG Tipo III	7	9.9	
Fondo y cuerpo	1	1.4	
Cuerpo	13	18.3	} Distal 58 (81.7)
Cuerpo y antro	5	7.0	
Antro	40	56.3	
Total	71	100	

Fig. 1. Clasificación de Siewert – Stein



(Tomado del Artículo de Revisión: Adenocarcinoma de la unión cardíaco esofágica. Rev Gastroenterol Perú 2006; 26: 194-199).

Para la clasificación de los Adenocarcinomas de la unión esófago gástrico (AEG), se recurrió a la clasificación propuesta por Siewert-Stein y en la actualidad se usa en nuestro medio^(8,9).

3. Estadío clínico.

El 97.2% de los pacientes presentan cáncer gástrico avanzado.

Estadío clínico	n	%
Stage Ia	2	2.8
Stage Ib	2	2.8
Stage II	2	2.8
Stage IIIa	3	4.2
Stage IIIb	7	9.9
Stage IV	44	62.0
Inoperable (cirrosis hep)	1	1.4
Solo Dx	10	14.1
Total	71	100

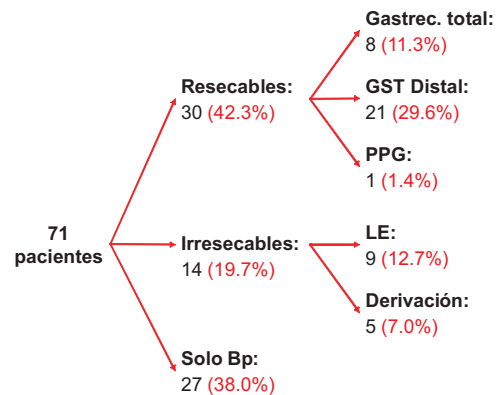
De los 71 pacientes en 10 casos sólo se le realizó el diagnóstico y no fueron tratados en nuestra institución, 1 caso se consideró inoperable debido a que tenía cirrosis hepática Child C, dentro de los 44 pacientes en estadío clínico IV, 16 casos fueron estadificados antes de la intervención quirúrgica (4 casos tuvieron metástasis hepática, 11 carcinomatosis, 1 caso tuvo metástasis hepática y carcinomatosis), los otros 14 casos fueron estadificados en el momento quirúrgico, evidencian infiltración directa de órganos vecinos ó irresecables más ganglio (+) tronco celiaco; y los otros 14 casos fueron resecados y estadificados por patología T4 N+, o son N3.

4. Tratamiento brindado.

El 42.3% de los pacientes ingresaron a Sala de Operaciones y se les practicó una cirugía con intención cura-

tiva en la mayoría de los casos. El 19.7% ingresó a sala de operaciones pero no se les pudo realizar una operación curativa. Finalmente, el 38.0% tuvo solamente una biopsia y no ingresó a Sala de Operaciones.

Es pertinente resaltar que los 14 pacientes catalogados como irresecables son estadío clínico IV, debido a que infiltraban la cabeza de páncreas o raíz del mesenterio y se complementó su estadificación con biopsias del grupo ganglionar del tronco celiaco.



5. Tipo histológico.

Todos los pacientes tuvieron confirmación histopatológica. El tipo histológico más frecuente ha sido el Carcinoma de células en anillo de sello, que agrupa al 40.8%.

Histología	n	%
Adenocarcinoma	13	18.3
Adenocarcinoma papilar	2	2.8
Adenocarcinoma tubular	18	25.4
Adenocarcinoma mucinoso	5	7.0
Carcinoma de células en anillo de sello	29	40.8
Carcinoma indiferenciado	4	5.6
Total	71	100

6. Grado de diferenciación.

El grado indiferenciado es el más frecuente, representando al 42.3%.

Grado de diferenciación	n	%
Bien diferenciado	3	4.2
Medianamente diferenciado	18	25.4
Pobremente diferenciado	7	9.9
Indiferenciado	30	42.3
No se puede determinar	13	18.3
Total	71	100

7. Tasa de Resecabilidad.

La tasa de resecabilidad ha sido del 68.2%.

T.	n	%
Resecable	30	68.2
Irresecable	14	31.8
Total	44	100

8. Tipo de Operación.

El tipo de operación está en relación con la localización del tumor, la gastrectomía total (GT) ha sido utilizada para lesiones proximales gástricas se incluye la resección en bloque del bazo, la gastrectomía subtotal distal (GST distal) para lesiones del antro y algunos casos de localización en el cuerpo gástrico, sólo un caso se le realizó gastrectomía subtotal laparoscópica para una

lesión precoz del antro y la PPG (gastrectomía con preservación del píloro) para una lesión precoz localizada en el cuerpo gástrico.

Operación	n	%
GT	8	26.7
GST Distal	21	70.0
PPG	1	3.3
Total	30	100

9. Disección ganglionar.

El 73.3% de las resecciones han tenido disecciones ganglionares del tipo D2. En este tipo de linfadenectomía se han disecado en promedio 31 ganglios, con un mínimo de 14 ganglios y un máximo de 50 ganglios y para la Disección D1 el promedio de ganglios ha sido de 20, con un mínimo es de 7 y un máximo de 33 ganglios. En el caso de gastrectomía laparoscópica se le realizó disección D1 beta, que incluyen ganglios de la primera de estación y del grupo VII y VIII.

Linfaden.	n	%	Prom	+/-	Min	Max
D1	8	26.7	20	10	7	33
D2	22	73.3	31	10	14	50
Total	30	100	28.27	11.2	7	50

10. Clasificación del tumor primario.

Se han encontrado 2 (6.7%) tumores que invaden la mucosa y la submucosa (T1); 3 (10.0%) tumores que invaden la subserosa (T2b); 17 (56.7%) tumores que penetran la serosa (peritoneo o visceral) pero no invade otras estructuras adyacentes (T3); y 8 (26.7%) tumores que invaden las estructuras adyacentes (T4).

T	n	%
T1	2	6.7
T2b	3	10.0
T3	17	56.7
T4	8	26.7
Total	30	100

11. Ganglios linfáticos regionales.

Se han encontrado 6 (20.0%) pacientes en los cuales no se encontraron ganglios linfáticos metastásicos (N0); 9 (30.0%) pacientes en quienes se encontró de 1 a 6 ganglios comprometidos (N1); 9 (30.0%) pacientes en quienes se encontró de 7 a 15 ganglios comprometidos (N2); y 6 (20.0%) pacientes que tuvieron más de 15 ganglios comprometidos.

N	n	%
N0	6	20.0
N1	9	30.0
N2	9	30.0
N3	6	20.0
Total	30	100

12. Metástasis a distancia.

Se encontró tres casos con carcinomatosis incipiente y uno con metástasis hepática.

M	n	%
M0	26	86.7
M1	4	13.3
Total	30	100

13. Estadío patológico de los pacientes que tuvieron resección.

La distribución de los estadios patológicos está inclinada hacia el cáncer avanzado, a pesar de ello, se han realizado operaciones en estadío IV.

Estadío clínico	n	%
Stage Ia	2	6.7
Stage Ib	2	6.7
Stage II	2	6.7
Stage IIIa	3	10.0
Stage IIIb	7	23.3
Stage IV	14	46.7
Total	30	100

De los 14 pacientes que tuvieron estadío IV, 7 (50.0%) fueron T4 N+, 3 (21.4%) tuvieron carcinomatosis incipiente, 3 (21.4%) fueron N3, y 1 (7.1%) tuvo metástasis hepática, la cual fue operado por sangrado.

14. Complicaciones quirúrgicas.

Complicaciones quirúrgicas	n	%
Fístula duodenal	3	10.0
Fístula pancreática	3	10.0
Ileo	2	6.7
Absceso	1	3.3
Dumping	1	3.3
Fístula esofágica	1	3.3
Alguna complicación quirúrgica	6	20.0

(Nota: Las complicaciones quirúrgicas no se suman porque pueden presentarse simultáneamente.)

No se presentó ningún caso de Dehiscencia de anastomosis, Dehiscencia de herida operatoria, Estenosis de anastomosis, Fístula biliar, Fístula colónica, Infección de herida, Obstrucción intestinal, Sangrado intraabdominal.

15. Complicaciones médicas.

Complicaciones médicas	n	%
Neumonía	3	10.0
Atelectasia	1	3.3
Alguna complicación médica	4	13.3

No se presentó ningún caso de Derrame pleural, Traqueobronquitis, Falla renal, Infección urinaria.

16. Resultados quirúrgicos.

En las 8 gastrectomías totales el promedio de duración de la operación ha sido de 3:37 horas, el inicio de la vía oral es de 4 días y el tiempo de hospitalización es de 8 días. En las 21 gastrectomías subtotales el promedio de duración de la operación ha sido de 3:30 horas, el inicio de la vía oral de 4 días y el tiempo de hospitalización es de 8 días. La Gastrectomía subtotal Distal Laparoscópica tuvo una duración de 3:30 horas, con inicio de la vía oral al 2do día postoperatorio y el menor tiempo de hospitalización de 5 días.

	GT	GST DISTAL*	TOTAL
n	8	22	30
Morbilidad	2 (25.0%)	6 (27.3%)	8 (26.7%)
Mortalidad	0 (0.0%)	2 (9.1%)	2 (6.7%)
T. Operatorio	03:37	03:30	03:30
Mínimo	03:30	01:45	01:45
Máximo	08:00	05:20	08:00
I. Vía Oral	4	4	4
Mínimo	4	2	2
Máximo	8	30	30
Días Hosp.	8	8	8
Mínimo	7	5	5
Máximo	20	38	38

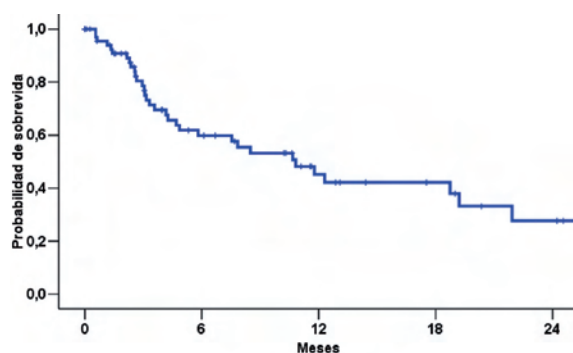
* Incluye 1 caso de PPG

1. Seguimiento y Sobrevida global

El seguimiento de los pacientes ha sido por medio de la consulta médica periódica o por vía telefónica para constatar su estado vital. El seguimiento ha sido desde los 6 meses hasta los 36 meses para los resecables, y sólo 8 casos perdidos de vista que después de su diagnóstico no tuvieron control alguno en la institución ni tratamiento y tampoco pudo localizarlos por vía telefónica, representa 11,2% de todos los pacientes.

	Global	Resecables	Irresecables	Biopsia
Eventos	71	30	14	27
Censurados	38	19	4	15
Tiempo mínimo	0.1 meses	0.6 meses	1.4 meses	0.1 meses
Tiempo máximo	36 meses	36 meses	29 meses	24 meses
Sobrevida media	16 meses	21 meses	8 meses	8 meses
6 meses	0.60	0.83	0.26	0.37
12 meses	0.45	0.63	0.26	0.18
18 meses	0.42	0.63	0.17	0.18
24 meses	0.28	0.40	0.17	0.09

La sobrevida global a los 6 meses ha sido de 60%, a los 12 meses ha sido de 42%, a los 24 meses es 28%.

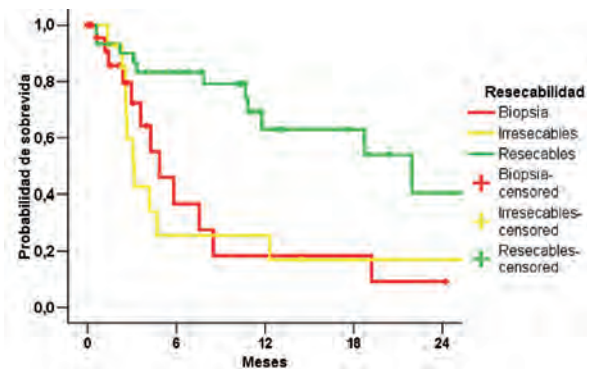


2. Sobrevida por tipo de operación

La sobrevida de los pacientes que tuvieron resección es de 83% a los 6 meses, 63% a 12 meses y 40% a los 24 meses.

La sobrevida para los pacientes que sólo se le realizó biopsias para determinar EC.IV o aquellos que fueron irresecables fue muy similar, alrededor de 20% a los 6 meses.

Evidenciando que la resección tiene mejor sobrevida con significancia estadística frente a los que fueron irresecables o sólo biopsia (EC.IV o no tuvieron tratamiento).



Resecables vs. Irresecables:

Log Rank Test = 8.28, $p = 0.0040$

Resecables vs. Sólo biopsia (ECIV):

Log Rank Test = 8.88, $p = 0.0029$

DISCUSIÓN:

El cáncer gástrico sigue siendo una patología frecuente en los países en vías de desarrollo, en el Perú es una neoplasia prevalente^(3,4) y el manejo de esta patología ha sido tratada por mucho tiempo en hospitales especializados como el Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas (INEN) o el Seguro Social del Perú (ESSALUD), sin embargo, en este trabajo, mostramos que el cáncer de estómago, se presenta en un Hospital General de nivel III con relativa frecuencia.

En el Hospital Santa Rosa se han diagnosticado 77 casos con neoplasia maligna gástrica en un periodo de 36 meses, brindando tratamiento y seguimiento adecuado; 71 (92,2%) casos de cáncer gástrico, 5 linfomas, 1 GIST (Tumor Estromal Gastrointestinal), coincidiendo con la incidencia mundial en neoplasias malignas gástricas⁽¹⁰⁾.

El cáncer gástrico se ha presentado con mayor frecuencia en varones (61.2%) que en mujeres (38.8%), la edad promedio de mayor presentación es entre los 50 y 70 años, así como se demuestra en el trabajo de cáncer gástrico en Lima Metropolitana y en otros países de alta incidencia de cáncer gástrico⁽⁴⁾.

El cáncer gástrico se presenta mayormente en estadios clínicos avanzados, sólo tuvimos 2 casos de cáncer precoz, que representa el 2.8% de todos los cánceres gástricos que pudo realizarse una estadificación adecuada clínico patológica, y el gran porcentaje es cáncer gástrico avanzado 97.2%.

De los 71 casos, sólo fueron a sala de operaciones 44 casos (62%) y de ellos resecables fueron 30 casos (42.3%), esto demuestra que muchos de nuestros pacientes llegan en etapa tardía. Sin embargo la tasa de reseccabilidad es de 68%, la cual explica que se realiza una evaluación preoperatoria adecuada y así disminuimos la tasa de cirugía de abre y cierre.

La serie que reporta el INEN (Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas) de cáncer gástrico precoz es de 5,37% desde el año 1952 al 2000, y en la última década de estudio es de 7,58% y presenta una sobrevida de 90% a

cinco años; pero la sobrevida global para el cáncer gástrico es de 12%⁽¹¹⁾ a diferencia de Japón que tiene cáncer gástrico precoz alrededor de 50%, con resultados de sobrevida global superiores al promedio mundial; debido a que se realizan estudios de tamizaje en su población e incluso identifican zonas de alto riesgo para cáncer gástrico⁽¹²⁾.

No todos los pacientes fueron tratados en este centro, 10 casos se les diagnosticó en esta institución, algunos casos no recibieron tratamiento, por razones económicas ó decidieron tratarse en otra institución.

En algunos casos se determinó cáncer gástrico EC IV (n14) en el preoperatorio por presentar carcinomatosis, metástasis hepática y cervical; los cuales tuvieron tratamiento sintomático y de acuerdo a su estado general recibieron quimioterapia a título paliativo.

La localización del tumor en el estómago más frecuente fue en el antro y cuerpo, es decir en los 2/3 tercios distales (81,7%), y los de localización proximal y de la unión esófago gástrica es (18,3%); sin embargo no existe la relación directa con el tipo histopatológico como se observa en otras series, donde los cánceres distales son predominantemente de tipo intestinal en la clasificación de Lauren y son bien o moderadamente diferenciados⁽¹³⁾; en este estudio los carcinomas en células de anillo de sello y los indiferenciados representa el 46% con localización en la región distal y se presenta en un grupo etario mayor. Generalmente estas neoplasias se comportan de forma más agresiva y se presentan en un grupo etario más joven; por ello es importante tener data nacional y específicamente de Registros Hospitalarios de Cáncer para ver el comportamiento biológico de las neoplasias en nuestra región, la cual tiene una etnia mayoritariamente mestiza.

Los Adenocarcinomas de la Unión Esófago-gástrica (AEG) en nuestro medio aún se presentan en poca cantidad a diferencia de Europa y Norte América donde se ha incrementado notoriamente^(14,15) y los factores de riesgo son diferentes que el cáncer gástrico distal⁽¹⁶⁾.

El tratamiento quirúrgico más frecuente fue la Gastrectomía Subtotal D2, seguido por la Gastrectomía Total D2, basado en las recomendaciones de la Asociación Japonesa de cáncer gástrico⁽¹⁷⁾.

Nosotros consideramos la disección D2 como método estándar, en el tratamiento quirúrgico curativo para los pacientes con cáncer gástrico resecable, sin embargo la individualización del manejo es lo que prima, en algunos casos realizamos disección D1, porque los pacientes tenían alguna comorbilidad severa, la cual exigía realizar un tiempo operatorio más corto y disminuir riesgo anestesiológico y evitar las complicaciones postoperatorias; también realizamos disección D1 en los casos de cáncer gástrico precoz, la disección D1 Alfa o beta dependiendo del grado de infiltración.

Existen muchas controversias sobre el tipo de disección ganglionar D2, para el cáncer gástrico avanzado; a pesar que la escuela japonesa publica buenos resultados por esta técnica^(18,19); sin embargo otros estudios no demostraron beneficio en la sobrevida y causaba mayor morbimortalidad

^(20,21), estos estudios tenían varios puntos de crítica debido a que fueron realizados en instituciones con bajo volumen de pacientes, por varios cirujanos y con un entrenamiento pobre en este tipo de disección, otros estudios, Siewert en Alemania⁽²²⁾ y Degiuli en Italia⁽²³⁾ y también nacionales INEN, Essalud, demuestran una disminución evidente en la morbilidad por la disección D2 y además del impacto en la tasa de recurrencia y sobrevida, aunque el último es un estudio de tipo retrospectivo^(24,25,26,27).

El número de ganglios resecados fue dentro del promedio solicitado de acuerdo a la clasificación TNM de tumores malignos AJCC⁽²⁷⁾, para considerarse una disección radical debería haber más de 25 ganglios, y también se consideró la disección de acuerdo a la estación ganglionar de la clasificación japonesa; sin embargo; Tenemos ciertas limitaciones organizativas, los casos son operados de turno tarde y las piezas operatorias son procesadas para la disección al día siguiente o al segundo día, esto podría explicar menor número de ganglios descritos por patología que la misma disección D2. Este punto es muy importante debido que la patología realiza el control de calidad de la cirugía, naturalmente en condiciones ideales de procesamiento de la pieza operatoria.

El número de ganglios resecados de acuerdo a la disección ganglionar realizada en el caso de la D2 el promedio es de 35 ganglios y en el caso de D1 es de 20 ganglios, lo cual evidencia que cumple con los criterios para clasificar un caso con cáncer gástrico de acuerdo a la clasificación propuesta por AJCC⁽²⁸⁾.

Dentro de las alternativas quirúrgicas hemos realizado mayormente la gastrectomía subtotal distal, seguido de la gastrectomía Total, en todas las gastrectomías totales se realizó esplenectomía en bloque, y también se realizó cirugías conservadoras para las lesiones precoces como lo es la PPG (gastrectomía subtotal con preservación de píloro), en el caso de una lesión precoz localizada en el cuerpo gástrico; de igual forma la cirugía mínimamente invasiva (Gastrectomía Laparoscópica) en 1 caso de cáncer gástrico precoz del tercio distal. Estos últimos procedimientos están descritos para cánceres gástricos precoces, demostrando igual sobrevida que la cirugía convencional y con menor morbilidad en el caso de la gastrectomía laparoscópica^(29,30) y desde el punto vista funcional en el caso de la PPG^(31,32) tal como evidencia en estos 2 casos presentados.

La morbilidad de los centros de alto volumen de pacientes que manejan esta patología es alrededor de 15 a 30% y la mortalidad menor al 3%^(19,24,27,33) anteriormente evidenciaba una morbimortalidad más alta, pero luego de la estandarización de la técnica de disección D2 ha disminuido notoriamente⁽³⁴⁾; No sólo es el volumen de pacientes que disminuye la morbimortalidad, si no el entrenamiento en el tipo de disección D2, y en la experiencia de cirugías de alta complejidad dentro de la cirugía oncológica digestiva las cuales se realizan en el departamento de oncología del hospital Santa Rosa.

En esta corta experiencia estamos realizando cirugías radicales y conservadoras de acuerdo a la estadificación

clínica, presentando una morbilidad operatoria de 26%, y mortalidad de 6%. Evidentemente estos resultados son un poco más altos de los descritos en las series de alto volumen de pacientes, sin embargo los casos que se trataron en este estudio son casos avanzados, donde el estado general y nutricional de los pacientes no es óptimo. El número de pacientes operados aún es escaso por ello los pocos pacientes complicados hacen que los porcentajes de la morbimortalidad sean relativamente altos pero aceptables en esta serie aún pequeña.

Los 2 casos de mortalidad son debido a que se operaron en condición de emergencia por sangrado e hicieron complicaciones clínicas y quirúrgicas (neumonía, fístula duodenal).

La sobrevida global de nuestros pacientes es pobre, alrededor del 28% a 24 meses, pero comparando los pacientes que no tuvieron resección con los que tuvieron resección, existe una diferencia a partir de los 6 meses.

Los pacientes que no tuvieron resección tienen una sobrevida alrededor del 20% a los 6 meses y ninguno sobrevive a los 24 meses, sin embargo los que tuvieron resección tienen una sobrevida de 83% a los 6 meses, 63% a 12 meses y 40% a los 24 meses, evidenciando una diferencia significativa.

A pesar que los casos en su mayoría son avanzados predominantemente ECIII y ECIV tuvieron una sobrevida considerable, la cual probablemente se reducirá cuando se estudie la sobrevida a 5 años, estos pacientes vivieron con una calidad de vida adecuada como se demuestra en una publicación nuestra anterior⁽³⁵⁾.

La centralización del manejo del cáncer gástrico y la selección de los casos permite obtener mejores resultados y realizar estudios de investigación⁽³⁶⁾.

En la actualidad el manejo del cáncer gástrico es multidisciplinario, y la adyuvancia va teniendo un rol protagónico, demostrando beneficio frente a la cirugía sola, tal como demostraron McDonald⁽³⁷⁾ y Cunningham⁽³⁸⁾, aunque en estos estudios la disección ganglionar no fue una variable excluyente, en cambio el estudio japonés compara el cirugía

sola con cirugía más fluoropiridina (S-1) y en ambos grupos tuvieron disección ganglionar D2, demostrando en el seguimiento a 3 años una diferencia en la sobrevida de 10%⁽³⁹⁾ y evidencia mejores resultados que los esquemas anteriores; por eso nosotros consideramos que el tipo de disección D2 es importante en el manejo del cáncer gástrico avanzado.

Varios de nuestros casos han recibido tratamiento adyuvante y se encuentran en seguimiento, lamentablemente los pacientes en nuestro medio tienen una serie de limitaciones, lo cual hace que no sigan una terapia regular y tampoco tenemos la fluoropiridina (S-1) en el mercado, por lo que siguen los otros esquemas.

CONCLUSIÓN:

El cáncer gástrico en el Hospital Santa Rosa se presenta en estadios clínicos avanzados, y se realiza cirugías radicales y conservadoras con morbilidad y mortalidad aceptable.

La sobrevida de los pacientes es pobre debido a los casos avanzados, pero existe diferencia significativa en la sobrevida de los pacientes que fueron resecables frente a los irresecables o tuvieron solo biopsia.

Demuestra un manejo y seguimiento adecuado de los pacientes y evidencia la evolución de la enfermedad y el impacto que tiene el tratamiento quirúrgico en ésta.

Recomendaciones:

Es necesario introducir programas de tamizaje en nuestro país, para la detección temprana del cáncer gástrico y así el tratamiento quirúrgico puede ofrecer un mejor tiempo libre de enfermedad y sobrevida.

Agradecimientos:

A la Unidad de Investigación y Estadística de la Fundación Peruana de Cáncer que gracias a su apoyo ha sido posible la realización de este estudio.

Correspondencia:

ppilcoc@gmail.com.

BIBLIOGRAFÍA:

1. FERLAY J, BRAY F, PISANI P, PARKIN DM. GLOBOCAN 2002. Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. IARC Cancer Base N° 5 Version 2.0. Lyon, France: IARC-Press; 2004.
2. PARKIN MD, BRAY JB, FERLAY J, PISANI P. Global cancer statistics, 2002. *CA Cancer J Clin.* 2005 Mar-Apr; 55(2):74-108.
3. Centro de Investigación en Cáncer Maes Heller. Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas. Registro de Cáncer de Lima Metropolitana 1994-1997. Vol III, Dic. 2004.
4. PILCO P, PAYET E, CÁCERES E. Cáncer Gástrico en Lima Metropolitana. *Rev Gastroenterol. Perú* 2006. 26(4):377-85.
5. Dirección Vigilancia de la Salud. Unidad de Estadística-Registro Nacional de Tumores. Incidencia y Mortalidad del Cáncer en Costa Rica. 1990-2003.
6. MEDINAM. Atlas de Mortalidad por Cáncer en Colombia. 1990 Instituto Nacional de Cancerología. Bogotá 2004.
7. SERRA I, BÁEZ S, SERRA J, CALVO A, DECINTI E. Evolución epidemiológica reciente del cáncer gástrico en Chile y el mundo. *Rev Chil Cir* 1997;49:54-63.
8. SIEWERT JR, STEIN HJ. Classification of adenocarcinoma of the esophagogastric junction. *Br J Surg* 1998; 85(11):1457-9.
9. PILCO P, STEIN HJ. Adenocarcinoma de la Unión Esófago Gástrica (AEG Tumor) Revisión de la Literatura. *Rev Gastroenterol. Perú* 2006. 26:194-199.
10. DE VITA V, HELLMAN S, ROSENBERG S. Principles and practice of Oncology. 2005 by Lippincott Williams and Wilkins.
11. PAYET E. Cáncer Gástrico Precoz. Tesis de Magister en Medicina. Universidad Peruana Cayetano Heredia. 2005.
12. MIKI K. Gastric cancer screening using the serum pepsinogen test method. *Gastric Cancer.* 2006;9(4):245-53.
13. LAUREN P (1965). The two histological main types of gastric carcinoma. Diffuse and so-called intestinal Type carcinoma. An attempt at histoclinical classification. *Acta Pathol Microbiol Scand* 1965; 64:31-49.
14. DEVESA SS, BLOT WJ, FRAUMENI JR. JF. Changing patterns in the incidence of esophageal and gastric carcinoma in the United States. *Cancer.* 1998 Nov 15; 83(10):2049-53.
15. RODER DM. The epidemiology of gastric cancer. *Gastric Cancer.* 2002;5 Suppl 1:5-11.
16. SIEWERT JR, FEITH M, STEIN HJ. Biologic and clinical variations of adenocarcinoma at the esophago-gastric junction: relevance of a topographic-anatomic subclassification. *J Surg Oncol.* 2005 Jun 1;90(3):139-46.
17. Japanese Gastric Cancer Association (1998) Japanese Classification of Gastric Cancer- 2nd English edition. *Gastric Cancer* 1998; 1:10-24.
18. FUJI M, SASAKI J, NAKAJIMA T. State of the art in the treatment of gastric cancer: from the 71st Japanese Gastric Cancer Congress. *Gastric Cancer.* 1999;2:151-157.
19. SANO T, SASAKO M, YAMAMOTO S, et al. Gastric Cancer Surgery: Morbidity and mortality results from a prospective randomized controlled trial comparing D2 and extended para-aortic lymphadenectomy. *J Clin Oncol* 2004 22:2767-2773.
20. BONENKAMP JJ; HERMANS J; van de Velde CJH; et al. Evaluation of extended lymph node dissection in the randomised D1- D2 Ducht Gastric Cancer Trial. *N Engl J Med* 340:908-914, 1999.
21. CUSCHIERI A; WEEDEN S; FIELDING J; et al. Patient survival after D1 and D2 resections for gastric cancer. Long-term results of the MRC randomized surgical trial. Surgical Cooperative Group. *Br J Cancer* 79:1522-1530, 1999.
22. SIEWERT JR, BOTTCHER K, STEIN HJ, et al. Relevant prognosis factors in gastric cancer: Ten-year Results of the German Gastric Cancer Study. *Ann Surg.* 1998;228:449-61.
23. DEGIULI M, SASAKO M, PONTI A, CALVO F. Survival results a multicentre phase II study to evaluate D2 gastrectomy for gastric cancer. *Br journal of medicine* (2004) 90, 1727-1732.
24. RUIZ E, PAYET E, MONTALBETTI J, et al. Morbilidad pos operatoria y mortalidad intra-hospitalaria de la gastrectomía por cáncer gástrico: análisis de 50 años. *Rev Gastroenterol Perú.* 2004;24:197-210.
25. PORTANOVA M, VARGAS F, LOMBARDI E et al. Tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico en un servicio especializado. *Rev Gastroenterol Perú.* 2005;25:29-247.
26. CORNEJO C, PORTANOVA M. Estudio comparativo de disección ganglionar D1 y D2 para el cáncer gástrico avanzado en el Hospital Rebagliati. *Rev Gastroenterol Perú* 2006;26:26:351-356.
27. PORTANOVA M, VARGAS F, LOMBARDI E et al. Results of specialization in the surgical treatment of gastric cancer in Peru. *Gastric cancer.* 2007;10(2):92-7.
28. Cancer Staging Manual, American Joint Committee on Cancer. Sixth Edition, 2003.
29. KITANO S, SHIRAISHI N, UYAMA I, et al. A multicenter study on oncology outcome of laparoscopic gastrectomy for early gastric cancer. *Ann Surg* 2007;245:68-72.
30. HOSONO S, ARIMOTO Y, OHTANI H, KANAMIYA Y. Meta-analysis of short-term outcomes after

- laparoscopy-assisted distal gastrectomy. *W J Gastroenterol* 2006;12:7676-7683.
31. Morita S, Katai H, Saka M, et al. Outcome of pylorus-preserving gastrectomy for early gastric cancer. *Br J Surg*.2008 Sep;95(9):1131-5.
 32. Nakane Y, Akehira K, Inoue K, et al. Postoperative evaluation of pylorus-preserving gastrectomy for early cancer. *Hepatogastroenterology*. 2000 Mar-Apr;47(32):590-5.
 33. Wu CW, Hsieh MC, Lo SS, et al. Morbidity and mortality after radical gastrectomy for patients with carcinoma of the stomach.
 34. Degiuli M, Sasako M, Calgaro M, et al. Morbidity and Mortality after D1 and D2 gastrectomy for cancer: Interim analysis of the Italian Gastric Cancer study Group randomized surgical trial. *EJSO* 2004 30,303-308.
 35. Javier M, Loarte A, Pilco P. Evaluación Nutricional en Pacientes con Gastrectomía Total y Parcial por Adenocarcinoma Gástrico. *Rev Gastroenterol Perú*;2008;28:29-243.
 36. Hartgrink H, Van de Velde C. Status of the Extended Lymph Node Dissection: Locoregional Control is the Only Way to Survive Gastric Cancer. *J. Surg.Oncol. (seminars)*2005,90:153-165.
 37. Macdonald JS, Smalley SR, Benedetti J, et al. Chemoradiotherapy after surgery compared with surgery alone for adenocarcinoma of the stomach or gastroesophageal junction. *N Engl J Med* 2001;345:725-30.
 38. Cunningham D, Allum WH, Stenning SP, et al. Perioperative chemotherapy versus surgery alone for respectable gastroesophageal cancer. *N Engl J Med* 2006;355:11-20.
 39. Sakuramoto S, Sasako M, Yamaguchi T, et al. Adjuvant chemotherapy for gastric cancer with S-1, an oral fluoropyrimidine. *N Engl J Med*.2007 Nov 1;357(18):1810-20.