

Resultados del tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico

**Juan Villagrán Gallegos¹
Prof. Dr. Humberto Flisfisch Fernández²**

RESUMEN: *El cáncer gástrico (CG) es un problema de salud pública para países como Chile, siendo reconocida a nivel internacional la alta prevalencia de la patología. El pronóstico ha mejorado parcialmente en las últimas dos décadas; destacan la mejor técnica quirúrgica, el cuidado postoperatorio y la terapia multimodal. En este contexto, se realizó una búsqueda bibliográfica con el fin de encontrar la última evidencia en torno a las mejores opciones quirúrgicas. La gastrectomía destaca como la mejor opción quirúrgica con fines potencialmente curativos, pudiendo ser total o parcial dependiendo de la ubicación del cáncer. La disección linfonodal más recomendada es D2 con preservación de páncreas y bazo, y la técnica laparoscópica está obteniendo evidencia de calidad que en los futuros años podría situarse como una mejor opción con intención curativa en cualquier etapa de la enfermedad. Se sugiere generar en Chile centros especializados para el tratamiento del cáncer gástrico, los cuales a nivel internacional traen mejores resultados al corto y largo plazo, sumado a una* El cáncer gástrico (CG) es un problema de salud pública para países como Chile, siendo

¹ Interno. Departamento de Cirugía Sur. Facultad de Medicina, Universidad de Chile

² Departamento de Cirugía Sur. Facultad de Medicina, Universidad de Chile

reconocida a nivel internacional la alta prevalencia de la patología. El pronóstico ha mejorado parcialmente en las últimas dos décadas; destacan la mejor técnica quirúrgica, el cuidado postoperatorio y la terapia multimodal. En este contexto, se realizó una búsqueda bibliográfica con el fin de encontrar la última evidencia en torno a las mejores opciones quirúrgicas. La gastrectomía destaca como la mejor opción quirúrgica con fines potencialmente curativos, pudiendo ser total o parcial dependiendo de la ubicación del cáncer. La disección linfonodal más recomendada es D2 con preservación de páncreas y bazo, y la técnica laparoscópica está obteniendo evidencia de calidad que en los futuros años podría situarse como una mejor opción con intención curativa en cualquier etapa de la enfermedad. Se sugiere generar en Chile centros especializados para el tratamiento del cáncer gástrico, los cuales a nivel internacional traen mejores resultados al corto y largo plazo, sumado a una búsqueda de un sistema de tamizaje costo/efectivo para pesquisar antes el CG.

PALABRAS CLAVE: *cáncer gástrico, resultados, tratamiento quirúrgico*

INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico (CG) es el cuarto más prevalente y la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo. En Chile representa la primera causa de muerte por cáncer en hombres y la tercera en mujeres, siendo un problema de salud pública para nuestro país. La mayor parte de los pacientes con CG en EEUU son pesquisados en estado sintomático y ya tienen enfermedad avanzada incurable al momento de la presentación. Al momento del diagnóstico, aproximadamente un 50% tiene una enfermedad que se extiende más allá de los confines loco regionales, y solo la mitad de los que tienen compromiso local podrán optar por una resección potencialmente curativa. Los CG potencialmente curables son usualmente asintomáticos y es muy infrecuente pesquisarlos afuera de un programa de screening. En países con una alta incidencia de CG, como Chile, se justifica una política de prevención. El pronóstico ha mejorado solo modestamente en las últimas dos décadas, atribuyéndose esta mejoría a el avance de la técnica quirúrgica, cuidado postoperatorio y terapia multimodal. En un país como el nuestro con una alta prevalencia de esta patología, es importante conocer el manejo quirúrgico ideal en función de sus resultados a la luz de la evidencia actual, en la idea de entregar la mayor sobrevida, sumado a mejor calidad de vida

OBJETIVOS

Sistematizar la evidencia actual de resultados quirúrgicos, ya sea con intención curativa o paliativa, del CG.

MATERIAL Y MÉTODOS

La presente investigación corresponde a una revisión bibliográfica a través de búsqueda en PUBMED y bases de datos de revisiones sistemáticas como Cochrane y Epistemonikos.

RESULTADOS

1.- Gastrectomía parcial v/s total

La gastrectomía es la aproximación terapéutica más ampliamente aceptada para el cáncer gástrico invasivo, aun cuando algunas lesiones locales pueden ser extirpadas por endoscopia. La gastrectomía total se prefiere en los cánceres del tercio proximal del estómago, y para lesiones del tercio medio. En ubicación distal se prefiere gastrectomía parcial con resección de linfonodos. Los indicadores de calidad de vida en la mayoría de las series son mejores al realizar gastrectomía parcial v/s total, al menos en los primeros años. La Información respecto a indicadores de sobrevida de pacientes con gastrectomía total a largo plazo aún es deficiente para concluir.

En tumores distales, no hay diferencias en sobrevida entre gastrectomía total y parcial, siendo ambas potencialmente curativas. La sobrevida a 5 años es de 62 y 65%, respectivamente.

En tumores proximales y de la unión gastroesofágica (UGE), las variables para decidir la extensión de la resección quirúrgica son más complejas. Para aquellos que no comprometen la UGE se podría realizar gastrectomía total o parcial, pero la total es preferida por los cirujanos debido a dos razones:

- a.- Disminución de reflujo gastroesofágico
- b.- La subtotal podría dejar linfonodos en la curvatura menor del estómago: el sitio más común de metástasis, ganglionares.

Respecto a la evidencia que compara ambas técnicas y que proviene de un metaanálisis que incluye dos ensayos clínicos randomizados y 9 estudios retrospectivos se observa que comparando gastrectomía total con subtotal, tienen similar sobrevida a 5 años, pero menor recurrencia de cáncer para la gastrectomía total (24% GT y 39% en GST)

2.- Disección linfonodal

Esta es una disección de las áreas de mayor controversia en torno a los cirujanos de cáncer gástrico. La National Comprehensive Cancer Network recomienda que cuando la linfadenectomía es realizada en un centro especializado, con alto volumen y con adecuada experticia, una linfadenectomía D2 con preservación de páncreas y bazo es la que entrega mayor información respecto a estadio y podría entregar una mayor sobrevida mientras evita morbilidad excesiva. En contraste, no hay evidencia que la linfadenectomía D3 entregue mayor beneficio en comparación a D2, pero si está asociada a mayor mortalidad perioperatoria. La última revisión Cochrane señala que

existe una mayor sobrevida comparando D2 v/s D1, pero con aumento de la mortalidad perioperatoria.

3.- Abierta v/s laparoscópica

Se prefiere actualmente la técnica abierta, en comparación a la laparoscópica por diferentes agrupaciones de cirujanos a nivel mundial. Sin embargo, en centros experimentados, con gran volumen quirúrgico, la cirugía laparoscópica se está posicionando con mejores resultados en torno a recuperación postoperatoria y menor cantidad de complicaciones.

LAS ESTRATEGIAS TERAPÉUTICAS PREFERIBLES

La evidencia en la actualidad respecto a mejores resultados basados en estudios prospectivos randomizados concluye:

- a.- La cirugía laparoscópica tiene mejores resultados perioperatorios en cáncer gástrico temprano (sin afectar más allá de la submucosa)
- b.- La gastrectomía distal laparoscópica para cánceres más avanzados se ha estudiado en un centro en China de forma prospectiva y aleatorizada, los cuales hasta ahora han entregado datos de mejores resultados al corto plazo, pero no cumplen aún con el tiempo mínimo para demostrar mejores resultados oncológicos. Sumado a esto, la población oriental tiene diferencias tanto en la histología del cáncer, edad de presentación e IMC.
- c.- Existe evidencia asociada a similares outcomes oncológicos a largo plazo comparando ambas técnicas en población con CG en estadio I, donde se obtuvieron resultados similares.
- d.- En un metaanálisis que contiene la mayoría de los estudios retrospectivos se comparó sobrevida a 5 años plazo, supervivencia libre de enfermedad y supervivencia específica de enfermedad no encontrando diferencias significativas. Aun así, todavía no existe evidencia suficientemente confiable para concluir que presenta similares resultados oncológicos a largo plazo.
- e.- Enfermedad recurrente. En la gran mayoría de los casos, la enfermedad recurrente (descrita como un tumor de similar histología, ubicado cercano al sitio de anastomosis), se pesquisa en formas avanzadas, por lo que el tratamiento con radioterapia tiende a ser el más indicado. En caso de que la recidiva sea solo local, sin diseminación se podría intentar una nueva cirugía resectiva.
- f.- Gastrectomía paliativa. En pacientes con enfermedad localmente avanzada o metastásica, se podría optar por gastrectomía paliativa cuando se presentan síntomas como dolor, náuseas, sangrado y obstrucción. No entrega mayor sobrevida, pero si paliación de síntomas. No existe evidencia suficiente para comparar la cirugía con quimioterapia o radioterapia paliativas.
- g.- Resección hepática por metástasis: solo en casos seleccionados: única o varias localizadas en un solo segmento. En el único caso en el que podría tener algún grado de utilidad sería en el cáncer gástrico con solo metástasis hepáticas, lo cual, en series asiáticas, sería un 0.5% de los casos.

h.- Uso de quimioterapia y radioterapia como adjuvante y neoadjuvante. Aún cuando el principal predictor de sobrevida al largo plazo es la cirugía, está más que demostrado que la quimioterapia y radioterapia mejoran resultados, sobre todo cuando hay compromiso nodal asociado.

DISCUSIÓN

La cirugía puede ser utilizada como componente en la etapificación del CG, tratamiento potencialmente curativo de enfermedad localizada o para paliación en casos de enfermedad avanzada. La erradicación quirúrgica completa del tumor gástrico con resección de los linfonodos adyacentes representa la mejor chance de sobrevida a largo plazo.

La evidencia es clara al mostrar la necesidad de generar centros especializados en el tratamiento del CG debido a que eso facilitaría realizar técnicas que mejoren la sobrevida del paciente, con menor mortalidad, como son la cirugía con resección de D2 con mantención de páncreas y bazo.

Donde existe mayor necesidad de investigación para obtener el mejor tratamiento para los pacientes es en la disección de linfonodos y la elección entre laparoscopia v/s técnica abierta. La laparoscopia se está situando como una mejor intervención perioperatoria, con similares resultados oncológicos al largo plazo. En los próximos años, con los estudios que se están realizando a nivel internacional, podría establecerse como el Gold Standard.

A la luz de los mejores resultados obtenidos en diagnósticos precoces, se hace necesario que se profundice en la búsqueda de sistemas de tamizaje costo/efectivos que permitan pesquisar la enfermedad en estadios precoces, con mayores posibilidades de tratamiento potencialmente curativo.

CONCLUSIÓN

Chile es reconocido a nivel mundial por ser uno de los países con más alta incidencia de CG, por lo que se deben hacer esfuerzos para la formación de centros especializados para el tratamiento de esta patología, siendo estos los que presentan mejores resultados a largo plazo al momento de tratar esta patología. La cirugía se mantiene como pilar fundamental del tratamiento curativo, estando la quimioterapia y radioterapia como terapia adjuvante y coadjuvante. Se deben hacer esfuerzos para encontrar sistemas de tamizaje eficientes para lograr mejorar la sobrevida de pacientes con CG.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pu YW, Gong W, Wu YY, Chen Q, He TF, Xing CG. Proximal gastrectomy versus total gastrectomy for proximal gastric carcinoma. A meta-analysis on postoperative

- complications, 5-year survival, and recurrence rate. *SaudiMed J.* 2013 Dec; 34(12):1223-8.
2. Bozzetti F, Marubini E, Bonfanti G, Miceli R, Piano C, Gennari L. Subtotal versus total gastrectomy for gastric cancer: five-year survival rates in a multicenter randomized Italian trial. Italian Gastrointestinal Tumor Study Group. *Ann Surg.* 1999;230(2):170
 3. Wagner PK, Ramaswamy A, Rüschoff J, Schmitz-Moormann P, Rothmund M. Lymph node counts in the upper abdomen: anatomical basis for lymphadenectomy in gastric cancer
 4. Mocellin S, McCulloch P, Kazi H, Gama-Rodrigues JJ, Yuan Y, Nitti. Extent of lymphadenectomy in patients with gastric cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 8. Art. No.: CD001964.*
 5. Chen XZ, Wen L, Rui YY, Liu CX, Zhao QC, Zhou ZG, Hu JK. Long-term survival outcomes of laparoscopic versus open gastrectomy for gastric cancer: a systematic review and meta-analysis. *Medicine (Baltimore).* 2015; 94(4):e454.
 6. Honda M, Hiki N, Kinoshita T, Yabusaki H, Abe T, Nunobe S, Terada M, Matsuki A, Sunagawa H, Aizawa M, Healy MA, Iwasaki M, Furukawa TA. Long-term Outcomes of Laparoscopic Versus Open Surgery for Clinical Stage I Gastric Cancer: The LOC-1 Study. *Ann Surg.* 2016 Aug; 264(2):214-22.
 7. Badgwell B, Cormier JN, Xing Y, Yao J, Bose D, Krishnan S, Pisters P, Feig B, Mansfield P. Attempted salvage resection for recurrent gastric or gastroesophageal cancer. *Ann SurgOncol.* 2009; 16(1):42.
 8. Linhares E, Monteiro M, Kesley R, Santos CE, Filho OS, Simões JH. Major hepatectomy for isolated metastases from gastric adenocarcinoma. *HPB (Oxford).* 2003;5(4):235.
 9. Macdonald JS, Smalley SR, Benedetti J, Hundahl SA, Estes NC, Stemmermann GN, Haller DG, Ajani JA, Gunderson LL, Jessup JM, Martenson JA. Chemoradiotherapy after surgery compared with surgery alone for adenocarcinoma of the stomach or gastroesophageal junction. *N Engl J Med.* 2001; 345(10):725.