

AVANCES EN EL TRATAMIENTO ENDOSCÓPICO DEL CÁNCER GÁSTRICO

A. Sanchez-Yagüe¹, N. Kakushima², A. Sanchez-Cantos¹, H. Ono²

¹Unidad de Aparato Digestivo. Hospital Costa del Sol. Marbella. España.

²Division of endoscopy. Shizuoka Cancer Center. Shizuoka, Japón.

Hemos leído con interés el artículo de Alcaide y cols titulado "Avances en el tratamiento de tumores digestivos del tracto superior: cáncer gástrico, esofágico, pancreático y biliar ¿Ha cambiado algo en los últimos cinco años?¹. En el citado artículo los autores mencionan levemente el papel de la endoscopia en el tratamiento del cáncer gástrico localizado. Nos gustaría arrojar un poco de luz sobre la base racional de la resección endoscópica y las diferencias fundamentales entre las diversas técnicas que se emplean en la actualidad.

Tal como los autores apuntan la resección endoscópica de la mucosa es un método de tratamiento del cáncer gástrico precoz (definido como aquel limitado a la mucosa o submucosa independientemente de la afectación ganglionar) utilizado principalmente, aunque no exclusivamente, en Japón. La base racional para esta estrategia terapéutica se fundamenta en estudios realizados sobre especímenes de gastrectomía en los que se determinaba el grado de invasión y se comparaba con la incidencia de metástasis ganglionares^{2,3}. En estos estudios se demostraba que el riesgo de metástasis ganglionares en lesiones limitadas a la mucosa era menor del 3% mientras que para aquellas que alcanzaba la submucosa el riesgo aumentaba hasta el 20%^{4,7}. Estudios sucesivos estratificando la profundidad de afectación de la submucosa han demostrado que cuando la afectación de esta está por debajo de 500µm el riesgo de metástasis ganglionares es menor del 2%⁸. Sobre esta base se podría recomendar la resección local exclusivamente sin necesidad de proceder a vaciamiento ganglionar dado el bajo riesgo de afectación de éstos.

El problema práctico consistiría en determinar a priori el grado de invasión para así seleccionar la técnica de tratamiento mas adecuada. Para ello disponemos de la descripción endoscópica de la lesión, de las características histológicas de la biopsia y de otras técnicas de imagen asociadas como la ecoendoscopia. Se ha observado una relación entre las características endoscópicas (tamaño, ulceración, etc.) e histológicas de la lesión y el grado de invasión lo cual ha derivado en los criterios de tratamiento endoscópico actualmente aceptados en Japón⁹ y en los criterios expandidos¹⁹ que están actualmente en estudio¹¹ (Tabla 1). La ecoendoscopia aporta una sensibilidad y especificidad elevadas para el diagnóstico de estadio T1 lo cual permite

Tabla 1. Criterios para la resección endoscópica del cáncer gástrico precoz

Criterios aceptados:

- Adenocarcinoma intramucoso bien diferenciado de tamaño menor o igual a 2 cm sin signos de ulceración.

Criterios ampliados:

- Adenocarcinoma intramucoso bien diferenciado mayor de 2 cm sin signos de ulceración.

- Adenocarcinoma intramucoso bien diferenciado de tamaño menor o igual a 3 cm con signos de ulceración.

- Adenocarcinoma intramucoso indiferenciado menor de 2 cm sin signos de ulceración.*

- Adenocarcinoma submucoso (<500µm) bien diferenciado de tamaño menor o igual a 3cm sin signos de ulceración.

* Aunque el riesgo de metástasis es mínimo se considera indicación relativa de tratamiento endoscópico dada la dificultad técnica para obtener una resección en bloque en tumores indiferenciados^{11,13}

CORRESPONDENCIA

Andrés Sánchez Yagüe
Unidad de Aparato Digestivo
Hospital Costa del Sol, Autovía A-7, Km. 187
Marbella 29603
Tlf: +34 951976746
asanchezagüe@me.com

una indicación correcta de tratamiento endoscópico¹², por otro lado la sensibilidad disminuye para la detección de afectación ganglionar. Sin embargo, no existe ninguna modalidad diagnóstica que nos permita evaluar la presencia de infiltración linfovascular antes del tratamiento. En este aspecto cabe destacar que, una vez que la resección se ha realizado, el margen vertical y la presencia de afectación linfática o venosa son los mejores predictores de invasión ganglionar¹⁰.

Las técnicas endoscópicas para el tratamiento de lesiones cancerosas precoces se pueden agrupar bajo dos denominaciones: mucosectomía o resección endoscópica de la mucosa (REM; endoscópica mucosal resection) y disección endoscópica de la submucosa (DES; endoscopic submucosal dissection). Cada una de ellas agrupa múltiples métodos específicos¹³. En las técnicas de mucosectomía la lesión se reseca finalmente con un asa mientras que en la DES la submucosa se disecciona libremente usando uno de las múltiples "agujas de diatermia" disponibles. La principal diferencia entre ambas es que la DES permite reseccionar lesiones de virtualmente cualquier tamaño en una sola pieza en más del 90% de los casos mientras que con las técnicas de REM se consigue en aproximadamente el 80% de las lesiones menores de 10mm para disminuir abruptamente en lesiones de mayor tamaño¹⁴⁻¹⁷. Sin embargo la resección en bloque de una lesión no implica que esta se haya resecado completamente. El concepto de resección completa es un concepto histopatológico e implica que los márgenes lateral y vertical estén libres de afectación. Este concepto es importante porque la resección completa mejora el pronóstico. Al determinar las tasas de resección completa se aprecia como la disección submucosa la consigue en todos los casos de resección en bloque mientras que la mucosectomía obtiene tasas menores de resección completa¹⁸.

Aunque no existen estudios comparativos randomizados entre los resultados del tratamiento endoscópico y quirúrgico, las técnicas endoscópicas han demostrado ser una excelente alternativa para el tratamiento del cáncer gástrico precoz. Para las lesiones que tienen un bajo riesgo de metástasis, la resección endoscópica supondría un tratamiento curativo con un menor deterioro de la calidad de vida del paciente. Además, la obtención del espécimen de la lesión en una sola pieza proporciona un diagnóstico histopatológico preciso, de modo que la necesidad de gastrectomía con disección ganglionar puede ser evaluada correctamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alcaide-García J, Villatoro-Roldán RM, Pérez-Martín D, Rueda-Domínguez A. Avances en el tratamiento de tumores digestivos del tracto superior: cáncer gástrico, esofágico, pancreático, y biliar. ¿ha cambiado algo en los últimos cinco años? RAPD (online) 2010; 33:37-46.
2. Sano T, Kobori O, Muto T. Lymph node metastasis from early gastric cancer: endoscopic resection of tumour. Br J Surg 1992; 79:241-4.
3. Tsujitani S, Oka S, Saito H, Kondo A, Ikeguchi M, Maeta M, Kaibara N. Less invasive surgery for early gastric cancer based on the low probability of lymph node metastasis. Surgery. 1999; 125:148-54.

4. Baba H, Maehara Y, Okuyama T, Orita H, Anai H, Akazawa K, et al. Lymph node metastases and macroscopic features in early gastric cancer. Hepato-gastroenterology 1994; 41: 380-383.
5. Maehara Y, Orita H, Okuyama T, Moriguchi S, Tsujitani S, Korenaga D, et al. Predictors of lymph node metastasis in early gastric cancer. Br J Surg 1992; 79: 245-247.
6. Endo M, Habu H. Clinical studies of early gastric cancer. Hepatogastroenterology 1990; 37: 408-410.
7. Kim JP, Hur YS, Yang HK. Lymph node metastases as a significant prognostic factor in early gastric cancer: analysis of 1136 early gastric cancers. Ann Surg Oncol 1995; 2: 308-313.
8. Kurihara N, Kubota T, Otani Y, Ohgami M, Kumai K, Sugiura H, et al. Lymph node metastasis of early gastric cancer with submucosal invasion. Br J Surg 1998; 85: 835-839.
9. Yamao T, Shirao K, Ono H, Kondo H, Saito D, Yamaguchi H, et al. Risk factors for lymph node metastasis from intramucosal gastric carcinoma. Cancer 1996; 77(4):602-6.
10. Gotoda T, Sasako M, Ono H, Katai H, Sano T, Shimoda T. An evaluation of the necessity of gastrectomy with lymph node dissection for patients with submucosal invasive gastric cancer. Br J Surg 2001; 88: 444-449.
11. Kurokawa Y, Hasuike N, Ono H, Boku N, Fukuda H; Gastrointestinal Oncology Study Group of Japan Clinical Oncology Group. A phase II trial of endoscopic submucosal dissection for mucosal gastric cancer: Japan Clinical Oncology Group Study JCOG0607. Jpn J Clin Oncol 2009; 39(7):464-6.
12. Puli SR, Batapati Krishna Reddy J, Bechtold ML, Antillon MR, Ibdah JA. How good is endoscopic ultrasound for TNM staging of gastric cancers? A meta-analysis and systematic review. World J Gastroenterol 2008; 14:4011-9.
13. Gotoda T, Yamamoto H, Soetikno RM. Endoscopic submucosal dissection of early gastric cancer. J Gastroenterol 2006; 41:929-42.
14. Takeshita K, Tani M, Inoue H, Saeki I, Honda T, Kando F, et al. A new method of endoscopic mucosal resection of neoplastic lesions in the stomach: its technical features and results. Hepatogastroenterology 1997; 44 (18): 1602-11.
15. Hirao M, Masuda K, Nakamura M. [Endoscopic resection with local injection of HSE (ERHSE) in early gastric carcinomas]. Gan No Rinsho. 1986; 32:1180-4.
16. Ono H, Kondo H, Gotoda T, Shirao K, Yamaguchi H, Saito D, et al. Endoscopic mucosal resection for treatment of early gastric cancer. Gut. 2001 Feb; 48: 225-9.
17. Watanabe K, Ogata S, Kawazoe S, Watanabe K, Koyama T, Kajiwara T, et al. Clinical outcomes of EMR for gastric tumors: historical pilot evaluation between endoscopic submucosal dissection and conventional mucosal resection. Gastrointest Endosc 2006; 63(6):776-82.
18. Oka S, Tanaka S, Kaneko I, Mouri R, Hirata M, Kawamura T, et al. Advantage of endoscopic submucosal dissection compared with EMR for early gastric cancer. Gastrointest Endosc 2006; 64(6):877-83.