

Laparoscopia estadificadora en cáncer gástrico

Aquino, Alfredo; Rovira, Pablo; Domínguez, Daniel; Serra, Edgardo; Torres, Ricardo

INTRODUCCION

En nuestro medio, la mayoría de los carcinomas gástricos son diagnosticados en estadios avanzados y, por lo tanto, con un alto porcentaje de irresecabilidad. La correcta estadificación es esencial para la toma de decisiones terapéuticas y evaluar el pronóstico.

Los métodos de estadificación que se encuentran al alcance de nuestros pacientes, como la Ecografía y la Tomografía, presentan una limitada exactitud diagnóstica.

El advenimiento de la laparoscopia y su rol en la estadificación tumoral ha cambiado el algoritmo de estudio en muchos centros.

El objetivo de este trabajo es evaluar los resultados de la estadificación laparoscópica y su incidencia en los cambios terapéuticos en relación con la estadificación clínica.

MATERIAL Y METODOS

Durante el periodo de Mayo del 2005 a Mayo del 2007, 15 pacientes con cáncer gástrico fueron sometidos a una laparoscopia estadificadora, en el servicio de Cirugía General del Hospital Escuela Gral. San Martín.

Se realizó un estudio de tipo prospectivo incluyendo a todos los pacientes con diagnóstico histopatológico de cáncer gástrico.

Se correlacionó la clínica, los estudios diagnósticos para estadificación preoperatoria, los hallazgos de la laparoscopia estadificadora y la cirugía realizada.

Con los estudios preoperatorios se agrupó a los pacientes en: potencialmente resecables y con alta sospecha de irresecabilidad.

A todos se les realizó laparoscopia estadificadora y, posterior a ésta, si los pacientes presentaban un estadio resecable,

se convirtió a cirugía convencional para continuar con la gastrectomía. Si la laparoscopia confirmó la irresecabilidad, se dio por finalizado el procedimiento (en un caso, previa yeyunostomía de alimentación) y los pacientes fueron derivados a Oncología.

La sistemática de la estadificación laparoscópica consistió en semiología del peritoneo visceral y parietal, evaluación de la superficie e hilio hepático, epiplón mayor y menor y cara anterior gástrica. Por apertura del epiplón gastrocólico se ingresó a la transcavidad de los epiplones y se evaluó la pared gástrica posterior y la invasión al páncreas. Se tomaron biopsias de las lesiones sospechosas de malignidad y se envió a biopsia por congelación. Foto 1.

RESULTADOS

La edad de los pacientes varió entre los 35 y los 67 años. 11 fueron hombres (73%) y 4 mujeres (27%). La presentación clínica fue: simulando un síndrome ácido-sensitivo en 10 (66%) pérdida de peso en 6 (42%), vómitos en 4 (26%), melena en 2 (13%) y anemia en 2 (13%). Gráfico 1.

La localización endoscópica de los tumores fue: 5 en cardias (33%), 6 en curvatura menor (40%), 2 en antro gástrico (13%) y 2 en curvatura mayor (13%). Gráfico 2. El adenocarcinoma fue el resultado de las biopsias en todos los pacientes.

Según la clasificación de la American Joint Committee on Cancer (AJCC), previos a la laparoscopia diagnóstica, 12 (80%) pacientes fueron considerados potencialmente resecables y, 3 (20%) con alta sospecha de irresecabilidad. Gráfico 3.

Los 11 pacientes potencialmente resecables se consideraron un estadio II mientras que, en los pacientes con alta sospecha de irresecabilidad, dos fueron un estadio III y uno un estadio IV.

A todos se les realizó la laparoscopia estadificadora con la técnica descripta y se volvieron a reestadificar en forma intraoperatoria. La estadificación laparoscópica mantuvo como resecables, sin modificar su estadio a 6 pacientes de los 11 (50%) potencialmente resecables y en 6 (50%) cambió

Aquino, Alfredo; Rovira, Pablo; Domínguez, Daniel; Serra, Edgardo; Torres, Ricardo
Servicio de Cirugía Hospital Escuela "Gral. José de San Martín".
Mejor Trabajo de Investigación Clínica en el II Congreso Facultad de Medicina, diciembre de 2007.

de un estadio II, resecables, a un estadio IV tornándolos irresecables. Tabla 1.

De los 3 pacientes que fueron considerados potencialmente irresecables, posterior a la laparoscopia, se confirmó la irresecabilidad y, en uno de ellos, pasó de un estadio III a un estadio IV por infiltración peritoneal no evidenciada en los estudios preoperatorios.

La laparoscopia estadificadora modificó la estrategia terapéutica y evitó la laparotomía innecesaria en 6 de 15 pacientes (40 %). A los 6 pacientes que permanecieron en el grupo de resecables, se les realizó gastrectomía total oncológica debido a su localización anatómica.

DISCUSION

La estadificación con estudios convencionales preoperatorios en el cáncer gástrico ocasiona un número importante de laparotomías innecesarias, las cuales implican una morbilidad que varía del 12 al 27% y una mortalidad de hasta un 21%.(1, 2, 3).

En una revisión de los casos de nuestro hospital entre los años 2002 y 2005, 41% de los pacientes con cáncer gástrico sufrieron una laparotomía innecesaria. El aporte de la literatura demostrando las ventajas de una estadificación laparoscópica de todos aquellos cánceres gástricos potencialmente operables, asociada a la experiencia anteriormente descrita, motivaron a incorporar esta sistemática en nuestro servicio a partir del 2005.

Como refiere la literatura, excluimos a los pacientes con estadio IV ya que no se benefician con este método. (4, 5) y aquellos con hemorragia digestiva u obstrucción porque deben ser sometidos a un procedimiento paliativo. Los pacientes a quienes solo se les realizó laparoscopia estadificadora, no presentaron complicaciones en el postoperatorio. Esto es similar a otros grupos que realizaron un mayor seguimiento de los pacientes y no informan morbilidad ni mortalidad asociadas a este procedimiento(6). Burke y col (5) informaron una estadía de 1,4 días para los pacientes a los que se les realizó solo laparoscopia estadificadora y 6,5 días para los pacientes a los que se les realizó laparotomía innecesaria.

Los estudios estadificadores por imágenes preoperatorios que utilizamos (TAC y Ecografía abdominal), presentaron una subestadificación en 7 de 15 pacientes (46,6%). Estos estudios preoperatorios presentan altos números de falsos negativos. La principal dificultad fue para diagnosticar metástasis hepáticas

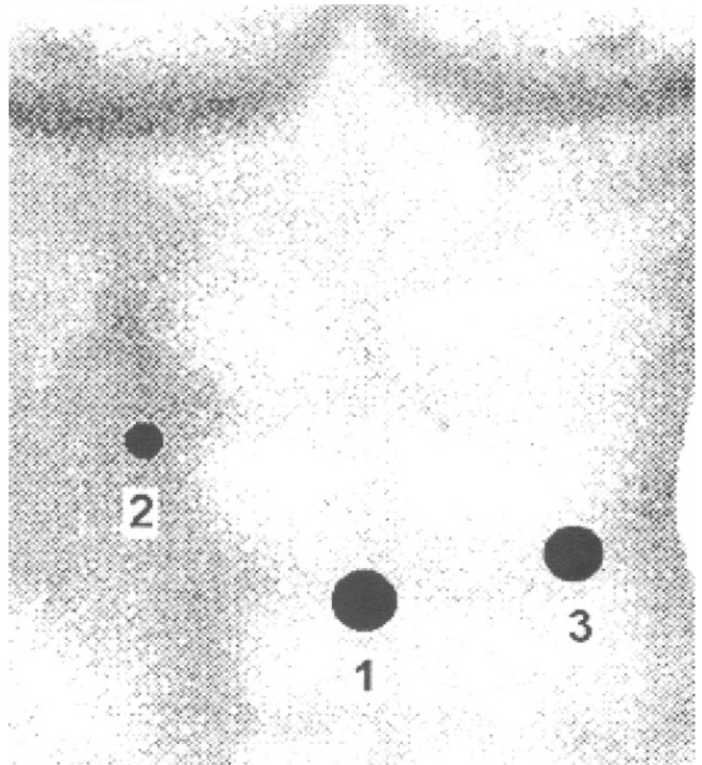


Foto 1. Colocación de los trocares. 1 Trocar umbilical de 10 mm. 2 Trocar flanco derecho 5mm. 3. Trocar flanco izquierdo 10 mm.

menores de 1 cm e infiltración peritoneal metastásica. Gross y colaboradores reportaron una experiencia de 46 pacientes estadificados en el preoperatorio con Ecografía y TAC, y pudieron encontrar enfermedad metastásica en

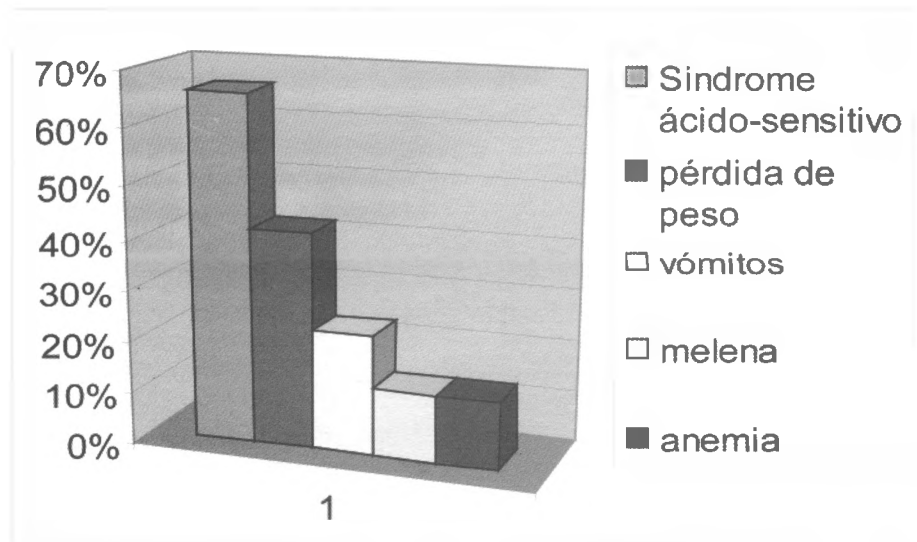


Gráfico 1. Presentación clínica

27 de ellos(57%), que habían sido estadificados como M0(9). Otros grupos informan entre un 21 y un 57% de falsos negativos para diagnóstico de enfermedad metastásica (M1) (8, 1, 7,10,9). La laparoscopia presentó mayor sensibilidad y especificidad para la detección de metástasis que la TAC y la Ecografía. Stell y Col (2) comunicaron que, para la detección de metástasis hepáticas la laparoscopia presentó una especificidad del 99% versus un 76% y 79% para la Ecografía y TAC respectivamente; y la sensibilidad para la laparoscopia de 96% comparada con 37 y 52% para la ecografía y TAC respectivamente. Con respecto a la infiltración peritoneal el mismo estudio mostró una especificidad de 94% para la laparoscopia, 84% para la Ecografía y 81% para la TAC. La sensibilidad fue de 69% para la laparoscopia y 23 y 8% para la Ecografía y TAC respectivamente.

A pesar de que el número de casos de nuestra casuística, es aún relativamente pequeño, el cambio de estadio gracias a la laparoscopia estadificadora fue de un 46,5%. Este resultado es similar a otros estudios que varían desde un 21% y un 51%. (4, 11, 5, 6, 7, 10, 9, 1, 12, 15, 16).

Los pacientes que fueron laparotomizados y a los que se les realizó la gastrectomía con criterios oncológicos no cambiaron su estadio con respecto a la laparoscopia estadificadora. En nuestro grupo la laparoscopia no presentó falsos negativos.

Otros grupos publican que un 9% de pacientes estadificados por laparoscopia como M0, cambian su estadio a M1 al realizar la laparotomía e intentar la gastrectomía. (4).

Los estudios por imágenes también presentan un porcentaje de sobreestadificación, en los que el tumor parece invadir órganos vecinos y son simples adherencias o procesos inflamatorios. (13).

En un 40% de los pacientes de nuestro grupo, se realizó un cambio en el plan terapéutico. Otros grupos informan un cambio en el plan terapéutico gracias a la laparoscopia estadificadora que va de un 40,5% (Subestadificación 25% y sobreestadificación 5%)(12) a un 53,8%(17) de los pacientes que se sometieron a laparoscopia estadificadora preoperatoria.

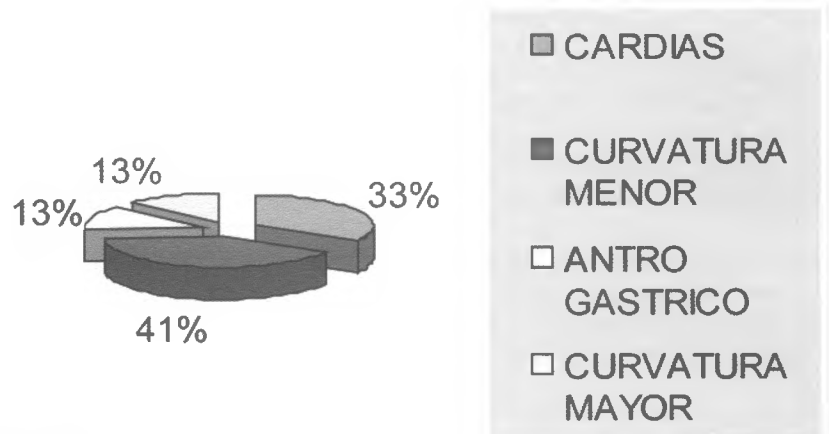


Gráfico 2. Localización anatómica de los tumores

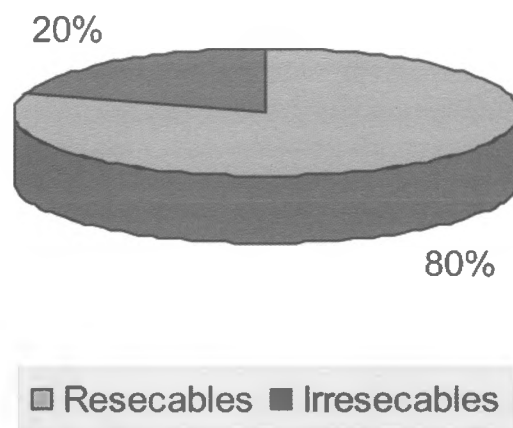


Gráfico 32. Clasificación de la estadificación preoperatoria

Tabla 1. Estadios pre y postoperatorio de los pacientes estadificados

Pac	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
preop	I	II	IIIB	IIIB	II	II	II	III	II	II	II	II	II	II	II
postop	IV	II	IIIB	IIIB	IV	II	II	IV	II	IV	II	IV	IV	IV	IV

CONCLUSIONES

La laparoscopia estadificadora es un método diagnóstico de muy baja morbi-mortalidad, que si bien puede prolongar el tiempo quirúrgico de las resecciones oncológicas en cáncer gástrico, permite el cambio de conducta terapéutica en un importante porcentaje de casos. Este cambio en la estadificación, logrado con la exploración laparoscópica, evita laparotomías innecesarias y sus evidentes consecuencias. Su costo - beneficio justifica su utilización sistemática en todos los cánceres gástricos potencialmente operables.

BIBLIOGRAFIA

1. D'Ugo D M, Persiani R, Caracciolo F, et al Selection of locally advanced gastric carcinoma by preoperative Laparoscopic Staging. *Surg Endosc* 11: 1997, 1159-1162.
2. Stell DA. Prospective comparison of laparoscopy, ultrasonography and TAC in the staging of gastric cancer. *Br J Surg* 1996,86:1260-1262.
3. Wanebo HJ. Cancer of the stomach. A patients care study by the American College of Surgeons. *Ann Surg* 1993. 218:583-592.
4. Abeeza L. Selection of patients with gastric adenocarcinoma for laparoscopic staging. *American Journal of Surgery*. Vol 191, Janua 2006.
5. Burke E.C. Laparoscopy in the management of gastric adenocarcinoma. *Ann Surg* 1997, 225: 262-267.
6. Deogracias Ml. Absence of port-site metastases following staging laparoscopy for gastric carcinoma. *Rev Esp Enferm Dig*. 2006 Oct;98(10):755-9.
7. Possik RA. Sensivity, specificity and predictive value of laparoscopy for staging of cancer gastric. And for the detection of liver metastases. *Cancer* 1986, 58: 1-6.
8. Kriplani AK. Laparoscopy for preoperative staging and assessment of operability in gastric carcinoma. *Gastrointest Endosc* 1991 37:441-443.
9. Gross E. Assessment of cancer gastric by laparoscopic. *Br Journal of Medicine*. 1984, 288: 1577.
10. Possik R A, Franco E L, Pires D R, et al: Sensitivity, specificity, and predictive value of Laparoscopy for the Staging of gastric carcinoma and for the detection of liver metastases. *Cancer* 1986, 58: 1-6.
11. Sotiropoulos GC. Staging laparoscopy in gastric cancer. *Eur J Med Res*. 2005 Feb 28;10(2):88-91.
12. Feusnner H. Pretherapeutic laparoscopic staging in advanced gastric cancer. *Endoscopy* 1999, 31 342-347.
13. Saad E. Perissat J. Cirugia videoasistida y percutanea para cirujanos generales. 2004, Pag 320-322.
14. Persiani R. Laparoscopic Staging of gastric carcinoma; diagnostic an therapeutic aproach. *Proc 4 Congreso EAES Nice France*. 2000.
15. Lehnert T, Rudek B, Kienle P, et al: Impact of diagnostic laparoscopy on the management of gastric carcinoma. Prospective study of 120 consecutive patients with primary gastric adenocarcinoma *Br J Surg* 2002, 89. 471-475.
16. Lowy A M, Mansfield P F, Leach S D, et al: Laparoscopic Staging for gastric carcinoma. *Surgery* 1996, 119: 611-614.