

Cáncer gástrico multicéntrico y sincrónico, en los últimos 24 años en el Hospital Carlos Andrade Marín. Quito-Ecuador.

Jaime Chávez Estrella^{1,2}, Mónica Chávez Guerrero¹, Mauricio Puente C¹.

¹Servicio de Cirugía General, Hospital Carlos Andrade Marín. Quito-Ecuador, ²Profesor de Cirugía General, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Central del Ecuador

Resumen

En el Servicio de Cirugía General del Hospital Carlos Andrade Marín, desde el 1 de enero de 1976 al 21 de Octubre de 1999, se realizó el tratamiento quirúrgico de 909 pacientes con cáncer gástrico. 103 pacientes tuvieron cáncer temprano o incipiente, en 14 de estos pacientes se determinó 30 lesiones multicéntricas y sincrónicas neoplásicas en el estómago. Se estudió las Historias Clínicas de estos 103 enfermos, con el objeto de establecer una correlación entre lesiones solitarias, multicéntricas y sincrónicas. Se revisó la bibliografía de publicaciones de estas lesiones y se concluyó: Las lesiones elevadas se encuentran en mayor porcentaje 26,66% frente a las lesiones solitarias 8,98%. Las lesiones múltiples se localizan más frecuentemente en el cuerpo 50% y fondo gástrico 13,13% frente a las lesiones solitarias que se localizan en el antro en 60,67%, en el cuerpo 29,21 % y 10,11 % en el fondo gástrico. Las lesiones elevadas en pacientes de edad, predisponen a las lesiones multicéntricas, su histología es adenocarcinoma diferenciado. En 71,42% de enfermos las lesiones múltiples no fueron diagnosticadas preoperatoriamente, el diagnóstico lo determinó el Patólogo por el examen de la pieza resecada. 13 enfermos presentaron 2 lesiones y 1 paciente, 4 lesiones; generalmente las lesiones que pasaron desapercibidas estuvieron en el cuerpo o fondo gástrico de pequeño diámetro; el mayor número interesó la mucosa, en algunos casos fueron inclusive lesiones planas 10%, frente al 5% en las lesiones solitarias. Tuvieron invasión linfática metastásica a la primera barrera ganglionar en un 28,57%, todas las lesiones con invasión linfática estuvieron en la mucosa gástrica. **Rev Fac Cien Méd (Quito) 2001; 26(1): 6-13**

Palabras claves: Lesiones cancerosas multicéntricas y sincrónicas, cáncer gástrico temprano.

Abstract

909 patients with gastric cancer received quirsurgic treatment in Surgery in the Carlos Andrade Marin Hospital from first of January of 1.976 until 21 of October of 1.999. 103 patients had early cancer, 14 of them had multicentric and sincronic neoplastic injuries in stomach. With the purpose of establishing a correlation between singles, multicentric and sincronic injuries, we studied the clinic histories of 103 patients. After reviewing the bibliographic publications of these injuries, we conclude. The elevated injuries are founded in a major porcentaje 26.66% in relation with the solitary injuries 8.98%. Multiple injuries are founded more frequently in the body 50% and at the bottom of the stomach 13.13%, facing the lonely injuries that are placed in the antro in 60.67%, in the body 29.21% and 10.11% in the bottom of the stomach. The elevated injuries in older patients, predisposed to have multicentric injuries, the histology is adenocarcinoma diferenciado. In 71.28% of patients the multiple injuries weren't diagnosticated in the preoperatory, the diagnostic was determinated by the pathologist in the study of the piece. 13 patients had 2 injuries, 1 patient 4 injuries; usually the injuries that were unsuspected were in the body or the bottom of the stomach and were small. Most of them stay in the mucosa. In some cases there were plain injuries 10% in front a 5% of lonelly injuries. The linfatic methastatic invasion to the first lymph node barrier were in 28.57%. All the injuries with linfatic invasion were in the gastric mucosa. **Rev Fac Cien Méd (Quito) 2001; 26(1): 6-13**

Key words: Multicentric and Sincronic cancer injuries, early gastric cancer.

Introducción

El cáncer gástrico es la neoplasia maligna mas frecuente. En los últimos 30 años según estimaciones

Dirección para correspondencia: Dr. Jaime Chávez. Servicio de Cirugía General, Hospital Carlos Andrade Marín, Quito-Ecuador.

realizadas en distintos países del mundo, está entre las neoplasias con mayor número de casos, 670.000 nuevos casos cada año señala Perkins y colaboradores.

Según la Organización Mundial de la Salud, alrede-

dor de 640.000 muertes al año se producen por esta enfermedad y corresponde aproximadamente al 15% de todas las muertes por patología maligna¹.

En el Ecuador en el año 1998 ocupa el noveno lugar entre las causas de muerte con 1451 pacientes, con una tasa de 1190 por 100.000 habitantes².

La tasa de mortalidad en 1970 fue de 13.04 (584 enfermos), en la década de 1970 a 1979 correspondió al 11,56, de 1980 a 1989 del 12.01, de 1990 a 1998 12,03³, lo cual demuestra que no ha existido mayor variación en estos últimos 30 años.

Revisados los anuarios de defunciones del INEC en los últimos 30 años, en el Ecuador se demuestra que el cáncer gástrico siempre se encuentra entre las nueve principales causas de defunciones, existiendo años como 1994 en los que ocupa el sexto, en otros el séptimo y octavo lugar³.

El Japón tiene la mayor incidencia de cáncer gástrico en el mundo, le siguen Corea, Costa Rica, China⁵. En Estados Unidos de Norte América⁶, en los países de Europa Occidental^{7,8} esta patología ha disminuido en los últimos años.

Los avances en el diagnóstico y los masivos programas de screening en el Japón, han permitido aumentar en ese país cifras mayores al 50% de diagnóstico temprano del cáncer gástrico⁹. Las perspectivas de supervivencia en distintos países del mundo a 5 años plazo, con detección temprana de la enfermedad y adecuada resección gástrica y linfadenectomía ha superado el 90%^{10,11}, en algunos trabajos de autores japoneses cuando el cáncer gástrico invade mucosa o submucosa sin invasión linfática, la sobrevida a 5 años plazo va del 94 al 98%¹².

En el Servicio de Cirugía General del Hospital Carlos Andrade Marín, desde el 1 de enero de 1976 al 21 de octubre de 1999, se han intervenido quirúrgicamente 1005 enfermos con cáncer gástrico; en 103 casos se determinó que tuvieron lesiones tempranas en mucosa o submucosa 21 enfermos, de estas lesiones tempranas presentaron invasión linfática (20.38%) hasta la segunda y tercera barrera ganglionar.

La supervivencia tiene mayor porcentaje de éxito, si la resección de la lesión tiene márgenes libres de tumor, si no existe otras lesiones que hubieran pasado desapercibidas al tratamiento quirúrgico y si se procede a una adecuada linfadenectomía del órgano extirpado.

Por consiguiente, el éxito del tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico, esta supeditado a un diagnóstico preoperatorio lo más preciso, que pueda determinar si la lesión es inicial o avanzada.

Si la lesión es única o múltiple, cuál es su aspecto macroscópico?, cuál la histología de la lesión?, la extensión o diámetro de la misma.

La investigación del cáncer gástrico propone, la prolijidad en los exámenes preoperatorios para diagnosticar las lesiones neoplásicas múltiples en el estómago. El Cirujano deberá tener diversas alternativas para su localización y tratamiento en caso de haber pasa-

do estas lesiones desapercibidas en el preoperatorio. Conocemos que algunas de estas lesiones son diagnosticadas con la serie gastroduodenal con doble contraste¹⁵, el mayor número de estas lesiones se podrá determinar con la minuciosa investigación endoscópica, otras talvés se podrán determinar en el acto operatorio, sin embargo la gran mayoría de casos son hallazgos de la metódica investigación del patólogo en la pieza operatoria extirpada, para tratar la lesión diagnosticada preoperatoriamente.

Las lesiones multicéntricas y sincrónicas plantean para algunos autores un importante enigma en la sobrevida del paciente y formulan las siguientes interrogantes:

Cómo saber que en el momento del tratamiento operatorio no se deja en el remanente gástrico una lesión o más no diagnosticadas?

Cómo podemos reducir la incidencia de las lesiones neoplásicas que pasaron desapercibidas?

Existe alguna o algunas características clínicas patológicas que acompañen a este tipo de lesiones?

Es frecuente la presencia de lesiones multicéntricas en los cánceres gástricos tempranos?

Tiene importancia la edad y sexo del enfermo?

Tiene la histología de la lesión, alguna influencia en el número de lesiones?

El tipo de lesión (elevada o deprimida) tiene relación con la posibilidad de mayor número de lesiones?

Las lesiones malignas pueden ir acompañadas de otros tipos de lesiones benignas que es necesario determinar su histología ?

Como evitar el problema de la recidiva del cáncer por lesiones olvidadas?

Existen algunas características clínico patológicas que se relacionan con la multiplicidad del cáncer gástrico?

Con el objeto de responder como lo han hecho otros autores a las preguntas formuladas, efectuamos un trabajo retrospectivo en el Servicio de Cirugía General del Hospital Carlos Andrade Marín, desde el 1 de enero de 1976 al 21 de octubre de 1999.

Recordemos que las lesiones cancerosas multicéntricas en el cáncer gástrico, han sido valoradas por algunos autores en 2.07%¹⁶, en 5.22%¹⁷, en 6.50%¹⁸, en 8.6%¹⁹ y que cada vez es mayor el porcentaje de estas lesiones diagnosticadas tanto en el preoperatorio y en el acto quirúrgico gracias al esfuerzo desplegado en pensar y determinar este tipo de lesiones.

Materiales y métodos

Desde el 1 de enero de 1976 hasta el 21 de octubre de 1999, en el Servicio de Cirugía General del Hospital Carlos Andrade Marín, se han intervenido por cáncer gástrico 909 pacientes: Cáncer gástrico avanzado 806 (89.75%) y Cáncer incipiente 103 enfermos (11.33%).

Los 103 pacientes con cáncer gástrico temprano presentaron 119 lesiones, 89 con una lesión solitaria

y 14 con lesiones multicéntricas y sincrónicas. Estos 14 casos presentaron 30 lesiones, lo que representa el 13.59% de lesiones multicéntricas en los enfermos que presentaron lesiones cancerosas tempranas. Para su estudio se revisó las historias clínicas de 103 pacientes de cáncer gástrico temprano y de aquellos que presentaron lesiones multicéntricas malignas, se valoraron y compararon los datos de los pacientes con cáncer temprano que presentaron lesiones solitarias, así como las que tuvieron lesiones multicéntricas sincrónicas, se efectuó su relación y comparación en parámetros como: sexo, edad, procedencia, instrucción, métodos de diagnóstico utilizados, localización de la lesión o lesiones malignas y lesiones benignas, penetración, tipo de la lesión, número, diámetro de las mismas, histología, intervención quirúrgica realizada, invasión linfática a las barreras ganglionares y estadio.

Se analizó si hubo necesidad de mayores resecciones gástricas que las programadas y se determinó la relación con la sobrevida de los pacientes. En que momento fueron diagnosticadas las lesiones?, cuántas pasaron desapercibidas?. Se evaluó si el Cirujano en el momento quirúrgico efectuó reconocimiento de las lesiones, sus resultados fueron comparados con los 89 casos de lesiones solitarias de cáncer gástrico temprano, intervenidos durante los años anteriormente señalados y se establecieron conclusiones.

La pieza operatoria gástrica extirpada fue examinada por patólogos del Hospital Carlos Andrade Marín especializados en el Japón, que siguieron las reglas generales para el estudio del cáncer gástrico de la escuela Japonesa²⁰.

Para la determinación de lesiones multicéntricas sincrónicas se utilizó los criterios de Moertell, et al¹⁶. La histología debe confirmar que cada lesión es una neoplasia maligna.

Todas las lesiones deben estar separadas por áreas de la pared gástrica microscópicamente normales. Debe descartarse más allá de cualquier duda la posibilidad de que una de estas lesiones represente una extensión local o un tumor metastásico.

Resultados

En los 103 pacientes con cáncer gástrico temprano el estudio de la pieza operatoria extirpada estudiada por los Patólogos determinó, que 89 enfermos (86.41%) tenían solo una lesión o lesión solitaria y 14 pacientes (13.59%) presentaron 30 lesiones multicéntricas y sincrónicas, dando un gran total de 119 lesiones malignas.

SEXO: Las lesiones solitarias se encontraron en 65 hombres (73.03%) y 24 mujeres (26.96%).

Las lesiones múltiples en 9 hombres (64.28%) y 5 mujeres (35.71%), en este grupo la relación varón mujer fue 9:5 (1.80:1) inferior al grupo de lesiones solitarias que fue de 65:24 (2.70: 1).

EDAD: La edad media de los enfermos con cáncer gástrico multicéntrica fue de 55.7 años (27-78) y de 56.8 años (40-78) para las lesiones solitarias, o sea

ligeramente mayor que las lesiones multicéntricas lo cual no es significativo.

Los varones presentaron en las lesiones multicéntricas una edad media de 55.5 años (40-78); las mujeres 56.0 (27-76); mientras en las lesiones solitarias los varones tenían una edad media de 56.8 años (31-76) las mujeres 56.9 años (37-80).

La menor edad en varones con lesión solitaria fue de 31 años, la máxima 76 años, en las mujeres fue 37 años y 86, respectivamente.

En las lesiones multicéntricas 38 años la mínima y 78 años la máxima para los varones; para las mujeres 27 y 76 años respectivamente.

PROCEDENCIA: El mayor número de casos de lesiones solitarias (59.55%) y multicéntricas (64.28%) provienen de la provincia del Pichincha; de las provincias de la Sierra Norte las solitarias (12.35%) las multicéntricas (14.28%); de las provincias de la Sierra Centro del país las solitarias (16.85%), las multicéntricas (14.28%); de las provincias del Nor-Oriente del Ecuador las solitarias (3.37%), las multicéntricas (7.14%); de las provincias de la Sierra Sur (4.49%) y de la Costa Norte (3.37%) lesiones solitarias; de las lesiones multicéntricas no hemos tenido ningún caso.

La procedencia de los pacientes esta determinada por la organización de la Seguridad Social; el Hospital Carlos Andrade Marín atiende preferentemente a la Provincia del Pichincha, a las Provincias del Norte y Centro de la Sierra; al Norte de la Costa y al Norte y Centro de la Amazonia del Ecuador.

INSTRUCCIÓN: Los pacientes con lesiones solitarias con instrucción superior fueron 22.47%, con secundaria 32.58% con primaria 44.94%.

Los pacientes con lesiones múltiples con instrucción superior 21.42%, con secundaria 57.14%, con primaria 14.28% y analfabeto 7.14%.

No existe ninguna diferencia significativa en este parámetro entre los pacientes con lesión solitaria y multicéntrica.

LOCALIZACIÓN: Los 14 pacientes con lesiones multicéntricas presentaron 30 lesiones, 8 enfermos tuvieron una lesión en el antro y otra en el cuerpo; 3 pacientes las 2 lesiones en el cuerpo, 1 enfermo las 2 lesiones en el antro, 1 enfermo las 2 lesiones en el fondo gástrico, 1 paciente 1 lesión en el antro, otra en el cuerpo y 2 en el fondo.

La localización de las lesiones solitarias fueron 54 (60.67%) en el antro, 26 (29.21%) en el cuerpo y 9 (10.11 %) en el fondo.

Las lesiones multicéntricas se localizaron en el antro 11 (36.66%), en el cuerpo 15 (50%), en el fondo 4 lesiones (13.13%).

Las lesiones multicéntricas se localizaron con mayor frecuencia en el cuerpo, mientras las lesiones solitarias en el antro.

PENETRACIÓN DE LAS LESIONES: Los 89 casos de lesiones solitarias comprometieron 37 (41.57%) la mucosa y 52 lesiones (58.42%) la submucosa.

Las lesiones multicéntricas malignas 23 lesiones (76.66%) comprometieron la mucosa y 7 lesiones (23.33%) la submucosa.

Las lesiones multicéntricas son mas frecuentes en la mucosa 76.66% que las lesiones solitarias 41.76%, en cambio, las lesiones solitarias 58.42% son mas frecuentes que las multicéntricas 23.33% en la submucosa.

CLASIFICACIÓN MACROSCÓPICA: El tipo IIC, es la lesión más frecuente tanto entre las lesiones solitarias 33.70% como entre las multicéntricas 36.66%.

En las lesiones solitarias el tipo elevado se presentó en 8 casos (8.98%), el tipo plano 5 casos (5.61%), las deprimidas 53 casos (59.55%), los tipos combinados 23 casos (25.84%).

Las lesiones multicéntricas 8 lesiones (26.66%) fueron elevadas, 3 lesiones de tipo plano (10%), 13 lesiones (43.33%) deprimidas y 6 (20%) de tipos combinados. Las lesiones elevadas fueron mas frecuentes en las lesiones multicéntricas 26.66% frente al 8.98% de las lesiones solitarias.

Las lesiones planas en las multicéntricas es casi el doble 10% frente al 5.61% de las lesiones solitarias.

DIÁMETRO Y DIAGNÓSTICO: De las 30 lesiones que presentaron los 14 enfermos de cáncer multicéntrico se diagnóstico preoperatoriamente solamente en 4 pacientes, el diagnóstico se hizo mediante la endoscopia y biopsia de la lesión.

El primer paciente tuvo una lesión en el antro gástrico, cara anterior tipo IIC de 20 mm de diámetro que interesó la mucosa, la segunda lesión estuvo localizada en el cuerpo gástrico, cara anterior tipo IIC con diámetro de 8mm.

El segundo paciente tuvo una lesión en antro gástrico cara anterior curvatura menor, interesó la mucosa tipo IIA de 8 mm de diámetro, otra lesión en cuerpo gástrico, en cara anterior curvatura menor, interesó la submucosa tipo IIC de 25 x 12 mm de diámetro.

El tercer paciente una lesión en antro, tipo II B de 4 mm que interesó la mucosa, y una segunda lesión en cuerpo gástrico tipo II B de 3 mm de diámetro que interesó la mucosa, el cirujano en el acto operatorio al efectuar la resección gástrica, descubrió una tercera lesión en el fondo gástrico, en la pieza operatoria se reconoce una cuarta lesión en el fondo gástrico tipo IIA de 4 mm de diámetro.

El 4to paciente fue intervenido 19 años antes por úlcera duodenal, le efectuaron gastrectomía subtotal con reconstrucción Billroth II. Preoperatoriamente se reconoce 2 lesiones malignas tipo III + IIB, 1 en cara anterior del muñón gástrico de 30 x 30 mm y 1a otra en la cara posterior de 20 x 20 mm de diámetro, ambas lesiones interesan la mucosa.

Las lesiones diagnosticadas preoperatoriamente suman 18 con un diámetro promedio de 14.4 mm, localizadas 8 en antro, 6 en cuerpo y 4 en el fondo gástrico, rango 4 - 40 mm.

Las lesiones no diagnosticadas preoperatoriamente

suman 12, estaban localizadas 4 en antro, 6 en el cuerpo y 2 en el fondo gástrico, con un diámetro promedio de 7.2 mm, rango 3-12 mm.

Las lesiones no diagnosticadas son de diámetro inferior 7.2 mm frente a las diagnosticadas con un diámetro promedio de 14.4 mm.

La clasificación macroscópica de las 12 lesiones no diagnosticadas fueron: 5 IIC; 4 IIA; 1 IIB; 1 IIB+III; 1 IIC+IIB.

De las lesiones no diagnosticadas, 9 penetraron la mucosa y 3 la submucosa; la lesión de menor diámetro fue de 3mm intramucosa, 2 tuvieron 4 mm, 1 de 5 mm; 1 de 6 mm, 6 lesiones entre 8 y 10 mm y 1 sola de 12mm.

El mayor número de estas lesiones no diagnosticadas interesa la mucosa y tienen pequeños diámetros, lo cual dificultó el diagnóstico preoperatorio, peor aún si estuvieron localizados en cuerpo y fondo gástrico. **HISTOLOGÍA DE LAS LESIONES:** En las 89 lesiones solitarias, 57 lesiones (64.04%) tuvieron el diagnóstico de adenocarcinoma indiferenciado; 31 (34.83%) fueron adenocarcinomas diferenciados, 1 lesión (1.12%) atipia grado IV.

En las 30 lesiones multicéntricas, 22 (73.33%) fueron adenocarcinomas indiferenciados, 6 (20%) diferenciados, atipia grado IV tuvieron 2 lesiones (6.66%); la atipia grado IV fue encontrada en pacientes cuya otra lesión fue adenocarcinoma indiferenciado.

El adenocarcinoma diferenciado (o tipo intestinal según Lauren) en las multicéntricas representa el 20%, mientras en las solitarias el 34.83%.

El adenocarcinoma indiferenciado en las lesiones multicéntricas representa el 73.33%, mientras en las solitarias el 64.04% estadísticamente superior.

INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA: En las 89 lesiones solitarias, 9 casos (10.11%) se efectuó gastrectomía total y linfadenectomía y en 80 enfermos (89.88%) se realizó gastrectomía subtotal mas adecuada linfadenectomía.

En las lesiones multicéntricas 7 casos (50%) fueron sometidos a gastrectomía total más linfadenectomía, y 7 a gastrectomía subtotal más linfadenectomía adecuada. En la decisión quirúrgica primó la localización de las lesiones, en las multicéntricas el mayor número de lesiones estuvieron en el cuerpo y en el fondo gástrico por consiguiente se prefirió la gastrectomía total.

La mortalidad total postoperatoriamente para los 103 pacientes de cáncer temprano fue de 4 casos (3.88%).

De los 89 pacientes con lesión solitaria 2 fallecieron en el postoperatorio.

En los 14 enfermos con lesiones multicéntricas lamentamos el fallecimiento postoperatorio de 2 pacientes (14.28%), los pacientes fallecidos fueron: el primer caso el afiliado que presentó 4 lesiones, en quien se efectuó gastrectomía total, tuvo en el postoperatorio como complicación fístula de la anasto-

mosis esófago yeyunal, que produjo absceso subfrénico; fue reintervenido por el cirujano tratante por 2 ocasiones más, falleció a los 20 días postoperatorio por sépsis.

El segundo caso, fue una paciente de 76 años de edad, a quien le efectuaron 19 años antes una gastrectomía subtotal, le diagnosticaron 2 lesiones neoplásicas en el muñón gástrico, dicha paciente tenía además cirrosis, el cirujano tratante le realizó gastrectomía total; presentó a las 2 horas sangrado intrabdominal, fue reintervenida quirúrgicamente para cohibir el sangrado falleciendo 8 horas después.

Un enfermo que 10 años antes fue realizado una gastrectomía subtotal por cáncer temprano en el antro, presentó una nueva lesión avanzada en el remanente gástrico, no se ha podido determinar si se trató de una nueva lesión o de una lesión que pasó desapercibida en la primera operación, lo más aceptable es la primera suposición.

Otro paciente de iguales antecedentes presentó un cáncer avanzado del muñón gástrico que no ameritaba tratamiento quirúrgico

INVASIÓN LINFÁTICA: En los pacientes con lesiones multicéntricas sincrónicas malignas; de 9 enfermos que tuvieron lesión en la mucosa, 4 (44.4 %) de ellos tuvieron metástasis ganglionares a la primera barrera; los 5 casos con lesión en la submucosa ninguno tuvo metástasis ganglionar.

En los pacientes con lesiones solitarias 39 presentaron penetración en la mucosa, de estos 3 casos tuvieron metástasis linfática a la primera barrera ganglionar (7.69%); los 50 restantes presentaron lesiones en la submucosa, 9 de ellos tuvieron invasión ganglionar a la primera barrera ganglionar (18%); 3 pacientes a la segunda barrera ganglionar (6%) y 2 enfermas a la tercera barrera ganglionar (4%).

Las lesiones multicéntricas localizadas en la mucosa cuyo tipo macroscópico son lesiones elevadas presentaron mayor porcentaje de metástasis ganglionares.

ESTADIO: Los 89 pacientes de lesiones solitarias tuvieron estadio I, 72 casos (80.89%); estadio II, 12 casos (13.48%), estadio III, 3 casos (3.37%) estadio IV, 2 casos (2.24%).

Los 14 enfermos con lesiones multicéntricas malignas fueron clasificados en estadio I, 10 casos (71.4%) y estadio II, 4 casos (28.57%), estadio III, 0 casos y estadio IV, 0 casos.

LESIONES QUE PASARON DESAPERCIBIDAS: De los 14 pacientes con lesiones multicéntricas malignas, solo 4 fueron diagnosticadas preoperatoriamente, 1 lesión fue diagnosticada en el acto quirúrgico, (previamente ya habían sido diagnosticadas 2 lesiones preoperatorias.)

Diez pacientes con doble lesión no fueron diagnosticados preoperatoriamente, el diagnóstico lo hizo el patólogo en la pieza quirúrgica extirpada, estuvieron localizadas 4 en el antro, 6 en el cuerpo y 2 en el fondo gástrico.

Discusión

El número de enfermos con cáncer gástrico temprano y lesiones múltiples sincrónicas en relación a los cánceres tempranos intervenidos quirúrgicamente es de 13.54% cifra parecida a la citada por Noguchi y colaboradores 13.92%, encontrando en el Instituto de Cáncer de Tokio para cánceres tempranos y corresponde al 2.46% de todos los casos operados en dicho Instituto por cáncer gástrico^{21,22} mientras en nuestro Servicio representa el 1.54%.

El pequeño número de pacientes encontrados por nosotros no es significativo, por eso nuestros resultados pueden ser contradictorios a publicaciones de estadísticas presentados por otros autores con mayor número de casos; nuestros resultados demuestran que es más frecuente en hombres que en mujeres (1.8:1) como en otras publicaciones que citan (2.46:1)²³.

La edad promedio es de 55.7 años para los hombres, conforme avanzan en edad se presentaran mayor número de casos, la edad máxima es de 78 años.

Noguchi²¹ encuentra que estas lesiones múltiples se presentan en enfermos hombres de mayor edad.

Ohta y colaboradores aseveran que las lesiones múltiples sincrónicas se encuentran entre el 15 y 16 %²²; en las piezas examinadas de cáncer gástrico temprano, nosotros encontramos en un 13.92%.

Las lesiones elevadas encontramos en el cáncer gástrico con lesiones multicéntricas en cifras 3 veces mayor (26.66%) que las detalladas en las lesiones solitarias, estas coincidencias han sido descritas previamente^{17,19} sin embargo Noguchi y colaboradores¹⁸ comunicaron que no existe diferencia en cuanto al tipo macroscópico de la lesión, en cambio Mitsudomi, T. y colaboradores²³ mencionan que las lesiones elevadas resultan los más frecuentes.

Nosotros encontramos que la localización de las lesiones es más frecuente en el cuerpo gástrico 50% y en el fondo 13.13% en las lesiones multicéntricas; en las lesiones solitarias es el antro gástrico el que mayor número de casos presenta 60.67%, con tan solo 29.21% en el cuerpo y 10.11 % en el fondo.

Existen publicaciones de otros autores²³ que dan una casi igual localización para las lesiones en los dos grupos, siendo el antro gástrico con 54% el más frecuente.

La penetración de las lesiones multicéntricas en mayor número 76.66% es en la mucosa; en las lesiones solitarias su porcentaje es del 41.57%.

El diámetro promedio de las lesiones multicéntricas es de 7.8 mm muy inferior al de las lesiones solitarias, habiendo nosotros encontrado entre estas últimas lesiones hasta de 65 x 30 mm de diámetro.

12 lesiones o sea el 40% del total de las lesiones multicéntricas pasaron desapercibidas al diagnóstico preoperatorio solo 4 pacientes (28.75%) de los 14 fueron diagnosticados preoperatoriamente doble lesión mediante la endoscopia y la biopsia, la serie

gastroduodenal baritado con doble contraste no detectó ningún caso. Mitsudomi y colaboradores²³ citan 23.1% de lesiones desapercibidas mientras nosotros tuvimos un 40%.

Las lesiones que pasaron desapercibidas más frecuentemente se localizaban en la mucosa, existiendo lesiones en el cuerpo o en el fondo intramucosas de 3 mm, 4 mm y 5 mm de diámetro, cuyas características macroscópicas además fueron tipo II B o planas el porcentaje por nosotros encontrado de estas lesiones es del 10% frente al 5.6% que se determinó en las lesiones solitarias, pensamos que por el diámetro, localización y tipo macroscópico de la lesión, fue muy difícil su diagnóstico, siendo esta una de las causas por lo cual pasan desapercibidas.

En el diagnóstico preoperatorio de las lesiones multicéntricas, es fundamental la experiencia del endoscopista, nosotros no disponemos para el diagnóstico endoscópico de la amplificación de imágenes, ni la endoscopia electrónica con procesamiento de imágenes, tampoco disponemos de la ecosonografía endoscópica que dan una valiosa ayuda al diagnóstico preoperatorio.

En los procesos de cáncer multicéntrico encontramos que el adenocarcinoma indiferenciado se presentó en 73.3% y el diferenciado en 20%, la atipia grado IV en 6.66%.

En las lesiones solitarias el mayor número de lesiones fueron también adenocarcinoma indiferenciado (64.04%).

Los casos de lesiones elevadas en el cáncer multicéntrico fue de adenocarcinoma diferenciado.

El cáncer bien diferenciado de tipo elevado, es característico del cáncer gástrico en el paciente de edad^{24,25} los carcinomas bien diferenciados surgen a partir de esta neoplasia intestinal^{26,27,28}.

Esaki²⁹ sugiere que existe la posibilidad que los cánceres multicéntricos sincrónicos se fusionan después de un crecimiento vertical y horizontal, dando lugar a un cáncer solitario avanzado. lo que explicaría la elevada incidencia del cáncer temprano en los pacientes con lesiones cancerosas multicéntricas.

Mitsudomi y colaboradores²³ creen que para disminuir el número de lesiones que pasan desapercibidas hay que pensar que el cáncer gástrico múltiple pueden aparecer en cualquier momento, especialmente cuando se diagnostica en pacientes varones de edad avanzada con lesiones elevadas.

La prevalencia de cáncer multicéntrico parece ser de 1 por 12 pacientes con cáncer gástrico.

Las gastrectomía total más linfadenectomía se realizó en el 50% de los pacientes con cáncer gástrico multicéntrico, mientras que en los que presentaron lesión solitaria neoplásica solo se realizó en el 10.11%, posiblemente estos datos guardan relación con el sitio de la lesión encontrada, excepto un caso que en el momento operatorio se determinó una lesión que pasaba desapercibida situada en el fondo gástrico, lo que obligó al cirujano a realizar la gas-

trectomía total, recordemos que las lesiones multicéntricas se localizan con mayor porcentaje en el fondo y cuerpo gástrico.

Los dos casos de fallecimiento fueron en los que se realizó gastrectomía total.

No se ha demostrado que la gastrectomía total tenga mejor sobrevida frente a la gastrectomía subtotal; sin embargo nunca se puede en estas resecciones estar seguro de no dejar en el remanente gástrico, uno o mas lesiones no detectadas.

Dos pacientes intervenidos con anterioridad de cáncer gástrico temprano, con gastrectomía subtotal, presentaron cánceres gástricos avanzados en el remanente gástrico dejado, uno de ellos fue reintervenido realizándose gastrectomía total, el otro presentaba un cáncer muy avanzado que no era tributario de la cirugía, no sabemos si estos casos fueron nuevos procesos neoplásicos o lesiones que pasaron desapercibidas.

Parece ser lo adecuado en las lesiones localizadas en el antro y cuerpo la gastrectomía subtotal más linfadenectomía adecuada, la gastrectomía total más linfadenectomía R2 o R3 sería necesario en los casos que las lesiones están localizadas en el cuerpo y fondo gástrico; así hemos procedido nosotros en la casuística presentada. La linfadenectomía adecuada contribuirá a aumentar la tasa de supervivencia de estos enfermos.

Nosotros creemos necesario investigar macroscópicamente la pieza operatoria para determinar lesiones múltiples sincrónicas especialmente en pacientes hombres de edad avanzada y con lesiones elevadas y realizar una linfadenectomía de la primera y segunda barrera ganglionar; en nuestra casuística 28.57% de los enfermos con cáncer multicéntrico y sincrónico presentaron metástasis ganglionares y esta ampliamente aceptado que las metástasis en los nódulos linfáticos influyen en la supervivencia del cáncer gástrico avanzado o inicial.

Conclusiones

Todo paciente de edad avanzada de sexo masculino con lesión elevada en la pared gástrica deberá ser sometido a una minuciosa y prolija investigación de otras lesiones cancerosas en el estómago, o descartar la malignidad de otras lesiones acompañantes.

La endoscopia digestiva alta es fundamental para el diagnóstico; ésta será mejor si se usa amplificación de imagen, aplicación de colorantes con spray, la endoscopia electrónica y la ecosonografía endoscópica que son métodos investigativos que ayudan al diagnóstico.

El cirujano debe examinar rutinariamente la pieza resecada para determinar la presencia de lesiones multicéntricas malignas o asociadas benignas.

La linfadenectomía debe ser de la primera y segunda barrera ganglionar por lo menos.

Deberá establecerse el examen rutinario endoscopio postoperatorio, con el objeto de determinar la posibi-

lidad de lesiones olvidadas seguir su evolución y tratamiento.

Debemos recordar que 1 de cada 12 enfermos de cáncer gástrico presentan lesiones multicéntricas neoplásicas.

El Patólogo deberá seguir fielmente las reglas generales para el estudio del cáncer gástrico en cirugía y patología de la Escuela Japonesa; realizando cortes en tiras de 5 mm de ancho para el estudio microscópico de la pieza extirpada, lo que permitirá descubrir lesiones multicéntricas neoplásicas que no fueron diagnosticadas preoperatoriamente.

La sobrevida de un enfermo con cáncer gástrico dependerá fundamentalmente de lo que nosotros hacemos o dejemos de hacer en su diagnóstico y tratamiento.

Bibliografía

1. Hagland U.; Domellof L. Gastric Carcinoma in the Stomach Gustavsson S., Kumar D, Graham D, Editor, Churchill Livingstone, 1992 pp 417.
2. INEC. Anuario de Estadísticas Vitales Nacimientos y Defunciones año 1998.
3. INEC Anuario de Estadísticas Vitales: Nacimientos y defunciones años 1976 a 1998.
4. Boring CC. Squires T.S, Tong T. Cancer Statistics 1991; C.A. 41: 19-39; 1991
5. Registro Nacional de Tumores Solca Ecuador 1998 . No. 84-1998
6. Boeing H. Epidemiological research in stomach cancer progress over the last ten years. Cancer Research Clinical Oncology, 1991; 117(2): 133-143
7. Watherhouse JA H. Epidemiology of gastric cancer, Ju Wrigley PFM; Thimothy AR, eds Clinics in Oncology; Cancer of the Stomach, London;WB Saunders Company 1984; 3 (2); 221-36.
8. Gil M y Col. Evolución de la mortalidad por cáncer de estómago en España (1951)-(1985). Rev. Española Enfermedades Digestivas 1990; 78-2:65-65.
9. Hirole K; Nakane Y Yamamoto M., La estrategia quirúrgica en el cáncer gástrico incipiente Br J Surg 1991; 5 (3)252-5.
10. Otoh H., Oohate Y. Nakamura K et al. Complete ten years post gastrectomy follow-up of early gastric cancer. Am J Surg 1989, 158: 14-16.
11. Green PHR; O Toole K.H., Solmin D. Increasing incidence and excellent survival of patients with early gastric cancer experience in United States Medical Center. Am J Med 1988: 85:658-61.
12. Inone K. Tobe K., Nio Y., et al. Problemas de defunción y tratamiento del cáncer gástrico inicial. Br J Surg De 1989 6: 318-321.
13. Nagate T. Ikede M. Nakayama F. Changing State of gastric cancer in Japan: Histological perspective of the past 76 years. Am J Surg 1983;145:226-33.
14. Nishi M; Nakajima T., Kajitani T., The japanese Research Society for Gastric Cancer Study and analisis of treatment results based on the rules in: Preece PE Cushiere A; Weelwoo JM., Eds Cancer of the Stomach, Orlando: Grune and Staton 1986; 107-21.
15. Shirakahe, H. et al. Atlas of X Ray diagnosis or early gastric cancer. Igaku Tokio 1996.
16. Moertel CG; Bargain JA., Soule E.H. Multiple gastric cancer. Gastroenterology 1957; 32: 1095-1103
17. Kubo A, Fujii A., Nishi M., Multiple primary cancer of the Stomach with special reference to gastric cancer in its early stage. I to Cho (stomach an intestine) 1968; 3: 1497-1506.
18. Noguchi Y., Ohta H., Takagi K. et al. Synchronous multiple early gastric carcinoma. A study of 178 cases. World J Surg 1985: 11:127-39.
19. Furukawa H., Iwanaga T., Ichikawa T., et al Multiple gastric Cancer. Jpn J Gastroenterol Surg 1985; 18:651-4.
20. Japanese Research Society for gastric Cancer. The general rules for the cancer study in surgery and pathology Jpn J Surg 1973;3:61-71 y 1981;11:127-39.
21. Noguchi Y; Imada T., Matsumoto A., et al. Radical Surgery for gastric Cancer: A review of the Japanese experience. Cancer 64:2053;1989.
22. Ohta H., Noguchi Y., Takagi K.. Early gastric carcinoma with special reference to macroscopic clasification. Cancer 60:1099-1106;1987.
23. Mitsudomi T., Watanaba A., Matsusaka Y., et al. Estudio Clínico patológico del cáncer gástrico multiple y sincrónico Br J Surg 1(6)515-18, 1989.
24. Matsusaka T., Soejima K., Kodama Y., Saito T., Inokuchi K.. Carcinomas of the stomach in the young adults. Jpn Surg 6:170-7;1976.
25. Oohara T., Johjima Y., Yamamoto O., Tohma H., Kondo Y.. Gastric cancer in patients above 70 years of age. World J Surg 1984;8:315-20.
26. Lauren P., The two histological main types of gastric carcinoma diffuse and so-called intestinal type carcinoma. Acta Pathol Microbiol. Scand 1965;64:31-49.
27. Sugano H., Nakamura K., Kato Y.. Pathological Studies of human gastric cancer. Acta Pathol Jpn 1982;32:329-47.
28. Nakamura K., Sugano H., Takagi K.. Carcinoma of the stomach in incipient phase: its histogenesis and histological appearances. Gann 1968;59:251-8.
29. Esaki Y., Hirokawa K., Yamashiro M.. Multiple gastric cancer in the aged with special refernce to intramucosal cancers. Cancer 1987;59:560-5.