

Compromiso del Borde Quirúrgico en Pacientes Sometidos a Resección Gástrica Curativa de Cáncer Gástrico. HNERM (Marzo 2001-Mayo 2002)

Fernando Vargas Aguirre*, Emilio Lombardi Velásquez**, Daysi Diaz Obregón***, Nestor Palacios Bran****.

RESUMEN

El borde quirúrgico comprometido en un potencial caso de resección curativa de cáncer gástrico se ha considerado como factor pronóstico importante en esta entidad.

MÉTODOS: Estudio descriptivo retrospectivo que relaciona las líneas de resección post gastrectomía en los pacientes seleccionados para resección potencialmente curativa de cáncer gástrico.

RESULTADOS: La población de estudio fue de 107 pacientes con adenocarcinoma gástrico admitidos en el servicio de cirugía 3B del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el período Marzo 2001 a Mayo 2002. 64 pacientes (59.8%) fueron seleccionados para resección tentativamente curativa, de los cuales 58 pacientes (54.2%) presentaban cáncer gástrico avanzado y 6 cáncer gástrico temprano (5.6%), a quienes se les realizó gastrectomía parcial mas disección ganglionar D2. Se halló compromiso tumoral del borde quirúrgico en 4 casos (6,25%). El compromiso de borde quirúrgico se asoció por frecuencia con la localización proximal del tumor, el estadio avanzado III y IV de la enfermedad, el grado de diferenciación celular del tumor, aunque estadísticamente no sean significativos, explicado en parte por la baja prevalencia de bordes quirúrgicos comprometidos. Los 4 casos con compromiso de borde quirúrgico tenían infiltrados los grupos ganglionares 11p, y 12; dos de ellos tenían límites de resección mayor de 3 cm y los otros dos mayor a 5 cm. No hubo diferencia significativa en la estancia hospitalaria y las complicaciones en etapa inmediata y precoz entre el grupo de bordes comprometidos y el grupo de bordes libres.

CONCLUSIONES: Nuestros datos sugieren la importancia de la disección ganglionar de los grupos 11p y 12 para la toma de decisión de re-laparotomía en caso de evidenciarse el borde quirúrgico comprometido, el que debe ser considerado sólo para casos con enfermedad en etapa N0, mientras que los pacientes con ganglios metastáticos deben ser observados y seguidos de cerca.

Palabras claves: cáncer gástrico - línea de resección

SUMMARY

The surgical border compromised in a potential case of curative resection of gastric cancer has been considered an important prognostic factor in this entity.

Method: A descriptive retrospective Study that relates the resection lines post gastrectomy in patients selected potentially for curative surgery of gastric cancer.

* Jefe de Servicio Cirugía General 3B. HNERM

** Jefe de Departamento Cirugía General.HNERM

*** Residente de Cirugía General del HNERM

**** Médico Asistente del Servicio de Cirugía General 3B.HNERM

Results: The study population belonged to 107 patients with gastric adenocarcinoma admitted in the 3B surgery service of National Hospital Edgardo Rebagliati Martins, Lima-Perú. Period: March 2001 to May 2002. 64 patients (59.8%) were selected tentatively for curative resection. 58 patients (54.2%) presented advanced gastric cancer and 6 patients early gastric cancer (5.6%). Partial gastrectomy and ganglionic dissection D2 was performed. Tumoral compromise of the surgical border was found in 4 cases (6,25%). Tumoral compromise of surgical borders was associated with gastric proximal localization of the primary tumor, advanced stages III and IV of gastric cancer and the poor histological differentiation of the tumor, although statistically, these factors were not significant. Ganglionic compromise in the 4 cases, was in the groups 11p and 12. Two cases have resection limit greater than 3 cm and two more than 5 cm. Length of hospitalization and the complications in immediate and precocious stage in the group of compromised borders didn't turn out to be significant versus the group of free borders.

Conclusions: Our data suggest the importance of the ganglionic dissection of the groups 11p and 12 for taking decision for re-laparotomy in the event of having evidence of compromised surgical border. It should be considered only for cases with illness in stage N0, while the patients with metastatic ganglion should be observed closely.

Key words: gastric cancer - resection line

INTRODUCCIÓN

La resección quirúrgica es el único tratamiento curativo actualmente disponible para el carcinoma gástrico. Sin embargo, existe un grupo de pacientes quienes presentan recidiva tumoral después de la resección con intento curativo. La implicación microscópica de la línea de resección, tanto del borde proximal como el distal se ha divulgado por afectar el pronóstico en pacientes con cáncer gástrico reseccionados. Según Wanebo en un estudio americano la supervivencia a cinco años era de 35% en pacientes con los márgenes microscópico libres de neoplasia y el 13% en aquellos de bordes comprometidos (1). Resultados similares se han divulgado en series Europeas, los E.E.U.U. y Asia (2-7). Ante la presencia de bordes comprometidos se ha sugerido la posibilidad de re-laparotomía (8), mientras otros prefieren la observación y el seguimiento cercano de estos pacientes(4); La ausencia de unificación en el manejo de pacientes que resultaran con borde quirúrgicos comprometidos implican un análisis de la morbilidad de estos pacientes, así como determinar algunas características que podrían estar relacionadas a este hallazgo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se incluyó a todos los pacientes con adenocarcinoma gástrico que fueron admitidos en el servicio de cirugía 3B del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins en el período Marzo 2001 a Mayo 2002. La población de estudio estuvo integrada por pacientes con diagnóstico endoscópico e histológico de adenocarcinoma gástrico y sin tratamiento previo.

La población incluyó 107 pacientes, quienes ingresaron al servicio procedentes de consultorio externo. Se consideró a los pacientes con enfermedad pT2-3 N0 M0 y de la etapa de T2-3 N (+), M0 elegibles para el análisis. 64 pacientes (59.8%) fueron seleccionados para resección tentativamente curativa, de los cuales 58 pacientes (54.2%) presentaban un cáncer gástrico avanzado y 6 cáncer gástrico temprano (5.6%) a quienes se les realizó gastrectomía parcial más disección ganglionar D2

La variables estudiadas fueron la edad y el género de pacientes, localización, tamaño, tipo y grado de diferenciación anatomopatológica del tumor primario, grado de disección y compromiso ganglionar 11p y 12, estadio de la enfermedad y distancia de las líneas de resección, tipo de resección, estancia hospitalaria y complicaciones precoces y tardías comparados en ambos grupos de bordes libres y el de bordes comprometidos.

Las tablas de la frecuencia fueron probadas para la asociación usando la prueba chi-cuadrado.

RESULTADOS.

Se halló compromiso tumoral del borde quirúrgico en 4 casos (6,25%) de 107 pacientes estudiados. En estos se halló dos casos (50%) con localización proximal del tumor (tabla 1). Todos tenían un estadio avanzado de enfermedad (T2 N (+) y T3 N(+)). Un caso era medianamente diferenciado, otro pobremente diferenciado y dos indiferenciados (tabla3).

El compromiso ganglionar de los grupos 11p y 12 fueron positivos en el 100 % de los casos con bordes tomados; así como el borde quirúrgico resultó positivo a pesar de límites de resección a más de 3 y 5 cm. La estancia hospitalaria promedio de los casos en estudio fue de 11 días frente a 11,09 días de aquellos con bordes libres, hallazgo no significativo estadísticamente (p>0,05). No se evidenciaron complicaciones postoperatorias en el grupo de estudio.

Gráfico 1

PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER GÁSTRICO HNERM PERIODO 2001-2002 : BORDE QUIRÚRGICO COMPROMETIDO

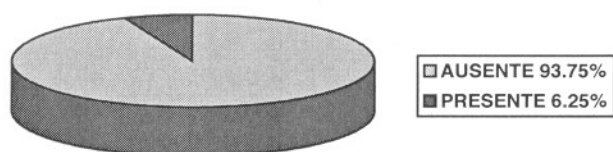


Gráfico 2

PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER GÁSTRICO HNERM PERIODO 2001-2002 : BORDE QUIRÚRGICO COMPROMETIDO : DISTRIBUCIÓN SEXO

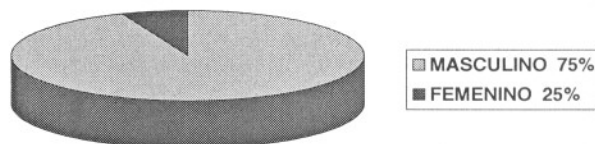


Tabla 1

PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER GÁSTRICO HNERM PERIODO 2001-2002 : LOCALIZACIÓN DE TUMOR PRIMARIO

LOCALIZACIÓN	BORDE NO COMPROMETIDO	%	BORDE COMPROMETIDO	%
TERCIO SUPERIOR	14	23.3	2	50
TERCIO MEDIO	15	25	1	25
TERCIO INFERIOR	31	51.7	1	25

X²=0.24 (P 0.05)

Tabla 2

PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER GÁSTRICO HNERM PERIODO 2001-2002 : ESTADIO DE LA ENFERMEDAD

ESTADIO	BORDE NO COMPROMETIDO	%	BORDE COMPROMETIDO	%
PT2N0	6	10	0	0
PT3N0	3	5	0	0
PT2N+	43	71.6	2	50
PT3N+	8	13.4	2	50

X²=2.07 (p 0.05)

Tabla 3

PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER GÁSTRICO HNERM PERIODO 2001-2002 : GRADO DE DIFERENCIACIÓN CELULAR.

GRADO DE DIFE-RENCIACIÓN	BORDE NO COMPROMETIDO	%	BORDE COMPROMETIDO	%
BIEN	14	23.3	0	0
MEDIANAMENTE	26	43.3	1	25
POBREMENTE	17	28.1	1	25
INDIFERENCIADO	3	5	2	50

X²=2.18 (p 0.05)

Tabla 4

**PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER GÁSTRICO
HNERM PERÍODO 2001-2002 : TIPO DE RESECCIÓN**

TIPO DE RESECCION	BORDE NO COMPROMETIDO	%	BORDE COMPROMETIDO	%
DISTAL	1	1.6	0	0
SUBTOTAL	41	68.4	1	25
TOTAL	18	30	3	75

Tabla 5

**PACIENTES CON DIAGNÓSTICO DE CÁNCER GÁSTRICO
HNERM PERIODO 2001-2002 : LÍMITES DE RESECCIÓN**

LIMITE SE RESECCION	BORDE NO COMPROMETIDO	%	BORDE COMPROMETIDO	%
Menor de 3 cm	17	28.4	0	0
De 3 a 5 cm	42	70	2	50
Mayor a 5 cm	1	1.6	2	50

$\chi^2=3.95$ (p 0.05)

DISCUSIÓN

Hay un acuerdo general con respecto a los márgenes gástricos mínimos alrededor del tumor. Kim et al. (11) propuso un margen proximal a 6 centímetros y un margen de 2-3 centímetros más allá del píloro; Hermann (12) abogó por un margen grueso de 4-6 centímetros. Sin embargo, la implicancia del borde quirúrgico en cáncer gástrico representa un problema de pronóstico. Según lo divulgado en diversos análisis, los cirujanos continúan realizando resecciones inadecuadas en cerca del 20% de casos a pesar de los efectos nocivos bien conocidos de márgenes positivos (1,4). De hecho, la supervivencia de pacientes con los márgenes positivos reportados es más baja que la de pacientes con los márgenes negativos: 15-25% contra 40-50% (2-7). En nuestro estudio la supervivencia no se ha visto afectada al menos en los dos años de seguimiento de los pacientes. Nakamura et al. (13) afirma en una serie grande que los márgenes positivos eran un factor pronóstico pobre en cáncer gástrico avanzado más no en el cáncer gástrico temprano. Datos sobre supervivencia fueron encontrados al comparar pacientes con los márgenes positivos y citología positiva de los lavados del abdomen (9) revelando su pronóstico pobre. Songun et al (8) considera la re-laparotomía en el caso de histología positiva. Sin embargo, otros autores sugirieron solamente seguimiento cercano para estos pacientes. En efecto, en nuestro estudio no se realizó ninguna re-laparotomía guiados por el compromiso ganglionar 11p y 12. En otros estudios las re-anastomosis se dieron en el 20% de pacientes con los márgenes positivos (4).

En nuestra institución el 8,25% (4 casos) de pacientes con cáncer gástrico radicalmente resecados tenían márgenes positivos. Este índice de incidencia es más bajo que los observados en otras series (2,3,4,7). Además

nuestros hallazgos no determinaron algún grado de asociación con significancia estadística del borde quirúrgico comprometido y la localización proximal tumoral, el estadio avanzado de la enfermedad y la pobre diferenciación tumoral, a pesar de un predominio en frecuencia de estas variables en el grupo de estudio, ello atribuido tal vez a la muestra pequeña hallada en el presente estudio de bordes comprometidos que no permitan ver la verdadera asociación con tales variables.

En los casos de márgenes positivos y su seguimiento a dos años no han presentado complicaciones tipo recidiva tumoral evaluados endoscópicamente a los 3, 6 12 meses post resección. Reportes sobre supervivencia describen una afección directa de la sobrevida a los 5 años llegando a 18% contra un 45%. Estos resultados impulsan el deseo de determinar los factores que impliquen las líneas de resección durante la operación, así como tomar siempre el mayor límite de resección peritumoral, es decir la necesidad de un acercamiento quirúrgico más agresivo, la disección ganglionar del grupo 11p y 12, para que con estos datos se pueda decidir una re-laparotomía ante una Etapa N0 y evitar afectar el pronóstico de un paciente ya esperanzado en una resección tentativamente curativa.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wanebo HJ, Kennedy BJ, Chmiel H, Steele G Jr, Winchester D, Osteen R. Cancer del estómago. Surg 1993;218:583-92.
2. Stefano Cascino, Paolo Giordani et. Al Resection line involvement in gastric cancer patients undergoing curative resections. implications for clinical management.
3. Jewkes AJ, Dunn JA, sala L, implicación de la Reseccio'n-li'nea de Fielding JW. en cáncer gástrico: un problema de continuación. Br J Surg 1993;80:1418-20. Extracto de MEDLINE
4. Papachristou DN, Agnanti N, D'Agostino H, margen del esófago histológico positivo de Fortner JG. en el tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico. J Surg 1980;139:711-3. Extracto de MEDLINE
5. Shiu Mh, Moore E, Iijadoras M, Huvos A. Influence del grado de la resección en supervivencia después del tratamiento curativo del carcinoma gástrico: un análisis multivariate retrospectivo. Arco Surg 1987;122:1347-51. Extracto de MEDLINE
6. Tsujitani S, Okuyama T, Orita H, Kakeji Y, Maehara Y, Sugimachi K, et al. Márgenes del esófago o del cáncer gástrico con la invasión del esófago. Hepatogastroenterology 1995;42:873-7. Extracto de MEDLINE
7. Yokota T, Sawai K, Yamaguchi T, Taniguchi H, Shimada S, Yoneyama C, et al. El margen de la resección en pacientes con el cáncer gástrico se asoció a la invasión del esófago: estudio patológico del clínico-. J Surg Oncol 1993;53:60-3. Extracto de MEDLINE
8. Songun I, Bonekamp JJ, Hermans J, van Krieken JHJM, van de Velde CJH e investigadores de cooperación del ensayo gástrico holandés del cáncer. Valor pronóstico de la implicación de la resección-li'nea en los pacientes que experimentan las resecciones curativas para el cáncer gástrico. Cáncer 1996;3A:433-7 De Eur J. Extracto de MEDLINE
9. Sociedad japonesa de la investigación para el cáncer gástrico. Reglas generales para el estudio gástrico del cáncer en cirugía y patología. Surg Hoy 1981;11:127-39.
10. EL de Kaplan, valoración de Meyer P. Non-parametric de observaciones incompletas. Estado Assoc 1958;457-81 De J.
11. DO de Kim JP, de Kwon, ST del Oh, resultados de Yang HK. de la cirugía en 6589 pacientes gástricos del cáncer e immunochemosurgery como el mejor tratamiento del cáncer gástrico avanzado. Ana Surg 1992;216:226-79.
12. Más nuevos conceptos de Hermann RF en el tratamiento del cáncer del estómago. Cirugía 1993;118:361-4.
13. Nakamura K, Ueyama T, Yao T, Xuan ZX, Ambe K, Adachi Y, et al. Patología y pronóstico del carcinoma gástrico: resultados en 10.000 pacientes que experimentaron gastrectomy primario. Cáncer 1992;70:1030-7.