

# CÁNCER GÁSTRICO PRECOZ MÚLTIPLE. REPORTE DE CASOS

Dres. Calderón Mariali\*, Parlapiano Donatella\*, Martín Patricia\*, Vivas Jorge\*, Castro Denny\*, Romero Sandra\*.

\* Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis Anderson".  
San Cristóbal, estado Táchira. Venezuela.

## RESUMEN

Se realiza un estudio de revisión de casos en el Centro de Control de Cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis Anderson" de cuatro pacientes con diagnóstico endoscópico de cáncer gástrico precoz múltiple, corroborado en acto operatorio encontrando 2 lesiones en cada caso ubicadas a nivel de cuerpo gástrico en tres de ellos y en uno, una lesión en cuerpo y otra en antro, con diagnóstico histológico de adenocarcinoma en todos ellos, solo uno con células en anillo de sello.

Todos los pacientes presentaron una sobrevida post-operatoria (Kaplan -Meyer) a los 5 años del 100%.

Palabras claves: Cáncer precoz -Múltiple.

## SUMMARY

A review study of cases at the Centro de Control de cancer Gastrointestinal " Dr. Luis Anderson " was made of four patients with an endoscopic diagnosis of multiple early gastric cancer, corroborated at surgery by finding 2 injuries in each case located at the level of the gastric body in three of them and in one, an injury in the body and another one at the antrum, with histological diagnosis of adenocarcinoma in all of them, only one with signet-ring cells.

All the patients presented a postoperative survival (Kaplan - Meyer) at 5 years of 100%.

Key words: Multiple early Cancer.

## INTRODUCCIÓN

El diagnóstico de cáncer gástrico ha mejorado notablemente mediante avances radiológicos y endoscópicos. La investigación radiológica y endoscópica acuciosa determina la identificación temprana de lesiones reseables. La resección mucosal endoscópica y la resección local de una lesión son actualmente tratamientos comunes para el cáncer gástrico temprano.

La incidencia de carcinomas gástricos primarios múltiples parece haber aumentado y se presenta en un 6% a 14% de los pacientes. La mayoría de los pacientes con carcinoma gástrico múltiples tienen 2 lesiones, pero algunos han tenido más de 3.

El carcinoma gástrico múltiple se presenta más frecuentemente como cáncer precoz que como avanzados.

Oohara e Hirota et. al. Demostraron que los carcinomas múltiples son a menudo macroscópicamente planos y pequeños, y raramente infiltran la sub-mucosa.

En un estudio realizado en muestras de pacientes post-mortem se demostró que las lesiones limitadas al remanente gástrico posterior a la gastrectomía sub-total están alrededor del 20%.

En este estudio, describimos las características del carcinoma gástrico múltiple en los casos revisados.

## MATERIALES Y MÉTODOS.

Se realiza un estudio retrospectivo descriptivo y transversal de cuatro casos reportados en el archivo de historias médicas del Centro de control de cáncer Gastrointestinal "Dr. Luis Anderson", a los cuales se realizó historia clínica completa, endoscopia digestiva superior (Olympus CV-140) con hallazgo microscópico altamente sospechosos de cáncer gástrico precoz múltiple tomando muestra de mucosa de ambas lesiones, colocándose cada una de ellas en frascos con Formol al 10% separadas y enviadas al laboratorio de anatomía patológica de éste centro.

Las variables a estudiar son la edad y el género, procedencia, síntomas clínicos, tamaño del tumor, localización, aspecto microscópico según la clasificación japonesa de cáncer gástrico precoz, profundidad de la invasión; ganglios linfáticos regionales afectados, la histología, técnica quirúrgica utilizada para la gastrectomía y el grado de infiltración linfática. Se evaluó la distribución anatómica de los carcinomas así como el número de lesiones y la sobrevida de éstos pacientes (Kaplan-Meyer).

Los procedimientos quirúrgicos fueron realizados por varios cirujanos. El procedimiento utilizado fue la gastrectomía y linfadenectomía según los criterios quirúrgicos de cada especialista por los hallazgos en el acto operatorio. Los pacientes con el carcinoma situado en la porción central o proximal del estómago se les realizó gastrectomía total, mientras que los carcinomas situados en la porción central distal se les realizó gastrectomía sub-total. Se obtuvo en consentimiento informado para el tratamiento quirúrgico de todos los pacientes.

## RESULTADOS

De los casos evaluados la edad promedio fue de  $\pm$  50.25 años, todos ellos con síntomas dispépticos inespecíficos, con evidencia microscópica de 2 lesiones ubicadas en cuerpo, catalogado como cáncer gástrico

precoz tipo IIC+ III, solo uno de ellos presentó la lesión en cuerpo y la accesoria en antro. Con diagnóstico histológico en los cuatro casos de Adenocarcinoma, se les realizó gastrectomía total en 3 pacientes y sub-total en uno de ellos. El tamaño de las lesiones fue de menos de 4 cm. La sobrevida de los pacientes a los 5 años fue de 100%. (Tabla 1.)

## DISCUSIÓN

El carcinoma gástrico múltiple se presenta con más frecuencia en pacientes mayores que el carcinoma solitario. Este predominio de pacientes mayores se puede explicar por importancia patogénica de la metaplasia intestinal, que aumenta con la edad. El tipo intestinal del carcinoma gástrico se presenta generalmente en un área de displasia del estómago en el cual la mucosa ha experimentado la metaplasia intestinal.

Kitamura et.al. Explicaron el predominio de lesiones múltiples en casos de cáncer gástrico precoz por "el fenómeno de la colisión del tumor".

Dos cánceres gástricos tempranos multifocales y sincrónicos pueden fusionarse después del crecimiento vertical y horizontal para formar un solo cáncer gástrico avanzado. En este estudio, la mayoría de los tumores accesorios están situados en la misma área que las lesiones principales, apoyando la hipótesis de la colisión. En un informe referente a la localización del carcinoma múltiple Kitamura et.al. Indicaron que el tumor se encuentra con más frecuencia en la parte proximal del estómago que en los casos de precoces solitarios.

Tabla 1.  
Características clínico patológicas del Cáncer Gástrico precoz multifocal.

	Caso 1	Caso 2	Caso 3	Caso 4
Edad	30	39	53	79
Genero	M	M	F	F
Procedencia	R	U	U	R
Síntomas.	Dispepsia	Dispepsia	Dispepsia	Dispepsia
Dx EDS	IIC + III	IIC + III	IIC + III	IIC + III
° de lesiones.	2	2	2	2
Ubicación	Cuerpo y antro	Cuerpo(2)	Cuerpo (2)	Cuerpo (2)
Histología.	ADC difuso.	ADC tubular.	ADC tubular.	ADC tubular.
Técnica Qx.	Total	Sub-total	Sub-total	Total
Tamaño.	2cm - 1cm	0,7cm- 0,5cm	2,2cm- 3cm	4cm -2cm
Ganglios.	17	3	10	6
Sobrevida (5 años)	100%	100%	100%	100%

Estos autores atribuyeron la diferencia al predominio de pacientes mayores en carcinoma multifocal a la metaplasia intestinal de la mucosa gástrica que llega a ser más evidente con el aumento de edad en la parte proximal del estómago.

La gastrectomía total para el carcinoma gástrico múltiple se realiza en la mayoría de los casos, ya que varios autores creen que el remanente gástrico de estos pacientes tiene riesgo de mantener la carcinogénesis si se les realiza gastrectomía sub total.

La sobrevida postoperatoria de pacientes con carcinoma gástrico múltiple fue del 100 % a los 5 años, esto debe atribuirse al que el diagnóstico realizado fue en la etapa temprana del tumor y a la evaluación completa y cuidadosa de todo el estómago antes y durante la cirugía. Sin embargo, la resección local o endoscópica del carcinoma gástrico temprano se está realizando con más frecuencia, pero la sobrevida puede estar comprometida si las lesiones accesorias no son observadas en el diagnóstico pre-operatorio.

En conclusión, el estómago se debe examinar con cuidado particularmente antes y durante de la cirugía.

## BIBLIOGRAFIA

- Miyashita M, Tajiri T, Maruyama H, et al. Endoscopic mucosal resection scissors for the treatment of early gastric cancer. *Endoscopy*. 2003; 35:611-2.
- Ludwig K, Weiner R, Bernhardt J. Minimally invasive resections of gastric tumors. *Chirurg* 2003;74:632-7.
- Bearzi I, Ranaldi R. Multifocal early gastric cancer: Morphology and histogenesis. *Pathol Res Pract* 1986;181:144-7.
- Kosaka T, Miwa K, Yonemura Y, et al. A clinicopathologic study on multiple gastric cancers with special reference to distal gastrectomy. *Cancer* 1990; 65:2602-5.
- Morita M, Kuwano H, Baba H, et al. Multifocal occurrence of gastric carcinoma in patients with a family history of gastric carcinoma. *Cancer* 1998; 83:1307-11.
- Schlake W, Grundmann E. Multifocal early gastric cancer of mixed type. *Pathol Res Pract* 1979;164:331-41.
- Kitamura K, Yamaguchi T, Okamoto K, et al. Clinicopathologic features of synchronous multifocal early gastric cancers. *Anticancer Res* 1997;17:643-6.
- Huguier M, Ferro L, Barrier A. Early gastric carcinoma: spread and multicentricity. *Gastric Cancer* 2002;5:125-9.
- Oohara T, Aono G, Ukawa S, et al. Clinical diagnosis of minute gastric cancer less than 5 mm in diameter. *Cancer* 1984;53:162-5.
- Hirota T, Itabashi M, Suzuki K, Yoshida S. Clinicopathologic study of minute and small early gastric cancer. *Histogenesis of gastric cancer. Pathol Annu* 1980;15:1-19.
- Matsusaka T, Kodama Y, Soejima K, et al. Recurrence in early gastric cancer: A pathologic evaluation. *Cancer* 1980;46:168-72.
- Noguchi Y, Ohta H, Takagi K, et al. Synchronous multiple early gastric carcinoma: A study of 178 cases. *World J Surg* 1985;9:786-93.
- Esaki Y, Hirokawa K, Yamashiro M. Multiple gastric cancers in the aged with special reference to intramucosal cancers. *Cancer* 1987;59: 560-5
- Ihamaki T, Saukkonen M, Siurala M. Long-term observation of subjects with normal mucosa and with superficial gastritis: Results of 23-27 years' follow-up examinations. *Scand J Gastroenterol* 1978; 13:771-5
- Kyrlagkisis I, Karamanolis DG. Premalignant lesions and conditions for gastric adenocarcinoma: Diagnosis, management and surveillance guidelines. *Hepatogastroenterology* 2003; 50:592-600.
- Furukawa H, Hiratsuka M, Ishiguro S. Study of multiple gastric cancers. *Stomach Intestine* 1994; 29:701-6.