

Hospital Universitario «Manuel Fajardo»

Efectividad de la gastrectomía total ampliada por cáncer de cardias y fondo del estómago

Dr. Orestes N. Mederos Curbelo,¹ Dr. Juan C. Barreras Ortega,² Dr. Jesús M. Valdez Jiménez,³ Dr. Lino León Chiang,⁴ Dr. Carlos A. Romero Díaz⁵ y Dr. Jorge Álvarez Bermejo⁶

RESUMEN

Se presentan 18 pacientes tratados con gastrectomía total ampliada por presentar cáncer de cardias y fondo del estómago, en el Hospital «Manuel Fajardo» en el período de enero de 1995 a enero de 2003. Mostramos los resultados obtenidos con la gastrectomía total ampliada con respecto a la supervivencia y a la presencia de complicaciones, en especial las dehiscencias de anastomosis. El 88,8 % de los pacientes era del sexo masculino y el 50 % estaba en la sexta década de la vida. Todos eran fumadores. Las lesiones del tipo adenocarcinoma estaban localizadas en el cardias en el 34,5 % de los casos, mientras en el resto se extendían al fondo del estómago (65,5 %). En el 78,8 % la anastomosis fue manual; la técnica en Y de Roux se utilizó en el 44,5 % y la anastomosis término-lateral con la modificación de Warren en el 55,5 %. No ocurrieron dehiscencias. La mortalidad quirúrgica fue del 5,5 %. La supervivencia a los 3 años fue del 33,3 %.

Palabras clave: Gastrectomía total ampliada, cáncer de cardias y fondo del estómago.

La incidencia de cáncer gástrico varía en todo el mundo. Es sumamente elevada en Japón, Chile e Islandia. En los Estados Unidos es más frecuente en los habitantes del norte, en los pobres y en la raza negra, pero su incidencia ha disminuido a unos 8 cada 100 000 habitantes, lo cual la convierte en la séptima causa más frecuente de muerte por cáncer. Sin embargo, en Japón, donde la incidencia también ha disminuido, todavía es el proceso maligno más frecuente.¹⁻³

MÉTODOS

Se presentan los resultados de 18 pacientes con lesiones en cardias y fondo del estómago gástrico, que fueron tratados con gastrectomía total ampliada en el período de 1993 a 2003 en el Hospital «Manuel Fajardo».

Todos los pacientes fueron estudiados en consultas multidisciplinarias siguiendo el protocolo del Grupo de Cirugía Torácica del hospital, que incluyen como requisito indispensable los estudios radiográficos contrastados de esófago, estómago y duodeno, la endoscopia del tracto digestivo superior y el estudio histológico.

Se incluyeron las gastrectomías totales por cáncer de cardias y fondo del estómago gástrico del tipo hístico epidermoides y adenocarcinoma, y se excluyó el resto. El seguimiento se realizó en consulta especializada. La información fue recogida de las historias clínicas.

RESULTADOS

La mayoría de nuestros pacientes (88,8 %) era del sexo masculino. El 100 % de ellos eran fumadores y la mayoría ingirió bebidas alcohólicas de forma regular.

La mayoría de los pacientes tenían edades comprendidas en la sexta década de la vida. La edad promedio fue de 52 años: el paciente de mayor edad tenía 67 años y el de menor, 45 años (Tabla 1).

Tabla 1. *Distribución de pacientes según sexo y edad*

Edad (años)	Sexo masculino	Sexo femenino	Total	%
40-49	2	-	2	11,1
50-59	8	1	9	50
60-69	5	2	7	38,9
Total	15	3	18	100

Fuente: Historias clínicas.

El tumor estaba localizado en el cardias en el 34,5 % de los pacientes; en los restantes se extendió del cardias al fondo del estómago (65,5 %).

Los tipos de anastomosis utilizadas fueron las término-terminal en Y de Roux (8 pacientes, 44,5 %), de ellas 2 realizadas con sutura mecánica con la SPTU. El resto fue término-lateral con un Braum bajo y exclusión del asa aferente, según la modificación de Warren. De estas últimas, 2 fueron realizadas con suturadores mecánicos (Figura).

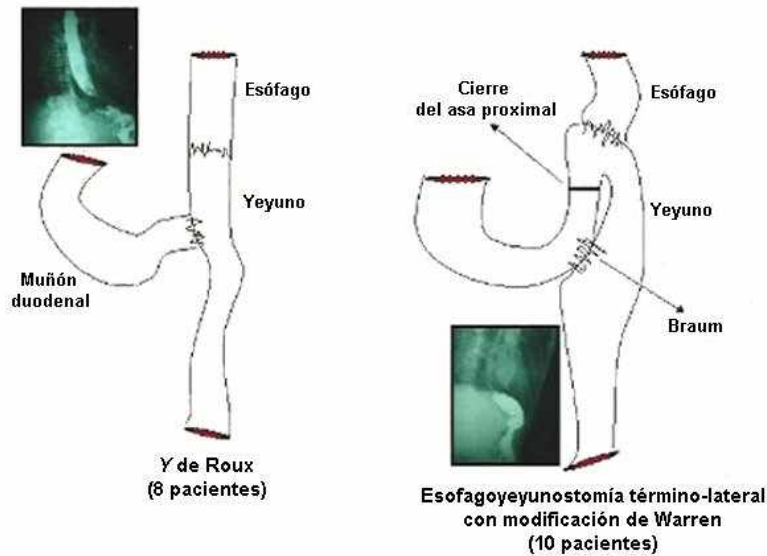


Figura. Tipos de anastomosis utilizados.

No se presentaron dehiscencias de las anastomosis, a pesar de que uno de los pacientes a quienes se suturó de forma mecánica tenía un tumor residual en el área de anastomosis. Cuatro pacientes (22,2 %) presentaron neumonía nosocomial y 2 (11,1 %), flebitis.

En el postoperatorio mediato (48 h) falleció un paciente por necrosis del colon transverso, lo cual significó una mortalidad quirúrgica del 5,5 %. No se realizó tratamiento complementario con citostáticos. La supervivencia al año fue del 94,4 % y del 33,3 % a los 3 años (Tabla 2).

Tabla 2. Supervivencia de los pacientes operados

Tiempo	N.º de pacientes	%
1 mes a 1 año	17	94,4
1 a 2 años	6	33,3
2 a 3 años	6	33,3

Fuente: Historias clínicas.

DISCUSIÓN

En las lesiones tumorales localizadas en el cardias la realización de gastrectomía total ampliada depende de la dirección hacia la cual crece el tumor, para lo cual se toma como punto de referencia la llamada línea Z. Siempre que ésta se extienda hacia el estómago, la alternativa de elección es realizar la gastrectomía con exéresis del esófago distal.⁴⁻⁸

Es indudable que la mejoría de los resultados únicamente se consigue si se realiza un diagnóstico precoz.^{1,2,6,9} Esto continúa siendo el mayor problema y el índice de tales diagnósticos permanece bajo, aunque con la combinación de la tomografía axial computadorizada, la endoscopia y la endocografía mejoran los resultados.⁹ Por este motivo son pocos los casos en los cuales la resección gástrica, único tratamiento posible, pueda ser realizada con criterios de curación.

Las cifras de diagnóstico precoz en los países occidentales oscilan entre el 3 % y el 7 %, sin embargo en Japón las cifras son mucho más altas (20 % al 40 %).¹ La incidencia aumenta con la edad y se informa el 75 % después de los 50 años.⁵⁻⁸

La importancia de este diagnóstico precoz es notoria pues *Akiyama*, quien comunica el 24 % de incidencia, refiere que en estas circunstancias la supervivencia a los 5 años llega al 95 % con una mortalidad operatoria del 0,9 %.

Todavía permanece activa la polémica en torno al tipo de tratamiento quirúrgico, por la razón de que éste no ha mejorado los resultados a largo plazo: gastrectomía parcial contra gastrectomía total. No obstante, parece que progresivamente los resultados de los estudios exhaustivos realizados en las piezas operatorias sobre la diseminación linfática y su relación con la supervivencia, van clarificando los criterios.^{1,7} Hace 30 años fue estandarizado para todo el cáncer gástrico potencialmente curable sin importar la localización o extensión de la lesión primaria. Este criterio decayó al final de la década de 1950, porque la gastrectomía subtotal tenía similares resultados con una morbilidad y mortalidad operatoria menor, por lo cual quedaba la gastrectomía total como intervención en las lesiones malignas de cuerpo y cardias.⁴⁻⁸

En la diseminación intramural en la pared esofágica en los tumores de cardias, se menciona una infiltración del esófago en el 30 % al 90 % de los casos, independientemente de si se trata de un adenocarcinoma o un tumor epidermoide⁷ y de que la recidiva es menor a medida que el margen de sección esofágica es más alto. Por este motivo sólo se evita la recidiva si se extirpan al menos 12 cm de esófago.⁶⁻⁸

Akiyama también indica la conveniencia de la esofagectomía total cuando el tumor de cardias se extiende al esófago. Por estos motivos nosotros somos partidarios en los tumores de cardias de una gastrectomía total ampliada, unos 12 cm de esófago distal y una esofagogastrectomía con esofagectomía transhiatal y anastomosis en el cuello mediante el uso de un estómago tubular cuando los tumores de cardias se extienden al esófago. De esta forma nos evitamos los problemas de una toracotomía o de una toraco-freno-laparotomía y los de la anastomosis intratorácica.

Otro punto de discusión es la linfadenectomía coronaria, al respecto de la cual pensamos que debe hacerse completa, pues en muchas ocasiones existen micrometástasis.^{1,4-8}

La fístula anastomótica es la complicación más grave en la gastrectomía total y lleva consigo una mayor mortalidad. Se señala su frecuencia entre 15 % y 20 %. En su aparición no influye que exista tumor en los bordes de la sutura, pero sí influyen el tiempo operatorio,

la infección, la hipotensión, la malnutrición y la edad. Su existencia eleva la mortalidad entre el 5 % y el 50 %.³

El tratamiento de la fístula es cuestionado y evidentemente lo único que se precisa es un buen drenaje de ésta. El tratamiento conservador es fatal. Nosotros no tuvimos fístulas, pero siempre tratamos de cubrir la anastomosis, incluso al realizarla con sutura mecánica. La mortalidad operatoria en esta enfermedad es elevada y viene condicionada por varias causas. La edad tiene una estrecha relación por la presencia de múltiples enfermedades asociadas (hepáticas, cardíacas y pulmonares).⁴⁻⁹

Conclusiones

En nuestra serie, el 88,8 % de los pacientes eran del sexo masculino. El 34,5 % de los tumores estaban localizados en cardias y el resto se extendió al fondo del estómago gástrico.

El 44,5 % de las anastomosis fue en Y de Roux, 2 de ellas con máquina y el resto latero-lateral con la modificación de Warren. No hubo dehiscencias.

La supervivencia fue del 94,4 % entre 1 mes y 1 año y del 33,3 % entre 2 y 3 años. Ningún paciente rebasó este tiempo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Machara Y, Takahashi I, Okuyama T, Orita H, Baba H. Diagnostic factors in gastric cardia cancer invading the esophagus. *Cancer*. 1993; 71:302-305.
2. Wang LS, Wu CW, Hsieh MJ, Fahn HJ, Huang MH, Chien KY. Lymph node metastases in patients with adenocarcinoma of gastric cardia. *Cancer*. 1993; 71:1948-1953.
3. Hinoshita E, Takahashi I, Onohara T, Nishizaki T, Matsusaka T, Wakasugi K, *et al*. The nutritional advantages of proximal gastrectomy for early gastric cancer. *Hepatogastroenterology*. 2001; 48(41):1513-6.
4. De Meester TR, Zaninotto G, Johansson KE. Selective therapeutic approach to cancer of the lower esophagus and cardia. *J Thorac Cardiovasc Surg*. 1988; 95:42-54.
5. Rahamin J, Cham CW. Oesophagogastric resection for carcinoma of the esophagus and cardia. *Br J Surg*. 1993; 80: 1305-1309.
6. Swisher SG, Pisters PW, Komaki R, Lahoti S, Ajani JA. Gastroesophageal junction adenocarcinoma. *Curr Treat Options Oncol*. 2000; 1(5):387-98.
7. Voros A, Altorjay A, Nagy P, Jakkel T, Bohak A, Szanto I, *et al*. What kind of surgical radicality is justified in the treatment of esophageal and cardia carcinoma? *Zentralbl Chir*. 2001; 126(10):756-62.
8. Meyer W, Popp M, Klinger L, Awad-Allah A, Gebhardt C. Results of surgical therapy of adenocarcinoma of the esophagogastric junction according to a standardized surgical resection technique. *Dig Surg*. 2002; 19(4):269-74.

9. Kienle P, Buhl K, Kuntz C, Dux M, Hartman C, Axel B, *et al.* Prospective comparison of endoscopy, endosonography and computed tomography for staging of tumours of the oesophagus and gastric cardia. *Digestion*. 2002; 66(4):230-6.

Recibido: 29 de Julio de 2005. Aprobado: 15 de octubre de 2005.

Dr. Orestes Noel Mederos Curbelo. Calle Zapata y D, Municipio Plaza de la Revolución, Ciudad de La Habana.

Correo electrónico: noemed@infomed.sld.cu

¹Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Titular. Doctor en Ciencias Médicas.

²Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Asistente.

³Especialista en Cirugía General.

⁴Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar.

⁵Especialista de II Grado en Cirugía. Profesor Auxiliar.

⁶Especialista en Cirugía General.