



V-165 - RESCATE QUIRÚRGICO POSTERIOR A RESECCIÓN ENDOSCÓPICA NO CURATIVA EN EL CÁNCER GÁSTRICO PRECOZ

Sala Vilaplana, Laia; Vila Riera, Cecília; Julià Verdaguer, Elisabet; Ballester Vázquez, Eulàlia; Norte García, Andrea; Molera Espelt, Antoni; Moral Duarte, Antonio; Fernández-Ananín, Sonia

Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona.

Resumen

Introducción: Se considera cáncer gástrico (CG) precoz a los tumores que no infiltran más allá de la submucosa (T1). En este tipo de tumores el tratamiento endoscópico está ganando importancia. Los criterios clásicos de la disección endoscópica submucosa (DSE) son las lesiones T1a (invasión lámina propia), adenocarcinomas bien diferenciados, sin afectación adenopática, no ulcerados y de tamaño menor a 2 cm. En el caso de realizar una DSE no curativa, la necesidad de realizar un rescate quirúrgico debe ser discutida en comité, ya que no existen unas guías para decidir en qué casos está indicado. Una vez realizada la DSE se envía la muestra a anatomopatología, se considera no curativa en caso de tumores > 3 cm, SM2 (invasión de la submucosa > 500 micras), si el margen vertical es insuficiente o presencia de invasión venosa o linfática. En países asiáticos, en los cuales la incidencia y prevalencia del CG es más elevada, se han realizado varios estudios para definir los criterios de cirugía de rescate posterior a la DSE. El eCura System se trata de un sistema de puntuación para predecir la supervivencia específica del CG en pacientes con DSE no curativa, para ayudar a decidir aquellos que se pueden beneficiar de una cirugía de rescate. El rescate quirúrgico ofrece un beneficio en la supervivencia en pacientes con una DSE no curativa en el cáncer gástrico precoz, aun así, no hay consenso sobre en qué casos se debe realizar, por lo que cada situación clínica debe ser discutida en comité multidisciplinar.

Caso clínico: Mujer de 74 años, antecedente de gastritis crónica sin metaplasia, en una endoscopia de control se objetivó en el cuerpo gástrico, en la curvatura mayor, una lesión elevada, no ulcerada, de 15-20 mm de diámetro máximo. El examen histológico reveló fragmentos de carcinoma pobremente cohesivo. El estudio se completó con ecoendoscopia estadificando la lesión como un T1N0. El caso se evaluó en comité, decidiéndose, de acuerdo con las guías, DSE. Durante la DSE, ocurrió una perforación accidental. La paciente requirió de cirugía urgente para cerrar el defecto y lavado de la cavidad abdominal. La anatomía patológica de la pieza demostró tratarse de un adenocarcinoma en anillo de sella con margen vertical insuficiente, se consideró una DSE no curativa. Se evaluó de nuevo en comité y se decidió realizar cirugía de rescate. Se realizó una gastrectomía subtotal con linfadenectomía D2 y reconstrucción en Y de Roux laparoscópica.

Discusión: El CG tiene tasas de morbimortalidad muy altas. La DSE puede ser una estrategia de tratamiento segura y factible, comparable a la gastrectomía en el caso del CG precoz, sin embargo, se necesita vigilancia endoscópica cuidadosa para garantizar resultados favorables. Los criterios para definir una DSE no curativa y la necesidad de una cirugía de rescate no están bien definidos. En la literatura encontramos estudios que avalan el beneficio en la supervivencia en pacientes sometidos a cirugía de rescate. Aun así, estos hallazgos

deberían confirmarse en más ensayos controlados, aleatorios, prospectivos y a gran escala.