



Cáncer de muñón gástrico

Sr. Director:

En relación al trabajo publicado recientemente en su revista por Díaz de Liaño et al¹ deseáramos realizar los siguientes comentarios.

Como refieren los autores, el cáncer de muñón gástrico ha sido definido como un carcinoma que aparece en el remanente gástrico 5 años o más después de una resección gástrica por enfermedad benigna. Posteriormente, también se ha relacionado con la realización previa de vagotomía troncular y piloroplastia, si bien esta asociación es menos consistente². En nuestra opinión, el concepto clínico de cáncer de muñón gástrico presenta aspectos que merecen una reflexión.

En primer lugar, la aparición de estos tumores antes de 15 a 20 años es muy infrecuente y en consecuencia, es dudoso que algunos casos referidos con un período de latencia entre 5 y 10 años pertenezcan a esta entidad. Incluso el riesgo relativo de cáncer gástrico en estos pacientes parece menor o igual al esperado durante este período inicial^{2,3}. Al respecto, sería interesante conocer el número de pacientes de la serie de Díaz de Liaño et al que fueron diagnosticados con un período de latencia inferior a los 15 años y si se detectó en ellos alguna característica histopatológica diferencial.

Por otra parte, es discutible la exclusión de aquellos pacientes a los que se diagnostica un proceso neoplásico en el muñón gástrico tras una gastrectomía previa por carcinoma gástrico primario con un intervalo mayor de 15

años. Así, la práctica totalidad de los carcinomas gástricos recidivan durante los primeros 5 años, aunque de forma ocasional puede aparecer alguna recidiva hasta 10 años después.

El modelo epidemiológico defendido por Correa establece una oncogénesis similar para el carcinoma de muñón gástrico y el carcinoma primario de tipo intestinal⁴. Sin embargo, un porcentaje significativo de los casos son tumores difusos o indiferenciados que serían ajenos a este modelo epidemiológico. Como se describe en la serie de Díaz de Liaño et al, el porcentaje de carcinomas de tipo difuso es relativamente alto (33%) en contraposición con el 67% de carcinomas de tipo intestinal, siendo el 40% de la totalidad de los tumores escasamente diferenciados o indiferenciados. Asimismo, en nuestra serie de pacientes resecados por carcinoma de muñón el porcentaje de carcinomas de tipo difuso es del 19% siendo el 57% de la totalidad tumores pobremente diferenciados. La oncogénesis del carcinoma de tipo difuso parece distinta de la del tipo intestinal bien diferenciado si tenemos en cuenta la incidencia distinta en las alteraciones moleculares encontradas en ambos tipos histológicos^{5,6}. En consecuencia, estos hallazgos sugieren que dentro del concepto clínico y epidemiológico de carcinoma de muñón gástrico coexisten tumores con oncogénesis distinta.

Por último, la realización de endoscopia periódica en pacientes con gastrectomía por enfermedad benigna para el diagnóstico temprano de neoplasias de muñón ofrece muchas dudas en relación a parámetros de coste-efectividad⁷. Nuestro grupo intentó llevar a cabo un estudio realizando endoscopia a estos pacientes a partir de los 15 años. Sin embargo, los pacientes asintomáticos, rechazaron mayoritariamente la endoscopia a pesar de explicarles el riesgo relativo que tenían de desarrollar un carcinoma gástrico, por lo que dudamos de la efectividad en la implantación de este tipo de diagnóstico temprano en nuestro medio.

**F. J. Lacueva-Gómez, R. Calpena-Rico,
I. Oliver-García, P. Cansado-Martínez
y A. Arroyo-Sebastián**

Servicio de Cirugía General. Hospital General Universitario de Elche.

Bibliografía

1. Díaz de Liaño A, Oteiza F, Ciga MA, Cobo F, Aizcorbe M, Trujillo R, et al. Cáncer de muñón gástrico: resultados del tratamiento quirúrgico. *Cir Esp* 2001;70:16-20.
2. Dubrow R. Gastric cancer following peptic ulcer surgery. *J Natl Cancer Inst* 1993;85:1268-70.
3. Tersmette AC, Offerhaus GJA, Tersmette KWF, Giardiello FM, Moore GW, Tygat GNJ, et al. Meta-Analysis of the risk of gastric stump cancer: detection of high risk patient subsets for stomach cancer after remote partial gastrectomy for benign conditions. *Cancer Res* 1990; 50:6486-9.
4. Correa P. The epidemiology of gastric cancer. *World J Surg* 1991; 15:228-34.
5. Tahara E. Molecular biology of gastric cancer. *World J Surg* 1995; 19:484-90.
6. Werner M, Becker KF, Keller G, Hofler H. Gastric adenocarcinoma: pathomorphology and molecular pathology. *J Cancer Res Clin Oncol* 2001;127:207-16.
7. Offerhaus GJA, Tersmette AC, Giardiello FM, Huibregtse K, Vandenbrouke JP, Tygat GNJ. Evaluation of endoscopy for early detection of gastric stump cancer. *Lancet* 1992;340:33-5.