

Oncología digestiva

¿Es necesario realizar un seguimiento endoscópico para la detección precoz de cáncer gástrico primario en los pacientes gastrectomizados por una enfermedad benigna?

Victoria Gonzalo

Servicio de Gastroenterología. Institut de Malalties Digestives i Metabòliques. Hospital Clínic. CIBERehd. IDIBAPS. Universitat de Barcelona. Barcelona. España.

ANTECEDENTES

La aparición de cáncer sobre el remanente gástrico de los pacientes gastrectomizados fue ya inicialmente descrita en 1922 por el cirujano Donald Balfour de la Clínica Mayo¹, definiendo esta entidad como un adenocarcinoma gástrico que aparece al menos 5 años tras la cirugía por una enfermedad benigna. La mayoría de los casos de cáncer primario sobre remanente gástrico presentan un estadio avanzado en el momento del diagnóstico, con una tasa de reseabilidad de sólo el 38-40%²⁻⁴. Debido a ello, y a pesar de ser un evento poco frecuente, se ha sugerido la conveniencia de realizar un seguimiento endoscópico en los pacientes gastrectomizados.

DISCUSIÓN

La aparición de un adenocarcinoma sobre el remanente gástrico está directamente relacionada con el tiempo transcurrido desde la cirugía. Diversos estudios han puesto de manifiesto la necesidad de instaurar programas de vigilancia endoscópica para su detección precoz y mejorar así el pronóstico de estos pacientes⁵. En este sentido, la mayoría de ellos demuestran una incidencia de cáncer gástrico sobre el remanente 4 veces mayor en pacientes gastrectomizados por úlcera péptica tras un período de seguimiento de 25 años respecto a la observada en la población general^{4,6,7}. No obstante, hay algún estudio que no demuestra esta diferencia⁸. En 1990 fue publicado un me-

taanálisis que mostraba un aumento del riesgo relativo de desarrollar cáncer gástrico sobre el remanente significativamente mayor a partir de los 15 años de la cirugía, con un incremento ulterior por cada 5 años de seguimiento adicional⁹.

Por otro lado, hay escasos estudios que analicen la repercusión de la vigilancia endoscópica sobre la supervivencia en este grupo de riesgo, y los disponibles no encuentran diferencias entre los pacientes gastrectomizados sometidos a vigilancia y los pacientes a quienes no se ha realizado un seguimiento endoscópico. Sin embargo, es importante señalar que en el primer grupo los casos de cáncer gástrico sobre remanente suelen detectarse en un estadio más precoz¹⁰⁻¹². Recientemente, en un estudio realizado por Skoog et al¹³ en el que se comparaba la supervivencia a los 13 años de un grupo de pacientes gastrectomizados sometidos a vigilancia endoscópica con la de un grupo control sin este antecedente, se observó una mayor incidencia de cáncer en los pacientes gastrectomizados y una supervivencia menor. No obstante, la mortalidad no estaba relacionada con el adenocarcinoma en la mayoría de los casos, ya que de los 7 pacientes que fallecieron, 3 lo hicieron por causas ajenas al cáncer y uno por complicaciones de la cirugía del tumor.

En resumen, a falta de estudios que evalúen adecuadamente la supervivencia en los pacientes gastrectomizados sometidos a vigilancia endoscópica, la mayor incidencia de adenocarcinoma sobre el remanente gástrico a partir de los 15 años tras la cirugía y la posible detección de lesiones en un estadio más precoz parecen justificar el seguimiento endoscópico, recomendación recogida en las guías de la American Society for Gastrointestinal Endoscopy¹⁴. En estos casos es aconsejable efectuar los controles cada 3-5 años si no hay alteraciones, y de forma anual si se detecta displasia gástrica^{11,15}.

Correspondencia: Dra. V. Gonzalo.
Servicio de Gastroenterología. Hospital Clínic. CIBERehd.
Villarreal, 170. 08036 Barcelona. España.
Correo electrónico: vgonzalo@clinic.ub.es

Recibido el 7-5-2008; aceptado para su publicación el 27-5-2008

RESPUESTA

La mayor incidencia de adenocarcinoma sobre el remanente gástrico y la posible detección de lesiones en un estadio más precoz apoyan la realización de una vigilancia endoscópica en los pacientes gastrectomizados a partir de los 15 años tras la cirugía (grado de recomendación B; nivel de evidencia 2b).

BIBLIOGRAFÍA

1. Hardcastle JD, Chamberlain JO, Robinson MH, Moss SM, Amar SS, Balfour TW, et al. Randomised controlled trial of faecal-occult-blood screening for colorectal cancer. *Lancet*. 1996;348:1472-7.
2. Sasako M, Maruyama K, Kinoshita T, Okabayashi K. Surgical treatment of carcinoma of the gastric stump. *Br J Surg*. 1991; 78:822-4.
3. Ovaska JT, Havia TV, Kujari HP. Retrospective analysis of gastric stump carcinoma patients treated during 1946-1981. *Acta Chir Scand*. 1986;152:199-204.
4. Viste A, Bjørnstad E, Opheim P, Skarstein A, Thunold J, Hartveit F, et al. Risk of carcinoma following gastric operations for benign disease. A historical cohort study of 3470 patients. *Lancet*. 1986;2:502-5.
5. Pointner R, Wetscher GJ, Gadenstatter M, Bodner E, Hinder RA. Gastric remnant cancer has a better prognosis than primary gastric cancer. *Arch Surg*. 1994;129:615-9.
6. Offerhaus GJ, Tersmette AC, Huibregtse K, Van de Stadt J, Tersmette KW, Stijnen T, et al. Mortality caused by stomach cancer after remote partial gastrectomy for benign conditions: 40 years of follow up of an Amsterdam cohort of 2633 postgastrectomy patients. *Gut*. 1988;29:1588-90.
7. Caygill CP, Hill MJ, Kirkham JS, Northfield TC. Mortality from gastric cancer following gastric surgery for peptic ulcer. *Lancet*. 1986;1:929-31.
8. Schafer LW, Larson DE, Melton LJ 3rd, Higgins JA, Ilstrup DM. The risk of gastric carcinoma after surgical treatment for benign ulcer disease. A population-based study in Olmsted County, Minnesota. *N Engl J Med*. 1983;309:1210-3.
9. Tersmette AC, Offerhaus GJ, Tersmette KW, Giardiello FM, Moore GW, Tytgat GN, 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.
10. Stael von Holstein C, Eriksson S, Hult B, Hammar E. Endoscopic screening during 17 years for gastric stump carcinoma. A prospective clinical trial. *Scand J Gastroenterol*. 1991;26:1020-6.
11. Thorban S, Bottcher K, Etter M, Roder JD, Busch R, Siewert JR. Prognostic factors in gastric stump carcinoma. *Ann Surg*. 2000;231:188-94.
12. Kaneko K, Kondo H, Saito D, Shirao K, Yamaguchi H, Yokota T, et al. Early gastric stump cancer following distal gastrectomy. *Gut*. 1998;43:342-4.
13. Skoog M SS, Schnell TG, Leya J. Endoscopic surveillance after gastrectomy: what do we accomplish? *Gastroenterology*. 2006; 130 Suppl 2:302.
14. Hirota WK, Zuckerman MJ, Adler DG, Davila RE, Egan J, Leighton JA, et al. ASGE guideline: the role of endoscopy in the surveillance of premalignant conditions of the upper GI tract. *Gastrointest Endosc*. 2006;63:570-80.
15. Safatle-Ribeiro AV, Ribeiro U Jr, Reynolds JC. Gastric stump cancer: what is the risk? *Dig Dis*. 1998;16:159-68.