

EDITORIAL

Laparoscopia de estadificación en cáncer gástrico



Gastric cancer staging laparoscopy

El cáncer gástrico (CG) es un problema de salud en Colombia, pues se presentan 5.955 casos nuevos al año, lo cual significa una tasa de incidencia ajustada por edad (TAE) de 18,5 para varones y 10,3 para mujeres por 100.000 habitantes¹. Los departamentos que presentan la mayor incidencia son los departamentos de Cauca (TAE de 26,8 por 100.000) y Nariño (TAE de 26,1 por 100.000)¹. El CG ha disminuido de manera importante durante los últimos 30 años, sin embargo, es la primera causa de mortalidad por cáncer en varones y la segunda en mujeres². El descenso en la mortalidad por cáncer ha sido descrito de manera similar en otros países del mundo, y se explica por el mejoramiento en las condiciones de vida en general. El riesgo de muerte por CG es más alto en las regiones montañosas y menor en las regiones costeras y planas del territorio nacional³. En Colombia se encuentra una baja supervivencia de este tipo de cáncer por ser usualmente agresivo y por el diagnóstico tardío de la enfermedad⁴.

La mayoría de los pacientes en Colombia consultan cuando son sintomáticos y esto se traduce en estadios avanzados de la enfermedad (los estadios II, III y IV corresponden a más del 90% de los casos)⁵, con cifras de supervivencia por debajo del 10% a los 5 años⁴.

La cirugía es la modalidad de tratamiento más importante para el CG. Cuando se está frente a un paciente con diagnóstico reciente de CG, la estadificación es el paso siguiente y esto significa la evaluación del TNM, lo que va a definir el manejo posterior y el pronóstico⁶. Para este objetivo de estadificación se utiliza la endoscopia digestiva alta, que nos da información sobre si se trata de una lesión temprana o avanzada (T). La tomografía contrastada es el estudio de elección para todos los pacientes con CG, y nos permite evaluar el compromiso ganglionar (N) y las metástasis a órganos sólidos (M). La endosonografía nos habla del (T), es decir de la profundidad de infiltración de la pared gástrica, así como del compromiso ganglionar peri gástrico y se realiza en pacientes seleccionados. La capacidad de resolución de estos excelentes

recursos diagnósticos tiene su principal limitación en la evaluación del peritoneo, por lo que no es infrecuente tener carcinomatosis micro o incluso macroscópica sin diagnóstico por imagen. La laparoscopia de estadificación, cada vez utilizada con más frecuencia es una herramienta de alta precisión en la evaluación del compromiso de la serosa del estómago, (T), del compromiso ganglionar (N) y del compromiso metastásico (M) tanto al peritoneo como al hígado⁶. La laparoscopia contribuye a disminuir las laparotomías innecesarias, que conllevan morbilidad⁶. Otro aspecto importante derivado de la evaluación laparoscópica es definir la indicación de la nutrición preoperatoria con el objetivo de disminuir complicaciones luego de la cirugía.

La laparoscopia permite realizar estudio citológico en presencia de líquido peritoneal y realizar lavados peritoneales con el mismo objetivo. El hallazgo de células neoplásicas se correlaciona bien con el riesgo de recurrencia temprana después de cirugía con intención curativa. En cerca del 50% de los pacientes con CG, con estudio imagenológico negativo para compromiso metastásico, se pueden detectar lesiones de esta categoría al momento de la laparoscopia. Además, esta estrategia permite seleccionar pacientes con lesiones localmente avanzadas o limítrofes para que sean involucrados en protocolos de neoadyuvancia y posterior resección⁷.

La estadificación del CG dejó de ser un procedimiento solamente clínico. La capacidad de resolución de los exámenes diagnósticos como la endoscopia, la EUS, la tomografía, la RMN y la PET-Scan, tiene límites, particularmente en cuanto al peritoneo se refiere y tamaño de las lesiones. Por eso la laparoscopia además de permitirnos ver lesiones más pequeñas, también nos permite obtener material para diagnóstico, bien sea histológico por biopsias o líquido para estudio citológico⁶.

En el Instituto Nacional de Cancerología de Bogotá, Colombia, la laparoscopia de estadificación en el caso del CG se viene utilizando en:

1. Evaluación del CG avanzado (T3 y T4) para definir reseccabilidad descartando compromiso metastásico peritoneal o hepático⁸.
2. Definir casos clínicos con lesiones localmente avanzadas o limítrofes para resección quirúrgica con intención de ofrecer tratamiento neoadyuvante.
3. Definir indicación de nutrición preoperatoria, descartando lesión irreseccable o enfermedad metastásica.

En este número encontramos el artículo titulado «Factores asociados a carcinomatosis por cáncer gástrico: ¿a quién hacemos laparoscopia?». Los autores hacen un recuento de las bondades de la laparoscopia de estadificación, ampliamente documentadas en la literatura, y reflexionamos en torno al hecho de que, a pesar de esta evidencia, la realidad es que no se realiza de forma rutinaria en todos los centros, incluso de ciudades capitales, ya sea por disparidad de criterios con respecto a su indicación o por no disponibilidad de recursos.

En este trabajo se definen los factores que están más fuertemente asociados con la presencia de carcinomatosis por CG y que por tanto son útiles en la identificación de pacientes con mayor riesgo. Se trata de un estudio observacional, analítico, de corte transversal en el que se evaluó un modelo con un grupo de variables asociadas con el diagnóstico laparoscópico de carcinomatosis. Las conclusiones son sencillas y útiles en el escenario clínico diario.

La presencia de carcinomatosis peritoneal es uno de los factores pronósticos más importantes en el CG. Actualmente el compromiso peritoneal microscópico es considerado metástasis. De ahí surge la necesidad de incluir en el CG avanzado la laparoscopia de estadificación como herramienta para el diagnóstico de enfermedad peritoneal no detectada mediante otros estudios⁵.

En el 25% de los casos se ha diagnosticado enfermedad metastásica inadvertida con los estudios radiológicos, evitando laparotomías no terapéuticas y definiendo el mejor tratamiento oncológico para cada caso⁵.

Bibliografía

1. Pardo C, Cendales R. Incidencia, mortalidad y prevalencia por cáncer en Colombia 2007-2011. Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Cancerología; 2015.
2. World Health Organization (WHO). GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide. Colombia. 2012. Disponible en: <http://globocan.iarc.fr/Pages/fact.sheets.population.aspx>
3. Pardo C, de Vries E, Buitrago L, Gamboa O. Atlas de Mortalidad por cáncer en Colombia. Cuarta edición Bogotá D.C.: Instituto Nacional de Cancerología; 2017.
4. De Vries E, Uribe C, Pardo C, Lemmens V, van de Poel E, Forman D. Gastric cancer survival and affiliation to health insurance in a middle-income setting. *Cancer Epidemiol*. 2015;39:91-6.
5. Oliveros R, Navarra LF. Diagnóstico, estadificación y tratamiento del cáncer gástrico desde 2004-2008 (Regate, Colombia). *Rev Col Gastroenterol*. 2012;27:269-74.
6. Chaux C, Díaz JE, Romo W. Cáncer gástrico: estadificación laparoscópica. *Rev Col Cirugía*. 1997;12.
7. López Domínguez J, Miro Martín M, Mast Vilaseca R, Aranda Danso H, Bettonica Larrañaga C, Paules Villar MJ, et al. Resultados de la laparoscopia diagnóstica en la estadificación del cáncer gástrico avanzado. *Cir Esp*. 2014;92:76.
8. Miki Y, Tokunaga M, Tanizawa Y, Bando E, Kawamura T, Terashima M. Staging Laparoscopy for Patients with cM0, Type 4, and Large Type 3 Gastric Cancer. *World J Surg*. 2015;39:2742-7.

Ricardo Oliveros Wilches
Instituto Nacional de Cancerología, Bogotá D.C., Colombia
 Correo electrónico: roliveros4@yahoo.es