

Cartas al director



Etiopatogenia del cáncer de muñón gástrico

Sr. Director:

El Servicio Médico-Quirúrgico de Aparato Digestivo del Hospital Casa de Salud de Valencia está interesado por el cáncer de muñón gástrico¹ y cáncer posvagotomía², desde hace más de 20 años.

Por ello hemos leído con gran interés el artículo "Cáncer de muñón gástrico; resultados del tratamiento quirúrgico" de Díaz Liaño et al, aparecido en CIRUGÍA ESPAÑOLA en el número de julio de 2001.

En estos últimos años hemos comprobado la disminución del porcentaje del número de cánceres gástricos en nuestro ambiente y el aumento de cánceres de muñón gástrico.

La patogenia del cáncer de estómago operado por ulcus benigno es multifactorial: reflujo biliopancreático complicado con gastritis alcalina, desvascularización y denervación del muñón gástrico, disminución de la secreción ácida y otros. A los habituales factores de riesgo habría que añadir la vagotomía²⁻⁵; así se deduce de estudios experimentales^{3,5}.

Como cáncer gástrico postoperatorio, después de la intervención por ulcus benignos¹, incluimos tres apartados: a) cáncer de muñón gástrico, posresección tipo Billroth I o II; b) cáncer posgastroenteroanastomosis, y c) cáncer posvagotomía asociada con gastroenteroanastomosis, con antrectomía o con piloroplastia.

Entre 1965 y 1982, en nuestro servicio diagnosticamos 265 casos de cáncer gástrico¹, y de ellos 16 de cáncer gástrico postoperatorio por ulcus benigno: 12 posgastrectomía (4,5%), con intervalo de 24 años; dos posgastroenteroanastomosis (0,7%), con intervalo de 27 años, y dos posvagotomía (0,7%), con intervalo de 5,2 años.

Las referencias sobre el tema son escasas, los porcentajes pueden ser similares a los de la gastrectomía y parece que el intervalo de aparición del cáncer es más corto en los vagotomizados^{2,4,5}. A la vista de estos datos, la casuística de Díaz de Liaño et al entre 1984 y 1999 de 33 pacientes de cáncer de muñón, 14 operados por ulcus gástrico y 11 por ulcus duodenal, con técnica de Billroth II en 22 pacientes y de Billroth I en 11, es amplia. Parte de las intervenciones referidas en el estudio fueron practicadas en la década de los ochenta, época en la que con frecuencia se asociaba al Billroth I o II, la vagotomía troncular al principio, y posteriormente la selectiva y supraselectiva, de las que también se han publicado casos de cánceres. Sería interesante, para aumentar los conocimientos sobre la patogenia del cáncer, saber si a alguno de los 33 pacientes le fue asociada una vagotomía en sus diversas variedades. En la mayor parte de los traba-

jos sobre cáncer de muñón gástrico no figura la posible asociación con vagotomía, que tanto se practicó en esas fechas. El hábito de su investigación podría contribuir al complejo estudio etiopatogénico.

José Luis Zaragosí, Amparo Zaragosí, Cristóbal Zaragoza y José Zaragosí

Servicio Médico-Quirúrgico de Aparato Digestivo.
Hospital Casa de Salud. Valencia.

Bibliografía

1. Zaragosí Moliner J, García Corredor F, Zaragosí Esparza JL, Gimenez Wiergo M, Zaragosí Esparza A. Cáncer gástrico postoperatorio por ulcus benigno. Homenaje Prof. Ortiz de Landázuri. Pamplona: Garsi, 1984; p. 193-9.
2. Zaragosí Moliner J, Zaragosí Esparza A, Zaragosí Esparza JL. Gastric carcinoma after vagotomy. Abstracts Digestive Surgery 9th. World congress CIGD; 1986; Jerusalem; 3: p. 137.
3. Junghans, K. Incidence of gastric cancer after vagotomy and piloroplasty in the rat. Chir Gastr 1978;12:1-27.
4. Morgenstern L. Vagotomy, gastroenterostomy and experimental gastric cancer. Arch Surg 1979;66:117-9.
5. Hansson LE. Risk of stomach cancer in patients with peptic ulcer disease. World J Surg 2000;24:315-20.