

Diagnóstico y tratamiento endoscópico del cáncer gástrico estado 0. ¿Qué hacer para que aumente más?

Fabián Emura MD, PhD¹; Ichiro Oda, MD²

¹ Director, EmuraCenter Latinoamérica; Emura Foundation for the Promotion of Cancer Research Facultad de Medicina, Universidad de La Sabana, Bogotá, Colombia

² Endoscopy Division, National Cancer Center Hospital Chuo Ku, Tokyo, Japón

Fecha recibido: 18-11-09

Fecha aceptado: 23-11-09

El aumento del diagnóstico del cáncer gástrico temprano (CGT) y su consecuente incremento en la supervivencia de los pacientes depende en gran parte de que, como médicos, entendamos la esencia del concepto, las bases y diferencias de las técnicas, su nomenclatura universal, su frecuencia en y fuera de nuestro medio, los criterios de curabilidad, la realidad nacional y, lo que probablemente acontezca en el futuro inmediato.

En cuanto al concepto, el tratamiento mínimamente invasivo del CGT (limitado a la mucosa y la submucosa), se deriva de la evidencia de que en este estado, el riesgo de invasión a ganglios linfáticos es casi cero, siendo 0-0,3% para los intramucosos bien diferenciados, < 30 mm con o sin úlcera; 0-0,4% para los intramucosos bien diferenciados sin úlcera de cualquier tamaño y 0-0,25% para los intramucosos o submucosos superficiales (hasta 500 µm, Sm1) bien diferenciados, < 30 mm sin compromiso linfático o venoso (1). Así mismo, analizando solamente adenocarcinomas invadiendo hasta la capa submucosa (Sm) se demostró que en las lesiones < 30 mm, bien diferenciadas, sin invasión linfovascular y que invaden solamente hasta la porción superficial de la submucosa (Sm1), el riesgo de invasión a ganglios linfáticos regionales fue insignificante (0-3,1%) (2). Es de concluir entonces, que la gastrectomía con linfadenectomía no es necesaria para las lesiones que cumplan los criterios anteriores y por lo tanto el tratamiento endoscópico se constituye en el método de elección siendo inicialmente adoptado y popularizado en Japón, luego en Asia (3) y posteriormente en Occidente (4-6).

En cuanto a la técnica, la mucosectomía endoscópica para el CGT se practica en Japón desde 1987 como una alternativa al tratamiento quirúrgico y con buenos resultados. Los reportes iniciales describen esta técnica como un procedimiento relativamente sencillo del cual se derivan varios métodos: asa de polipectomía solamente, asa-fórceps con endoscopio de doble canal, cap y corte y cap-ligadura y corte (7-9). No obstante, en la publicación con la serie más grande (479 casos), Ono, et al reportaron resección incompleta con bordes positivos en el 13% (16/128) de lesiones de 10-20 mm y en el 50% (4/8) de lesiones > 30 mm. Además, el 17,5% (84/479) de los especímenes resultaron no evaluables histológicamente por lesión diatérmica, daño mecánico o múltiple fragmentación. Debido a estos resultados y a las limitaciones intrínsecas de la mucosectomía estándar (insuficiente para lesiones > 15 mm y necesidad de endoscopio de doble canal), se desarrolló una técnica que removiera más tejido sano alrededor (borde oncológico horizontal) y más tejido submucoso (borde oncológico vertical) que la mucosectomía estándar; es allí donde surge la disección endoscópica de la submucosa (DES) utilizada en centros de referencia japoneses desde 1997 y ahora de amplia aceptación internacional (10).

En cuanto a su clasificación, el CGT es aquel confinado a la mucosa o a la submucosa independiente de la presencia de ganglios regionales; también es conocido como cáncer gástrico T1 según la clasificación internacional (11) y como estado 0 según la clasificación de París de lesiones superficiales del tracto digestivo (12). Esta última clasificación propone las ya conocidas subdivisiones del estado 0: Ip, Is, Ila, I Ib, Ila-I Ic y I Ic las cuales corresponden a variantes anatómicas del tumor.

En cuanto a su frecuencia, las instituciones con más experiencia como el NCCCH realizan un promedio de 21 DES por mes (estimado: 258 procedimientos/año) (13). En mayo de 2009, se reportó en Colombia una serie de 9 DES para CGT en 12 meses. En esta corta serie, el tamaño promedio del espécimen fue de 38,5 mm, la resección en un solo bloque del 100%, y el porcentaje de curabilidad de 78%, demostrando, por primera vez en Colombia, la viabilidad y eficacia de la DES con IT-Knife2 para el tratamiento del CGT según los criterios de curabilidad de la Asociación Japonesa del Cáncer Gástrico (14). Dado que los reportes de curabilidad endoscópica en Colombia eran hasta hace poco anecdóticos, esta cifra recientemente publicada junto a la actual de Gómez y cols, son de trascendental importancia y relevancia histórica en Latinoamérica.

En cuanto a los criterios de curabilidad, es aceptado que los tumores reportados como bien diferenciados, sin invasión linfovascular, limitados a la capa mucosa o Sm1 y con borde horizontal negativo, corresponden a disecciones curativas. Con el advenimiento de ese concepto de curabilidad, se popularizó de manera paralela la DES con el IT-Knife inicialmente y desde el 2008 con el IT-Knife2, ambos desarrollados por Ono (15).

En cuanto a la actualidad nacional, en este volumen de la Revista Colombiana de Gastroenterología, Gómez y cols reportan su experiencia con el tratamiento endoscópico y seguimiento del CGT de invasión intramucosa en lesiones < 15 mm. Este reporte es de vital importancia para Latinoamérica pues el cáncer gástrico está aún posicionado como primero en frecuencia y mortalidad no solo en Colombia sino también en varios países del continente. Este estudio demuestra que en instituciones públicas, y sin necesariamente la mejor tecnología óptica, la mucosectomía para el CGT de < 15 mm es posible y con buenos resultados. La ausencia de recurrencia local a 5 años reportada en el estudio refuerza la evidencia de la ausencia de invasión ganglionar de la enfermedad en estado 0. No obstante, este importante estudio carece de algunos datos de primordial relevancia para realizar comparaciones con la literatura publicada. Uno de ellos es la estimación de la frecuencia anual de diagnóstico del CGT o T2 en el estudio (no hay en referencia al número de años que duró el estudio, ni frecuencia por 1.000 endoscopias de *screening*). Por otro lado,

el número total de lesiones Sm1 y Sm2 que tuvieron intención de tratamiento endoscópico (si existen) es el número necesario para obtener la efectividad global del tratamiento endoscópico en la serie. Este tipo de análisis está disponible en grandes series (Oda).

Para terminar, y en relación a la actual realidad latinoamericana, la aplicación diseminada de la técnica de mucosectomía y DES han sido limitadas a unos pocos centros fuera de Japón debido a la no disponibilidad comercial de elementos de endoterapia. A partir del 2009, existe en Latinoamérica la comercialización del IT-Knife2 y otros elementos de endoterapia esenciales. En adición, a diferencia de la mucosectomía, la DES es un procedimiento que demanda habilidad y experiencia, y por lo tanto el entrenamiento formal adicional es un deber. Como una alternativa a la DES, la mucosectomía para lesiones < 15 mm es un procedimiento válido, aplicable y reproducible, con el concepto claro que las escuelas japonesas ya no lo practican por las limitaciones intrínsecas de la técnica y los resultados de grandes series (Ono, Oda).

Dando una mirada al futuro, se puede ver que debido al aumento de la frecuencia en el diagnóstico del CGT, a la medicina cada vez más preventiva, a la actual disponibilidad comercial de elementos de endoterapia, al auge de la alta tecnología en imágenes, a la cooperación permanente entre Japón y Latinoamérica y, sobre todo, al interés del endoscopista en capacitarse para ofrecer la mejor alternativa al paciente, la formación y consolidación de centros de entrenamiento acreditados con programas de educación médica respaldados por la academia y la industria dirigidos a gastroenterólogos con el fin de enseñar no solamente las estrategias de diagnóstico sino también los conceptos básicos y el manejo de las complicaciones de la mucosectomía y la DES incluyendo prácticas en modelos biológicos, se constituirán en una estrategia eficaz para aumentar la frecuencia del diagnóstico y tratamiento endoscópico curativo del CGT no solo en Colombia sino también en Latinoamérica y el mundo.

REFERENCIAS

1. Gotoda T, Yanagisawa A, Sasako M, Ono H, Nakanishi Y, Shimoda T et al. Incidence of lymph node metastasis from early gastric cancer: estimation with large number of cases at two large centers. *Gastric Cancer* 2000; 3: 219-225.
2. Gotoda T, Sasako M, Ono H, Katai H, Sano T, Shimoda T. Evaluation of the necessity for gastrectomy with lymph node dissection for patients with submucosal invasive gastric cancer. *Br J Surg* 2001; 88: 444-9.
3. Jang JS, Choi SR, Qureshi W, Kim MC, Kim SJ, Jeung JS et al. Long-term outcomes of endoscopic submucosal dissection in gastric neoplastic lesions at a single institution in South Korea. *Scand J Gastroenterol* 2009; 44(11): 1315-22.

4. Longo WE, Zucker KA, Zdon MJ, Modlin IM. Detection of early gastric cancer in an aggressive endoscopic unit. *Am Surg* 1989; 55: 100-4.
5. Cardoso DM, Campoli PM, Yokoi C, Ejima FH, Barreto PA, de Brito AM, et al. Initial experience in Brazil with endoscopic submucosal dissection for early gastric cancer using insulation-tipped knife: a safety and feasibility study. *Gastric Cancer* 2008; 11(4): 226-32.
6. Emura F, Oda I, Ono H. Disección endoscópica de la submucosa (DES). Un procedimiento superior a la mucosectomía para el tratamiento del cáncer gástrico temprano. *Rev Col Gastroenterol* 2007; 22: 209-216.
7. Tada M, Mukrakami A, Karita M, et al. Endoscopic resection of early gastric cancer. *Endoscopy* 1993; 25: 445-51.
8. Sano T, Okuyama Y, Kobori O, et al. Early gastric cancer; endoscopic diagnosis of depth of invasion. *Dig Dis Sci* 1990; 35: 1340-44.
9. Emura F, Ono H. Resección endoscópica en lesiones gástricas. Técnicas en endoscopia digestiva. Capítulo 5. Sociedad Colombiana de Endoscopia Digestiva 2007. p. 251-258.
10. Ono H, Kondo H, Gotoda T, Shirao K, Yamaguchi H, Saito D, et al. Endoscopic mucosal resection for treatment of early gastric cancer. *Gut* 2001; 48: 225-9.
11. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese classification of gastric carcinoma, 2nd English ed. *Gastric Cancer* 1998; 1: 10-24.
12. The Paris endoscopic classification of superficial neoplastic lesions: esophagus, stomach, and colon: November 30 to December 1, 2002. *Gastrointest Endosc* 2003; 58(6 Suppl): S3-43.
13. Oda I, Gotoda T, Hamanaka H, Eguchi T, Saito Y, Matsuda T, et al. Endoscopic submucosal resection for early gastric cancer: Technical feasibility, operation time and complications from a large consecutive series. *Digest Endosc* 2005; 17: 54-57.
14. Emura F, Ricaurte O, Mejia J, Osorio O, Sabbagh L, Oda I et al. ESD for early gastric cancer in Colombia. A western validation of the Japanese experience. *Gastrointes Endosc* 2009; 69(5): AB178.
15. Ono H, Hasuike N, Inui T, Takizawa K, Ikehara H, Yamaguchi Y et al. Usefulness of a novel electro-surgical knife, the insulation-tipped diathermic knife-2, for endoscopic submucosal dissection of early gastric cancer. *Gastric Cancer* 2008; 11(1): 47-52.