

Imágenes en cáncer gástrico temprano. Serie de casos

Images of early gastric cancer: a series of cases

Martín Alonso Gómez, MD.¹

¹ Profesor asistente de gastroenterología,
Departamento de Medicina Interna, Universidad
Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia

Fecha recibido: 02-09-12
Fecha aceptado: 26-06-13

Resumen

Presentamos un trabajo con una serie de 5 casos de cáncer gástrico temprano, la cual busca concientizar a los gastroenterólogos jóvenes sobre la importancia de detectar el cáncer de manera precoz y mostrar las imágenes de cómo este tipo de tumores fueron encontrados y evaluados en nuestro hospital. Son 5 casos de cada uno de los tipos de cáncer según la clasificación de París en los cuales se muestra la imagen endoscópica, la patología, cómo fueron tratados y en algunos, las imágenes de ecoendoscopia.

Palabras clave

Cáncer gástrico, mucosectomía, ecoendoscopia.

Abstract

This article presents a study of a series of 5 cases of early gastric cancer, which seeks to raise awareness among young gastroenterologists about the importance of early detection of cancer. It presents images of how these tumors were found and evaluated in our hospital. These 5 cases show each of the types of cancer according to the Paris classification through endoscopic images is shown, pathology, and how each case was treated. Some EUS images are also included.

Key words

Gastric cancer, endoscopic mucosal resection, endoscopic ultrasound.

En 1903, el médico alemán M. Versé, realizó la primera descripción de un cáncer gástrico temprano en su libro *Die Histogenese der Schleimhautcarcinome* (1), pero el primero en emplear el término fue el francés Bayle en 1833 denominándolo “Cáncer gástrico en su primera etapa” (2).

Se utiliza este término para los pacientes con cáncer gástrico cuyos tumores solo invaden hasta la submucosa con o sin compromiso ganglionar (3); la supervivencia a 5 años en estos pacientes puede llegar hasta casi 100% como lo demostró nuestro grupo recientemente (4), pero si el cáncer es avanzado (compromiso de la muscular propia), esta supervivencia se reduce dramáticamente siendo inferior a 10% en los mismos cinco años (5).

El cáncer gástrico en nuestro país es la segunda causa de cáncer en hombres, la cuarta causa en mujeres y la principal causa de mortalidad por cáncer según datos del INC (2005) (6), lo cual hace que sea un objetivo primordial no solo la prevención de este tipo de tumores sino su detección en estadios tempranos para poder cambiar la realidad que se enfrenta actualmente, en que 80% de las lesiones se diagnostican en estadios tardíos con el pésimo pronóstico ya anotado.

Para clasificar este tipo de tumores desde el punto de vista endoscópico utilizamos la clasificación japonesa establecida desde 1962 y modificada por la clasificación de París en el 2003 (7) (figura 1); cuando el cáncer es avan-

zudo se clasifica de acuerdo a la clasificación de Bormann (figura 2).

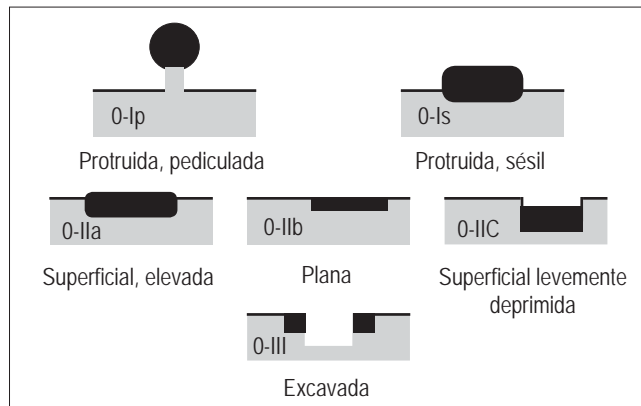


Figura 1. Clasificación de París para el cáncer gástrico temprano.

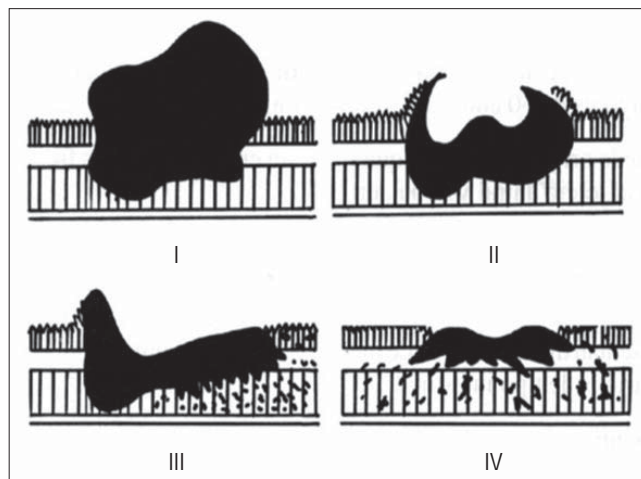


Figura 2. Clasificación de Bormann para el cáncer gástrico avanzado.

En este artículo presentamos las imágenes de algunos de nuestros pacientes con cáncer temprano para ilustrar cada uno de los tipos descritos de acuerdo a la clasificación de París, mostrando no solo cómo se caracterizan estos tumores que en nuestro medio son “raros” sino cómo es su manejo.

CASO 1

Cáncer gástrico temprano Tipo 0-Ip

Se trata de una paciente de 75 años con síntomas dispépticos sin signos de alarma. Se realiza EVDA encontrando una lesión levantada de 20 mm en la región prepilórica clasificada como una lesión tipo 0-I (figura 3). Se realiza mucossectomía endoscópica con el método de levantar y cortar con asa lográndose una resección completa, no hay com-

plicaciones (figura 4). Previamente se había realizado una ecoendoscopia la cual muestra compromiso del tumor solo de las dos primeras capas ecográficas, es decir la mucosa (figura 5). La patología reporta un adenocarcinoma bien diferenciado con bordes laterales y profundos negativos para tumor (figura 6).

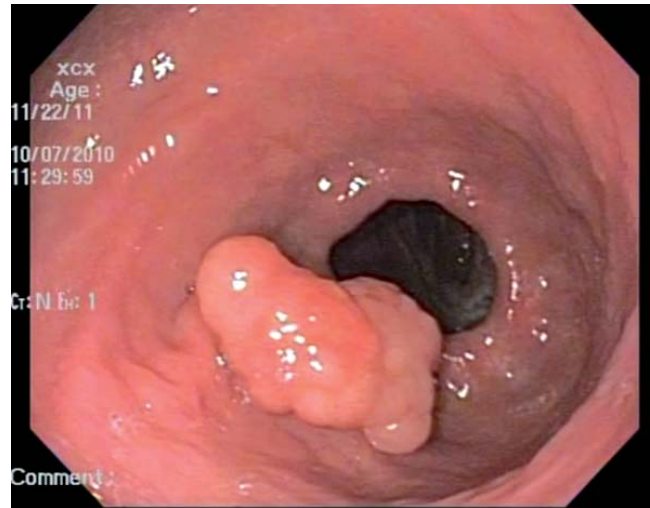


Figura 3. Se observa claramente una lesión levantada de aspecto polipoide en la región pilórica.



Figura 4. La lesión es resecada por el método de inyección y resección con asa, observe que el asa está atrapando la lesión resecada y en la parte inferior se evidencia la úlcera residual.

En este otro caso se observa una lesión levantada en la pared anterior de cuerpo medio (figura 7), reportada como adenocarcinoma bien diferenciado. A la ecoendoscopia se observa que la lesión solo compromete las dos primeras capas ecográficas (mucosa) (figura 8).



Figura 5. La flecha señala una lesión hipoeoica que mide de diámetro mayor 13,4 cm y solo compromete la capa mucosa.

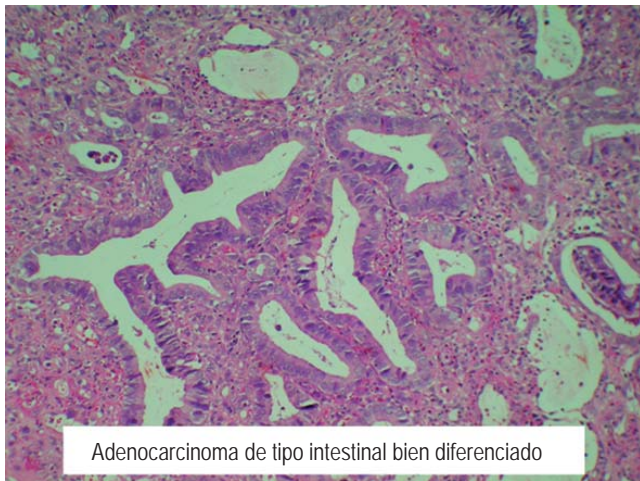


Figura 6. Observe glándulas irregulares y tortuosas que varían de tamaño, infiltradas por células tumorales.



Figura 7. En la pared anterior se evidencia una lesión levantada.

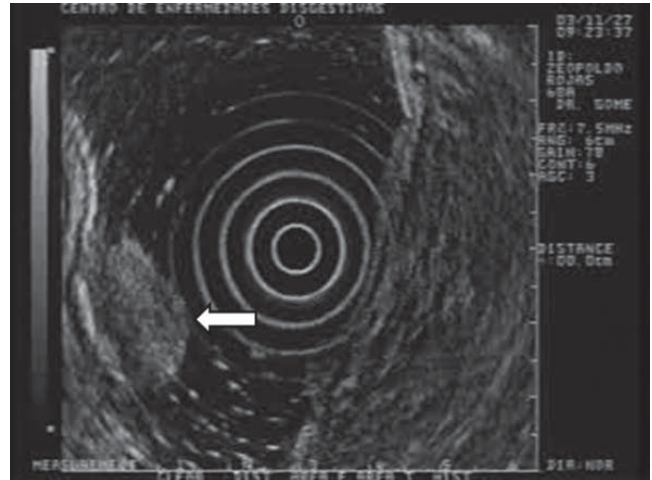


Figura 8. La ecoendoscopia evidencia una lesión isoecoica que infiltra la capa 1 y 2, es decir, solo la mucosa (flecha).

CASO 2

Cáncer gástrico temprano 0-IIa + IIc

Paciente de 45 años con síntomas dispépticos pero sin signos de alarma como sangrado, pérdida de peso o vómito, enviada a endoscopia. Se observa una lesión levantada en la región antral prepilórica la cual parece estar ulcerada en el centro (figura 9).

Se decide realizar cromoscopia con una mezcla de índigo carmín al 0,4% más 15 ml de ácido acético (vinagre) para caracterizar mejor la lesión, observando que se trata de una lesión levantada con el centro deprimido por lo cual corresponde a un cáncer tipo 0-IIa + IIc (figura 10). La biopsia confirmó un cáncer difuso por lo cual se envió a cirugía (figura 11).



Figura 9. Observe en la región prepilórica hacia la curva menor una lesión levantada y deprimida en el centro.

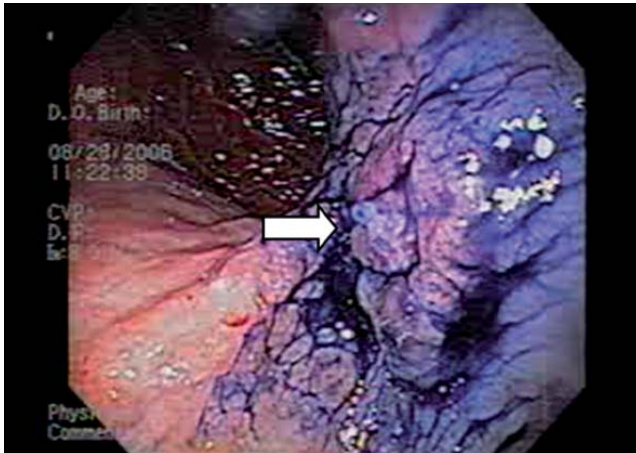


Figura 10. La cromoscopia permite un realce importante de la lesión.

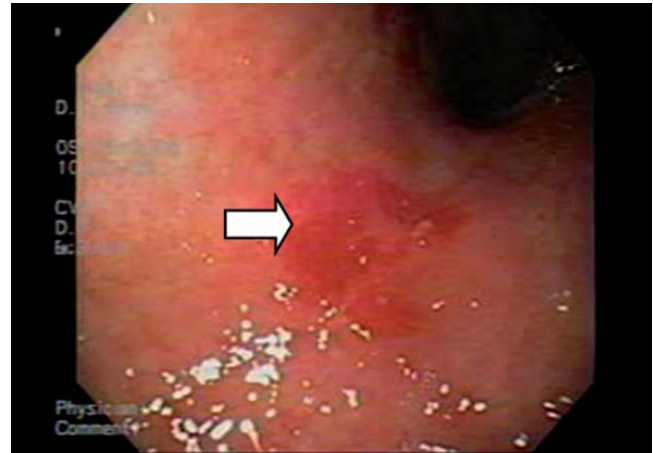


Figura 12. Observe una lesión eritematosa que no presenta elevación a la endoscopia con luz blanca.

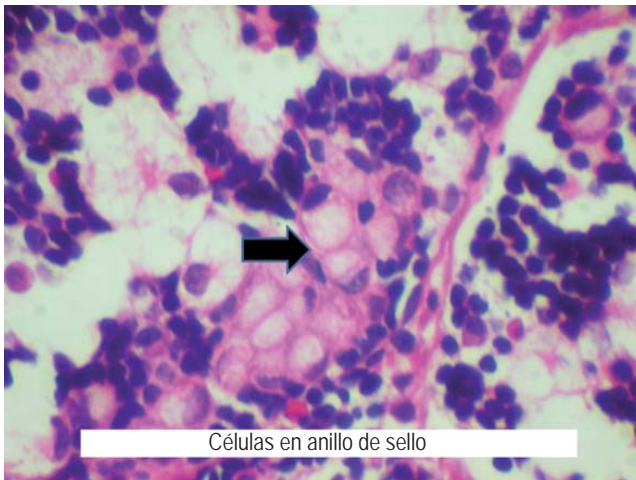


Figura 11. Cáncer difuso, el cual se identificó por las células en anillo de sello que señala la flecha.



Figura 13. La cromoscopia permite delimitar claramente los bordes de la lesión y realizar su resección.

CASO 3

Cáncer gástrico temprano 0-IIb

Paciente de 74 años con dolor epigástrico de 6 años en evolución la cual no refiere sangrado o pérdida de peso; se envía a su primera endoscopia observando una lesión eritematosa en la curva menor hacia la incisura (figura 12). Para caracterizar mejor la lesión se realiza cromoscopia con índigo carmín al 0,4%, lográndose resaltar muy bien los límites como lo muestra la figura 13, se clasifica como una lesión como IIb; las biopsias muestran que se trata de un cáncer moderadamente diferenciado (figura 14) por lo cual se realiza una resección mucosa.



Figura 14. La flecha señala un epitelio pseudoestratificado con nucleolos prominentes compatible con un cáncer moderadamente diferenciado.

CASO 4

Cáncer gástrico temprano 0-IIc

Paciente de 66 años con anemia megaloblástica la cual es enviada a endoscopia. Se realiza el examen y se observa una lesión en la curva mayor del antro la cual tiene convergencia de pliegues y está deprimida en el centro, observe además que hay atrofia (figura 15). Se realiza cromoscopia con índigo carmín con una excelente limitación de lesión lo cual permite caracterizarla como IIc (figura 16); la biopsia confirma que se trata de un adenocarcinoma moderadamente diferenciado (figura 17). En este otro caso se observa un paciente con una lesión deprimida prepilórica la cual es reportada como un adenocarcinoma mal diferenciado (figura 18).

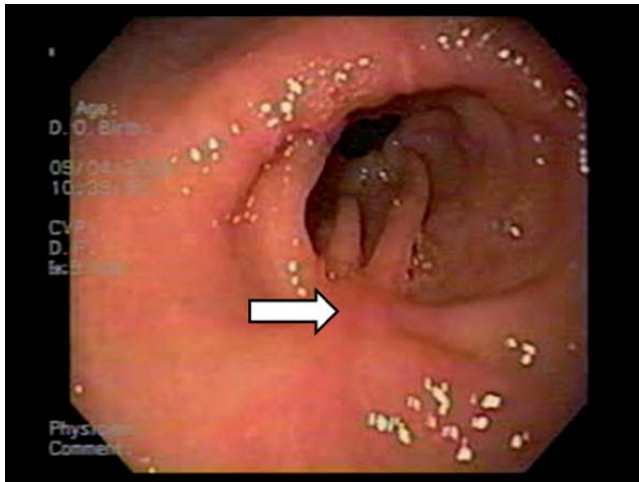


Figura 15. Observe en la curva menor la lesión deprimida tipo IIc.

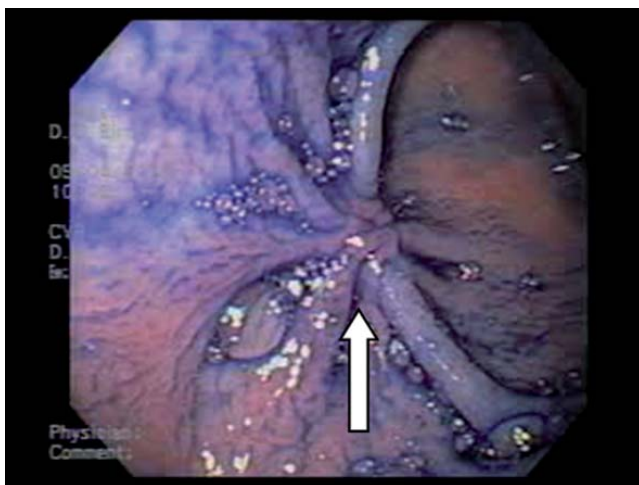


Figura 16. Con la cromoscopia se observa que la lesión es mayor y hay una convergencia de pliegues con bordes que se amputan abruptamente.

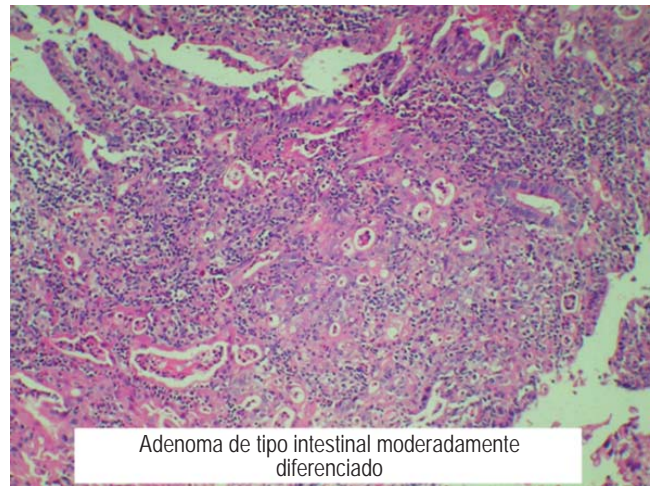


Figura 17. A la hematoxilina eosina se evidencia un adenocarcinoma moderadamente diferenciado.

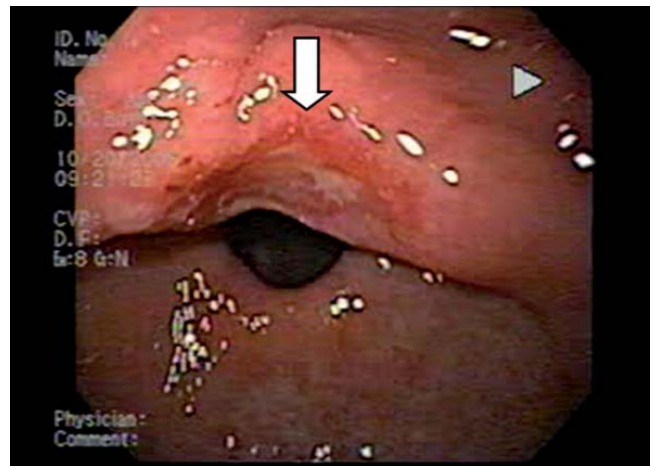


Figura 18. Lesión deprimida en el centro con bordes mal definidos ubicada en la región pilórica.

CASO 5

Cáncer gástrico temprano Tipo 0-III

Se trata de una paciente de 60 años que consulta a urgencias por hematemesis y melenas, no refiere pérdida de peso, se lleva a EVDA y encontramos una lesión ulcerada prepilórica recubierta de fibrina la cual tiene bordes irregulares (figura 19) se bx y reporta un adenocarcinoma moderadamente diferenciado (figura 20), es enviada a cirugía la cual confirma que la lesión solo se extiende hasta la submucosa.

En conclusión podemos ver que el cáncer gástrico temprano se puede diagnosticar y tratar a través de la endoscopia digestiva alta, la mayoría de las lesiones que describimos fueron pequeñas y se resolvieron a través de

la resección mucosa aunque nosotros consideramos que con la masificación de técnicas como la disección submucosa este va a ser el estándar de manejo para estos tumores (8-11). De otro lado, si bien en nuestro servicio aproximadamente 20% de los casos de cáncer gástrico son tempranos estamos aún muy lejos de llegar a cifras de 60% (12) de las series japonesas, pero creemos que con la tamización, el entrenamiento de los gastroenterólogos y la motivación de detectar estas lesiones podemos llegar a estas cifras lo cual cambiaría radicalmente la carga de esta enfermedad en nuestro medio.

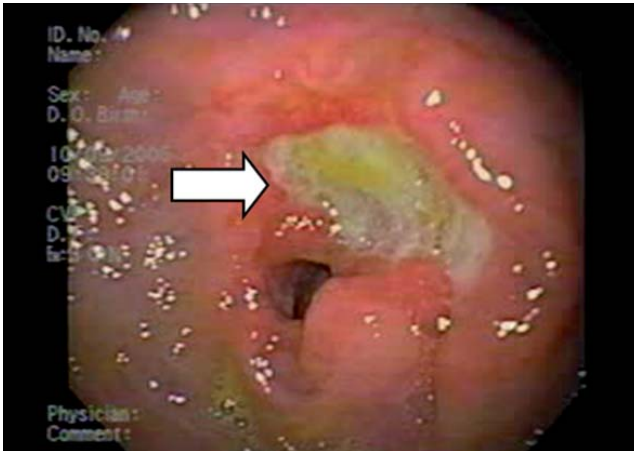
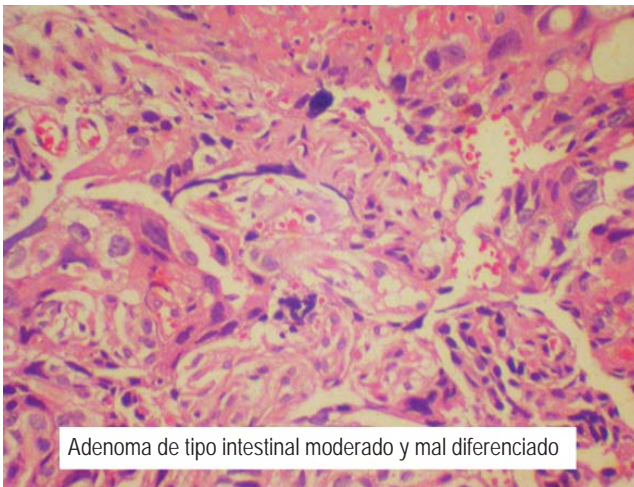


Figura 19. Observe una lesión ulcerada recubierta de fibrina con bordes levantados e irregulares.



Adenoma de tipo intestinal moderado y mal diferenciado

Figura 20. La foto señala una lesión tumoral mal diferenciada con componentes de tejido moderadamente diferenciado.

REFERENCIAS

1. Hauser G. Das chronische magengeschwür, sein vermagungsprozess un dessen beziehungen zur entwicklung des magenkarcinoma. Leipzig: FCW Vogel; 1883.
2. Versé M. Über die entstenung, den bau und das waschstum der polypen, adenome und karcinome des magen-darmkannals. Arb Pathol Inst Leipzig 1908; 1: 40.
3. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese classification of gastric carcinoma. 2nd English ed. Tokyo: Kanehara; 1998.
4. Gómez M, Otero W, Arbeláez V. Tratamiento endoscópico de cáncer gástrico temprano en Colombia con seguimiento a cinco años. Rev Col Gastroenterol 2009; 24: 347-352.
5. Tsukuma H, Ohshima A, Narahara H, et al. Natural history of early gastric cancer: a non-concurrent, long-term, follow-up study. Gut 2000; 47: 618-621.
6. Piñeros M, Ferlay J, Murillo R. Incidencia estimada y mortalidad por cáncer en Colombia. Instituto Nacional de Cancerología; 2005.
7. Ohshiba S, Ashiba K, Tanaka M, et al. Curative endoscopic resection of early gastric cancer: the possibility of extending its indications. Stomach Intest 1993; 28: 87-98.
8. Rembacken BJ, Gotoda T, Fujii T, et al. Endoscopic mucosal resection. Endoscopy 2001; 33: 709-718.
9. Soetikno R, Gotoda T, Nakanishi Y, et al. Endoscopic mucosal resection. Gastrointest Endosc 2003; 57: 567-579.
10. Soetikno R, Kaltenbach T, Yeh R, et al. Endoscopic mucosal resection for early cancers of the upper gastrointestinal tract. J Clin Oncol 2005; 4490-4498.
11. Gotoda T. Endoscopic resection of early gastric cancer. Gastric Cancer 2007; 10: 1-11.
12. Yamashita K, Sakuramoto S, Nemoto M, Shibata T, Mieno H, Katada N, Kikuchi S, Watanabe M. Trend in gastric cancer: 35 years of surgical experience in Japan. World J Gastroenterol 2011; 17(29): 3390-7.