Rev. Chilena de Cirugía. Vol 54 - Nº 2, Abril 2002; págs. 143-147

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Gastrectomía total paliativa

Drs. RIMSKY ALVAREZ U, CLAUDIO ZÚÑIGA T, ENRIQUE SEGUEL S, CARMEN GLORIA BETANCUR M, ROXANA GALLARDO O, ANA MARÍA GALLARDO O, CAROLINA LAZCANO G, MARÍA FERNANDA BELLO M

Servicio de Cirugía, Hospital Regional de Concepción, Departamento de Cirugía, Universidad de Concepción

RESUMEN

El cáncer gástrico, ya sea por el compromiso ganglionar extenso (invasión sobre N2), por la extensión local (invasión pancreática, colónica, o hepática) o por las metástasis (hepáticas o peritoneales) frecuentemente permite sólo cirugía de carácter paliativo. Entre los años 1985 y 2000, 51 pacientes (35 hombres y 16 mujeres) con carcinoma gástrico en estadio IV fueron sometidos a una gastrectomía total. La edad media fue de 62,1 años, rango de 34 a 83 años. Se realizó gastrectomía total con omentectomía mayor y menor sin intentar linfadenectomía superior a N1. El 37,3% de los pacientes presentaron complicaciones postoperatorias. El tiempo de hospitalización postoperatoria fue de 17,2 días en promedio, con un rango entre 9 y 36 días. Cuatro pacientes fallecieron en el postoperatorio (7,8%). Entre las complicaciones quirúrgicas destacan 4 fístulas de la anastomosis esofagoyeyunal (7,8%) y 4 abscesos subfrénicos (7,8%). La sobrevida a un año, 2 y 3 años fue de 52%, 20% y 0%, respectivamente. La sobrevida media fue de 4,7 meses (rango: 3-34 meses). La resección tumoral es el mejor tratamiento en pacientes que clínicamente se encuentran en estadio IV. La gastrectomía total mejora la calidad de vida en estos pacientes.

PALABRAS CLAVES: ***Cáncer gástrico, gastrectomía paliativa***

SUMMARY

Often, only palliative surgery is possible in gastric cancer, either due to extensive lymph node involvement (N2 or above), local extension (pancreas, colon or liver) or distant metastasis (liver or peritoneum). Between 1985 and 2000, 51 patients (35 males and 16 females) with stage IV gastric cancer underwent gastrectomy. Average age was 62.1 years (range 34-83). Total gastrectomy with omentectomy without attempting lymphadenectomy beyond N1 was done. Postoperative complications were present in 37.3% of the patients. Average postoperative hospital stay was 17.2 days (range 9-36). Four patients died in the postoperative period (7.8%). Among surgical complications there were 4 fistulae of the esophagojejunal anastomosis (7.8%) and 4 subdiaphragmatic abscesses (7.8%). Survival at 1,2 and 3 years were 52%, 20% and 0% respectively. Average survival was 4.7 months (range 3-34 months). Tumor resection is the best treatment for stage IV patients; total gastrectomy improves their quality of life.

KEY WORDS: ***Gastric cancer, palliative gastrectomy***

INTRODUCCIÓN

El cáncer gástrico es una patología prevalente en Chile, constituyendo una de las principales causas de muerte, la primera en hombres y tercera en mujeres en muertes por tumores al año 1995.[1] La morbilidad y mortalidad tras gastrectomía total (GT) alcanza hasta un 23% y un 15% respectivamente, asociada principalmente a dehiscencia de la anastomosis esófago yeyunal, que se presenta entre el

3,9% al 15%, y responsable de más del 50% de las muertes por este tipo de cirugía. La sobrevida a 5 años de pacientes en estadio IV de la AJCC-TNM es de un 7% y para la JRSGC es de un 8,9%.

En los pacientes en estadio IV la cirugía es sólo de carácter paliativo. La quimioterapia postoperatoria con o sin radioterapia intrapostoperatoria están aún en el etapas de evaluación.[4-5]

El pronóstico está determinado por el grado de infiltración del tumor y el compromiso de los ganglios linfáticos. Existe un número de pacientes operados y resecados por un cáncer gástrico (CG) en quienes existe diseminación avanzada, sea metástasis hepática, peritoneales, compromiso de la 3ª barrera ganglionar y/o compromiso en profundidad extraseroso.

El objetivo de este estudio es el de analizar los resultados clínicos, hallazgos anatomopatológicos y la sobrevida de los pacientes con carcinoma gástrico en estadio IV de la clasificación japonesa de cáncer gástrico (JRSGC).[3]

MATERIAL Y MÉTODO

En el período 1985-1999 se les realizó una gastrectomía a 51 pacientes con adenocarcinoma gástrico en estadio IV en el Servicio de Cirugía del Hospital Regional de Concepción.

Utilizamos la clasificación de la Japanesse Research Society for Gastric Cancer. El grupo en estudio definido como cáncer gástrico en estadio IV fueron aquellos que presentaban un adenocarcinoma gástrico con compromiso extraseroso (S3) y/o compromiso de la 3ª barrera de ganglios linfáticos, o metástasis hepáticas o peritoneales.

De los 51 pacientes, 35 (68,6%) eran hombres y 16 (31,4%) eran mujeres. La edad media del grupo era de 62,1 años, siendo de 63,3 años para los hombres y de 61,6 años para las mujeres, con rango de 34 a 83 años, siendo 34-79 años para los hombres y de 40 a 83 años para las mujeres (Tabla 1).

Los síntomas más frecuentes que fueron motivo de consulta fueron la baja de peso (100%) y el dolor epigástrico (43,1%) (Tabla 2).

En 33 pacientes (64,7%) se realizaron distintas intervenciones agregadas, de las cuales la más frecuente fue la pancreatoesplenectomía (Tabla 3).

Con respecto a la localización del tumor en 28 pacientes (54,9%) el tumor se encontraba sólo en la zona C o se extendía distalmente comprometiendo además el cuerpo y antro (Tabla 4).

Los bordes quirúrgicos estaban libres de tumor en 35 pacientes (68,6%) y comprometidos en 16 pacientes (31,4%). Se resecaron en promedio 23 ganglios por paciente, existiendo metástasis en un promedio de 13 ganglios por paciente. Los resultados anatomopatológicos se detallan en la Tabla 5.

Diecinueve pacientes (37,3%) presentaron complicaciones médicas o relacionadas con la cirugía (Tabla 6).

De las complicaciones médicas las más frecuentes fueron las respiratorias y de las complicaciones quirúrgicas fueron el absceso subfrénico y la fístula de la anastomosis esofagoyeyunal (Tablas 7 y 8).

El 63,2% de los pacientes egresaron del hospital antes de los 16 días del postoperatorio (Tabla 9).

Tabla 1

EDAD - SEXO

Edad	*Hombres (35)*	*Mujeres (16)*	*Total*
Media	63,3	61,6	62,1
Rango	34-79	40-83	34-83

Tabla 2

SINTOMATOLOGÍA

Bajo de peso	100%
Epigastralgia	43,1%
Vómitos	31,4%
Hemorragia digestiva	27,5%
Disfagia	23,5%
Anorexia	21,6%
Regurgitación	15,7%

Tabla 3

INTERVENCIONES AGREGADAS

Pancreatoesplenectomía	45,1%
Esplenectomía + Colecistectomía	5,9%
Colecistectomía	5,9%
Pancreatoesplenectomía + Colecistectomía	3,9%
Esplenectomía	3,9%
Segmentectomía hepática	5,9%
Pancreatoesplenectomía + Colectomía transversa	1,9%

Tabla 4

LOCALIZACIÓN TUMORAL

Zona A	5
Zona M	8
Zona C	14
Zonas A y M	10
Zonas C y M	9
Zonas A, M y C	5

Tabla 5

ANATOMÍA PATOLÓGICA

	%
Tipo histológico	
Adenocarcinoma céls. en anillo de sello	19,6
Adenocarcinoma papilar	13,7
Adenocarcinoma tubular	49
Adenocarcinoma tubulopapilar	17,7
Clasificación de Lauren	
Difuso	63
Intestinal	37
Borrmann	
I	2
II	9,8
III	47,1
IV	41,1
Grado de diferenciación	
Broders I	3,9
Broders II	29,4
Broders III	37,3
Broders IV	29,4
Invasión vascular	
Sí	74,5
No	25,5
Infiltración del cardias	37,5
Infiltración de esófago	27,5
Clasificación de Ming	
Expansivo	13,8
Infiltrativo	86,2
Invasión ganglionar	
Sí	94,1
No	5,9
Tamaño tumoral	
Media	10 cm
Rango	4,5 - 18 cm

La mortalidad operatoria de este grupo en estudio fue de 4 pacientes (7,8%). Tres de los 4 pacientes fallecidos lo hicieron por complicaciones derivadas de la cirugía (Tabla 10).

Ninguno de los pacientes operados se encontraba vivo a los 5 años, ya que todos ellos habían fallecido antes de los 36 meses de su postoperatorio (Figura 1).

Tabla 6

MORBILIDAD

Sin complicaciones	32	62,7%
1 complicación	11	21,6%
2 complicaciones	7	13,7%
3 complicaciones	1	2,0%
Complicaciones quirúrgicas	15	29,4%
Complicaciones médicas	11	21,6%

Tabla 7

COMPLICACIONES MÉDICAS

Neumonía	3	5,9%
Derrame pleural	3	5,9%
Edema agudo pulmonar	1	2,0%
Hemoneumotórax	1	2,0%
Infección urinaria	1	2,0%
Insuficiencia renal aguda	1	2,0%
Bronquitis aguda	1	2,0%

Tabla 8

COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS

Absceso subfrénico	4	7,8%
Fístula anastomosis EY	4	7,8%
Hematoma subhepático	1	2,0%
Hemoperitoneo	2	3,9%
Infección herida operatoria	2	3,9%
Obstrucción intestinal	1	2,0%
Peritonitis difusa	1	2,0%

Tabla 9

DÍAS DE HOSPITALIZACIÓN POSTOPERATORIA

9 a 12 días	36,9%
13 a 16 días	26,3%
17 a 20 días	10,5%
> a 21 días	26,3%
Rango	9-36 días
Media	17,2 días

DISCUSIÓN

La indicación de gastrectomía en pacientes en estadio IV es controversial, existen argumentos a favor de indicarla porque produce una real paliación de la sintomatología (obstrucción, perforación o hemorragia digestiva persistente) y mejora la cali-

Tabla 10

CAUSAS DE MUERTE

	Sexo	*Edad*	*Causa*	*Día*
Caso 1	F	74	Fístula anastomosis E-Y	4
Caso 2	F	72	Hemoperitoneo	28
Caso 3	M	69	Edema agudo pulmonar	24
Caso 4	M	73	Hemoperitoneo	3

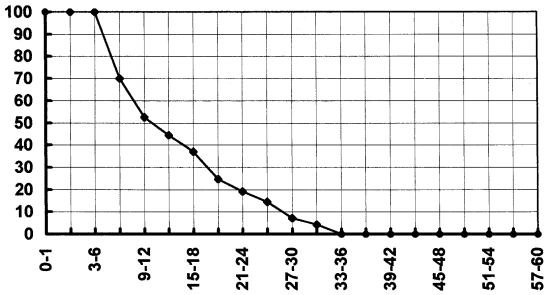

Figura 1. Sobrevida actuarial.

dad de vida de nuestros pacientes, aunque no siempre prolongue su sobrevida.

En la literatura nacional la mayoría de las casuísticas presentan pacientes con cáncer gástrico en etapas avanzadas, alcanzando sólo un 12-20% de estadios precoces, a diferencia de lo que ocurre en las series japonesas en donde los estadios precoces alcanzan hasta el 60% de las series.[6]

Esto determina que el porcentaje de resecabilidad y de curación sea baja, además de determinar la indicación de procedimientos quirúrgicos extensos como lo es la gastrectomía total que representa la única alternativa terapéutica del cáncer gástrico, principalmente en los 2/3 proximales del estómago.

Este grupo de pacientes tiene síntomas importantes debido principalmente a que en tumores avanzados se asocia a tumores más grandes y/o de larga evolución, en que el tratamiento médico paliativo no es efectivo para resolver un mal vaciamiento gástrico, una obstrucción gástrica completa, un sangrado persistente o una perforación cubierta.[7]

Creemos que la morbilidad de un 32,7% de nuestra serie es aceptable para pacientes con carcinomas gástricos muy avanzados, ya que estos pacientes generalmente se encuentran en precarias condiciones generales y nutritivas y no siempre es posible intervenirlos en óptimas condiciones y con cifras de albúminas adecuadas. Coincidimos con otras publicaciones en cuanto a que los abscesos subfrénicos, la fístula de la anastomosis EY y las complicaciones respiratorias son las más frecuentes.[8,9] La mortalidad de esta serie (7,8%) es levemente superior a la mortalidad global publicada anteriormente por nosotros (5,7%) pero, aunque no es una diferencia estadísticamente significativa, se explica por tratarse de pacientes en estadios evolutivos distintos y, en general, con factores de riesgos diferentes.[10] Nuestra mortalidad para esta serie es similar a la obtenida en gastrectomía total paliativa por otros autores nacionales.[11]

En la literatura extranjera algunos autores han demostrado la utilidad de la gastrectomía total con intención paliativa. En esas series se ha logrado una prolongación de la sobrevida o mejoría de la calidad de vida de los pacientes en etapa IV, al producir alivio de los síntomas, aunque no se prolongue la sobrevida.[12,13]

Los 4 factores pronósticos más importantes que determinan la sobrevida en pacientes con carcinomas muy avanzados son el compromiso en profundidad de la lesión, compromiso linfático, compromiso peritoneal y diseminación a distancia. Existen publicaciones que promueven la gastrectomía (total o subtotal) con carácter paliativo cuando existen sólo 1 ó 2 de tales factores, con mejor pronóstico si éstos son el compromiso en profundidad y el linfático.[13-15]

La sobrevida actuarial a 5 años de nuestro grupo de pacientes gastrectomizados en estadio IV fue 0%. La medida de sobrevida alcanzada fue de 4,7 meses, con un rango de 3 a 34 meses, inferior a la comunicada por Andronescu quien comunica una sobrevida medida de 9 meses en gastrectomías paliativas.[16]

BIBLIOGRAFÍA

1. Serra I, Báez S, Serra J *et al:* Evolución epidemiológica reciente del cáncer gástrico en Chile y el mundo. Rev Chil Cir 1997; 49: 54-63.
2. Csendes A: Cáncer gástrico. Estado actual de su tratamiento y resultados a largo plazo. Rev Chil Cir 1992; 44: 260-71.
3. Japanese Research Society for gastric cáncer. Japanese classification of gastric carcinoma. Tokyo: Kanehara 1995.
4. Hermans J, Nonenkamp JJ, Boor NC *et al:* Adjuvant therapy after curative resection for gastric cancer. Metaanalysis of randomized trials. J Clin Oncol 1993; 11: 1441-7.
5. Ajaini JA, Ota DM, Jocelyn DE *et al:* Current strategies in the management of locorregional and metastasic gastric carcinoma. Cancer 1991; 67: 260-5.
6. Burmeister R, Benavides C, Apablaza S *et al:* Fístulas de las anastomosis esófago-yeyunales. Experiencia de 10 años. Rev Chil Cir 1997; 49: 402-5.
7. Adachi Y, Mori M, Maehara Y *et al:* Surgical results of perforated gastric carcinoma: an analysis of 155 japaneses patients. Am J Gastroenterol 1997; 92: 516-8.
8. Viste A, Hangstredt T, Eide SE et al: Postoperative complications and mortality after surgery for gastric cancer. Ann Surg 1988; 208: 206-8.
9. Méndes de Almeida JC, Bettencourt A, Santos Costa: Curative surgery for gastric cancer: Study of 166 consecutive patients. World J Surg 1994; 18: 889-95.

10. Alvarez R, Davanzo A, Funke R et al: Gastrectomía total ampliada. Rev Chil Cir 1995; 47: 41-6.
11. Waugh E, Balestrini C, Zajer C *et al:* Gastrectomía paliativa en cáncer gástrico. Rev Chil Cir 1999; 51: 48-52.
12. Dogglietto GB, Battista G, Pacelli F *et al:* Surgery: Independent prognostic factor in curable and for advanced gastric cancer. World J Surg 2000; 24: 459-64.
13. Maekawa S, Saku M, Maehara Y *et al:* Surgical treatment for advanced gastric cancer. Hepatogastroenterol 1996; 43: 178-86.
14. Bonenkamp JJ, Van der Velde C, Kampschöer HM et al: Comparison of factors influencing the prognosis of japanese, german and dutch gastric cancer patients. World J Surg 1993; 17: 410-5.
15. Kodera Y, Yamamura Y, Shimizu Y *et al:* Metastatic gastric lymph node rate is a significant prognostic factor for resectable stage IV stomach cancer. J Am Coll Surg 1997; 185: 65-9.
16. Andronescu P, Angelescu M, Miron A, Bacaliuc S, Croitoru A: Palliative total gastrectomy. Bucur: Chirurgia 1996; 45: 97-100.