

Diagnóstico de adenocarcinoma gástrico en estadio inicial en úlcera gástrica perforada

Diagnosis of early stage gastric adenocarcinoma in perforated gastric ulcer

Alberto Suárez Cuevas^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-0228-6706>

Javier Abraham Cardoso¹ <https://orcid.org/0000-0002-4064-5837>

Miriam Carrera Iglesias¹ <https://orcid.org/0000-0002-7766-7431>

Anabel Meneses Blanco¹ <https://orcid.org/0000-0002-3684-4999>

Janier Ballesteros Ginebra¹ <https://orcid.org/0000-0003-2706-2378>

¹Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Hospital Clínico Quirúrgico Gral. “Freyre de Andrade”. La Habana, Cuba.

*Autor para la correspondencia: albertosuarezcuevas@gmail.com

RESUMEN

Introducción: El adenocarcinoma gástrico se define como una enfermedad neoplásica, localizada en las paredes del estómago y por debajo de la unión gastroesofágica. Representa el 95 % de todos los tumores malignos del estómago.

Objetivo: Mostrar el caso por la particularidad del diagnóstico de adenocarcinoma gástrico en estadio inicial, en el curso de intervención de urgencia por úlcera perforada con el consecuente análisis de la literatura relacionada.

Caso clínico: Se presenta el caso de una paciente femenina de 34 años de edad traída a cuerpo de guardia en estado de *shock*, hipotensión, taquicardia y marcada cianosis distal. Se realizó punción abdominal y se obtuvo contenido intestinal libre en cavidad, se decidió intervención quirúrgica urgente donde se encuentra úlcera prepilórica perforada, se reseca sus bordes para estudio histopatológico y se realizó sutura y epiploplastia. Se recibió informe histopatológico de adenocarcinoma bien diferenciado de tipo intestinal, por lo que se programó para

el tratamiento quirúrgico definitivo y se realizó gastrectomía subtotal distal Bilroth II con anastomosis tipo Polya y asa de Braun más disección ganglionar D-2.

Conclusiones: El diagnóstico de adenocarcinoma gástrico en edades tempranas de la vida es infrecuente. El caso tuvo la peculiaridad de revelar el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico en etapa inicial en el curso de una úlcera gástrica perforada.

Palabras clave: úlcera gástrica perforada; adenocarcinoma gástrico; disección ganglionar.

ABSTRACT

Introduction: Gastric adenocarcinoma is defined as a neoplastic disease, located in the stomach walls and below the gastroesophageal junction. It represents 95% of all malignant stomach tumors

Objective: To show the case due to the particularity of the diagnosis of gastric adenocarcinoma in initial stage, in the course of emergency intervention for perforated ulcer with the consequent analyze the related literature.

Clinical case: 34-year-old female patient brought to the emergency room in a state of shock, hypotension, tachycardia and marked distal cyanosis. Abdominal puncture is performed and free intestinal content is obtained in the cavity, an urgent surgical intervention is decided where a perforated prepyloric ulcer is found, its edges are resected for histopathological study and a suture and epiploasty are performed. A histopathological report of a well-differentiated intestinal-type adenocarcinoma was received, for which he was scheduled for definitive surgical treatment and a Bilroth II distal subtotal gastrectomy was performed with Polya-type anastomosis and Braun's loop plus D-2 lymph node dissection with curative intention.

Conclusions: The diagnosis of gastric adenocarcinoma in early life is infrequent. The present case had the peculiarity of revealing the diagnosis of gastric adenocarcinoma in the initial stage in the course of a perforated gastric ulcer.

Keywords: perforated gastric ulcer; gastric adenocarcinoma; lymph node dissection.

Recibido: 23/09/2021

Aceptado: 22/01/2022

Introducción

El adenocarcinoma gástrico se define como una enfermedad neoplásica maligna, localizada en las paredes del estómago y por debajo de la unión gastroesofágica. Es una lesión de origen epitelial que representa el 95 % de todos los tumores malignos del órgano.⁽¹⁾

La mayor parte de la literatura señala un aumento de su incidencia después de los 40 años, con peor pronóstico, cuando tiene lugar en pacientes jóvenes. La edad promedio de presentación es a los 55 años. Se considera un predominio del sexo masculino 2:1; se reporta también menor sobrevida en los varones, y la raza no representa un factor decisivo.⁽¹⁾

Se han propuesto diversos sistemas de clasificación, pero el sistema más útil y ampliamente utilizado es el propuesto por Lauren en 1965. Este sistema subdivide los adenocarcinomas gástricos en tipos intestinales o difusos sobre la base de sus características histológicas, y cada tipo tiene una anatomía patológica, una epidemiología y un pronóstico distintos. La variante intestinal se registra de forma característica en el marco de un estado precanceroso reconocible, como atrofia gástrica o metaplasia intestinal.⁽²⁾

Los síntomas del cáncer gástrico no son específicos y pueden imitar otras enfermedades gastroduodenales no neoplásicas, especialmente la úlcera gástrica. La endoscopia es el mejor método de estudio para el paciente con sospecha de cáncer gástrico. En estadios tempranos, el cáncer gástrico puede aparecer como una lesión polipoide, placa, plana o como una úlcera poco profunda. Las lesiones avanzadas son típicamente ulceradas.⁽³⁾

La precisión del diagnóstico supera el 95 % si se obtienen múltiples muestras de biopsia. Los falsos-negativos representan el 10 % de los pacientes.⁽³⁾

La infección por *helicobacter pylori* está relacionada con ambos tipos de variantes histológicas, intestinales y difusas. En el primero es el último paso en alteraciones sucesivas (atrofia, metaplasia intestinal, displasia); en el segundo el cáncer ocurre más rápido, debido a alteraciones cromosómicas relacionadas con el estrés oxidativo.⁽⁴⁾

El tratamiento quirúrgico curativo es la resección de todo el tumor (resección 0) de tal forma que todos los márgenes quirúrgicos (proximal, distal y radial) deben ser negativos y es necesaria una adecuada linfadenectomía.⁽⁵⁾ Desde los resultados del ensayo clínico de la Quimioterapia infusional adyuvante para el cáncer gástrico (MAGIC, por sus siglas en inglés) quedó demostrada la importancia de hacer combinaciones de tratamientos por lo que es necesario señalar que el tratamiento del cáncer gástrico es de tipo multimodal con demostrada efectividad de los tratamientos combinados (Neoadyuvancia+ cirugía + adyuvancia).

El objetivo del artículo fue mostrar el caso por la particularidad del diagnóstico de adenocarcinoma gástrico en estadio inicial, en el curso de intervención de urgencia por úlcera perforada con el consecuente análisis de la literatura relacionada.

Caso clínico

Paciente femenina de 34 años de edad con antecedentes patológicos personales de hernia discal lumbar e ingestión de larga duración de antiinflamatorios no esteroideos que es llevada de emergencia a cuerpo de guardia del Hospital Clínico Quirúrgico Gral. “Freyre de Andrade” por hipotensión, taquicardia y marcada cianosis distal. Fue recibida por la guardia de Medicina Interna e interpretada como paciente en estado de *shock* por lo que comenzó rápidamente con reposición de volumen. Se recogieron antecedentes, según los familiares, de dolor abdominal de aproximadamente 72 horas de evolución. Fue evaluada anteriormente e interpretada como una epigastralgia por el antecedente de ingestión de antiinflamatorios no esteroideos, lo que llevó al pensamiento médico de un abdomen agudo quirúrgico y se solicitó que fuera valorada por la guardia de Cirugía.

Al llegar se observó al paciente que respondió adecuadamente a la reposición de volumen, con mejor estado de conciencia y hemodinamia.

Examen físico positivo:

- Tensión arterial: 90/40.
- Frecuencia cardíaca: 140 latidos por minuto.
- Frecuencia respiratoria: 24 latidos minutos.
- Marcada cianosis distal.
- Mucosas secas y normocoloreadas.
- Abdomen distendido, contracturado, aunque depresible, que no sigue los movimientos respiratorios, doloroso a la palpación con irritación peritoneal y ruidos hidroaéreos abolidos.
- Tacto rectal doloroso con abombamiento y aumento de la temperatura hacia fondo de saco.

Complementarios de interés:

- Hematológicos: Hematocrito- 0,35, Leucograma- $18,5 \times 10^9$, P-0,90 %, L-0,10%
- Imagenológicos: Diferidos por el estado de la paciente.

Se realizó punción abdominal y se obtuvo contenido intestinal, por todo lo cual se decidió llevar al salón de operaciones con el diagnóstico de síndrome peritoneal en su variante perforativa para realizar laparotomía exploradora.

Intervención quirúrgica

Durante el transoperatorio constatamos aproximadamente 3000 ml de contenido gástrico y abundante fibrina en cavidad abdominal, se encontró úlcera prepilórica perforada de la cual se realizó resección de los bordes para estudio histológico y pilorectomía anterior con epipoplastia.

En los subsiguientes días del posoperatorio la paciente evolucionó satisfactoriamente, egresó a los 12 días de operada.

Posoperatorio mediato

Veintiún días después de la operación se recibió informe histológico B19- 1042 que mostró adenocarcinoma bien diferenciado de tipo intestinal en la pieza enviada. Se limitó a la submucosa y se realizaron estudios de extensión para estadiaje, según clasificación posquirúrgica Tumor Nódulo Metástasis (pTNM) y llevar a cabo tratamiento quirúrgico enfocado al cáncer gástrico, con la propuesta de realizar gastrectomía subtotal y linfadenectomía.

Se recibieron los complementarios dentro de los parámetros normales, se ejecutó Tomografía Axial Computarizada (TAC) de cráneo, tórax y abdomen contrastados sin evidencia de lesiones metastásicas a distancia, se consideró un pT1,N0,M0 para una etapa 1 de la enfermedad por lo que se decidió realizar cirugía en la siguiente semana. Treinta días después de la primera cirugía, se llevó a la enferma al quirófano y se le realizó gastrectomía subtotal distal Bilroth II con anastomosis tipo Polya y asa de Braun más disección ganglionar D-2.

La figura 1 muestra el sitio de perforación inicial hacia antro pilórico, donde se realizó la pilorectomía anterior y epiploplastia.

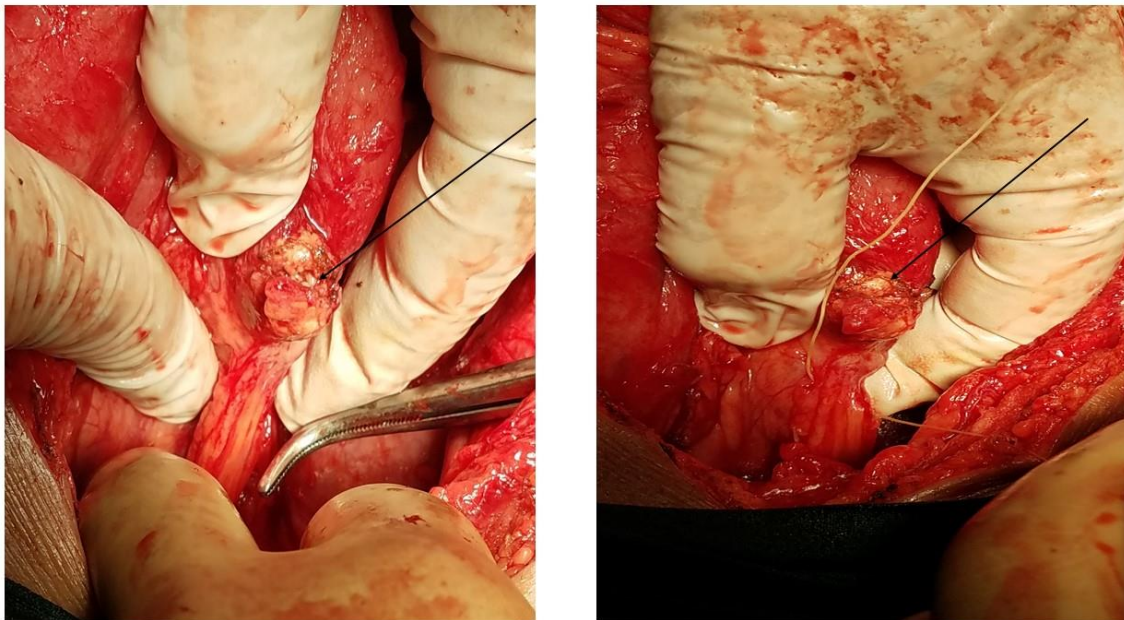


Fig. 1- Perforación inicial hacia antro pilórico donde se realizó la pilorectomía anterior y epiploplastia.

Ya realizada la gastrectomía subtotal distal Billroth II, en la figura 2 se muestra el sitio donde se realizó la anastomosis tipo Polya.

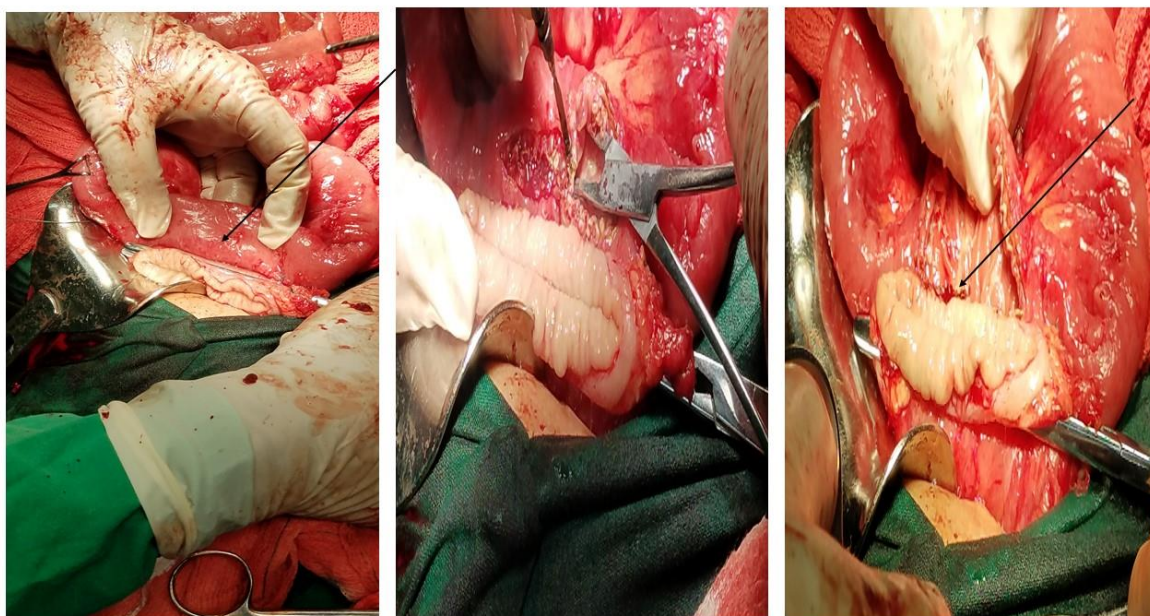


Fig. 2- Sitio donde se realiza la anastomosis tipo Polya.

Finalizada la anastomosis gastroyeyunal tipo Polya se realizó enteroanastomosis de Brow yeyuno-yeyuno latero-lateral (Fig. 3).

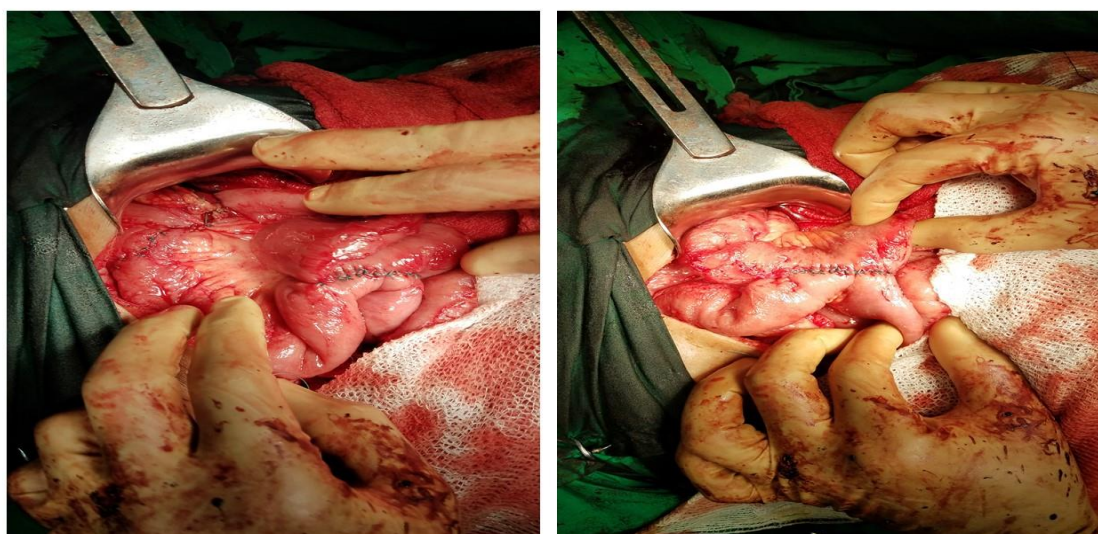


Fig. 3- Enteroanastomosis de Brow yeyuno-yeyuno latero-lateral.

Posteriormente se recibió los resultados histopatológicos de la pieza reseca donde mostró en los bordes de la lesión anterior hacia la submucosa. La lesión que se interpretó como un carcinoma gástrico *in situ*, en los 2/3 de estómago reseca se describió bordes libres de sección y la disección ganglionar D II con 15 ganglios extraídos sin evidencia de extensión de la enfermedad.

La paciente cursó con una evolución posoperatoria satisfactoria, egresó sin complicaciones a los 15 días de operada. En seguimiento en consulta no se constataron complicaciones propias de las gastrectomías. Se remitió para el Instituto Nacional de Oncología y Radiobiología para el tratamiento adyuvante y seguimiento de la enfermedad de oncología donde se sigue en la actualidad en consulta de vías digestivas con evolución satisfactoria.

Discusión

En el estudio realizado por *Tapia y otros*⁽⁶⁾ acerca de cáncer gástrico perforado, la sospecha preoperatoria de malignidad se reporta en tan solo 1/3 de los casos; mientras que la mayoría de estos pacientes son intervenidos con diagnóstico preoperatorio de úlcera péptica perforada. La única característica preoperatoria para hacer sospechar al cirujano la etiología neoplásica es la edad del paciente, demuestran diversos estudios que el promedio de edad de los sujetos con cáncer gástrico perforado es mayor que la de pacientes con perforaciones de otra etiología. Si esta no es sospechada, incluso durante la cirugía a menudo resulta difícil diferenciar el carácter benigno o maligno de la perforación.

La enfermedad afecta principalmente a las personas de edad avanzada. En el momento del diagnóstico; la edad promedio es de 69 años. Alrededor de 6 de cada 10 personas diagnosticadas tienen 65 años o más.⁽⁷⁾

En Cuba, según el anuario estadístico de salud, de forma general no describe dentro de las causas frecuentes la incidencia de cáncer de estómago en el sexo femenino, tampoco aparecen casos reportados en las edades comprendidas entre 30 y 44 años para el sexo femenino y comienzan a reportarse casos en edades superiores a los 60 años en correspondencia con lo encontrado en la literatura revisada.⁽⁸⁾

En cuanto a la úlcera péptica, múltiples estudios han catalogado esta enfermedad con un aumento de hasta casi el doble de la prevalencia del cáncer gástrico con respecto a la esperada. Cabe recalcar que el aumento de riesgo se da en pacientes con úlcera gástrica, ya que en úlceras duodenales el efecto es el contrario y más bien se ha evidenciado una disminución del riesgo.⁽⁹⁾

El actual caso se presentó con una paciente joven, con antecedentes de ingestión de antiinflamatorios no esteroideos (AINES) por diagnóstico de hernia discal lumbar sin recoger otro antecedente ni factor de riesgo asociado. Durante el transoperatorio se corroboró el diagnóstico de úlcera gástrica perforada sin poder definir las características por las condiciones locales. Se resecaron los bordes para estudio histológico al pensar en la posibilidad diagnóstica de un cáncer gástrico por la prevalencia de este en las úlceras gástricas.

Todo paciente con diagnóstico de cáncer gástrico debe ser evaluado de manera completa para definir su estadiaje y tratamiento adecuado, así evitar procedimientos quirúrgicos inadecuados o innecesarios. Para su estadiaje se cuenta con la clasificación Conjunto Americano del Cáncer/ Unión Internacional Contra el Cáncer (AJCC/UICC) con la clasificación TNM (tumor, nódulo, metástasis). Por otro lado, tenemos la clasificación japonesa que se basa en la distribución ganglionar para estadiar.⁽⁹⁾

La búsqueda de este objetivo por parte de los expertos para el diseño de la nueva clasificación TNM del adenocarcinoma gástrico ha derivado en 3 variaciones concretas en dependencia del momento que se evalúa al paciente: la primera clínica (cTNM) que se aplica antes de cualquier decisión terapéutica, basada casi exclusivamente en las pruebas diagnósticas. Una segunda variación anatomopatológica (pTNM) solo aplicable tras una resección tumoral; y una tercera (ypTNM) aplicable tras un tratamiento neoadyuvante seguido de resección quirúrgica.⁽¹⁰⁾

La resección completa del tumor gástrico con un amplio margen de estómago normal sigue siendo la técnica estándar de resección con fines curativos.⁽²⁾

Para cánceres del tipo intestinal de estómago distal, incluidos el cuerpo y el antro, la gastrectomía distal es la intervención más apropiada, no siendo así en el cáncer de tipo difuso donde la resección debe ser total. Se lleva a cabo la

sección del estómago proximal a la altura de la escotadura, con un margen mínimo de al menos 5 cm, ya que diversos estudios han documentado la propagación del tumor lateralmente hasta una distancia de 5 cm del tumor primario. El borde distal es el duodeno proximal. La posibilidad de recidiva en el lecho tumoral (línea de sutura duodenal y superficie del páncreas) indica una reconstrucción de Billroth II mejor que de Billroth I, pues da lugar a un menor riesgo de obstrucción de tracto de salida gástrico secundaria a recidiva de tumor.⁽²⁾

Una vez realizado el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico de tipo intestinal, según estudio histológico de los bordes de la úlcera, los autores del caso en cuestión indicaron estudios de extensión para llevar a cabo tratamiento quirúrgico definitivo sin poder evaluarse TNMc por lo anteriormente descrito. Se realizó gastrectomía subtotal distal Billroth II con anastomosis tipo Polya y asa de Braun más disección ganglionar D-2 con intención curativa R0.

Algunos autores^(3,9,10) sostienen evidencias de que una resección D2 formal debe ser el procedimiento estándar. Se trata también de una cuestión del sistema seguido en una institución dada, que depende no solo del cirujano, sino también del departamento de anatomía patológica. Para el cirujano, el objetivo ha de ser conseguir una disección ganglionar lo suficientemente amplia como para estadificar debidamente al paciente. La cantidad de 15 ganglios se ha convertido en un marcador de idoneidad para la linfadenectomía.²

En el caso referente a este artículo se logró márgenes suficientes libres de la lesión y una linfadenectomía D-2 con un total de 15 nódulos negativos de malignidad para una adecuada estadificación y resección con intención curativa. Los estudios japoneses han observado mayor supervivencia en pacientes sometidos a disección D2, con aumento mínimo o nulo de la morbilidad. Un metaanálisis de 12 ensayos aleatorizados que compararon disecciones de ganglios linfáticos determinó que cuando se preserva el bazo, una disección D2 generaba mayor supervivencia libre de enfermedad, con tendencia a aumento de la supervivencia global.⁽²⁾

Consideraciones finales

Los síntomas del cáncer gástrico no son específicos y pueden simular o coincidir con otras enfermedades gastroduodenales no neoplásicas, lo que hace infrecuente el diagnóstico en etapas iniciales. El caso tuvo la peculiaridad de revelar el diagnóstico de adenocarcinoma gástrico en etapa inicial en el curso de una úlcera gástrica perforada.

Referencias bibliográficas

1. Soler Vaillant R, Mederos Curbelo ON. Cirugía. Afecciones del tubo digestivo y de la región sacrococcígea. Tomo 4. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2018 [acceso 30/06/2021];4(131):51-2. Disponible en: [http://www.bvscuba.sld.cu/libro/cirugia-tomo-IV- Afecciones del tubo digestivo y de la región sacrococcígea/](http://www.bvscuba.sld.cu/libro/cirugia-tomo-IV-Afecciones-del-tubo-digestivo-y-de-la-region-sacrococcigea/)
2. Townsend Courtney M, Beauchamp R D, Evers B M, Mattox Kenneth L. Sabiston. Tratado de Cirugía. Fundamentos biológicos de la práctica quirúrgica moderna. 20 ed. España: Elsevier. 2018 [acceso 30/06/2021];(48):1216-25. Disponible en: <https://www.clinicalkey.es/#!/browse/book/3-s2.0-C20160026128>
3. Sánchez Gaitán E. Adenocarcinoma gástrico. Revista médica Sinergia. 2017; 2 (1): 13-21.
4. Granados García M, Arrieta Rodríguez O, Hinojosa Gómez J. Tratamiento del cáncer. Oncología médica, quirúrgica y radioterapia. 1ª edición. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno; 2016. p. 474.
5. Asociación Mexicana de Cirugía General. Federación Mexicana de Colegios de Especialistas en Cirugía. General Tratado de Cirugía General. 3ra. ed. Ciudad de México: Editorial El Manual Moderno; 2017;1(134):1113-4.
6. Oscar Tapia E, Miguel Villaseca H, Carlos Manterola D. Cáncer gástrico perforado: estudio clínico-morfológico y pronóstico. Artículo de investigación. Rev Chi de Cirugía. 2012;64(5):457-61.
7. Morales Díaz M, Corrales Alonso S, Vanterpoll Héctor M, Avalos Rodríguez R, Salabert Tortolo I, Hernández Díaz O, *et al.* Cáncer gástrico: algunas consideraciones sobre factores de riesgo y Helicobacter pylori. Rev Méd Elec. 2018

[acceso 30/06/2021];40(2):435. Disponible en:
<http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/2513/3782>

8. Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2019. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. La Habana. 2020 [acceso 30/06/2021]. Disponible en el sitio: <http://bvscuba.sld.cu/anuario-estadistico-de-cuba/>

9. Buján Murillo S, Bolaños Umaña S, Mora Membreño K, Bolaños Martínez I. Carcinoma gástrico: revisión bibliográfica. Rev Med Legal de Costa Rica. 2020 [acceso 30/06/2021];37(1):62-8. Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/ojssalud/index.php/mlcr/article/view/148>

10. Escrig Sos J, Gómez Quiles L, Maiocchi K. Actualización en el manejo multidisciplinar del cáncer de la unión esofagogástrica. La 8va. ed. de la clasificación AJCC-TNM: nuevas aportaciones a la estadificación del cáncer de la unión esofagogástrica. Rev. de Cir. Esp. 2019;97(8):432-7. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2019.03.006>

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no existe conflicto de intereses.