

Cáncer de muñón gástrico

J. M. Hernández de la Torre, F. Ibáñez Delgado, A. Vázquez Medina, F. Alcántara Gijón

Unidad de Cirugía Esofagogástrica y TDS. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla

Definición

Se denomina cáncer de muñón gástrico al adenocarcinoma gástrico que aparece en el estómago restante como mínimo cinco años después de alguna intervención sobre el mismo, excluyendo las realizadas por neoplasias. Para ser considerado como tal debe de cumplir una serie de requisitos:

—Aparecer en el remanente gástrico de una gastrectomía o en el estómago no resecado.

—Transcurrir más de 5 años desde la intervención

—Existir confirmación histológica de la benignidad de la patología primaria.

—Ser un tumor de extirpe epitelial, excluyendo los linfomas

El plazo de los cinco años pretende descartar neoplasias inadvertidas en el momento de la primera intervención. Así, se incluyen los aparecidos tras gastrectomías parciales, más o menos extensas, que se realizaban como tratamiento de las úlceras pépticas duodenales o gástricas, pero también los que surgen en los estómagos *íntegros* tras vagotomías tronculares con piloroplastia o gastroenteranastomosis, ésta última como único gesto quirúrgico anterior, las vagotomías gástricas proximales y, en los últimos años, tras *by pass* gástrico para el tratamiento quirúrgico de la obesidad mórbida. Por este motivo se comenzó a utilizar la nueva denominación de *cáncer del estómago operado*. No se deben incluir, como se indicaba, los que aparecen tras resecciones parciales por carcinomas *in situ*, que deben considerarse neoplasias metacrónicas.

El tiempo de aparición de estas neoplasias se sitúa alrededor de los 20 años. Curiosamente, el riesgo durante los primeros 10-15 años es menor que en una población control, pero a partir de los 20-25 aumenta más de seis veces. No parece depender del tipo de resección realizada, y el hecho de que se hayan descrito más casos tras el Billroth II que tras el Billroth I (relación 8 a 2) parece deberse a que se practicaban más las reconstrucciones Billroth II¹. De hecho, una simple gastroye-

yunostomía confiere el mismo riesgo carcinogénico que una resección. Por otra parte, el descenso de la incidencia de los primeros años se da en los gastrectomizados, pero no en los sometidos a vagotomía y drenaje.

La incidencia se estima 2-3 veces superior a la de la población general. Las cifras que dan los distintos autores varían mucho, dependiendo del método de investigación. Las que nos parecen más fiables son las estadísticas de autopsias, en donde la incidencia de carcinomas del muñón oscila entre el 8,7 y el 10,6%, mientras que en el grupo control, equiparable en edad y sexo, se encuentra entre 3,4 y 5,3%.

En un estudio realizado sobre 692 pacientes sometidos a tratamiento quirúrgico por cáncer gástrico, 22 fueron cáncer de muñón gástrico, lo que representó un 3,2%².

En casi la mitad de los casos la neoplasia se localiza en la anastomosis, seguida del cuerpo y fundus³

Etiopatogenia

Como ocurre con los carcinomas gástricos en general, la etiología del carcinoma de muñón gástrico se desconoce. No obstante, sí se sabe desde hace tiempo que los pacientes con gastritis atrófica diagnosticados con biopsias y seguidos durante años tienen una incidencia superior a los que no tienen gastritis. Pues bien, tras la gastrectomía y/o vagotomía aparece una gastritis atrófica con metaplasia intestinal, por la supresión de la inervación vagal y de la gastrina antral, que ejercen un efecto trófico sobre la mucosa gástrica. Por otro lado, el reflujo biliopancreático, que produce la alcalinización del pH gástrico y el vaciamiento gástrico alterado provocan el sobrecrecimiento bacteriano, que favorecería la desconjugación de los ácidos biliares y el paso de nitritos a compuestos nitrosaminados, que son carcinogénicos.

Diagnóstico

La alteración del estado general con la aparición de un síndrome constitucional, con astenia, anorexia y pérdida de peso

Correspondencia: Dr. José María Hernández de la Torre. Unidad de Cirugía Esofagogástrica y TDS. Servicio de Cirugía General y Digestiva. Hospitales Universitarios Virgen del Rocío. Sevilla. CORREO E. luciaygos@hotmail.com

son los que llevan al paciente generalmente a acudir al médico e iniciar el proceso diagnóstico, pero llegados a esta situación es muy frecuente que nos encontremos ya con una enfermedad avanzada. Los síntomas previos, como dolorimiento abdominal, dispepsia, algún vómito esporádico etc. se suelen ignorar al atribuirlos a las secuelas de la intervención previa.

Capítulo aparte merece el abuso de esa gran familia de fármacos que son los inhibidores de la bomba de protones (IBP), prácticamente exentos de efectos secundarios y de una enorme efectividad sobre los síntomas dispépticos. Esa inocuidad hace que se consideren como meros *protectores gástricos*, y se consuman sin estudios diagnósticos previos sino como tratamiento sintomático. Su eficacia hace que, al hacer desaparecer en gran medida la ya de por sí escasa sintomatología, se retrase el diagnóstico.

Pero hay un aspecto, ya citado previamente, que debería facilitar extraordinariamente el diagnóstico precoz de esta neoplasia: como ya sabemos, su incidencia no es superior a la de la población general en los primeros 10-15 años tras la cirugía gástrica, pero aumenta significativamente a partir sobre todo de los 20 años. En consecuencia, parece lógico cumplimentar un protocolo, por medio de endoscopias orales, que comenzarían a los 5-10 años de la intervención (siempre en ausencia de señal de alarma) con toma de múltiples biopsias y que se realizarían cada 1-2 años⁴. De esta forma se podrían diagnosticar en estadios precoces, idealmente en los de *metaplasia grave/ carcinoma in situ*.

Una vez diagnosticado el carcinoma se debe proceder al estudio de extensión, como en cualquier cáncer de cualquier localización: así, se realizará una TAC toracoabdominal para la detección de posibles metástasis a distancia, fundamentalmente las de pulmón, hígado y ganglionares a distancia y una ecoendoscopia para determinar su extensión en profundidad y a los ganglios locorregionales. Recientemente y cada vez con mayor insistencia se preconiza una PET-TAC.

Tratamiento

Como prácticamente en todos los cánceres del tubo digestivo, se considera que el que más posibilidades tiene de procurar la curación es el quirúrgico, que generalmente comporta una gastrectomía total con resección R₀, D₂.⁵ Este tratamiento será precedido o proseguido por quimio y/o radioterapia, según protocolos de actuación.

Existe una creencia extendida en la irreseccabilidad de estos tumores, basada fundamentalmente en la gran diseminación tumoral en el momento del diagnóstico. Esto es indudablemente cierto, si el proceso diagnóstico se pone en marcha a raíz de la aparición de una sintomatología clínica, que ya sabemos suele ser muy vaga y a la que el propio paciente no suele dar importancia alguna y, en consecuencia, se demora mucho el comienzo de los estudios que llevarán al diagnóstico. Pero con un protocolo de escrutinio de la población se ha visto aumentar el riesgo de presentar esta variedad del cáncer gástrico, y que se pueden detectar en estadios precoces, idealmente en los *in situ*, con lo que las probabilidades de reseccabilidad primero y de curación consecuente aumentan significativamente. Más arriba se afirma que el tratamiento quirúrgico exige una

gastrectomía total: esto suele ser cierto en los casos de los cánceres de muñón *sensu stricto*, es decir, en los que aparecen en el resto de estómago resultante tras gastrectomía más o menos amplia, pero en estadios precoces. Pero al incluir en el concepto *cáncer del muñón gástrico* o el de *cáncer del estómago operado*, al aparecido en el estómago tras vagotomía y/o procedimiento de drenaje, sea piloroplastia o gastroenteroanastomosis sin resección, con estómago íntegro en consecuencia, la extensión de la resección será similar a la que se preconice tras el diagnóstico de cáncer gástrico. En consecuencia, podrá ser necesaria tanto la gastrectomía total como la subtotal, dependiendo de su tamaño y localización y por consiguiente del respeto a los márgenes de seguridad oncológica.

La operabilidad oscila entre un 60-92% y la tasa de reseccabilidad entre el 40-80%.

En el caso de tumor inextirpable y no es posible una derivación, puede recurrirse al empleo de prótesis intraluminales. Si ninguna de estas opciones es posible, se hará una yeyunostomía de alimentación para nutrición enteral.

En relación a la supervivencia tras cirugía de estos pacientes, no hay diferencias significativas cuando se la compara con la de los intervenidos por cáncer gástrico primario^{6,7}.

Conclusión

La incidencia del cáncer de muñón gástrico es muy baja, sobre todo si tenemos en cuenta que desde hace muchos años, la cirugía péptica gástrica sólo está reservada para las complicaciones; no obstante con la aparición de la cirugía del by-pass gástrico, ésta incidencia puede aumentar. La endoscopia es el mejor método de diagnóstico que debe de realizarse según protocolo, a partir de los 10 años de la primera intervención.

Bibliografía

- Adriana V. Safatle-Ribeiro, Ulysses Ribeiro, Jr., James C. Reynolds. Gastric stump cancer. *Dig Dis* 1998; 6: 159-168.
- Han FH, Zhan WH, Li YM, He YL, Peng JS, Cai SR, Ma JP and Wang Z. Analyses of surgical treatment and prognosis in gastric stump cancer. *Chinese Journal of Gastrointestinal Surgery* 2009 (Jan); 12(1): 28-31.
- Takeda J; Hashimoto K, Koufujii K, tanaka T, Kodama I, Kakegawa T. Remnant-stump gastric cancer following partial gastrectomy. *Hepatogastroenterology*. 1992 Feb; 9 (1): 27-30
- Beldar Koltraka, Heriberto Farinella, Ivan Barillaro, Roberto Cirocchi, Alban Cacurri, Francesco Barillaro, Stefano Trastulli, Micol sSole Di Patrizi, Gianmario Giustozzi and Francesco Scianameo. The primary gastric stump cancer in geriatric patients. *BMC Geriatrics* 2009, 9(suppl 1): A84.
- F Ibáñez Delgado, E Hidalgo Ardila. Cáncer de Muñón gástrico. *Cirugía Andaluza*. 1993, vol IV, nº 10: 49-56
- Stefan Thorban, Knuth Böttcher, Michael Etter, Jürgen D Roder, Raymonde Busch and Jörg R Siewert. Prognostic factor in Gastric Stump Carcinoma. *Ann Surg*. 2000 February;231(2): 188-194.
- Saefer, Nico; Sinning, Christoph ; Standop, Jens ; Overhaus, Marcus ; Hirner, Andreas ; Wolff, Martin . Treatment and prognosis of gastric stump carcinoma in comparison with primary proximal gastric cancer. *Am J Surg*. 2007-Jul; vol 194 (1): pp 63-67.