



## CASO CLÍNICO

# Cáncer gástrico incipiente gigante: reporte de un caso



Nelson Vidal A.<sup>a,b</sup>, Gonzalo Carrasco A.<sup>c</sup> y Alberto Pérez C.<sup>a,b,\*</sup>

<sup>a</sup> Servicio de Cirugía, Clínica INDISA, Santiago, Chile

<sup>b</sup> Universidad Andrés Bello, Santiago, Chile

<sup>c</sup> Servicio de Histopatología, Clínica INDISA, Santiago, Chile

Recibido el 8 de septiembre de 2016; aceptado el 7 de noviembre de 2016

Disponible en Internet el 10 de diciembre de 2016

### PALABRAS CLAVE

Cáncer gástrico  
incipiente gigante;  
Adenocarcinoma  
gástrico incipiente  
grande

### KEYWORDS

Giant early gastric  
cancer;  
Large early gastric  
adenocarcinoma

### Resumen

**Introducción:** El cáncer gástrico es la primera causa de muerte por cáncer, en hombres, en Chile, siendo el adenocarcinoma la variante más frecuente.

**Caso clínico:** Reportamos el caso de un cáncer gástrico incipiente gigante de 7,2 cm en un hombre de 74 años tratado en la Clínica INDISA en Santiago de Chile. El paciente fue sometido exitosamente a una gastrectomía total con linfadenectomía D2 y esófago-yeyuno anastomosis en Y de Roux. La histología evidenció un adenocarcinoma bien diferenciado, polipoide, invasivo hasta la submucosa, sin compromiso ganglionar. A los 5 años de su cirugía, el paciente se encuentra asintomático y sin recidiva tumoral.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

### A case report: Giant early gastric cancer

### Abstract

**Introduction:** The gastric cancer is the first cause of death from cancer, in men, in Chile, being the adenocarcinoma the most frequent variant.

**Clinical case:** We report the case of a large early gastric cancer of 7.2 cm in a 74-year-old man who was treated in INDISA Clinic in Santiago, Chile. A total gastrectomy with D2 lymphadenectomy with End-to-Side esophagojejunostomy in a Roux-en-Y anastomosis was successfully performed. The histology showed a polypoid well differentiated adenocarcinoma infiltrating up to the submucosa without regional lymph node involvement. Five years after the surgery, he remains asymptomatic and without tumor recurrence.

© 2016 Sociedad de Cirujanos de Chile. Published by Elsevier España, S.L.U. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [alberto.perezcastilla@indisa.cl](mailto:alberto.perezcastilla@indisa.cl) (A. Pérez C.).

## Introducción

El cáncer gástrico es la primera causa de muerte por cáncer, en hombres, y la tercera en mujeres, en Chile, siendo el adenocarcinoma la variante más frecuente (95%)<sup>1</sup>. La tasa actual de mortalidad por cáncer gástrico en Chile alcanza el 18,8 por 100.000 habitantes<sup>1</sup>. A pesar de ello, el diagnóstico sigue siendo tardío, con menos del 10% de los casos diagnosticados como cáncer incipiente, lo que explica su baja tasa de supervivencia a los 5 años (del 5 al 20%)<sup>2</sup>.

El protocolo de Garantías Explícitas en Salud (GES) del Ministerio de Salud de Chile, para cáncer gástrico, garantiza una endoscopia digestiva alta a pacientes mayores de 40 años, sintomáticos, con tasas de detección de cáncer gástrico de 1,2 y 1,3%, y hasta 20% de cáncer gástrico incipiente según algunas publicaciones nacionales<sup>1,3</sup>, sin embargo, no considera la detección ni el seguimiento de pacientes con lesiones precursoras, por lo que el cribado oportuno de dichas lesiones, mediante endoscopia digestiva alta, queda supeditada a la capacidad que tenga cada paciente para solventarla.

Reportamos el caso de un paciente con un cáncer gástrico incipiente de 7,2 cm, que fue sometido a cirugía en forma oportuna, sin recidiva ni complicaciones a los 5 años.

## Caso clínico

Paciente de sexo masculino, de 74 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II no insulino dependiente, sin tratamiento farmacológico, con enfermedad renal crónica etapa III, hiperplasia prostática benigna, depresión y colecistectomía, sin antecedentes familiares de relevancia, que consulta el 17 de octubre de 2010 por un síndrome lumbociático izquierdo de 10 días de evolución; tras la evaluación realizada por el neurocirujano, se decide resolución quirúrgica.

Durante el estudio preoperatorio, destaca una VHS de 83 mm/h y una anemia normocítica normocrómica leve con hemoglobina de 10 g/dl. A la anamnesis dirigida el paciente refiere presentar una baja de peso estimada de 7 kg en 2 meses, por lo que se indica una endoscopia digestiva alta.

El estudio endoscópico evidencia una lesión polipoidea, proliferativa, friable, irregular, con zonas ulceradas, de aspecto neoplásico, de 8 cm, a nivel de la cara anterior del cuerpo del estómago (fig. 1). Las biopsias de la lesión son diagnósticas de adenocarcinoma.

Para su estadificación se realiza una tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis trifásica, que evidencia una formación polipoidea sétil de superficie irregular de 6,7 × 3,5 cm, en la cara anterior del estómago, en la unión del cuerpo y antro, así como pequeños linfonodos perigástricos, sin signos de diseminación hematológica hepática, pulmonar ni carcinomatosis peritoneal (fig. 2).

Con estos antecedentes se programa al paciente para cirugía curativa. Como parte del estudio preoperatorio se solicita un ecocardiograma y una coronariografía, que no contraindican la cirugía.



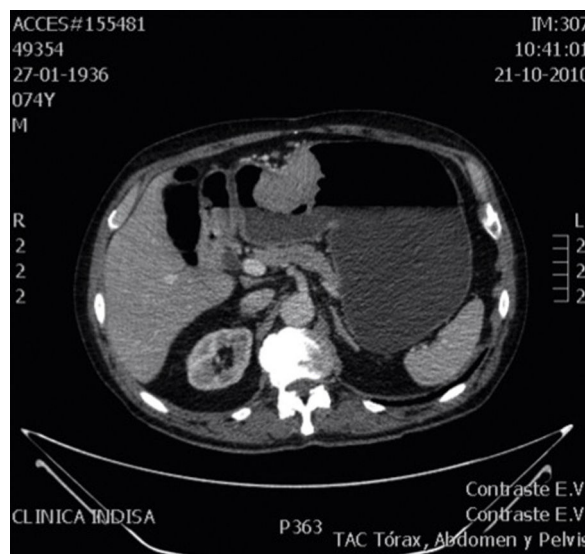
**Figura 1** Endoscopia digestiva alta. Tumor polipoide friable, irregular, con zonas ulceradas, de 8 cm, a nivel de la cara anterior del cuerpo del estómago.

El día 20 de octubre del 2015 se controla nuevamente el nivel de hemoglobina, constatándose en 8,2 g/dl.

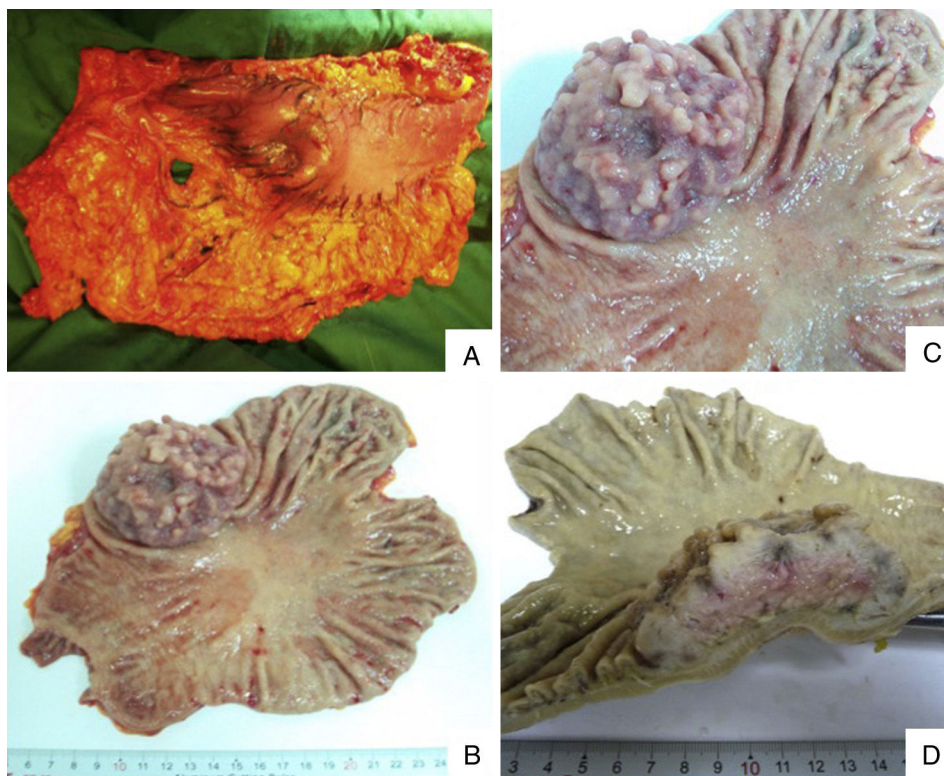
El día 22 de octubre del 2015 se realiza una gastrectomía total abierta con linfadenectomía D2 más esófago-yeyuno anastomosis en Y de Roux, sin incidentes. Durante la cirugía se encuentra una tumoración gástrica anular, deprimida en su centro, de 6 cm de diámetro, sin extensión peritoneal, ni ascitis, ni metástasis hepáticas.

Siete días después de la cirugía y tras 4 días de tratamiento con ceftriaxona y metronidazol se indica el alta hospitalaria por su favorable evolución.

El estudio histopatológico informa: cáncer incipiente de la cara anterior del estómago. Tipo 1 (protruyente) de 7,2 cm. Tipo histológico: adenocarcinoma bien diferenciado,



**Figura 2** Tomografía axial computarizada con contraste venoso de abdomen. Formación polipoidea sétil de superficie irregular de 6,7 × 3,5 cm, en la cara anterior del estómago, en la unión del cuerpo y antro.



**Figura 3** Gastrectomía total. A) Estómago y tejido adiposo perigástrico con formación tumoral en la cara anterior, sin compromiso de serosa ni presencia de nódulos secundarios. B y C) Estómago abierto que muestra tumor exofítico polipoide a nivel de la cara anterior del cuerpo. D) Al corte, el tumor compromete la mucosa y submucosa, sin clara extensión a la túnica muscular propia.

de tipo intestinal de la clasificación de Lauren. Este invade hasta la submucosa y presenta bordes quirúrgicos libres. Se examinan un total de 56 ganglios linfáticos sin evidencia de neoplasia. Estadio pTNM: T1N0 (figs. 3 y 4).

A día de hoy, a más de 5 años desde su cirugía, el paciente se encuentra asintomático, pero aún cursando con una anemia normocítica normocrómica leve. Sin evidencia de recidiva en la endoscopia digestiva alta, colonoscopia y tomografía axial computarizada de tórax, abdomen y pelvis.

## Discusión

La resección quirúrgica del cáncer gástrico en etapa precoz es el único tratamiento eficaz. La detección precoz mediante endoscopia resulta vital para el tratamiento oportuno del cáncer gástrico.

Existe evidencia de que el tamaño del tumor es un factor de supervivencia pronóstico independiente en el cáncer gástrico, ya que este se correlaciona fuertemente con el grado de invasión local y compromiso ganglionar metastásico. Sin embargo no existe dicha relación en el caso del cáncer gástrico incipiente<sup>4</sup>.

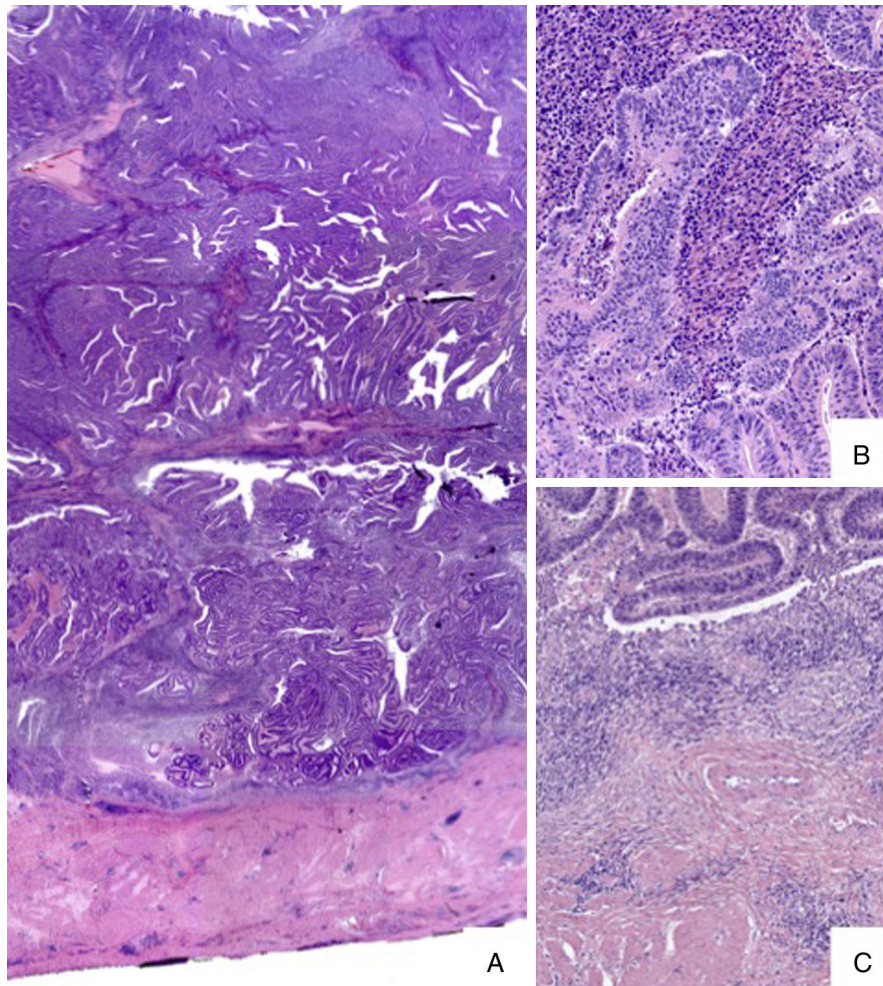
A pesar de que el tamaño del tumor es un factor de riesgo independiente para metástasis ganglionar en pacientes con

cáncer gástrico incipiente, no existe diferencia significativa en la supervivencia a 5 años de pacientes con cáncer incipiente de más de 3 cm con respecto a los pacientes con tumores de menos de dicho tamaño<sup>4</sup>.

En la actualidad existen alternativas de tratamiento menos invasivas y con menor morbilidad que han demostrado tener resultados prometedores, como es el caso de la resección endoscópica de los adenocarcinomas gástricos incipientes, siempre y cuando cumplan ciertos criterios consensuados como son su diámetro menor de 2 cm, que no se encuentre ulcerado y que no comprometa la submucosa (del 15 al 20% de probabilidad de metástasis linfáticas locales). Este último es detectable mediante endosonografía, recurso no siempre disponible en el sistema público<sup>5</sup>.

Al planificar el tratamiento del paciente, se presumió que se trataría de un cáncer gástrico avanzado por lo que, aun sin considerar sus dimensiones, no fue candidato a dicha alternativa de resección.

La morbilidad global de una gastrectomía total es del 30%, con una mortalidad por debajo del 5% en la mayoría de las series. A pesar de ello, la cirugía para este tipo de tumores tiene una curabilidad cercana al 95%, con una supervivencia a los 10 años cercana al 90%, por lo que sigue siendo el tratamiento de elección.



**Figura 4** Estudio histopatológico. A) HE: visión escaneada del tumor, el cual invade hasta la submucosa y presiona, pero no infiltra, la túnica muscular propia. B) HE 200  $\times$ : el tumor corresponde a un adenocarcinoma bien diferenciado de tipo intestinal de Lauren. C) HE 100  $\times$ : muestra con mayor magnificación el tumor invadiendo la submucosa, sin alcanzar la túnica muscular propia.

## Responsabilidades éticas

**Protección de personas y animales.** Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

**Confidencialidad de los datos.** Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

**Derecho a la privacidad y consentimiento informado.** Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

1. Guías clínicas AUGE. Cáncer Gástrico. Ministerio de Salud, Subsecretaría de Salud Pública, División de Prevención y Control de Enfermedades, Departamento Manejo Integral del Cáncer y otros Tumores, Santiago; 2014. pp. 7-10.
2. Piazuelo MB, Correa P. Gastric cancer: Overview. *Colomb Med (Cali)*. 2013;44:192-201.
3. Calvo B. A, Pruyas A. M, Nilsen V. E, Verdugo L. P. Pesquisa poblacional de cáncer gástrico en pacientes sintomáticos digestivos, período 1996-2000. *Rev Méd Chile*. 2001;129: 749-55.
4. Im WJ, Kim MG, Ha TK, Kwon SJ. Tumor size as a prognostic factor in gastric cancer patient. *J Gastric Cancer*. 2012;12: 164-72.
5. Gotoda T, Yamamoto H, Soetikno RM. Endoscopic submucosal dissection of early gastric cancer. *J Gastroenterol*. 2006;41: 929-42.