

LAPAROSCÓPIA PALIATIVA EN CÁNCER GÁSTRICO. TÉCNICA Y RESULTADOS

Autores: R Salgado Álvarez, R Vázquez Bouzán, D Poletto, A Toscano Novella, M Lozano Gómez, E Toscano Novella

Centro: Servicio de Cirugía General de Povisa-Hospital, Vigo

Correspondencia: Correspondencia: toscano@aecirujanos.es

CITAR COMO:

R Salgado Álvarez, R Vázquez Bouzán, D Poletto, A Toscano Novella, M Lozano Gómez, E Toscano Novella

LAPAROSCÓPIA PALIATIVA EN CÁNCER GÁSTRICO. TÉCNICA Y RESULTADOS

Seclaendosurgery.com (en linea) 2012, nº 41.

Disponible en Internet: http://www.seclaendosurgery.com/index.php?option=com_content&view=article&id=326&Itemid=342.

ISSN: 1698-4412

Resumen

El diagnóstico de cáncer gástrico suele ocurrir en un estadio avanzado, lo que dificulta la realización de un tratamiento quirúrgico R0, objetivo del planteamiento curativo. Pero creemos que también la laparoscopia tiene un papel en el tratamiento paliativo del cáncer gástrico.

Mostramos la experiencia de nuestro Servicio en el tratamiento no curativo del cáncer gástrico.

Hemos intervenido 62 pacientes de cáncer gástrico mediante técnica laparoscópica con fines paliativos: a 32 se les practicó transección gástrica y derivación, a 17 gastrectomía, a 7 gastrostomía y a 6 yeyunostomía. Se exponen datos demográficos, histológicos, tiempo quirúrgico, neoadyuvancia, morbimortalidad y sobrevida.

El 27% de los pacientes eran mayores de 80 años. La mayoría presentaban adenocarcinoma. El tiempo quirúrgico medio fue de 149 minutos. La estancia media postoperatoria fue de 11 días. Tuvimos un 13% de mortalidad operatoria y un 30% de morbilidad (se ampliarán detalles según clasificación de Strasberg). La sobrevida media fue de 439 días.

La laparoscopia paliativa es una técnica factible y la quimioterapia adyuvante parece contribuir a mejorar los resultados. Los resultados de nuestra serie son, al menos, superponibles a las series publicadas de cirugía abierta. Probablemente nuestros pacientes se hayan beneficiado de las ventajas de la cirugía mínimamente invasiva.

Palabras clave: laparoscopia, cáncer gástrico y paliativo.

Introducción

El diagnóstico del cáncer gástrico en los pacientes occidentales suele ocurrir en un 30% de los casos en un estadio avanzado de la enfermedad, lo que imposibilita la resección R0, objetivo del tratamiento curativo del cáncer gástrico (1,2). La base de datos de la SEER (Surveillance Epidemiology and End Results Database) aporta que, en estadios avanzados, en un 31% de los casos el tumor afecta directamente al estómago y a los ganglios linfáticos regionales y en un 34% el tumor debuta con metástasis a distancia. Estima la supervivencia a 5 años en el 3,7% (3,4).

Muchos de estos pacientes ven mermada su calidad de vida por las complicaciones derivadas de su enfermedad neoplásica (la obstrucción y el sangrado), por lo que planteamos intentar aliviar las complicaciones tumorales facilitándoles la alimentación oral o, si no fuera posible, una vía de aporte enteral (5,6).

La eficacia de las técnicas paliativas es objeto de discusión y de controversia entre distintos grupos, por lo que son necesarios más estudios de índole prospectiva para intentar alcanzar un acuerdo. La primera publicación referente a la resección gástrica paliativa es de 1958, en ella Lawrence and McNeer, con una muestra de 1.623 pacientes intervenidos de cáncer gástrico desde 1931 a 1955, mostraron una disminución de los síntomas y mejora de la supervivencia, pero penalizados por una morbilidad operatoria elevada (7,8).

Las técnicas paliativas que nos planteamos en esta situación son: resección gástrica, transección gástrica con bypass intestinal tipo Y de Roux o colocar un acceso instrumental al tubo digestivo.

El objetivo de este trabajo es mostrar nuestra experiencia de los últimos 9 años en el tratamiento laparoscópico paliativo del cáncer gástrico, analizando nuestros resultados y revisando la literatura.

Material y método

Base de datos del Servicio de Cirugía General de Povisa-Hospital, con análisis retrospectivo.

Entre febrero de 2003 y febrero de 2012 hemos intervenido 62 pacientes de cáncer gástrico no subsidiarios de tratamiento curativo mediante técnica laparoscópica con fines paliativos. Las

indicaciones para la intervención fueron la obstrucción o el sangrado tumoral derivados de la enfermedad neoplásica.

No realizamos selección de pacientes, es decir, en todos los pacientes subsidiarios de tratamiento paliativo por cáncer gástrico avanzado se inicia su intervención por vía laparoscópica. Deben estar aceptados por el Servicio de Anestesia y reunir criterios de operabilidad. Preoperatoriamente estudiamos aquellos aspectos que pueden influir en el riesgo quirúrgico, independientemente de los valorados en el riesgo anestésico (ASA), y que pueden alertarnos de situaciones susceptibles de mejora.

Valoramos el estado nutricional (valoración subjetiva) y planificamos, en caso de ingesta culinaria insuficiente, soporte nutricional preoperatorio entre 10 y 15 días previos a la cirugía, cuyas ventajas quedaron establecidas desde que lo publicó Müller en Lancet en 1982 (9).

En pacientes EPOC o fumadores iniciamos fisioterapia respiratoria.

Valoramos datos biológicos de disfunción orgánica con el objeto de intentar acciones de mejora preoperatoria: índice glucémico, péptido natriurético atrial, troponinas y creatinina, que nos indicarán groseramente la tolerancia a la glucosa del paciente y sus funciones circulatoria, cardíaca y renal (Pearse, BMJ 2011) (10).

La vía de abordaje va a ser laparoscópica, pero el tipo de intervención lo decidimos tras la exploración meticulosa de la cavidad abdominal. En primer lugar intentaremos realizar una resección gástrica, porque creemos que ayuda a una mejor respuesta al tratamiento quimioterápico y a que disminuimos el volumen tumoral; si no podemos realizar la resección, intentamos una transección gástrica con bypass intestinal. Creemos que mejora el vaciamiento gástrico frente a la gastroyeyunostomía clásica, y, al excluir el tumor del bolo alimentario, evitamos que éste entre en contacto con el mismo. La continuidad intestinal la establecemos según técnica Billroth II o Y de Roux (28 y 21 respectivamente), según las características anatómicas y el curso de la cirugía, con tendencia en los últimos años a la reconstrucción en Y de Roux. Si las anteriores opciones no son posibles estableceremos un acceso digestivo instrumental, que proporcionará una vía de abordaje enteral (mediante gastrostomía o yeyunostomía) para hacer posible la alimentación y administración de fármacos.

Exponemos los datos demográficos, diagnóstico anatomopatológico, tiempo quirúrgico, morbimortalidad y sobrevida comparando las distintas técnicas empleadas, evolución de la enfermedad y tratamiento adyuvante.

Resultados

La media de edad de nuestros pacientes fue de 71 años, el 75% superaban los 60 años y entre ellos el 27% tenía más de 80 años. El 55% eran varones. La mayoría (75%) presentaba un riesgo anestésico ASA 3-4. Según el estudio anatomopatológico el 60% (37 pacientes) tenía un adenocarcinoma de tipo intestinal, el 26% (16 pacientes) adenocarcinoma con células en anillo de sello y el 14% restante otro tipo.

En cuanto al estadiaje TNM (UICC/AJCC, 7ª edición 2009) destacamos que el 90% de nuestros pacientes tenía un estadio IV y el resto presentaba un estadio IIIb.

Los 62 pacientes a estudio fueron intervenidos por laparoscopia, con un índice de conversión del 10% (6 pacientes). Hemos realizado 17 resecciones gástricas, 32 transecciones con by pass gastro-intestinal y 13 accesos digestivos instrumentales (Tabla 1).

Tabla 1. Tipos de técnicas quirúrgicas empleadas

Transección gástrica con bypass intestinal

32

Resección gástrica paliativa

17

Gastrostomía

7

Yeyunostomía

6

El tiempo quirúrgico fue de 149 minutos con un rango de 50 a 390 minutos. La estancia media postoperatoria fue de 11 días (2-45). Precisaron reintervención cinco pacientes: dos para drenaje de un absceso intraabdominal (no subsidiarios de drenaje percutáneo), dos por sangrado y uno por perforación inadvertida de sigma.

En nuestro Servicio clasificamos las complicaciones por el consumo de recursos y no por la complicación en sí. Utilizamos la clasificación definida por Strasberg (11), que consta de 6 escalones fácilmente clasificables y mide las complicaciones y la mortalidad hasta los 100 días postoperatorios. Esta clasificación tiene su correspondencia con las habituales de menores y mayores y con la de leve, moderada y severa, como podemos ver en la Tabla 2.

Tabla 2. Clasificación de complicaciones según Strasberg y su correspondencia con otras clasificaciones

[Empty box]

[Empty box] STRASBERG

[Empty box]

[Empty box]

Tipo

Descripción

7 11

Moderada 19%

2

Moderada

12 19

Mayor 11%

Severa 11%

3

Sin anestesia general

6 9

4

Anestesia general

11 2

5

Fallo orgánico

00

Exitus* 12%

Éxitus* 12%

6

Éxitus

16 25

*Mortalidad operatoria a 30 días, no a 100 como la clasificación de Strasberg

Más del 60% de nuestros pacientes no tuvieron ningún tipo de complicación o ésta fue menor. La mortalidad operatoria fue del 12% (8 pacientes), y del 25% si la estimamos a 100 días, y la morbilidad moderada o severa del 30%.

Destacamos que no hemos tenido ninguna hernia en los orificios de los trócares, siendo la eventración una complicación frecuente en las series laparótomicas revisadas (12,13).

La sobrevida media, sin excluir la mortalidad operatoria, fue de 439 días (2 - 2.190); si excluimos la mortalidad operatoria la media es de 508 días (19 - 2.190). Destacamos que 8 pacientes sobrevivieron más de 1.000 días. En la Tabla 3 exponemos la sobrevida (excluyendo la mortalidad operatoria) en función de la técnica quirúrgica empleada, de la presencia o no de metástasis y si se realizó tratamiento quimioterápico posterior a la cirugía.

En la Tabla 3 podemos observar que los pacientes con más sobrevida son a los que se les realiza una resección paliativa, lo que atribuimos a una mejor respuesta oncológica al disminuir la masa tumoral. Los pacientes sin metástasis sobreviven más días, y el tratamiento adyuvante con quimioterapia parece contribuir al aumento de la supervivencia (14,15).

Tabla 3. Exposición de la sobrevida según la técnica empleada, si el paciente tenía o no metástasis, y si fue tratado o no con quimioterapia adyuvante.

Técnica quirúrgica paliativa

Con Mtx

Sin Mtx

Qmt

No Qmt

Gastrectomía paliativa

667

377

829

898

198

Transección gástrica

416

168

564

464

257

Abordaje instrumental

507

351

690

-

-

Discusión

En el paciente occidental el diagnóstico del cáncer gástrico se realiza en un estadio avanzado de la enfermedad lo que imposibilita la resección R0 que es el principio del tratamiento curativo. La cirugía paliativa en el cáncer gástrico avanzado es un tema actual de discusión ya que algunos grupos argumentan que mejora la sintomatología, la calidad de vida y en algunos casos alarga la supervivencia, pero otros grupos argumentan que dicha técnica está penalizada con una morbimortalidad elevada, estancias postoperatorias prolongadas y empeoramiento de la calidad de vida.

La técnica de la transección gástrica y gastroyeyunostomía parece conseguir un buen vaciamiento gástrico, como lo muestra el hecho de que nuestra estancia media es de 11 días, lo que indica una buena tolerancia de ingesta oral culinaria, uno de los criterios de alta de hospitalización en nuestro Servicio. Es clásico el concepto de que las gastroyeyunostomías simples presentan habitualmente problemas funcionales (16,17).

En la literatura revisada no encontramos muchos artículos sobre el empleo de la vía laparoscópica como abordaje. Creemos que esta vía puede beneficiar a los pacientes con estancias postoperatorias menores y una morbilidad razonable.

En la Tabla 4 exponemos lo hallado en la literatura revisada y los datos de nuestra serie (5,6,7,19-23). Recordemos que los datos de las complicaciones de nuestro estudio están recogidos según el registro de clasificaciones de Strasberg a 100 días postoperatorios y que en los demás artículos se recogen hasta los 30 días tras la intervención.

Nuestros datos de supervivencia están en el rango alto de la Tabla, con una estancia postoperatoria menor. La incidencia de complicaciones se encuentra en la media de las otras series. La mortalidad operatoria se sitúa en el rango alto, lo que creemos puede deberse a la elevada media de edad de nuestros pacientes (71 años) mientras que en la mayoría del resto de los expuestos se encuentra entre los 60 y los 65 años.

Tabla 4. Cirugía paliativa en el cáncer gástrico avanzado

□

Autor

Muestra

Mortalidad operatoria (%)

Días

postoperatorios

Incidencia de complicaciones postoperatorias

Media de supervivencia (meses)

Hartgring et al.

156

12

15

38%

14,3

Huang et al.

365

3,30

15

20%

10,2

Saidi et al.

24

8,7

22

33,3%

16,3

Miner T. et al.

307

6

16,9

54%

10,6

Doglietto et al.

93

11,8

-

33,3%

16,3

T. Al-Amawi et al.

44

4,50

16,9

25%

10,5

E. Toscano et al.

62

12

11

30%

16,9 (14,6)*

*Si tenemos en cuenta la mortalidad operatoria.

CONCLUSIONES

El cáncer gástrico en los pacientes occidentales es una patología frecuente en la tercera edad y suele diagnosticarse en un estadio avanzado.

La laparoscopia paliativa es una técnica factible y reproducible.

Los resultados de nuestra serie son, al menos, superponibles a las series publicadas en cirugía abierta.

La quimioterapia parece contribuir a mejorar los resultados.

Creemos que nuestros resultados justifican la técnica, y que debe constituir la técnica de inicio

en la implantación de la cirugía gástrica con intención curativa.

REFERENCIAS

1. T Al-Amawi et al. Advisability of palliative resections in incurable advanced gastric cancer. *Polski Przegląd Chirurg* 2011, 83,8, 449-456
2. Hartgrink HH et al.: Gastric Cancer. *Lancet* 2009; 374(9688): 477-90
3. AL Mahar et al.: Non-curative gastric cancer surgery. *Gastric Cancer* (2011). DOI 10.1007/S10120-011-0088-3
4. Coburn N et al.: Management of gastric cancer in Ontario. *J Surg Oncol* 2010;102(54):55-63
5. Cunningham SC et al.: Palliative management of gastric cancer. *Surg Oncol* 2007;16(4):267-75.
6. RF Saidi et al.: Palliative Gastrectomy in Stage IV Cancer. *World J Surg* 2006;30:21-27. DOI: 10.1007/S00268-005-0129-3.
7. Y Dittmar et al. Non curative gastric resection for patients with stage 4 gastric cancer a single center experience and current review of literature, *Langenbecks Arch Surg* 2012, doi 10.1007/s00423.
8. Lawrence W, Mc NG. The effectiveness of surgery for palliation of incurable gastric cancer. *Cancer* 1958; 11(1):28-32.
9. Müller JM et al. Perioperative parenteral feedings in patients with gastrointestinal carcinoma. *Lancet* 1982;1:68-71.
10. Pearse M et al. Determinación del riesgo y manejo perioperatorio. *BMJ* 2011;343:d5759.
11. Strasberg SM, Linehan DC, Hawkins WG. The Accordion Severity Grading System of Surgical Complications. *Ann Surg* 2009; 250(2):177-186
12. Oh SJ et al. Complications requiring reoperation after gastrectomy for gastric cancer: 17 years experience in a single institute. *J Gastrointest Surg* 2009;13(2):239-45.
13. Riou JP et al. Factors influencing wound dehiscence. *Am J Surg* 1992;163:324-330. doi:10.1016/0002-9610(92)90014-1.
14. Kuling P et al. Non curative gastrectomy for metastatic gastric cancer: Rationale and long-term outcome in multicenter settings. *Eur J Surg Oncol* 2012, doi:10.1016/j.ejso.2012.01.013.
15. Kokkola et al. The Value of Non-Curative Gastrectomy. *J Surg Oncol* 2012. DOI 10.1002/jso.23066

16. Hoya Y et al. The advantages and disadvantages of a Roux-en-Y reconstruction after a distal gastrectomy for gastric cancer. [Surg Today](#) 2009;39(8):647-51. Epub 2009 Jul 29.
17. Zong et al. Billroth I vs. Billroth II vs. Roux-en-Y following distal gastrectomy: a meta-analysis based on 15 studies. *Hepatogastroenterology* 2011; 58(109):1413-24. doi: 10.5754/hge10567.
18. Haugstvedt T et al. The survival benefit of resection in patients with advanced stomach cancer: the Norwegian multicenter experience. Norwegian Stomach Cancer Trial. *World J Surg* 1989;13(5): 617-22.
19. Hartgrink HH et al. Dutch Gastric Cancer Group. Value of palliative resection in gastric cancer. *Br J Surg* 2002; 89(11): 1438-43.
20. Doglietto GB et al. Palliative surgery for far-advanced gastric cancer: a retrospective study on 305 consecutive patients. *Am Surg* 1999; 65(4): 352-55.
21. Miner TJ et al. Defining palliative surgery in patients receiving non-curative resections for gastric cancer. *J Am Coll Surg* 2004;198(6): 1013-21.
22. Saidi RF et al. Is there a role for palliative gastrectomy in patients with stage IV gastric cancer? *World J Surg* 2006; 30(1): 21-27.
23. Huang KH et al. Palliative resection in non-curative gastric cancer patients. *World J Surg* 2010;34(5): 1015-21.

