

Prótesis autoexpandibles para el tratamiento paliativo del cáncer gástrico. Reporte de cuatro casos

Dr. Juan Octavio Alonso Lárraga,* Dra. Angélica Hernández Guerrero,*
Dr. Sergio Sobrino Cossio,* Dra. Ana Alicia Rosales Solís*

* Servicio de Endoscopia del Instituto Nacional de Cancerología.

Correspondencia: Dr. Juan Octavio Alonso Lárraga. Av. San Fernando 22, Col. Toriello Guerra. C.P. 14000, México, D.F. Tel.: 5628-0400 ext. 245 y 179.

Correo electrónico: joctavioalonso@yahoo.com

Recibido para publicación: 23 de abril de 2004.

Aceptado para publicación: 27 de mayo de 2004.

RESUMEN. Las prótesis autoexpandibles han ganado popularidad para la paliación de tumores de diversos segmentos del tracto gastrointestinal. Nosotros reportamos la experiencia en cuatro casos de pacientes con adenocarcinoma gástrico a quienes se les dio tratamiento paliativo mediante prótesis metálicas autoexpandibles. Dos de los pacientes se sometieron previamente a una gastrectomía total con esofago-yeyunoanastomosis. En uno de ellos hubo recurrencia tumoral en la anastomosis y en el otro una estenosis cicatrizal de la anastomosis que no respondió a la dilatación. Los otros dos casos tuvieron tumores considerados irresecables. La colocación de la prótesis fue adecuada en los cuatro casos, sin embargo, mantener un adecuado estado hidroelectrolítico y un estado nutricional aceptable sólo fue posible en tres de ellos. En todos se presentó dolor leve y temporal. En uno hubo hemorragia leve y en uno migró la prótesis tres meses después de su colocación, por lo que se sometió a cirugía para su extracción. Aun cuando los casos son pocos podemos decir que el uso de prótesis autoexpandibles para la paliación del cáncer gástrico es una opción prometedora.

Palabras clave: prótesis autoexpandibles, cáncer gástrico.

SUMMARY. Self-expandable prostheses have gained in popularity for palliation tumors of the gastrointestinal tract. We present four cases of patients with gastric adenocarcinoma who were palliated by self-expandable metallic prostheses. Two patients had undergone total gastrectomy with esophago-jejunal anastomosis. In one there was recurrent cancer in the anastomosis and the other had non-malignant stenosis. The remaining two patients had unresectable tumors. Correct placement of prostheses was possible in all cases; however, maintenance of adequate hydration and acceptable nutritional status per orem was possible only in three of four patients. In all cases there was temporary slight pain, in one, slight hemorrhage, and in one the prosthesis migrated and it was necessary to withdraw it surgically. Although these are only a few cases, we can say that self-expandable prostheses are a promising alternative to palliate gastric cancer.

Key words: Self-expandable prostheses, gastric cancer.

INTRODUCCIÓN

Las estenosis gastrointestinales malignas han sido tradicionalmente manejadas quirúrgicamente. Los pacientes no operables, en cambio, se han manejado mediante la colocación de prótesis o mediante diversas técnicas ablativas o paliativas (Nd:YAG láser, coagulación bipolar,

técnicas de inyección, terapia fotodinámica, sondas de alimentación).¹⁻³

Las prótesis autoexpandibles han ganado una amplia popularidad para el tratamiento paliativo de las estenosis en el tracto gastrointestinal, conductos biliares, bronquios e incluso en vasos sanguíneos.^{4,5} Pero en algunas circunstancias como lo son la obstrucción de la salida

gástrica por un tumor y la obstrucción de la anastomosis posterior a gastrectomía total por recurrencia o persistencia del cáncer gástrico las series reportadas son cortas y en ocasiones se trata de casos anecdóticos incluidos en diversas series.^{3,5-15}

REPORTE DE CASOS

Caso 1

Masculino de 61 años a quien se le diagnosticó adenocarcinoma gástrico mal diferenciado con células en anillo de sello en estadio IV (T4, N2, M1). A la exploración física el paciente tenía 50 kg de peso, 1.60 m de estatura y un índice de Karnofsky de 40%, así como palidez, distensión abdominal, hepatomegalia y ascitis. La endoscopia confirmó la presencia de un tumor infiltrante que involucraba el cuerpo y el antro gástrico por ambas curvaturas y ambas caras y que obstruía el píloro. Se colocó una prótesis enteral de 20 mm de diámetro por 90 mm de largo y se verificó su funcionamiento y adecuada expansión al día siguiente mediante endoscopia. La vía oral inició al siguiente día de su colocación mediante la ingestión de líquidos y semisólidos. Como complicaciones se presentaron durante las 24 horas posteriores a la colocación de la prótesis dolor abdominal leve y temporal, náuseas y vómito de contenido gastrobiliar. El paciente fue capaz de ingerir líquidos y sólidos durante un mes, pero no fue suficiente para mantener un adecuado estado hidroelectrolítico y nutricional por vía oral. Después de un mes, el paciente falleció debido a una oclusión intestinal metastásica.

Caso 2

Masculino de 40 años, quien tenía antecedentes de adenocarcinoma gástrico poco diferenciado con células en anillo de sello en estadio IIIa (T2, N2, M0) y gastrectomía total con esofagoyunoanastomosis terminolateral en omega de Brown. Un año y tres meses después de la cirugía hubo recurrencia tumoral a nivel de la esofagoyunoanastomosis, por lo que se administró quimioterapia y radioterapia, pero el tumor persistió a pesar del tratamiento. A la exploración física el paciente tenía 1.85 m de estatura, 77 kg de peso y un índice de Karnofsky de 90%. Se le colocó una prótesis esofágica expandible ultraflex de 10 cm de longitud, con cubierta de 7 cm y diámetro de 23 mm. Durante las 24 horas siguientes a su colocación el paciente manifestó solamente dolor leve y temporal que se controló fácilmente con analgésicos. La

vía oral se inició el mismo día de la colocación a base de líquidos claros y al día siguiente, previa valoración endoscópica, se continuó con semisólidos y el paciente fue dado de alta. Durante los cinco meses posteriores a la colocación de la prótesis el paciente pudo ingerir líquidos y sólidos manteniendo un estado hidroelectrolítico y nutricional aceptables. De igual forma, el paciente se manifestó sin disfagia y mantuvo su peso en 77 kg, sus parámetros bioquímicos dentro de límites normales y un índice de Karnofsky de 90%. En la endoscopia de seguimiento la prótesis se observó bien colocada, adecuadamente expandida y libre de obstrucción por el tumor.

Caso 3

Femenino de 32 años quien tenía antecedentes de linitis plástica con obstrucción del píloro secundaria a adenocarcinoma gástrico poco diferenciado, difuso y con células en anillo de sello, el cual fue tratado con quimioterapia y posteriormente clasificado durante una laparotomía como un tumor irresecable estadio IV (T4, N3, M1). A la exploración física tenía 1.57 m de estatura, 52.5 kg de peso, y un índice de Karnofsky de 90%. Se le colocó una prótesis enteral Wallstent no cubierta de 22 mm de diámetro y 90 mm de largo. Durante las 24 horas posteriores a su colocación la paciente manifestó dolor abdominal moderado que fue temporal y también tuvo fiebre de 38 grados centígrados, náuseas y vómito de contenido gastrobiliar. La vía oral se inició 48 horas después de haber sido colocada la prótesis y ese mismo día la paciente fue dada de alta. Durante los tres meses siguientes a la colocación de la prótesis la paciente fue capaz de mantener un adecuado estado hidroelectrolítico y nutricional por vía oral, su peso permaneció estable en 52 kg y el índice de Karnofsky fue de 90%. En el examen endoscópico de seguimiento la prótesis se encontró adecuadamente expandida y sin obstrucción por crecimiento tumoral.

Caso 4

Masculino de 46 años a quien se le diagnosticó un adenocarcinoma gástrico poco diferenciado, difuso y con células en anillo de sello, el cual se extendía hasta el tercio inferior del esófago. El tumor se clasificó en estadio IV (T3, N3, M0) y el paciente fue sometido a dos ciclos de quimioterapia para citorreducción y posteriormente a una gastrectomía total D2 con resección del tercio distal del esófago y esofagoyunoanastomosis en Y de Roux. Un mes después de la cirugía el paciente mani-

festó disfagia grado III (escala de Atkinson), por lo que se realizó un estudio baritado que mostró una estenosis central, recta, de aproximadamente 3 cm que por endoscopia se localizó a nivel de la esofagoyeyunoanastomosis. A la exploración física el paciente tenía una estatura de 1.65 m, un peso de 65 kg y un índice de Karnofsky de 60%. Aunque las biopsias no demostraron malignidad y se pensó en la posibilidad de una estenosis cicatrizal, se colocó una prótesis expandible no cubierta de 20 mm de diámetro y 60 mm de longitud. En las primeras horas después de la colocación de la prótesis el paciente tuvo dolor abdominal leve y náuseas, los cuales cedieron con tratamiento médico por lo que se inició la ingesta de líquidos el mismo día de su colocación. Un día después de que se colocó la prótesis y previa endoscopia de control se inició la ingesta de sólidos y el paciente fue dado de alta. Una semana después de que el paciente fue dado de alta tuvo hematemesis leve secundaria a la presión de la prótesis sobre la estenosis. Durante los dos meses y medio posteriores a la colocación de la prótesis el paciente mantuvo una adecuada ingesta hidroelectrolítica y de nutrientes por vía oral, pero a los tres meses la prótesis migró y se requirió de una intervención quirúrgica para su extracción.

DISCUSIÓN

La mayor parte de la experiencia en la colocación de prótesis autoexpandibles en el tracto gastrointestinal proviene de su uso en el esófago y árbol biliar. Sin embargo, hay un aumento en la cantidad de datos acerca de su aplicación para el manejo de la obstrucción maligna de la salida gástrica, píloro, duodeno, posterior a esofagectomía parcial, gastrectomía total e incluso obstrucciones malignas del colon.¹⁶

En los tumores irresecables de la región antropilórica probablemente el mejor tratamiento paliativo sea la colocación de una prótesis autoexpandible, porque la mortalidad operatoria es de 20 a 25%^{17,19} e incluso la gastroenteroanastomosis laparoscópica para derivación requiere conversión a un procedimiento abierto en 20% de los casos.¹⁸ Por otro lado, los procedimientos quirúrgicos pueden requerir de un periodo de hasta 10 días para que se reinstaure el tránsito intestinal,¹⁸ cosa que nosotros logramos en tres casos dentro de las 24 horas posteriores a la colocación de la prótesis. El éxito clínico del tratamiento paliativo con prótesis autoexpandibles se define como la capacidad de poder mantener un adecuado estado hidroelectrolítico y nutricional por vía oral. Esto según diversos autores es posible conseguirlo

en 80 a 90%^{1,2,16,18,19} de los casos y en nuestro caso fue posible en tres de cuatro pacientes. En cuanto al éxito técnico, es decir, la colocación adecuada de la prótesis, se ha reportado cercano a 100%,¹⁶ hecho que nosotros logramos en los cuatro pacientes. Sabemos que el número de nuestros pacientes es pequeño, sin embargo, su evolución nos permite concluir que las prótesis autoexpandibles son una alternativa razonable al manejo quirúrgico paliativo del cáncer gástrico en pacientes con malas condiciones generales para ser sometidos a un procedimiento quirúrgico o con tumores que se consideran irresecables. De igual forma pueden ser de utilidad en los pacientes con persistencia o recurrencia tumoral posterior a la resección quirúrgica o al tratamiento médico con quimioterapia o radioterapia, ya que permiten mantener un adecuado estado hidroelectrolítico y un aceptable estado nutricional por vía oral. No obstante, los pacientes deben ser bien seleccionados, ya que su uso no es recomendable en pacientes cuya esperanza de vida sea menor de un mes.²¹

REFERENCIAS

1. Kim JH, Yoo BM, Lee KJ, et al. Self-expanding coil stent with a long delivery system for palliation of unresectable malignant gastric outlet obstruction: a prospective study. *Endosc* 2001; 33(10): 838-42.
2. Kozarek RA, Brandabur JJ, Raltz SL. Expandable stents: unusual locations. *Am J Gastroenterol* 1997; 92(5): 812-15.
3. Ho SB, Silvis SE. Tandem wire mesh stents for palliation of obstructing gastroduodenal adenocarcinoma. *Gastrointest Endosc* 1995; 42(4): 363-6.
4. Wayman J, Bliss R, Richardson DL, Griffin SM. Self-expanding metal stents in the palliation of small bowel stenosis secondary to recurrent gastric cancer. *Gastrointest Endosc* 1998; 47(3): 286-90.
5. Maetani I, Inoue H, Sato M, et al. Peroral insertion techniques of self-expanding metal stents for malignant gastric outlet and duodenal stenoses. *Gastrointest Endosc* 1996; 44(4): 468-71.
6. Law S, Tung P, Chu K, Wong J. Self-expanding metallic stent for palliation of recurrent malignant esophageal obstruction after subtotal esophagectomy for cancer. *Gastrointest Endosc* 1999; 50(3): 427-31.
7. Soetikno RM, Lichtenstein DR, Vandervoort J, et al. Palliation of malignant gastric outlet obstruction using an endoscopically placed wallstent. *Gastrointest Endosc* 1998; 47(3): 267-70.
8. Nevitt AW, Vida F, Kozarek RA, et al. Expandable metallic prostheses for malignant obstructions of gastric outlet and proximal small bowel. *Gastrointest Endosc* 1998; 47(3): 271-6.
9. Razzaq R, Laasch HU, England R, et al. Expandable metal stents for the palliation of malignant gastroduodenal obstruction. *Cardiovasc Intervent Radiol* 2001; 24(5): 313-18.
10. Espinel J, Vivas S, Muñoz F, et al. Palliative treatment of malignant obstruction of gastric outlet using an endoscopically placed enteral wallstent. *Dig Dis Sci* 2001; 46(11): 2322-4.
11. Yim HB, Jacobson BC, Saltzman JR, et al. Clinical outcome of the use of enteral stents for palliation of patients with malignant upper GI obstruction. *Gastrointest Endosc* 2001; 53(3): 329-32.
12. Wiggingshaus B, Dormann AJ, Grunewald T. Self-expandable metallic stents in malignant gastric outlet obstructions- an alternative

- approach using modified techniques. *Gastroenterology* 1999; 37(11): 1093-9.
13. Carrlocke DL. Role of endoscopic stenting in the duodenum. *Ann Oncol* 1999; 10(4): 261-4.
 14. Burdick JS, Garza AA, Magee DJ, et al. Endoscopic management of afferent loop syndrome of malignant etiology. *Gastrointest Endosc* 2002; 55(4): 602-5.
 15. Maetani I, Ukita T, Inone H, et al. Knitted nitinol stent insertion for various intestinal stenoses with a modified delivery system. *Gastrointest Endosc* 2001; 54(3): 364-7.
 16. Baron TH, Schöfk R, Puespoek A, Sakai Y. Expandable metal stent placement for gastric outlet obstruction. *Endoscopy* 2001; 33(7): 623-8.
 17. Uno Y, Obara K, Kanazawa K, et al. Stent implantation for malignant pyloric stenosis. *Gastrointest Endosc* 1997; 46(6): 552-5.
 18. Kozarek RA. Malignant gastric outlet obstruction: is stenting the standard? *Endoscopy* 2001; 33(10): 876-7.
 19. Feretis C, Benakis P, Dimopoulos C, et al. Duodenal obstruction caused by pancreatic head carcinoma: palliation with self-expandable endoprotheses. *Gastrointest Endosc* 1997; 46(2): 161-5.
 20. Yim RB, Jacobson BC, Galtzman JR, et al. Clinical outcome of the use of enteral stents for palliation of patients with malignant upper GI obstruction. *Gastrointest Endosc* 2001; 53(3): 329-32.
 21. Wai CT, Ho KY, Yeoh KG, Lim SG. Palliation of malignant gastric outlet obstruction caused by gastric cancer with self-expandable metal stents. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 2001; 11(3): 161-4.