

CARTAS CIENTÍFICAS

Adenocarcinoma gástrico: ¿debemos asociar pancreatoduodenectomía ante sospecha intraoperatoria de infiltración?



Gastric adenocarcinoma: Should pancreaticoduodenectomy be associated with intraoperative suspicion of infiltration?

El cáncer gástrico se diagnostica, en occidente, de forma tardía. La cirugía radical condiciona la supervivencia¹, pero no siempre es posible la resección completa R0. Cuando el tumor se extiende más allá del estómago y afecta órganos vecinos, el páncreas está involucrado hasta en el 50% de los casos² y no está clara la justificación de cirugía radical en términos de supervivencia. Añadir una pancreatoduodenectomía a la gastrectomía, no es un procedimiento habitual ni aceptado como estándar para el tratamiento quirúrgico del cáncer gástrico avanzado. Sin embargo, existen excepciones que justifican su aplicación, como es el caso que presentamos a continuación.

Varón de 76 años con dolor epigástrico y síndrome constitucional de 3 meses de evolución. Se realiza endoscopia digestiva alta que objetiva una gran úlcera antropilórica que no permite el paso del endoscopio. La biopsia muestra adenocarcinoma infiltrante. El estudio de extensión determina una neoplasia estenosante antropilórica, con adenopatías perigástricas y en ligamento gastrohepático, estadio II-B (T3N1M0) (fig. 1). Se decide quimio-radioterapia neoadyuvante con 9 ciclos de paclitaxel-carboplatino y 45 Gy, 2 meses. La TC toracoabdominal de reestadiaje, objetiva respuesta parcial y se decide rescate quirúrgico. La laparoscopia exploradora muestra tumoración pétreo en pilórico, con adenopatías sospechosas de malignidad en ligamento hepatoduodenal. Se observa aparente infiltración de todo el espesor de la pared gástrica y extensión tumoral hacia el duodeno, superando la arteria gastroduodenal y llegando a la papila, sin poder precisar si se trataba de tumor o fibrosis residual tras la quimio-radioterapia. Tras lavado peritoneal diagnóstico negativo para células malignas, se convierte a cirugía abierta y se realiza gastrectomía total, pancreatoduodenectomía cefálica, linfadenectomía y reconstrucción clásica tipo Whipple. La biopsia intraoperatoria confirmó márgenes quirúrgicos libres de enfermedad (fig. 2). La histología de la pieza quirúrgica mostró adeno-

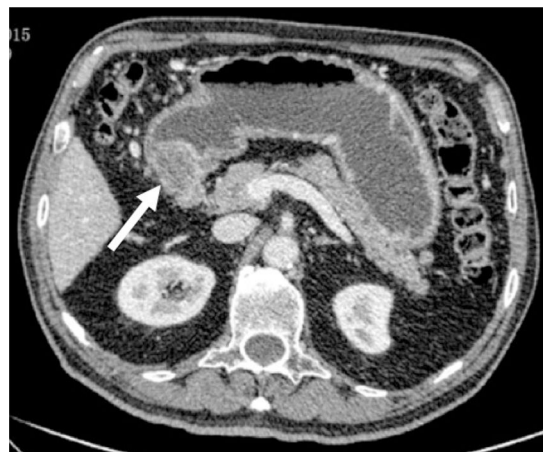


Figura 1 TAC de estadificación inicial. Flecha: lesión antropilórica pre-quimiorradioterapia. Se visualiza una estenosis casi total de la luz y una dilatación de la cámara gástrica.

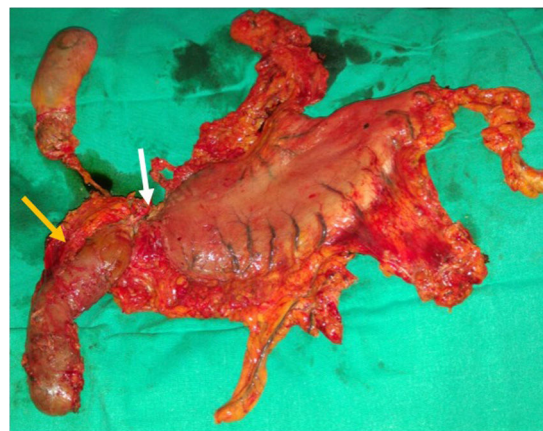


Figura 2 Pieza quirúrgica. Flecha blanca: lesión estenosante antropilórica, con afectación de primera y segunda porción duodenal. Flecha gris: duodeno-páncreas.

carcinoma tubular residual de 3.5 × 3 mm, grado histológico G1, con marcada respuesta al tratamiento neoadyuvante y 12 ganglios linfáticos sin evidencia de malignidad (ypT1b ypN0).

Actualmente, el paciente se encuentra asintomático y sin signos de recidiva, tras 3 años de seguimiento.

El cáncer gástrico es una de las principales causas de muerte por cáncer en el mundo. Su pronóstico es pobre, debido al diagnóstico tardío. El páncreas es el órgano más frecuentemente afectado, siendo considerado un factor independiente de mal pronóstico³. La resección oncológica completa de la enfermedad, es vital para obtener un resultado óptimo, pero una cirugía radical que implique el duodeno o páncreas conlleva una elevada morbimortalidad, y clásicamente se ha considerado que no conlleva una mayor supervivencia, por lo que no estaba indicada⁴. Estudios más recientes muestran que los avances quirúrgicos han disminuido la morbimortalidad y han logrado incrementos de supervivencia libre de enfermedad⁵⁻⁷. Nuestro caso, constituye un ejemplo de indicación y seguridad del procedimiento, logrando un claro beneficio de supervivencia y calidad de vida.

La valoración adecuada de la extensión tumoral, la situación basal del paciente y la posibilidad técnica de resección de la zona aparentemente afectada, son elementos indispensables para el éxito de este manejo agresivo. Roberts et al.⁸ en su revisión sobre la afectación pancreática en el cáncer gástrico, señalan que el sobrediagnóstico intraoperatorio ronda un tercio de pacientes con cáncer gástrico localmente avanzado condicionando sobretratamiento y morbimortalidad no despreciable, pero también señala la posibilidad de afectación microscópica que pase desapercibida. De ahí la importancia de la neoadyuvancia en la optimización de los resultados². Ozer et al.⁹ proponen la ecoendoscopia en todos los pacientes con cáncer gástrico localmente avanzado, para aumentar la precisión diagnóstica. Aun así, atribuye la decisión final de resección a los hallazgos quirúrgicos. En nuestro caso la ecoendoscopia no permitió sobrepasar la estenosis y tampoco pudo distinguir entre tumor y fibrosis o reacción desmoplásica por la quimio-radioterapia, por lo que la decisión terapéutica definitiva se tomó intraoperatoriamente. La precisión de la estadificación inicial del cáncer gástrico ayuda a tomar la decisión terapéutica más correcta. Permite mejor selección de aquellos pacientes que se pueden beneficiar de una cirugía ampliada más allá de los límites habituales de la gastrectomía oncológica estándar y también puede evitar cirugías innecesarias de alta morbilidad.

La realización de una pancreaticoduodenectomía cefálica asociada a la gastrectomía oncológica por adenocarcinoma gástrico avanzado, constituye una opción factible y segura, en casos excepcionales, aunque no debe ser recomendada de rutina dada la morbilidad de la pancreaticoduodenectomía y la pobre sobrevida del cáncer gástrico que invade la segunda porción del duodeno. En el contexto de un manejo multidisciplinario, la excelente respuesta al tratamiento oncológico neoadyuvante y un equipo quirúrgico adecuadamente entrenado para abordarla con la mínima morbilidad, puede ofrecer beneficios de supervivencia y ser las claves del éxito de esta estrategia en pacientes seleccionados.

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.

Financiación

Los autores no recibieron financiación para la realización de este trabajo.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses para la realización de este trabajo.

Bibliografía

1. Smyth EC, Verheij M, Allum W, et al. Gastric cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol.* 2016;27 Suppl. 5:v38-49.
2. Chan WH, Cheow PC, Chung AY, et al. Pancreaticoduodenectomy for locally advanced stomach cancer: Preliminary results. *ANZ J Surg.* 2008;78:767-70.
3. Maehara Y, Oiwa H, Tomisaki S, et al. Prognosis and Surgical Treatment of Gastric Cancer Invading the Pancreas. *Oncology.* 2000;59:1-6.
4. Martin RC2nd, Jaques DP, Brennan MF, et al. Extended local resection for advanced gastric cancer: Increased survival versus increased morbidity. *Ann Surg.* 2002;236:159-65.
5. Saka M, Mudan SS, Katai H, et al. Pancreaticoduodenectomy for advanced gastric cancer. *Gastric Cancer.* 2005;8:1-5.
6. Hirose K, Onchi H, Iida A, et al. Surgical results of pancreaticoduodenectomy for carcinoma of the distal third of the stomach. *Int Surg.* 1999;84:18-24.
7. Wang XB, Yang LT, Zhang ZW, et al. Pancreaticoduodenectomy for advanced gastric cancer with pancreaticoduodenal region involvement. *World J Gastroenterol.* 2008;14:3425-9.
8. Roberts P, Seevaratnam R, Cardoso R, et al. Systematic review of pancreaticoduodenectomy for locally advanced gastric cancer. *Gastric Cancer.* 2012;15 Suppl. 1:S108-15.
9. Ozer I, Bostanci EB, Orug T, et al. Surgical outcomes and survival after multiorgan resection for locally advanced gastric cancer. *Am J Surg.* 2009;198:25-30.

M.A. Acosta-Mérida*, D. Ortiz-López, M.M. Callejón-Cara, A. Rahy-Martín y J. Marchena-Gómez

Servicio de Cirugía General y Aparato Digestivo, Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, Las Palmas de Gran Canaria, Las Palmas, España

* Autor para correspondencia. Barranco de la Ballena s/n, 35010 Las Palmas de Gran Canaria, España. Teléfono: +34 928450000.

Correo electrónico: maacosta03@yahoo.es (M.A. Acosta-Mérida).

<https://doi.org/10.1016/j.rgmx.2018.06.002>
0375-0906/

© 2018 Asociación Mexicana de Gastroenterología. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Pólipo de prolapso mucoso: una forma de pólipo del colon que no debe ser olvidada



Prolapsing mucosal polyp: A form of colonic polyp not to be forgotten

Pólipos colónicos de prolapso mucoso son un hallazgo poco común en una colonoscopia. Sin embargo, cuando están presentes estas lesiones; las cuales son una forma de pólipos de colon, a menudo no se identifican y se realiza un diagnóstico erróneo como lesión neoplásica, lo que en ocasiones lleva a extirpaciones endoscópicas o quirúrgicas innecesarias.

Presentamos un caso de pólipo colónico por prolapso mucoso con sintomatología. También revisamos las características clínicas, endoscópicas e histopatológicas, al igual que el manejo potencial de la mencionada entidad.

Una mujer de 62 años, sin antecedentes relevantes en su historia médica fue referida a nuestra clínica de tratamientos ambulatorios para la extirpación de una lesión polipoide localizada en colon sigmoide, la cual había sido detectada previamente durante una colonoscopia. La mujer venía de una historia de 6 meses de síntomas gastrointestinales inespecíficos, los cuales consistían en constipación y distensión abdominal. El examen físico reveló un leve dolor abdominal en el cuadrante inferior izquierdo en la palpación. Las pruebas de laboratorio estuvieron dentro del rango normal.

En la rectosigmoidoscopia flexible se encontró una masa hiperémica brillante, lobulada, de 2 cm, la cual se proyectaba en la luz del colon sigmoide, con las características morfológicas de un pólipo (Paris Ip - pólipo pedunculado). Presentaba un tallo ancho con mucosa normal circundante, como se muestra en la [fig. 1](#) También observamos colon espástico asociado con divertículos en sigmoides. Se realizó una polipectomía con asa caliente.

El análisis patológico de la lesión extirpada, como se muestra en la [fig. 2](#), identificó anomalías de cripta glandular y un engrosamiento muscular de la mucosa, con obliteración fibromuscular de la lámina propia, todo lo cual es característico de un pólipo de mucosa prolapsada.

El paciente fue tratado con dieta alta en fibra; reportando resolución de síntomas, acompañada de frecuencia de movimiento intestinal y consistencia de heces normales.

Los pólipos de mucosa prolapsados son el prolapsada del prolapso crónico de la mucosa intestinal. Han sido descritos en pacientes en curso de evaluación colonoscópica como pliegues en mucosa hiperémicos grandes y redundantes que

imitan en apariencia a una masa polipoide que se proyecta a la luz del colon sigmoide. Debido a la falta de reconocimiento o a los diagnósticos equivocados de dicha lesión, se desconoce su verdadera prevalencia en la evaluación endoscópica.

El pólipo por prolapso mucoso forma parte del espectro de lesiones llamadas «síndrome de prolapso de mucosa». El término fue propuesto por Du Boulay et al. en 1977 para incluir una variedad de trastornos con características clínicas e histológicas similares¹. Las condiciones propuestas que conforman parte del dicho síndrome de prolapso de mucosa incluyen el síndrome de úlcera rectal solitaria²⁻⁴, ectasia vascular antral gástrica⁵, pólipos inflamatorios cloacogénicos⁴, pólipos inflamatorios de «tapa»⁶ y pólipos por prolapso mucoso⁶, los cuales comparten características histológicas similares⁷.

Se ha descrito que los pólipos de mucosa prolapsada ocurren en el colon sigmoide asociados con la enfermedad diverticular^{7,8}. El mecanismo exacto que lleva a la formación del pólipo de mucosa prolapsada es incierto. Sin embargo, en pacientes con una larga historia de estreñimiento, el mecanismo más probable es una combinación de congestión venosa y mucosa redundante secundaria a contracciones de colon espásticas⁸⁻¹⁰. En la serie de casos más grande disponible, Tendler et al.¹¹ reportaron sobre 15 pacientes con pólipos de mucosa prolapsada en el colon sigmoide, describiendo sus características histológicas, endoscópicas y clínicas. Los síntomas presentes más frecuentemente fueron el sangrado gastrointestinal oculto, hematoquecia, dolor abdominal con calambres y hábitos intestinales alterados. Las características endoscópicas principales fueron la presencia de pólipos hiperémicos y de pliegues redundantes prominentes con petequias, todos involucrando el colon sigmoide. Los hallazgos histopatológicos más frecuentes fueron las anomalías de cripta glandular (hiperplasia, ramificación, elongación y distorsión) en el 100%, la erradicación fibromuscular de la lámina propia en el 93%, hipertrofia y extensión de tejido fibromuscular en la lámina propia en el 87% y anomalías capilares de mucosa (congestión, hialinización, trombosis y dilatación) en el 87%.

Algunos diagnósticos diferenciales comunes en pacientes con pólipos de mucosa prolapsada son el de pólipos adenomatosos, malignidad, colitis ulcerosa y hemangiomas. Hasta donde conocemos no existen reportes de transformación maligna de los pólipos de mucosa prolapsados.

Actualmente no existe consenso respecto al tratamiento estándar para los pólipos de mucosa prolapsada. Algunos reportes han mostrado que el manejo conservador basado en una dieta alta en fibra resulta en una regresión significativa