La utilidad de la laparoscopia en el manejo de pacientes con carcinoma gástrico

La laparoscopia se ha utilizado en pacientes con carcinoma gástrico (CG) para realizar resección endoscópica de la mucosa por vía intragástrica, resección en cuña y gastrectomía subtotal o total, incluyendo linfadenectomía, y también se han descrito procedimientos manoasistidos. Recientemente, en Japón se realiza un estudio controlado por sorteo que compara la gastrectomía laparoscópica frente a la tradicional. También, la laparoscopia se ha utilizado junto con ultrasonografía laparoscópica, centelleografía y/o inyección de azul patente para la identificación del ganglio linfático centinela en casos de CG T1. Sin embargo, todos estos procedimientos se encuentran en fase experimental y deben usarse solamente dentro del marco de protocolos de investigación bien diseñados.

La resección quirúrgica radical es la única opción de curación en pacientes con CG. Sin embargo, son pocos los pacientes que se curan solamente con cirugía. En México, solamente el 33% de los casos que se atienden en el Instituto Nacional de Cancerología pueden ser sometidos a resección quirúrgica del estómago con fines curativos o paliativos.

Por esta razón, en las últimas décadas se ha estado investigando la utilidad de tratamientos preoperatorios multimodales con la intención de mejorar la probabilidad de resección quirúrgica completa y la probabilidad de control locorregional, y por tanto de lograr una mejor supervivencia o al menos una mejor paliación. Se han estudiado diversos agentes antineoplásicos que incluyen nuevos fármacos y nuevas combinaciones con resultados prometedores.

Recientemente se ha demostrado que la quimiorradioterapia adyuvante después de la resección completa tiene ventajas en cuanto a control locorregional y supervivencia, y actualmente esta conducta se considera estándar. Por esa razón, se están llevando a cabo estudios fase II que evalúan la utilidad de la quimiorradioterapia neoadyuvante.

Pero estos estudios adolecen de un detalle fundamental: la clasificación por etapas clínicas es incierta.

La clasificación TNM de la Unión Internacional Contra el Cáncer-*American Joint Committee on Cancer* (UICC-AJCC) para CG es postoperatoria, aun cuando los pacientes con metástasis a distancia quedan co-

rrientemente clasificados de modo preoperatorio como etapa IV con una simple ultrasonografía o con una tomografía axial computarizada (TAC).

La edición de 1992 de la clasificación TNM requiere de un recuento exhaustivo de los ganglios linfáticos metastásicos para definir la clasificación N, y se puede lograr después de la resección quirúrgica con linfadenectomía. Esto no es una crítica a la clasificación TNM ya que ésta es más precisa que la anterior, pero hace que la interpretación de los resultados de los estudios que evalúan tratamientos neoadyuvantes sea incierta.

En la literatura mundial existe un acuerdo general en cuanto al requerimiento de un sistema de clasificación preoperatorio para pacientes con CG para ser utilizado en casos de tratamientos neoadyuvantes, y hasta la fecha no existe este sistema.

La TAC es un estudio excelente para la evaluación de pacientes con CG. Permite evaluar adecuadamente el tamaño del tumor primario, el grado de invasión a través de la pared y la presencia de metástasis a distancia. Muchos estudios han demostrado que la TAC es una prueba con pobre sensibilidad y especificidad para el diagnóstico de metástasis ganglionares, y esta exactitud diagnóstica disminuye aún más cuando se requiere de un recuento de los ganglios linfáticos con metástasis.

Por otro lado, la TAC tiene una baja sensibilidad para el diagnóstico de lesiones metastásicas pequeñas como carcinomatosis peritoneal incipiente con lesiones milimétricas o metástasis hepáticas menores de 1 cm. Muchos estudios han informado de la utilidad del ultrasonido endoscópico (USE) para definir el grado de invasión a través de la pared y la presencia de metástasis a ganglio linfático. El caso es similar al de la TAC, con la ventaja de que se puede hacer diagnóstico citológico por punción guiada por USE de los ganglios linfáticos sospechosos y la exactitud diagnóstica aumenta un poco, pero no se puede hacer un recuento.

La laparoscopia se ha definido como el mejor estudio para la clasificación preoperatoria en CG cuando se compara con la TAC y el USE. Y también se ha demostrado que cuando la TAC y la laparoscopia se combinan, la exactitud diagnóstica de la clasificación T y de la clasificación M es superior al 90%, lo que no

ocurre con la clasificación N por las razones arriba mencionadas, ya que estas razones no cambian con el uso combinado de la TAC y la laparoscopia.

En el Instituto Nacional de Cancerología hemos propuesto una clasificación por etapas laparoscópicas que simplifica la clasificación TNM (es decir, no considera la clasificación N), y que debe usarse en pacientes con diagnóstico de adenocarcinoma gástrico, con TAC negativa para metástasis a distancia y cuando la cirugía sea la primera opción. Esta clasificación considera 4 etapas: la primera corresponde a una laparoscopia negativa, cuando la neoplasia no infiltra la serosa (T1 y T2, M0), la segunda implica infiltración a la serosa (T3, M0), la tercera representa infiltración a órganos adyacentes (T4, M0) y la cuarta implica el hallazgo de metástasis a distancia (frecuentemente metástasis hepáticas o transcelómicas no definidas anteriormente por la TAC)¹.

Sin duda que esta clasificación tiene un poder pronóstico inferior a la TNM de la UICC-AJCC, pero tiene la gran ventaja de estratificar muy bien el pronóstico, y de poderse realizar antes de llevar a cabo una resección quirúrgica.

Éste es un primer esfuerzo por tratar de establecer una clasificación preoperatoria que permita el diseño y la interpretación de estudios que evalúen la utilidad de tratamientos neoadyuvantes. Es una clasificación en vías de desarrollo, que probablemente sufrirá modificaciones en el futuro, y que puede usarse para defi-

nir el mejor tratamiento para cada caso en particular.

La laparoscopia clasificadora está indicada en todos los pacientes con CG con USE y/o TAC que sugieran enfermedad avanzada, con sospecha de infiltración hasta la serosa o mas allá, y en aquellos sujetos en los que no se demuestra la presencia de metástasis a distancia². Esta aseveración es particularmente cierta en poblaciones con elevada frecuencia de etapas avanzadas (como en México), y probablemente no tenga sentido en poblaciones con elevada frecuencia de CG incipiente (como Japón).

Bibliografía

1. Oñate-Ocaña LF, Gallardo-Rincón D, Aiello-Crocifoglio V, Mondragón-Sánchez R, de la Garza-Salazar J. The role of pretherapeutic laparoscopy in the selection of treatment for patients with gastric carcinoma: a proposal for a laparoscopic staging system. *Ann Surg Oncol* 2001; 8(8):624-31.
2. Lehnert T, Rudek B, Kienle P, Buhl K, Herfarth C. Impact of diagnostic laparoscopy on the management of gastric cancer: prospective study of 120 consecutive patients with primary gastric adenocarcinoma. *Br J Surg* 2002;89:471-5.

Luis F. Oñate Ocaña
Departamento de Gastroenterología.
Instituto Nacional de Cancerología.
México.