

# Cartas al editor

## Respuesta

Fecha recibido: 20-02-10  
Fecha aceptado: 26-02-10

### RESECCIÓN ENDOSCÓPICA DEL CÁNCER GÁSTRICO TEMPRANO. RESPUESTA

Doctor  
Rómulo Vargas  
Editor  
Revista Colombiana de Gastroenterología

Respetado señor editor:

Apreciamos enormemente el interés y los comentarios de los doctores Emura y Oda a nuestro artículo, recientemente publicado en la Revista, y, al respecto queremos hacer las precisiones, punto por punto, y aclarar, inicialmente, que nuestro trabajo se inició en el año 2002 y se ciñó a los delineamientos que para aquella época tenían de los autores japoneses sobre el manejo del cáncer gástrico temprano.

1. Los criterios de curabilidad de CGT que anota el doctor Emura fueron los señalados en nuestro trabajo, si bien no se hizo referencia explícita a la invasión vascular o linfática, esta se sobreentiende dado que la mayoría de las lesiones en los pacientes del estudio fueron mucosas y como se sabe, en esta capa no hay estructuras vasculares o linfáticas (1). Cuando el tumor está confinado a la misma, la probabilidad de metástasis a nódulos linfáticos es menor al 3% en contraste con el 20% cuando la lesión invade la submucosa (2). Esto probablemente explica los resultados del análisis de las bases de datos del National Cancer Center Hospital y otras unidades de Japón que han demostrado supervivencia a 5 años del 99% en CGT limitados a la mucosa y de 96% cuando hay compromiso de la submucosa (3).
2. No compartimos la recomendación de Emura y col de tratar siempre el CGT utilizando la disección endoscópica de la submucosa (DES), ya que este procedimiento está indicado en la actualidad para las lesiones mayores de 15 mm, con alta probabilidad de ser resecadas en bloque y baja probabilidad de metástasis a nódulos linfáticos, entre otras características (4), y la resección mucosa endoscópica (RME) es una técnica aceptada para el tratamiento curativo del CGT cuando la lesión cumple las siguientes características (3):
  - a. CGT menores de 20 mm, bien diferenciados, elevados.
  - b. Lesiones deprimidas iguales o menores a 10 mm sin ulceración, histológicamente bien diferenciadas, o moderadamente diferenciadas, confinadas a la

mucosa y sin compromiso de nódulos linfáticos (5).

Así, en las lesiones de menor tamaño, la resección mucosa endoscópica es una técnica mínimamente invasiva, segura y eficaz, considerada un tratamiento alternativo a la cirugía (3), que además es económica y fácil de realizar, pero insuficiente en las lesiones de mayor tamaño ya que no siempre las logra resecar en un solo bloque y por lo tanto no se puede tener una correcta evaluación de la profundidad de la invasión del tumor (3, 4); aunque hay autores que consideran que la DES debe ser el tratamiento de elección, incluso para lesiones de menor tamaño (6), es un método costoso, con mayor riesgo de sangrado y de perforación, consume más tiempo y requiere accesorios especializados difíciles de conseguir y que no son de venta libre. En un reciente estudio (7) se abordó directamente esta controversia y se compararon los dos métodos, en 177 pacientes, los cuales cumplían los requisitos para mucosectomía y fueron aleatorizados a DES o mucosectomía. Los objetivos fueron comparar la tasa de resección en bloque, resección completa, recurrencia y complicaciones. El estudio concluyó que en lesiones pequeñas (< 15 mm) los dos métodos eran comparables y los autores recomendaron que en este tipo de lesiones debe realizarse una mucosectomía y no una DES como algunos grupos desean plantear, aunque la DES debe ser considerada una extensión natural de la RME.

3. A todos los pacientes incluidos en el estudio se les realizaron estudios de extensión (TAC de abdomen entre otros) antes de proceder con la mucosectomía y el seguimiento fue clínico.
4. La submucosa clásicamente se ha dividido en tres tercios: Sm1, Sm2 y Sm3 y el término Sm1 corresponde al tercio superior de la submucosa que en el corte histológico tiene un tamaño 500 micras (8-10). Cuando un tumor invade Sm2, es decir, el segundo tercio, independientemente del tamaño, su tratamiento ya no es endoscópico sino quirúrgico (3). De igual manera, la mucosa se ha dividido en tres capas: m1 epitelio, m2 lámina propia y m3 *muscularis mucosae* (10). Estas divisiones de la mucosa y submucosa tiene el objetivo de definir el riesgo de metástasis a nódulos linfáticos.
5. Estamos totalmente de acuerdo con el doctor Emura en que los pacientes con cáncer gástrico que tienen lesiones menores de 15 mm deben ser llevados a resección mucosa, como lo reiteraremos más adelante.
6. El trabajo es claro en mencionar que fue un seguimiento mínimo de cinco años y que ninguno de los casos sometidos a mucosectomía fue Sm2, solo se presentaron dos casos Sm1. Si bien todos los pacientes con cáncer temprano deberían ser llevados a ecoendoscopia, esta

no siempre permite diferenciar infiltración submucosa con una sensibilidad de 0,7-0,9 y una especificidad de 0,6-0,91 (11). De otro lado, no siempre es posible en nuestro medio, por cuestiones económicas, realizar una ecoendoscopia, por ello solo se realizó en 2 de nuestros pacientes.

7. En los resultados y en la discusión se hace referencia clara a esta paciente, comentando que, probablemente el calor generado por el asa eliminó la lesión residual y por ello no se encontró tumor al examinar minuciosamente la pieza quirúrgica. La importancia de este hallazgo, su enseñanza e impacto no pueden ser determinados y consideramos que debe ser tomado como la descripción de un caso que aparentemente tenía una lesión residual, por tener bordes positivos la lesión reseca, pero que finalmente no presentó tumor en la pieza quirúrgica. La ausencia final de tumor en el estómago reseca podría explicarse por la destrucción de las células por el calor. En esta serie hubo otro caso similar y con base en esta experiencia inicial decidimos, con la paciente, no someterla al riesgo quirúrgico. Las implicaciones de estos hallazgos y las respuestas a los interrogantes de los colegas podrían resolverse mediante un estudio diseñado con esa pregunta de investigación.
8. La frase “desde el punto de vista oncológico se puede considerar que los pacientes están curados” debería ser modificada por una como “en 5 años de seguimiento no se ha presentado recurrencia local endoluminal por endoscopia”. Consideramos que es una interpretación semántica; sin embargo, el concepto de curabilidad en CGT se evalúa histológicamente y por ello es usual que expertos en este campo se refieren a “resecciones curativas histológicamente” con seguimientos menores a los utilizados por nosotros. Nos sorprende que el doctor Oda cuestione nuestra expresión, cuando en un excelente trabajo multicéntrico publicado por él habla de resección curativa histológica con seguimiento a 3,2 años (12). En los pacientes de nuestro estudio, además del seguimiento endoscópico se realizaron estudios con TAC abdominal. Además, hoy día se acepta universalmente que la resección endoscópica es un procedimiento que se utiliza para “curar” el CGT.

Finalmente, queremos señalar que a medida que se hagan más endoscopias en pacientes con dispepsia, probablemente se detectarán más pacientes con cánceres tempranos lo cual nos obligará a realizar un manejo endoscópico y si la lesión es menor a 15 mm, como lo demostró nuestro trabajo, es válido realizar una mucosectomía siguiendo estrictamente la técnica para asegurar un buen resultado y, si la lesión es mayor de 15 mm llevar a DES. Consideramos que si bien hay grupos que empiezan a preconizar la DES

incluso para los CGT con tamaños inferiores a 15 mm, la controversia continúa. Para ambas técnicas se requiere personal calificado y por ello nuestras sociedades científicas deberían empezar a implementar o apoyar centros de entrenamiento en endoscopia terapéutica.

## REFERENCIAS

1. Fawcett W. Histology. Blackwell Publ 2000; 197-199.
2. Sano T, Kobori O, Muto T. Lymph node metastasis from early gastric cancer: endoscopic resection of tumor. *Br J Surg* 1992; 79: 241-4.
3. Gotoda T. Endoscopic resection of early gastric cancer. *Gastric cancer* 2007; 10: 1-11.
4. Gotoda, Fujishiro M. Endoscopic submucosal dissection for gastric cancer. *Curr Treat Opt Gastroenterol* 2008; 11:119-24.
5. Gotoda, Tsujitani S, Oka S, Saito H, Kondo A, Ikeguchi M, Maeta M, et al. Less invasive surgery for early gastric cancer based on the low probability of lymph node metastasis. *Surgery* 1999; 125: 148-54.
6. Probst A, Messmann H. Endoscopic therapy for early gastric cancers-from EMR to ESD, from guideline criteria to expanded criteria. *Digestion* 2009; 80: 170-2.
7. Nakamoto S, Sakai Y, Kasanuki J, Kondo F, Ooka Y, Kato K, Arai M, Suzuki T, Matsumura T, Bekku D, Ito K, Tanaka T, Yokosuka O. Indications for the use of endoscopic mucosal resection for early gastric cancer in Japan: a comparative study with endoscopic submucosal dissection. *Endoscopy* 2009 Aug 13 early Rel.
8. Siersema P, Fockens P. Staging before EMR, en Conio M, Siersema PD, Repicci A, Ponchon T (eds). *Endoscopic Mucosal Resection*. Blackwell Publ 2008; 37-56.
9. Yoshida S, Tanaka S, Kunihiro K. Diagnostic ability of high-frequency ultrasound probe sonography in staging early gastric cancer, especially for submucosal invasion. *Abdom Imagin* 2005; 30: 518-23.
10. Conio M, Ponchon T, Blanche S, Filiberti S. Endoscopic Mucosal Resection. *Am J Gastroenterol* 2006; 101: 653-63.
11. Kwee RM, Kwee TC. The accuracy of endoscopic ultrasonography in differentiating mucosal from deeper gastric cancer. *Am J Gastroenterol* 2008; 103: 1801-9.
12. Oda I, Saito D, Tada M, Iishi H, Tanabe S, Oyama T, et al. A multicenter retrospective study of endoscopic resection for early gastric cancer. *Gastric Cancer* 2006; 9:262-70.

### **Dr. Martín Gómez Zuleta**

Docente de Gastroenterología Universidad Nacional de Colombia  
Gastroenterólogo, Hospital El Tunal

### **Dr. William Otero Regino**

Docente de Gastroenterología Universidad Nacional de Colombia  
Gastroenterólogo, Clínica Fundadores, Hospital El Tunal

### **Dr. Víctor Arbeláez Méndez**

Gastroenterólogo, Hospital El Tunal, Centro de Enfermedades  
Digestivas