

## *Cáncer gástrico precoz. Presentación de un caso.*

Dra. Lissette Chao González\*, Dra. Yunia Tusen Toledo\*\*, Dra Lisset Barroso Marquez\*\* Dr. Manuel Cepero Valdés\*\*\*, Dra. Karelia Melian Ysla\*\*, Jordis Alonso \*\*\*\*.

\* Especialista II grado en gastroenterología.

\*\* Especialista I grado en gastroenterología.

\*\*\* Especialista II grado en Cirugía General.

\*\*\*\* Residente de 3er año de Gastroenterología

---

### Resumen

El cáncer gástrico precoz se define al cáncer confinado a la mucosa o submucosa gástrica independiente del compromiso ganglionar. Se reporta un caso de cáncer gástrico precoz en hombre negro de 35 años. El diagnóstico es efectuado por endoscopia superior con cromoendoscopia y corroborado por el estudio histológico. **Palabras clave:** Cáncer gástrico precoz, cromoendoscopia

---

### Abstract

Early gastric cancer (EGC) is defined as gastric cancer confined to the mucosa or submucosa, regardless of the presence or absence of lymph node metastasis. We present the case of early gastric cancer in 70-year-old black men. The diagnosis was made by endoscopic upper endoscopy with and cromoendoscopy and corroborated by the histology study. **Key words:** Early gastric cancer, cromoendoscopy.

---

### Introducción

El primer reporte de cáncer gástrico temprano (CGP) data de 1883 cuando Hauser <sup>(1)</sup> en Leipzig, describe unas lesiones gástricas, con las características de un CGP. En 1908 Versé <sup>(2)</sup> presenta una detallada descripción del desarrollo de pólipos y adenomas gástricos en una evaluación de 10.000 autopsias y su relación con la aparición futura de cáncer gástrico (CG). En 1914 Wilson & McDowell <sup>(3)</sup> publicaron su trabajo de CGP, describiendo pequeños carcinomas en la periferia de úlceras gástricas. En 1938 Saeki <sup>(4)</sup> recopila la primera serie de pacientes con esta entidad y la relaciona con una larga sobrevida. En 1942 Stout <sup>(5)</sup> describe el CGP como carcinoma de extensión superficial. En 1962 la Sociedad Japonesa de

Gastroenterología y Endoscopia define el CGP como aquella lesión que compromete hasta la submucosa sin sobrepasarla, independiente del compromiso ganglionar. <sup>(6)</sup> En 1963 la Sociedad para la investigación del CG en el Japón tipifica las variantes macroscópicas del CGP y acuña tres presentaciones: protruido (Tipo I), superficial (Tipo II) y excavado (Tipo III). <sup>(7)</sup>

### Caso clínico

Paciente de la raza negra, sexo masculino, de 70 años de edad, con antecedentes de salud anterior, que presenta síntomas dispépticos e intolerancia alimentaria, al examen físico no se observan elemen-

tos patológicos. Se indica drenaje biliar donde se aprecia salida de secreción sanguinolenta por la sonda de drenaje, motivo que propicia la decisión de realizar endoscopia superior. En el estudio endoscópico se explora con equipo Evis Lucera hasta la segunda porción duodenal, se diagnostica pangastritis eritematoerosiva con signos de sangrado reciente y llama la atención que hacia cara posterior en la unión del antro con el cuerpo gástrico se observa una lesión superficial elevada de 1 cm de diámetro, redondeada e irregular de color más pálido que la mucosa restante con área deprimida en su centro, se realiza cromoendoscopia con índigo carmín instilando esta sustancia al 0,8% a través de un catéter regadera que se introduce por el canal de trabajo del equipo y se

delimitan los bordes de la lesión con mayor nitidez y se realza su superficie, esta lesión se concluyó por el estudio endoscópico como cáncer gástrico precoz tipo IIa más IIc según la clasificación japonesa.

Se tomaron ponches para estudio histológico de la lesión y del área circundante, el diagnóstico anatomopatológico se correspondió con un adenocarcinoma variedad intestinal superficialmente ulcerado de 1cm de longitud.

## Discusión

La incidencia del cáncer gástrico continua siendo muy alta en Japón, China, Europa del Este y Sudamérica, <sup>(1)</sup> constituye la segunda causa de muerte por neoplasias a nivel mundial, <sup>(2)</sup> pues la gran ma-

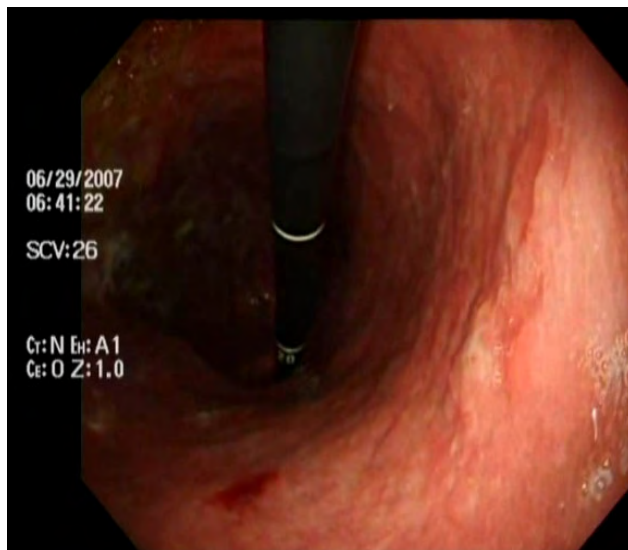


Figura 1. Cáncer gástrico precoz tipo IIa + IIc.

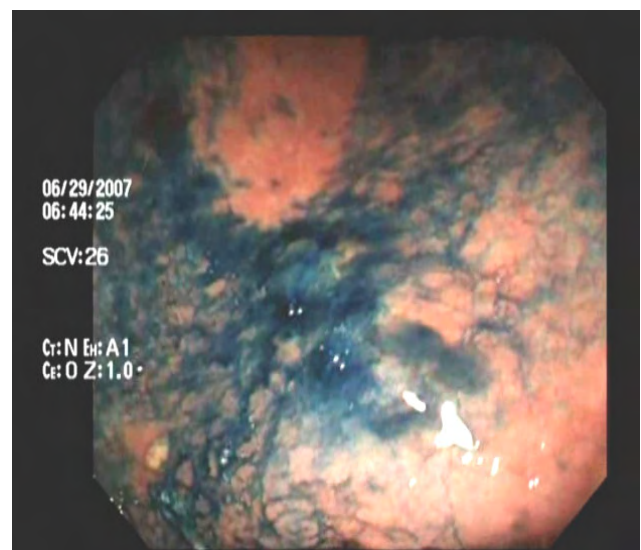


Figura 2. Cromoendoscopia con índigo carmín.



Figura 3. Pieza quirúrgica.

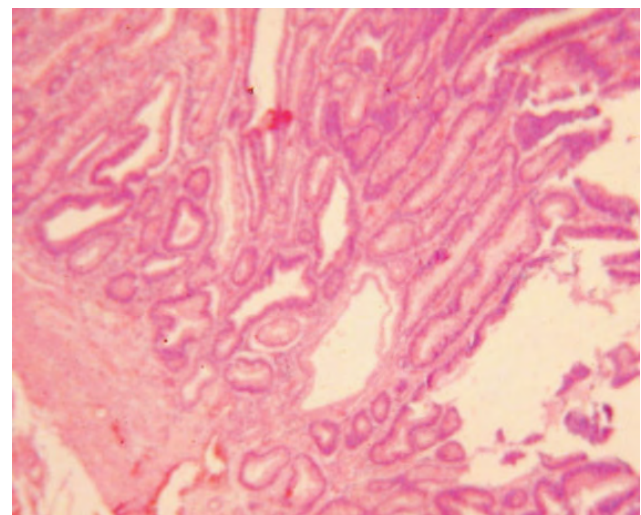


Figura 4. Adenocarcinoma de 1cm

yoría son diagnosticados en etapas avanzadas. La excepción es el Japón, donde la mortalidad ha disminuido grandemente debido a que más de la mitad de los casos se diagnostican en estadios incipientes, gracias a los programas masivos de pesquisa o tamizaje y a los avances en las técnicas diagnósticas y de terapia endoscópica. La Escuela Japonesa es pionera en el estudio del Cáncer Gástrico, en 1962 la Sociedad Japonesa de Endoscopía Gastroenterológica y la Sociedad Japonesa de Investigación para el cáncer gástrico, con fin de disminuir la alta tasa de mortalidad del carcinoma gástrico en su país, definieron el cáncer gástrico temprano como el carcinoma del estómago cuya invasión se limita a la mucosa y submucosa, independiente de la presencia o no de metástasis ganglionares o a otros órganos. La supervivencia a los 5 años de estas lesiones precoces es del 90-95% aparece con mayor frecuencia en la 5ta o 6ta década de la vida y es similar en hombres y en mujeres. <sup>(8)</sup>

La clasificación japonesa del cáncer gástrico precoz divide las lesiones endoscópicas por su aspecto macroscópico en protruidas, planas o excavadas. Dentro de las planas existen planas-elevadas, completamente planas y planas-deprimidas. Las lesiones planas son las de más difícil detección.

El diagnóstico de este tipo de cáncer fundamentalmente se ha hecho sobre la base del estudio endoscópico con comprobación anatomopatológica siguiendo los criterios japoneses. <sup>(9)</sup> El diagnóstico endoscópico puede llegar al 90% de lesiones deprimidas en la rutina endoscópica, sobre todo con la ayuda de métodos diagnósticos auxiliares que permiten definir con mayor precisión las características y límites de las lesiones. En este paciente se utilizó la cromoendoscopia, que implica el uso tópico de tinciones, las que mejoran la observación de la mucosa durante la endoscopia y consiste en irrigar a manera de rocío, volúmenes determinados de sustancias específicas sobre la superficie de la mucosa a través de un catéter que se introduce por el canal de trabajo del endoscopio. Los métodos de tinción tienen una amplia aplicación en el campo clínico y en lo relacionado a la investigación en la gastroenterología. <sup>(10)</sup>

La tinción usada fue el índigo carmín, se aplica después de identificación de una lesión para clarificar sus márgenes o morfología y para aumentar la

detectabilidad de lesiones, actúa por depósito en las zonas declives; porque es una tinción de contraste, permitiendo observar el área con mayor detalle y se deposita fundamentalmente en las zonas deprimidas, por lo que las elevadas quedarán sin el típico color azul del índigo. Se administra 0.4 o al 0.8% instilando 5 ml de índigo con 15 ml de agua en una jeringuilla de 20ml.

### Conclusiones:

La supervivencia global de los pacientes con cáncer gástrico avanzado es del 10% a los 5 años, la clave fundamental para mejorar estas cifras radica en el diagnóstico precoz, para esto se hace necesario un cambio de visión de nuestros endoscopistas en la búsqueda de lesiones incipientes en aras de diagnosticar el cáncer gástrico en estadios iniciales, que permita brindar una mayor calidad de vida a nuestros pacientes.

### Bibliografía

1. Hauser G. Das chronische Magengeschwür, sein Verarbeitungsprozess und dessen Beziehungen zur Entwicklung des Magenkarzinoms. Leipzig: FCW Vogel; 1883.
2. Versé M. Über die Entstehung, den Bau und das Wachstum der Polypen, Adenome und Karzinome des Magen-Darmkanals. Arb Pathol Inst Leipzig. 1908; 1:40.
3. Wilson LB, McDowell IE. A further report of the pathologic evidence of the relationship of gastric ulcer and gastric carcinoma. Am J Med Sci. 1914; 148: 796-816.
4. Saeki J. Über die histologische prognostische des Magenkarzinoms. Mitteil med Gesellsch Tokyo. 1938; 52:191.
5. Stout AP. Superficial spreading type of carcinoma of the stomach. Arch Surg. 1992; 44: 651-7.
6. Sawyers JL. Gastric carcinoma. Curr Probl Surg. 1995; 23(2):103-78.
7. Michio S. Early gastric cancer. En: Wanebo HJ. Surgery for gastrointestinal cancer. Philadelphia: Lippincott-Raven; 1997. p. 335-46.
8. Payet E. Cáncer gástrico precoz [tesis]. Perú: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2004.
9. Japanese Gastric Cancer Association. Japanese

Classification of Gastric Carcinoma – 2nd English Edition – Response assessment of chemotherapy and radiotherapy for gastric carcinoma: clinical criteria. Gastric Cancer. 2001; 4:1–8.

9. Pathirana A, Poston GJ. Lesson from Japan-endoscopic management of early gastric and oesophageal cancer. Eur J Sur Oncol. 2001; 27:9-16.