

Disección mucosal endoscópica de cáncer gástrico en paciente con poliposis colonica

Autores Cumana R*, Bronstein M**, Salazar J**, Soto J**, Fuentes D**, Isern A**, Fernández C**, Soto M*, Maradey C*.

Institución *Residentes del postgrado de gastroenterología del Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS.
**Médico Adjunto del servicio de gastroenterología del Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS.

Revista GEN (Gastroenterología Nacional) 2011; 65 (3): 240-242. Sociedad Venezolana de Gastroenterología, Caracas, Venezuela. ISSN 0016-3503.

Autor correspondiente: Dra. Roscelys Cumana. Médico Residente del postgrado de gastroenterología del Servicio Oncológico Hospitalario del IVSS, Caracas, Venezuela.

Correo-e: roscelyscumana@hotmail.com

Fecha de Recepción: Sep. 2010 Fecha de Revisión: Jul. 2011 Fecha de Aprobación: Jul. 2011.

Resumen

La disección mucosal endoscópica (DME), surge a partir de la resección mucosal endoscópica (RME), permitiendo reseccionar lesiones malignas en estadio precoz, logrando tasas de curación de hasta el 99%, disminuyendo la morbi-mortalidad de la cirugía tradicional. Es importante la obtención de la pieza de forma completa, ya que de esta manera, el patólogo podrá informar los márgenes de la lesión en extensión y profundidad. **Caso clínico:** Se trata de paciente masculino de 40 años de edad, valorado por nuestro servicio (agosto 2009) por clínica de 4 meses de evolución, dado por cambios en el patrón evacuatorio (evacuaciones diarreicas) y rectorragia. Consulta a especialista, el cual realiza colonoscopia con hallazgo de tumor en recto medio, con biopsia positiva para Adenocarcinoma, por lo que refieren a nuestro centro. Antecedentes personales y familiares: no contributorios. Se realizó gastroscopia la cual reporta: Lesión en cara anterior de antro, elevada, fondo ulcerado, deprimido, amputación de pliegues; se concluye: Ca. Gástrico Precoz Ilc. Ultrasonido Endoscópico: Engrosamiento de la mucosa y muscular de la mucosa en antro. Cara posterior. Biopsia: Sin atipias. Colonoscopia: Tu recto bajo. Poliposis colonica. Ultrasonido endoscópico transrectal: Tu. Recto bajo uT2N1. Biopsia: Adenocarcinoma Moderadamente diferenciado. En vista de las características de la lesión gástrica, se decide realizar disección mucosal endoscópica, cuya biopsia que reporta: Carcinoma intramucoso precoz, bordes de resección libres de lesión. Paciente recibe tratamiento oncológico neo-adyuvante y posteriormente se realiza ileoprocto anastomosis. Evolución actual satisfactoria. **Discusión:** La apariencia endoscópica de las lesiones juega un papel importante en la conducta a seguir por el médico y es clave al momento de plantearse la realización de DME, ya que es un procedimiento que conlleva riesgos y tiene indicaciones específicas, para obtener así los resultados planteados. Ha demostrado ser un método seguro y eficaz en el tratamiento del cáncer precoz, no solo de

estómago sino esófago y colon, aumentando la sobrevida del paciente. Los pacientes con poliposis colonica sin antecedentes familiares suelen presentar los síntomas a edad más precoz y la tendencia a padecer carcinoma colonico es mayor. La edad promedio de aparición de los pólipos oscila de 26 a 28 años y el intervalo entre la aparición de los adenomas y los síntomas es de 10 años. Cabe destacar que estos pacientes pueden presentar manifestaciones extra-intestinales, y la aparición de cáncer en otras localizaciones del tracto digestivo; un 10% de estos están relacionados el cáncer gástrico. Es importante la pesquisa mediante realización de endoscopias en este tipo de pacientes.

Palabras clave: Precoz, Disección, Polipos.

Summary

Endoscopic mucosal dissection (DME), arises from endoscopic mucosal resection (EMR), allowing resection malignant lesions in early stage, achieving cure rates of up to 99%, decreasing morbidity and mortality of traditional surgery. It is important to obtain the piece completely, as this way, the pathologist may report the margins of the lesion extent and depth. **Case report:** This male patient aged 40 years, valued for our service (August 2009) by clinical evolution of 4 months, changes in the pattern of voiding (bowel diarrhea) and bleeding rectal. Consulting specialist, performed colonoscopy finding means is rectal tumor, with positive biopsy for adenocarcinoma, so refer to our center. Personal and family history: no contributory. Gastroscopy was performed which reported: Injury anterior antrum, high background ulcerated, depressed, amputation of folds, it is concluded: Ilc early gastric Ca. Endoscopic Ultrasound: Thickening of the mucosa and muscle of the antral mucosa. Posterior. Biopsy: No atypia. Colonoscopy: tu. lower rectum. Colonic polyposis. Transrectal endoscopic ultrasound: Tu. UT2N1 lower rectum. Biopsy: moderately differentiated adenocarcinoma. Given the characteristics of gastric injury is

endoscopic submucosal dissection dedide perform, with biopsy reports: early intramucosal carcinoma, resection margins free of injury. patient receives Neoadjuvant cancer treatment and subsequently coloproctanastomosis. Current developments satisfactory. **Discussion:** The endoscopic appearance of lesions plays an important role in the conduct to be followed by the doctor and is key to consider when conducting DME because it is a procedure that carries risks and has specific indications for and results obertener raised. It has proven to be safe and effective in the treatment of early cancer, but not only esophageal stomach and colon, increasing patient survival. Colonic polyposis patients without family history often have symptoms at younger age and prone to colonic carcinoma is higher. The average age of onset of polyps ranged from 26 to 28 years and the interval between the onset of adenomas and symptoms is 10 years. Importantly, these patients may have extraintestinal manifestations, and cancer in other locations in the digestive tract, 10% of these are related to the occurrence of gastric cancer. It is important to the investigation by endoscopy in these patients

Key words: Early, Dissection, Polyps.

Introducción

Actualmente la detección de lesiones neoplásicas en estadios tempranos, se ha ido incrementando a medida que avanza la tecnología endoscópica y su curación ha ido en paralelo con la capacidad del endoscopista en curar lesiones tempranas sin la realización de la cirugía tradicional, la cual conlleva un aumento en la morbi-mortalidad del paciente. Anteriormente existían técnicas de resección como la polipectomía o la aplicación de métodos directos para lograr la destrucción del tejido con la desventaja de no ofrecer márgenes seguros para considerar la curación; la disección mucosal endoscópica (DME), surge así a partir de la resección mucosal endoscópica (RME), permitiendo reseccionar lesiones malignas en estadio precoz de forma completa y con márgenes más seguros, logrando tasas de curación de hasta el 99%, sin la necesidad de los riesgos de la cirugía tradicional, sin embargo, para la realización de estos procedimientos se requiere de una curva de aprendizaje, entrenamiento y destreza endoscópica ya que el mismo conlleva riesgos, que es importante conocer y resolver. Para lograr un tratamiento adecuado es importante estudiar la invasión nodal de la lesión la cual va a depender de su localización, siendo el esófago el de mayor porcentaje de invasión nodal. Existen 2 formas de obtener la pieza, en partes o de forma completa; obtener la pieza completa es la meta de los endoscopistas, ya que de esta manera, el patólogo podrá informar los márgenes de la lesión en extensión y profundidad.

Caso clínico

Se trata de paciente masculino de 40 años de edad, valorado por nuestro servicio (agosto 2009) por clínica de 4 meses de evolución, dado por cambios en el patrón evacuatorio (evacuaciones diarreicas) y rectorragia. Consulta a especialista, el cual realiza colonoscopia con hallazgo de tumor en recto medio, con biop-

sia positiva para Adenocarcinoma, por lo que refieren a nuestro centro. Antecedentes personales y familiares: no contributorios. Se realizó gastroscopia la cual reporta: Lesión en cara anterior de antro, elevada, fondo ulcerado, deprimido, amputación de pliegues; se concluye: Ca. Gástrico Precoz IIc. Ultrasonido Endoscópico: Engrosamiento de la mucosa y muscular de la mucosa en antro. Cara posterior. Biopsia: Sin atipias. Colonoscopia: Tu recto bajo. Poliposis colonica. Ultrasonido endoscópico transrectal: Tu. Recto bajo uT2N1. Biopsia: Adenocarcinoma Moderadamente diferenciado. En vista de las características de la lesión gástrica, se decide realizar disección mucosal endoscópica, mediante la inyección de la submucosa de solución salina, con indigo carmín y adrenalina 1:100.000; posteriormente se procede al marcaje de la lesión delimitándola, para proceder a la resección con IT-Knife® Olympus. Se logra obtener la lesión en una sola pieza; con biopsia que reporta: Carcinoma intramucoso precoz, bordes de resección libres de lesión. Paciente recibe tratamiento oncológico neo-adyuvante por Adenocarcinoma de recto y posteriormente se realiza colectomía total más ileoprocto anastomosis. Evolución actual satisfactoria.

Discusión

La apariencia endoscópica de las lesiones juega un papel importante en la conducta a seguir por el médico y es clave al momento de plantearse la realización de la DME, ya que es un procedimiento que conlleva riesgos y tiene indicaciones específicas, para obtener así los resultados planteados. Ha demostrado ser un método seguro y eficaz en el tratamiento del cáncer precoz, no solo de estomago sino esófago y colon, aumentando la sobrevivida del paciente. Los pacientes con poliposis colonica sin antecedentes familiares suelen presentar los síntomas a edad más precoz y la tendencia a padecer carcinoma colonico es mayor. La edad promedio de aparición de los pólipos oscila de 26 a 28 años y el intervalo entre la aparición de los adenomas y los síntomas es de 10 años. Cabe destacar que estos pacientes pueden presentar manifestaciones extra intestinales, y la aparición de cáncer en otras localizaciones del tracto digestivo, un 10% de estos están relacionados con la aparición de cáncer gástrico. Es importante la pesquisa mediante realización de endoscopias en este tipo de pacientes.



Foto 1



Foto 2



Foto 6



Foto 3



Foto 7

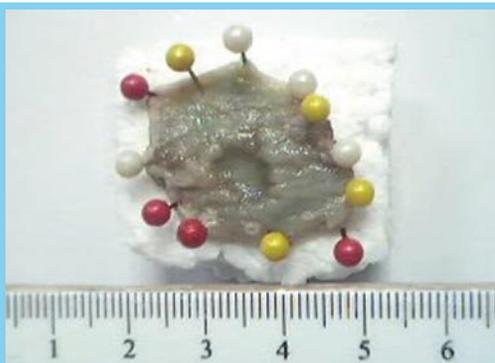


Foto 4



Foto 8



Foto 5

Referencias Bibliográficas

1. Manner H, Pech O, May A, Ell C, Pohl J. Endoscopic Resection for Early Cancers of the Esophagus and Stomach. *Interventional and Therapeutic Gastrointestinal Endoscopy*. Gastrointest Res. Basel, Karger, 2010, vol 27, pp 147-155.
2. Niwa Y, Miyahara R, Goto H. Endoscopic Submucosal Dissection of Early Gastric Cancer and Gastric Tumors. *Interventional and Therapeutic Gastrointestinal Endoscopy*. Gastrointest Res. Basel, Karger, 2010, vol 27, pp 156-168.
3. Emura F, Oda I, Ono H. Disección endoscópica de la submucosa (DES). Un procedimiento superior a la muco-sectomía para el tratamiento del cáncer gástrico temprano. *Rev Col Gastroenterol* vol.22 no.3
4. Mora N, Guillent Z, Melean D, Rivas C, Díaz A, Valera N. Resección mucosal endoscópica en cáncer de colon. A propósito de un caso. *Revista GEN*. Vol 63. Numero 3.