

# CONSENSO TRATAMIENTO QUIRURGICO DEL CÁNCER GÁSTRICO

F. Asencio Arana

Coordinador

## **PARTICIPANTES**

1	BALTASAR TORREJON, ANICETO	ALCOY
2	ARROYO GUIJARRO, ANTONIO	ALICANTE
3	COMPAN ROSIQUE, ANTONIO	ALICANTE
4	CORELL PLANELLES, RICARDO	CASTELLON
5	ESCRIG SOS, JAVIER	CASTELLON
6	TODOLI TOMAS, GONZALO	CASTELLON
7	DE LA MORENA VALENZUELA, ED.	DENIA
8	PUCHE PLA, JOSE	DENIA
9	LACUEVA GOMEZ, FRANCISCO	ELCHE
10	ENRIQUEZ VALENS, PABLO	ELDA
11	MARTINEZ MAS, EZEQUIEL	GANDIA
12	GARCIA MARCILLA, JOSE A	ORIHUELA
13	VAZQUEZ ROJAS, JOSE LUIS	ORIHUELA
14	FLORS ALANDI, CARLOS	SAGUNTO
15	PALLAS REGUEIRA, J.ANTONIO	SAGUNTO
16	CHECA AYET, FELIX	VALENCIA
17	DAVILA DORTA, DAVID	VALENCIA
18	DELGADO GOMIS, FERNANDO	VALENCIA
19	FLOR CIVERA, BLAS	VALENCIA
20	GOMEZ PORTILLA, ALBERTO	VALENCIA
21	LLOPIS MARTINEZ, FCO	VALENCIA
22	MARTINEZ ABAD, MANUEL	VALENCIA
23	NARBONA ARNAU, BENJAMIN	VALENCIA
24	PONCE MARCO, J.LUIS	VALENCIA
25	RUIZ DEL CASTILLO, JUAN	VALENCIA
26	SANCHIS ALDAS, CARLOS	VALENCIA
27	SANCHO FORNOS, SALVADOR	VALENCIA
28	CAMACHO LOZANO, JULIO	VILLAJYOYOSA
29	DIEGO ESTEVEZ, MANUEL	VILLAJYOYOSA
30	MARCOTE VALDIVIESO, EMILIO	VINAROS
31	AGUILO LUCIA, JAVIER	XATIVA

Los resultados del estudio Delphi con las matizaciones y aclaraciones aportadas por los participantes de la Conferencia de Consenso de la Sociedad Valenciana de Cirugía el 30 de Enero de 1988, en la que participaron los Profesores y Doctores: Alfredo Die Goyanes, Peter Vorwald, Ramón Trullenque Pérís, Rafael Calpena Rico y José Luis Salvador Sanchis, son los siguientes:

1. La nutrición artificial preoperatoria de los pacientes con cáncer gástrico debe realizarse de forma selectiva, solo en aquellos que presenten signos clínicos de desnutrición severa. Sería preferible llevarla a cabo por vía enteral si no hay obstrucción al tránsito y de forma ambulatoria si hubiera infraestructura adecuada.
2. El tránsito baritado no debe de ser una exploración rutinaria en el proceso de estadiaje preoperatorio del cáncer gástrico, manteniendo su indicación en pacientes seleccionados, como es el caso de tumores de crecimiento submucoso (linitis plástica, etc.)
3. Ningún método de diagnóstico por imagen debe ser considerado, en principio, suficiente para determinar la irreseabilidad de un cáncer gástrico.
4. La laparoscopia, como método de estadiaje preoperatorio, debería utilizarse de forma selectiva en casos de sospecha de enfermedad avanzada, determinada por los métodos de imagen, con el objeto de evidenciar la irreseabilidad del tumor y evitar laparotomías innecesarias. Su mayor aportación sería en la detección de diseminación intraabdominal no conocida, siendo más discutible su fiabilidad en la determinación de la reseabilidad local.
5. El algoritmo de estadiaje preoperatorio aconsejable en la actualidad en nuestro medio sería, en orden sucesivo, la gastroscopia, la TAC y la laparoscopia en casos avanzados. El tránsito baritado y la ultrasonografía se utilizarían como métodos complementarios de segunda línea.
6. La determinación del tipo de Lauren (intestinal ó difuso) en la biopsia preoperatoria debería realizarse sistemáticamente, dadas sus implicaciones en la toma de decisiones sobre la técnica quirúrgica.
7. La técnica de elección para la resección curativa (R<sub>0</sub>) de un cáncer gástrico es la gastrectomía total, a excepción de los tumores de tipo intestinal del tercio inferior gástrico en los que se recomienda la gastrectomía subtotal. También podría estar justificada esta última técnica en pequeños tumores prepilóricos de tipo difuso.
8. En los casos de cáncer gástrico precoz (early), y en nuestro medio, la extensión de la resección debería ser la misma que para los avanzados de su misma localización y tipo histológico.

9. El margen gástrico proximal mínimo aceptable para obtener una resección R0 debería ser de seis centímetros para tumores de tipo intestinal y de ocho para los de tipo difuso. En caso de gastrectomía total, el margen esofágico mínimo debería ser de cuatro centímetros para ambos tipos histológicos.
10. Ante un cáncer gástrico perforado, la actitud de inicio más recomendable sería la gastrectomía.
11. La esplenectomía profiláctica estaría indicada en la resección curativa de tumores del tercio superior, aunque no es indispensable para realizar una correcta linfadenectomía de las cadenas esplénicas.
12. El tipo de linfadenectomía a que debería tenderse es la de tipo D2 (antes R2), aunque su práctica exige imprescindiblemente una formación y experiencia adecuadas, así como la dedicación del tiempo quirúrgico que se considere necesario.
13. Para obtener correctamente el estadio ganglionar es imprescindible una colaboración estrecha entre cirujanos y patólogos, debiendo remitirse la pieza en fresco y posiblemente con los grupos ganglionares por separado. El número de ganglios analizados e informados debería estar en torno a la veintena.
14. La linfadenectomía a practicar en caso de cáncer precoz debería ser la misma que para los avanzados salvo casos muy seleccionados (p.e. tumores intramucosos)
15. Tras gastrectomía total la reconstrucción más aceptable sería la esófago-yeyunal en Y de Roux término-lateral realizada con sutura mecánica.
16. Tras gastrectomía subtotal, la reconstrucción más aceptable sería la gastroyeyunostomía en Y de Roux.
17. Deberían considerarse en principio irresecables, los tumores sin clínica de estenosis ni hemorragia importantes, ante los siguientes hallazgos confirmados anatomopatológicamente:

Metástasis hepáticas múltiples (más de tres)

Metástasis peritoneales diseminadas

Ascitis maligna

La cirugía del cáncer gástrico debería practicarse por equipos especializados dentro de los servicios de cirugía general con cirujanos que realizaran (ó ayudaran) al menos una docena de gastrectomías/año. Si no se dispone de estas posibilidades, debería plantearse la remisión de los pacientes a un centro de referencia.

## RESULTADOS DE LA ENCUESTA

Señala la **mediana** de las contestaciones dadas por todos los participantes que la responden. En los casos que el valor no es un número entero el sombreado está entre los dos inmediatos.

Indican el **rango de variación** en las respuestas. Más exactamente, sus extremos corresponden a los **cuartiles inferior y superior** de las respuestas. Señalan el "tramo" en el que se concentran la mayoría de las respuestas

## NUTRICION ARTIFICIAL

El siguiente grupo de preguntas versa sobre cuestiones relacionadas con la nutrición artificial pre y postoperatoria, sobre su utilidad y vías de administración.

1- ¿Considera que la **nutrición** artificial **preoperatoria** es un elemento fundamental y debería ser **rutinario** en todos los pacientes con cáncer gástrico?

Desacuerdo 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Acuerdo

2- ¿Considera que la **nutrición** artificial **preoperatoria** debe ser utilizada de forma **selectiva** solo en aquellos pacientes con signos de desnutrición grave?

Desacuerdo 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Acuerdo

3- Para que la **nutrición** artificial sea útil en el preoperatorio debe prolongarse, como mínimo 7 días. ¿Considera justificado este retraso con el paciente **ingresado**?

Desacuerdo 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Acuerdo

4- Para la misma afirmación anterior, ¿Considera justificado este retraso si al paciente se le nutre de forma **ambulatoria**?

Desacuerdo 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Acuerdo

5- ¿Considera que el **tipo de resección** debe influir en la indicación de nutrición artificial preoperatoria?

No, solo depende del estado 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Sí


nutricional

6- En nutrición **PREoperatoria** la vía de elección debe ser la **parenteral**.

Desacuerdo 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Acuerdo




7- En nutrición **PREoperatoria** la vía de elección debe ser la **enteral**.

Desacuerdo 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Acuerdo




8- En nutrición **POSToperatoria** la vía de elección debe ser la **parenteral**.

Desacuerdo 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Acuerdo




9- En nutrición **POSToperatoria** la vía de elección debe ser la **enteral**.

Desacuerdo 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Acuerdo



# ESTADIAJE PREOPERATORIO


---

1- El **tránsito baritado** sigue siendo una exploración **imprescindible** para el cirujano en la evaluación preoperatoria de un cáncer gástrico (no se contempla aquí como método púramente diagnóstico).

No, es absolutamente innecesario 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Sí, es imprescindible




2- La **Ultrasonografía (US)**, como método de estadiaje preoperatorio, ¿Está indicada de rutina?

No, es innecesaria de rutina 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Sistemáticamente en todos




3- El **TAC**, como método de estadiaje preoperatorio, ¿Está indicado de rutina?

No, es innecesario de rutina 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Sistemáticamente en todos




4- Si ya se ha realizado una **US**, ¿Cree que se debe solicitar además un **TAC**?

No, es innecesario de rutina 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Sistemáticamente en todos




5- Si ya se ha realizado un **TAC**, ¿Cree que se debe solicitar además una **US**?

No, es innecesario de rutina 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Sistemáticamente en todos




6- La **laparoscopia**, como método de estadiaje preoperatorio, ¿Está indicada de rutina del cáncer gástrico **presumiblemente resecable**?

No, es innecesaria de rutina 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Sistemáticamente en todos




7- ¿Considera que la **laparoscopia** debería utilizarse de forma **selectiva** en los casos con **sospecha de enfermedad avanzada** por métodos de imagen para determinar la resecabilidad y **evitar laparotomías** innecesarias?



Desacuerdo 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Acuerdo




8- El **lavado peritoneal** y su ulterior estudio citológico es un elemento fundamental en el estadiaje del cáncer gástrico dadas sus implicaciones pronóstico-terapéuticas.

Desacuerdo 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Acuerdo




9- **Ecografía endoluminal:** ¿Cómo cataloga este procedimiento en el algoritmo diagnóstico del cáncer gástrico?

No modificará el algoritmo diagnóstico- terapeutico 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Será imprescindible




10- ¿Qué valor da **al tipo histológico** del adenocarcinoma gástrico obtenido por **biopsia** en el preoperatorio?

Es solo orientativo y no lo exijo a mis patólogos 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

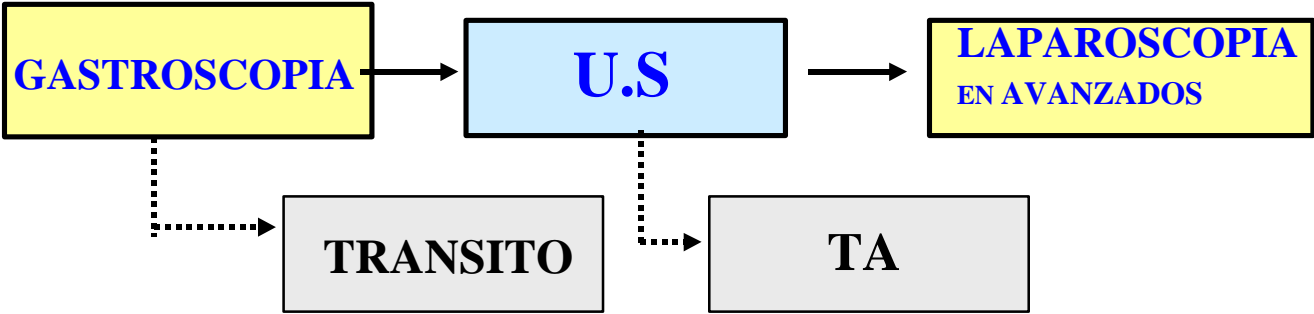
 Es determinante para el tipo de resección



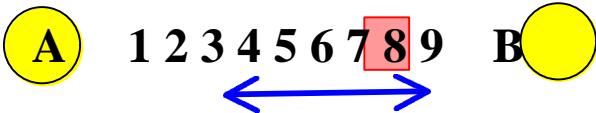
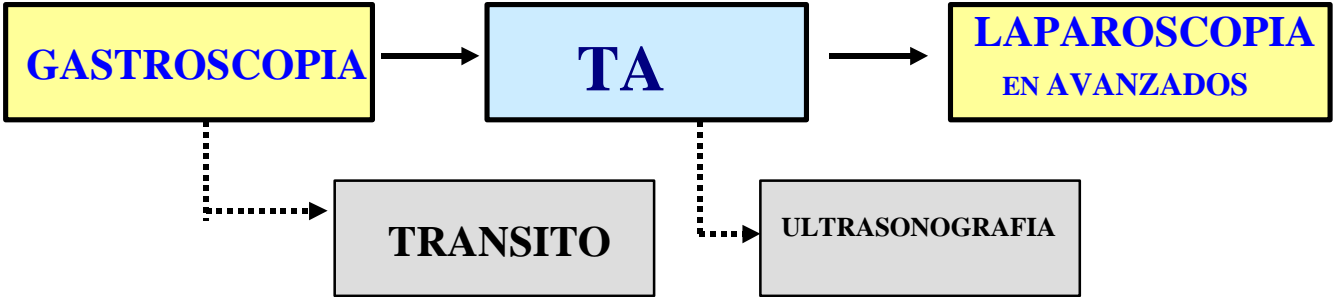
En función de las respuestas obtenidas en la primera vuelta se elaboró el siguiente ALGORITMO DIAGNOSTICO, que incluye dos alternativas A y B:

# ALGORITMOS DIAGNÓSTICOS

**A:**



**B:**






# GASTRECTOMIA

---

1- En un carcinoma de **tipo intestinal (Laurén)** del **tercio inferior** del estómago, el tipo de resección oncológicamente curativa debe ser la

Gastrectomía **total**


1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Gastrectomía **subtotal**  


2- En un carcinoma de tipo **intestinal** del **tercio medio** del estómago, el tipo de resección oncológicamente curativa debe ser la

Gastrectomía **total**


1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Gastrectomía **subtotal**  


3- En un carcinoma de tipo **intestinal** del **tercio superior** del estómago, el tipo de resección oncológicamente curativa debe ser la

Gastrectomía **total**


1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Gastrectomía **polar superior**  


4- En un carcinoma de tipo **difuso** del **tercio inferior** del estómago, el tipo de resección oncológicamente curativa debe ser la

Gastrectomía **total**


1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Gastrectomía **subtotal**  


5- En un carcinoma de tipo **difuso** del **tercio medio** del estómago, el tipo de resección oncológicamente curativa debe ser la

Gastrectomía **total**


1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Gastrectomía **subtotal**  


6- En un carcinoma de tipo **difuso** del **tercio superior** del estómago, el tipo de resección oncológicamente curativa debe ser la

Gastrectomía **total**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Gastrectomía **polar superior**  


7- En nuestro medio, ante la presencia de un **'early' cancer**, el tipo de resección debe ser el mismo que para un cáncer avanzado de su misma localización y tipo histológico.

No, deben utilizarse resecciones más conservadoras (p.e. endoscópicas) 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Acuerdo

8- En un cáncer de tipo **intestinal de los tercios inferiores**, el **margen proximal** (gástrico) mínimo aceptable es de

0	2	4	6	8	10
---	---	---	---	---	----

 centímetros

9- En un cáncer de tipo **difuso de los tercios inferiores**, el **margen proximal** (gástrico) mínimo aceptable es de

0	2	4	6	8	10
---	---	---	---	---	----

 centímetros

10- En un cáncer de tipo **intestinal de 1/3 superior**, el **margen proximal** (esofágico) mínimo aceptable es de

0	2	4	6	8	10
---	---	---	---	---	----

 centímetros

11- En un cáncer de tipo **difuso de 1/3 superior**, el **margen proximal** (esofágico) mínimo aceptable es de

0	2	4	6	8	10
---	---	---	---	---	----

 centímetros

12- Ante un carcinoma gástrico **perforado**, si el estado del paciente lo permite, la actitud más recomendable sería

**Sutura+biopsias múltiples**

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

**Gastrectomía**  
y gastrectomía en 2º tiempo de inicio

## RESECCION AMPLIADA


---

1- Para los diferentes tipos de localización que a continuación se enumeran y en **ausencia de afectación macroscópica del bazo**, ¿Cree indicada la **esplenec-tomía** por razones oncológicas?

a) En un carcinoma de **1/3 inferior**

En ningún caso 


1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Sistemática  


b) En un carcinoma de **1/3 medio**

En ningún caso 


1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Sistemática  


c) En un carcinoma de **1/3 superior**

En ningún caso 


1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Sistemática  


2- En el **carcinoma de tercios proximales**, la ampliación de la gastrectomía a la **cola del páncreas** debe ser una práctica

Esporádica, de necesidad 





1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Sistemática  


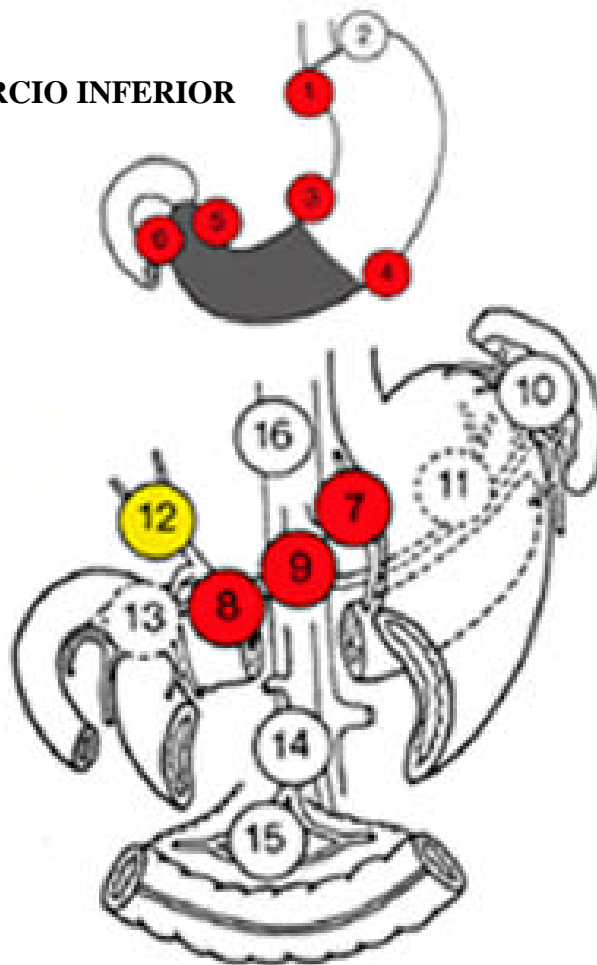
# LINFADENECTOMIA

Las siguientes preguntas versan sobre el tipo de linfadenectomía que a su juicio debe practicarse en cada situación. Para clarificar este punto tan controvertido, y teniendo en cuenta que caben situaciones intermedias a las clásicas R(6D)1 / R(6D)2, les ofrecemos a continuación unos **esquemas** que tienen marcados los grupos ganglionares según la norma standard japonesa (Kodama Y, Sugimachi K. World J Surg 5:242, 1981). Ante cada situación planteada, **tache por favor los grupos ganglionares que en su opinión deberían researse con la pieza.**

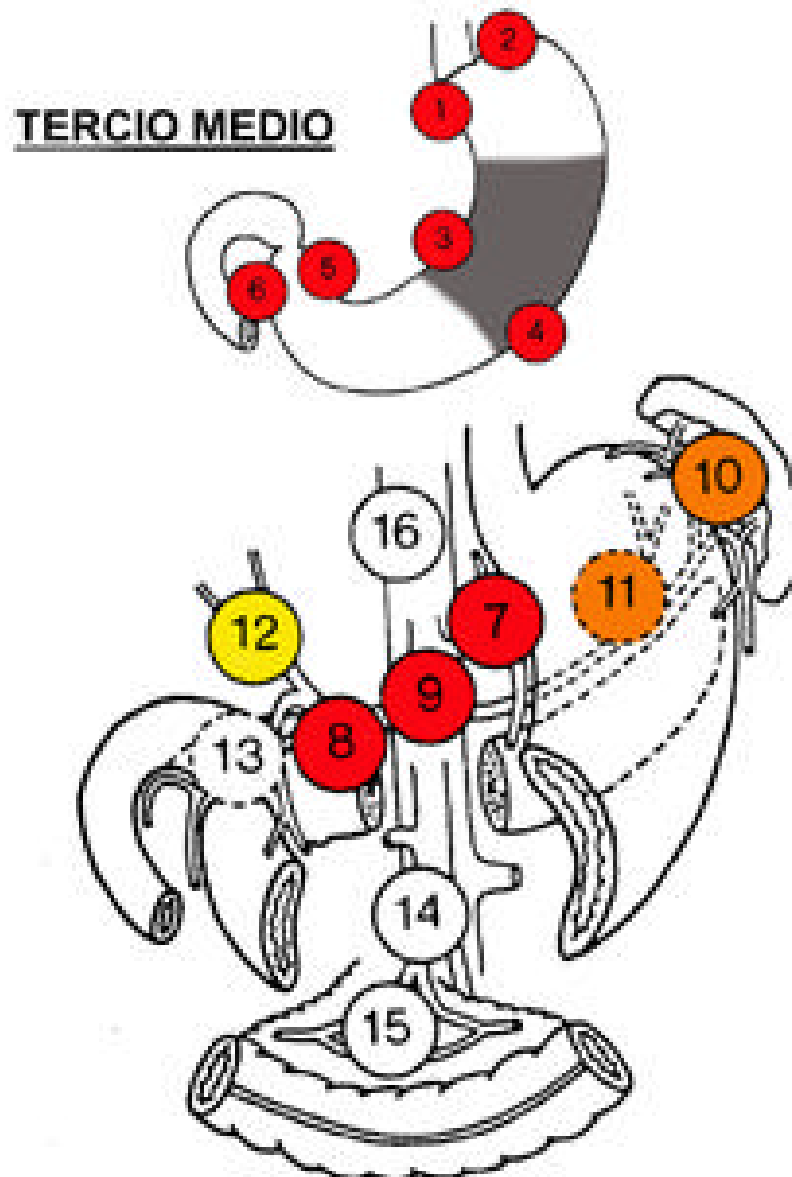
1-Ante un carcinoma gástrico de **1/3 INFERIOR**, el tipo de linfadenectomía oncológicamente correcta sería:

	Acuerdo >90%
	Acuerdo = 10-20%
	Acuerdo = 20-30%
	Acuerdo = 80%

## TERCIO INFERIOR



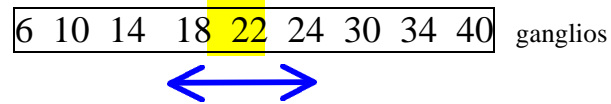
2-Ante un carcinoma gástrico de **1/3 MEDIO**, el tipo de linfadenectomía oncológicamente correcta sería:



2-Ante un carcinoma gástrico de **1/3 SUPERIOR**, el tipo de linfadenectomía oncológicamente correcta sería:

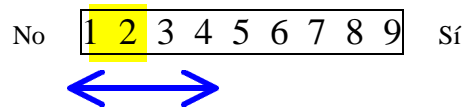
4- El número **mínimo de ganglios linfáticos resecados** que debe reflejarse en el informe anatomopatológico para considerar la resección como curativa (R0), debe ser de

6 10 14 18 22 24 30 34 40 ganglios



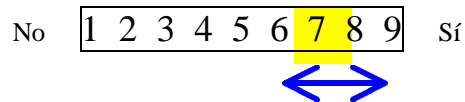
5- ¿Cambia el tipo de **linfadenectomía** en función del **tipo histológico** (intestinal/difuso)?

No 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Sí



6- Ante un 'early' cancer ¿el tipo de **linfadenectomía** debe ser el mismo que para un avanzado de su misma localización y tipo histológico?

No 1 2 3 4 5 6 7 8 9 Sí




# RECONSTRUCCION

---


1- La **anastomosis esofágica**, debe realizarse con sutura **mecánica ó manual**?

Mecánica  1  2  3  4  5  6  7  8  9  Manual



2- ¿Cree que el **tipo de sutura** tiene relación con el riesgo de **dehiscencia**?


Ninguna, depende exclusivamente  1  2  3  4  5  6  7  8  9  Directa



de otros factores.


3- En una **gastrectomía subtotal** oncológica, el tipo ideal de reconstrucción es el **Billroth II**

Desacuerdo  1  2  3  4  5  6  7  8  9  Acuerdo




4- En una **gastrectomía subtotal** oncológica, el tipo ideal de reconstrucción es el **Billroth III** (gastro-yeyunostomía en Y)

Desacuerdo  1  2  3  4  5  6  7  8  9  Acuerdo




5- En una **gastrectomía total** oncológica, el tipo ideal de reconstrucción es la **anastomosis esofago-yeyunal directa**.

Desacuerdo  1  2  3  4  5  6  7  8  9  Acuerdo




6- En una **gastrectomía total** oncológica, el tipo ideal de reconstrucción es la anastomosis esofago-yeyunal con **reservorio** (con ó sin antirreflujo)

Desacuerdo  1  2  3  4  5  6  7  8  9  Acuerdo



7- ¿Cree que el **tipo de reconstrucción** influye en la **calidad de vida** del paciente?

Nada  1  2  3  4  5  6  7  8  9  Fundamental





# RESECABILIDAD

---


Las siguientes preguntas versarán sobre su criterio de resecabilidad ante diferentes grados de diseminación intrabdominal del tumor.

1- Ante el hallazgo en la laparotomía de un cáncer gástrico **técnicamente resecable**, y siempre que el estado del paciente lo permita, la **gastrectomía** debe realizarse **siempre**, independientemente de la diseminación tumoral intraabdominal (metástasis hepáticas, peritoneales..)

Desacuerdo 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Acuerdo




Si no está Vd. completamente de acuerdo con la afirmación anterior y cree que caben matizaciones, conteste por favor a las siguientes cuestiones.

2- En un paciente con cáncer gástrico en el que la sintomatología gástrica no es lo preponderante, ¿Resecaría Vd. el tumor si presentara **metástasis hepáticas múltiples (más de tres)**

No resecaría 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Resecaría siempre




3- En un paciente con cáncer gástrico en el que la sintomatología gástrica no es lo preponderante, ¿Resecaría Vd. el tumor si presentara alguna **metástasis hepática (de una a tres)**

No resecaría 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Resecaría siempre




4- En un paciente con cáncer gástrico en el que la sintomatología gástrica no es lo preponderante, ¿Resecaría Vd. el tumor si presentara **metástasis peritoneales diseminadas?**

No resecaría 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Resecaría siempre




5- En un paciente con cáncer gástrico en el que la sintomatología gástrica no es lo preponderante, ¿Resecaría Vd. el tumor si presentara **algún implante peritoneal fuera del área de la resección?**

No resecaría 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Resecaría siempre




6- En un paciente con cáncer gástrico en el que la sintomatología gástrica no es lo preponderante, ¿Resecaría Vd. el tumor si presentara **liquido ascítico positivo** para células malignas?

No resecaría 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Resecaría siempre



# ORGANIZACION

---

1- ¿Cree que la cirugía del cáncer gástrico debe limitarse a un **equipo especializado** en los servicios de cirugía general?

No, todos los cirujanos deberían practicarla 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Si



2- Si la respuesta anterior fuera afirmativa y no tuviera este equipo en su servicio, ¿Remitiría a los pacientes a un **servicio de referencia en cáncer gástrico**?

No 

1	2	3	4	5	6	7	8	9
---	---	---	---	---	---	---	---	---

 Si



3- ¿Cuántas **gastrectomías / año** debe realizar un cirujano para considerarlo cualificado para practicar este tipo de cirugía?

1	4	8	12	16	20
---	---	---	----	----	----

