RESECCIÓN DE METÁSTASIS HEPÁTICAS EN ADENOCARCINOMA GÁSTRICO. A PROPÓSITO DE UN CASO

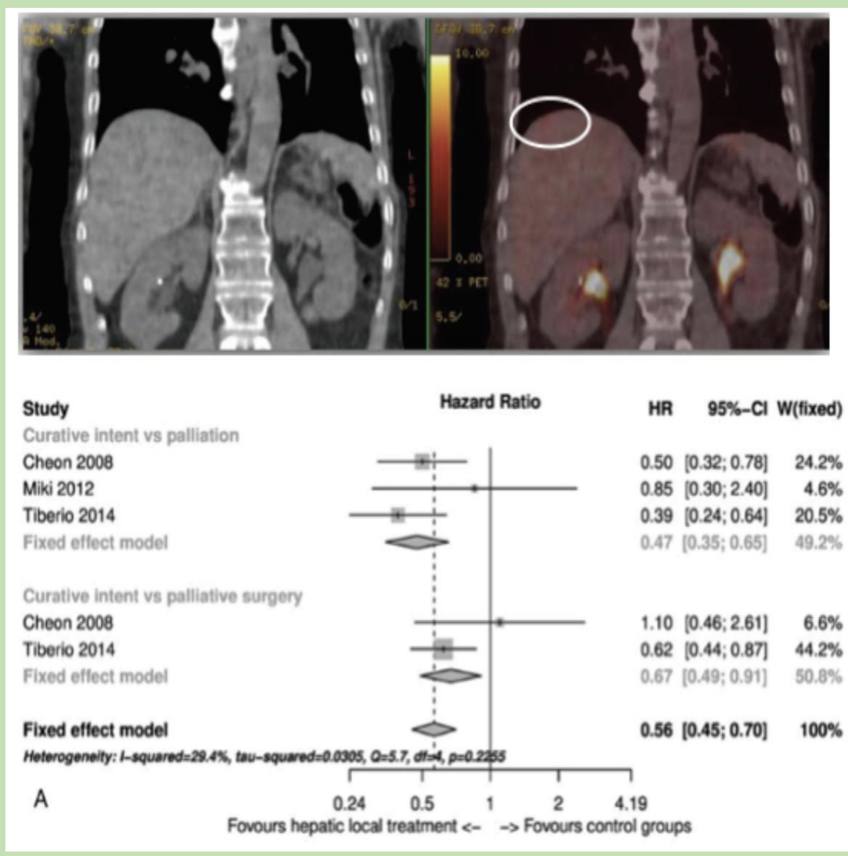
De Dios Alvárez Noemi, Agraso Busto Sara, Pereiro Corbacho Diego, García Benito Carmen, Grande Ventura Carlos María, González Villarroel Paula, Jorge Fernández Mónica
Servicio de Oncología Médica. Hospital Álvaro Cunqueiro. EOXI Vigo.

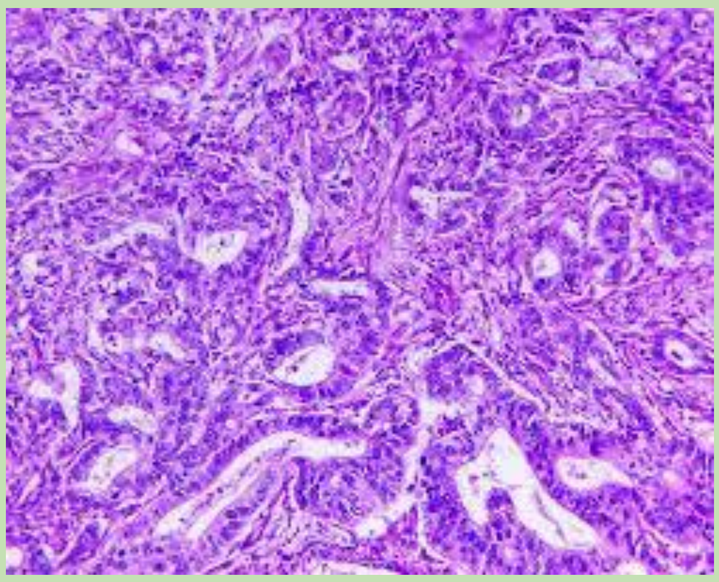
INTRODUCCIÓN

El adenocarcinoma gástrico es la cuarta neoplasia más frecuentemente diagnosticado y la segunda causa de muerte por cáncer en el mundo. Aproximadamente el 50% de los pacientes se presentan al diagnóstico con enfermedad inoperable o metastásica. La efectividad de la resección de metástasis hepáticas en pacientes con cáncer colorectal ha sido comprobada científicamente. A continuación presentamos un caso clínico de un paciente con cáncer gástrico HER 2 positivo con enfermedad metastásica hepática

DESCRIPCIÓN

Varón 57 años, antecedentes de cardiopatía hipertensiva, episodios de descomposición cardíaca y vasculitis PAN. Consultó en Junio 2013 por astenia y dispepsia, sin alteraciones a la exploración física; destacando en la analítica anemia ferropénica. Se realizó EDA y TC obteniéndose un diagnóstico de ADC gástrico cT2N1,tras evaluarse en Comité, se realizó gastrectomía total y linfadenectomiaD2. La AP informó de ADC gástrico MD de tipo intestinal pT3N1. El paciente presentó postoperatorio tórpido con infección de la herida quirúrgica y desarrollo de absceso con ingreso en UCI y colocación de drenaje percutáneo que mantuvo al alta. Dado el tiempo transcurrido desde la cirugía (más de 3meses)e infección activa, se desestimó adyuvancia e inició seguimiento. En Enero 2014,presentó elevación de MT, se solicitaron estudios de imagen con hallazgos de una masa subfrénica compatible con proceso infeccioso y una lesión de 4,4cm en cúpula hepática,segmento VIII, sospechosa de lesión tumoral. Se solicitó estudio histológico, fue necesaria la biopsia hepática dada su localización, la eco intraoperatoria evidenció 4lesiones y las biopsias confirmaron infiltración hepática por ADC gástrico. Se solicitó HER2 que fue positivo, e inició QMT en 1ªLínea según esquema TOGA:Cisplatino-Capecitabina-Herceptin, con reducción de dosis al 80% a partir de 2ºciclo por toxicidad hidroelectrolítica grado3; tras 4 ciclos respuesta radiológica mayor de 50%,se suspendió 6ºciclo por toxicidad y continuó tratamiento con herceptin. Tras 8 ciclos presentó respuesta completa radiológica por TC, confirmada en PET e inició seguimiento en Octubre 2014. En mayo 2016, presentó de nuevo elevación de MT, sin datos de enfermedad en el TC, pero con captación a nivel de cúpula hepática en PET. Se realizó metastasectomía hepática en segmento VIII con AP de ADC mestastásico de origen gástrico de 2cm y bordes libres. Se inició seguimiento y continua libre de enfermedad.





DISCUSIÓN

El tratamiento óptimo del cáncer gástrico con metástasis hepáticas sigue siendo controvertido, solamente el 0,2-2,4% de los pacientes con cáncer gástrico son candidatos a resección hepática. Esto es debido a que suelen ser metástasis hepáticas múltiples, bilobares y muchas veces con enfermedad extrahepática, fundamentalmente peritoneal. Existe un metanálisis con resultados ambiguos en cuanto al beneficio del tratamiento quirúrgico de las metástasis hepáticas con la limitación evidente del tamaño muestral y el carácter retrospectivo, aunque con tendencia al beneficio en la supervivencia del tratamiento quirúrgico de las metástasis hepáticas en el cáncer gástrico, por lo que debe tenerse en cuenta en pacientes seleccionados ya que la resección completa es la única técnica que ofrece la curación En casos seleccionados el esfuerzo terapéutico puede traducirse en supervivencia.