

Incidencia de tumores gástricos en 1126 intervenciones bariátricas

Pérez-Domene MT, Castellón C, Paz BA, García-Muñoz A, Ferrigni C, Torres A, Díaz GA, Sanchez S, Durán M.
Servicio Cirugía General y del AP. Digestivo. Hospital Universitario Rey Juan Carlos (Móstoles, Madrid)

E-mail: maria.pdomene@hospitalreyjuancarlos.es

DOI: <https://www.doi.org/10.53435/funj.00880>

Recepción (primera versión): 27-Mayo-2022

Aceptación: Octubre-2022

Publicación online: N^o Octubre 2022

Resumen:

La obesidad es un conocido factor de riesgo de desarrollo de distintas neoplasias. Afortunadamente, la incidencia de tumores gástricos en pacientes bariátricos es baja. Las lesiones submucosas pueden no ser diagnosticadas en la gastroscopia preoperatoria, siendo frecuentemente identificadas como hallazgos casuales intraoperatorios o en el estudio anatomopatológico de piezas de gastrectomía. Por ello, se debe realizar una cuidadosa exploración del estómago durante la cirugía bariátrica y un estudio histológico de las piezas de gastrectomía vertical o del remanente gástrico cuando es resecado. Analizamos los tumores gástricos diagnosticados en nuestro servicio después de 1126 intervenciones bariátricas. La incidencia de tumoraciones

gástricas ha sido muy baja (1,1%) y todos los casos han sido incidentalomas diagnosticados intraoperatoriamente o en el estudio histopatológico de piezas quirúrgicas resecadas. Todos han sido tumores benignos o con bajo potencial de malignidad y se han tratado con exéresis local y márgenes de seguridad, sin modificar la técnica bariátrica inicialmente elegida.

Palabras clave:

- Obesidad
- Incidencia
- Tumores gástricos
- Cirugía bariátrica

Incidence of gastric tumors in 1126 bariatric interventions

Abstract:

Obesity is a known risk factor for the development of different neoplasms. The diagnosis of gastric tumors in obese patients is increasing in parallel with the increase in bariatric interventions performed. However, the incidence of gastric neoplasms described in bariatric patients is very low (<1%). Most gastric tumors in bariatric patients are asymptomatic and gastric submucosal lesions may not be diagnosed in upper gastrointestinal endoscopy. Other common imaging tests, such as computed tomography (CT) of the abdomen and magnetic resonance imaging (MRI), are not routinely used in preoperative bariatric protocols.

For all these reasons, incidental findings during surgery or in the histological study of gastrectomy specimens (incidentalomas) are not uncommon.

We present our results in a series of 1126 performed bariatric surgeries.

Keywords:

- Obesity
- Incidence
- Gastric tumors
- Bariatric surgery

Introducción

La obesidad es un conocido factor de riesgo de desarrollo de distintas neoplasias. El diagnóstico de tumores gástricos en pacientes obesos está aumentando de forma paralela al aumento de intervenciones bariátricas realizadas. Sin embargo, la incidencia de neoplasias gástricas descrita en pacientes bariátricos es muy baja (<1%). La mayoría de los tumores gástricos en pacientes bariátricos cursan sin síntomas y las lesiones submucosas gástricas pueden no ser diagnosticadas en la endoscopia digestiva alta. Otras pruebas de imagen habituales como la tomografía computarizada (TC) de abdomen y la resonancia magnética (RM), no se emplean de rutina en los protocolos preoperatorios bariátricos. Por todo ello, no son infrecuentes los hallazgos casuales durante la cirugía o en el estudio histológico de piezas de gastrectomía (incidentalomas).

Presentamos nuestros resultados en una serie de 1126 cirugías bariátricas realizadas.

Material y Métodos

Entre marzo de 2014 y febrero de 2022 se han realizado 1126 cirugías bariátricas en nuestra unidad: 838 bypass gástricos en Y de Roux (BPG) (dos BAGUA o mini gastric bypass), 257 gastrectomías verticales (GV), 8 retiradas de banda, 12 SADI-S y 11 cirugías de revisión.

No ha habido confirmación histológica de tumores en las biopsias gástricas realizadas preoperatoriamente. Durante la cirugía se identificaron dos lesiones gástricas macroscópicas. Se ha analizado la presencia de tumoraciones en los resultados histológicos de 268 piezas quirúrgicas gástricas: 257 GV, 9 remanentes gástricos resecados y 2 gastrectomías realizadas por alguna complicación.

Resultados

No se ha diagnosticado ningún tumor gástrico preoperatoriamente. En las 268 piezas quirúrgicas analizadas se han obtenido cuatro pólipos gástricos hiperplásicos (1,49%) y en otros tres casos se ha diagnosticado una tumoración gástrica (1,1%): un tumor del estroma gastrointestinal (GIST) de 4 cm, tipo fusocelular de bajo grado, pT2, diagnosticado intraoperatoriamente en fundus (figura 1); un tumor neuroendocrino de 0,6 mm compatible con tumor carcinoide (figura 2) y un páncreas ectópico de 2,1 x 2 cm identificado en cuerpo-antro tras la exéresis del remanente en un bypass gástrico (figura 3).

En el seguimiento evolutivo de los 1126 pacientes intervenidos no se ha diagnosticado ningún adenocarcinoma gástrico. La evolución de los dos pacientes con un tumor gástrico ha sido favorable.



Figura 1: Visión histológica de un tumor del estroma gastrointestinal en fundus gástrico diagnosticado intraoperatoriamente durante un bypass gástrico. Tinción específica CD117.

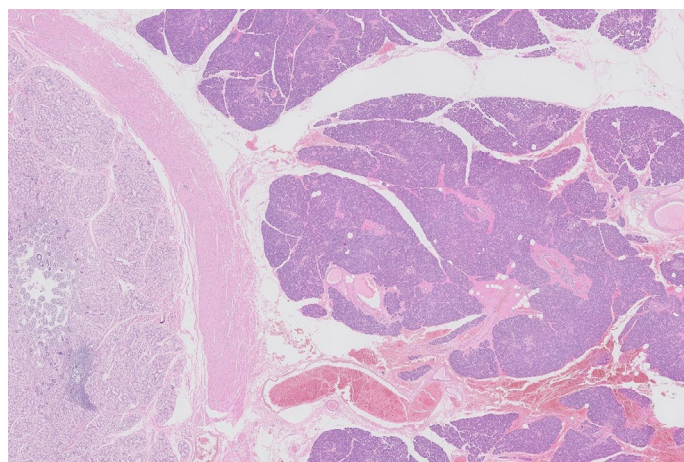


Figura 2: Visión histológica de una tumoración de páncreas ectópico en tejido gástrico tras resección del remanente de un bypass gástrico. Tinción hematoxilina-eosina.

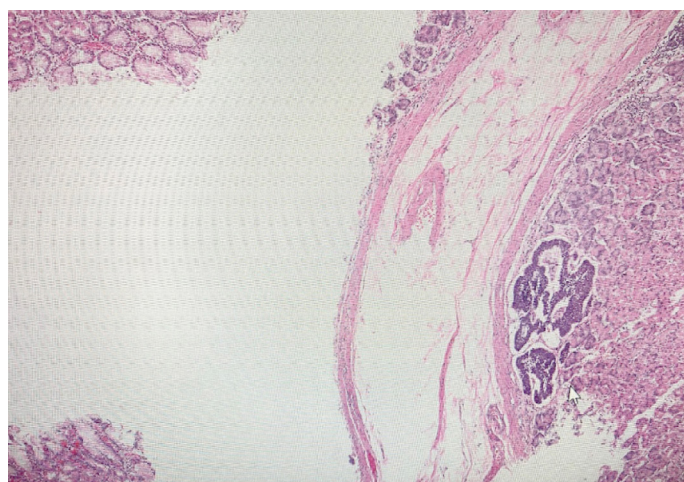


Figura 3: Visión histopatológica de un tumor neuroendocrino (carcinoide) en resección de un reservorio de un bypass gástrico. Tinción hematoxilina-eosina.

Discusión

Los pacientes obesos son un conocido grupo de riesgo para el desarrollo de distintas neoplasias malignas, benignas y condiciones premalignas. Sin embargo, es difícil determinar la incidencia real de tumores gástricos en pacientes bariátricos. A pesar del aumento de la cirugía bariátrica en las últimas décadas, la incidencia de neoplasias gástricas en estos pacientes afortunadamente es baja (1). Los tumores esófago-gástricos más frecuentemente diagnosticados en pacientes bariátricos son adenocarcinomas (1,2), aunque en nuestra serie no se ha diagnosticado ningún caso ni preoperatoriamente ni durante el seguimiento evolutivo postoperatorio.

La mayoría de los tumores gástricos en pacientes bariátricos cursan sin síntomas. La realización rutinaria de una esofagogastroduodenoscopia (EGD) preoperatoria es controvertida. Permite diagnosticar alteraciones como metaplasia intestinal (cuya incidencia es mayor en estos pacientes) el esófago de Barrett, infección por *Helicobacter pylori* y pólipos y tumores esófago-gástricos (3-5). Sin embargo, el número de endoscopias preoperatorias innecesarias es elevado por la baja incidencia de neoplasias esofagogástricas y porque las lesiones submucosas pueden pasar inadvertidas (6). Por ello, diversos grupos recomiendan la EGD sólo antes de realizar una GV y en pacientes con factores de riesgo o con síntomas antes de un BPG (6). Otras pruebas de imagen habituales como la tomografía computarizada (TC) de abdomen y la resonancia magnética (RM), no se emplean de rutina en los protocolos preoperatorios bariátricos.

La incidencia de hallazgos incidentales durante la cirugía o en el estudio anatomopatológico de piezas quirúrgicas bariátricas (incidentalomas) es del 1,5-8%, siendo la mayoría lesiones a nivel gástrico (7,8). Los diagnósticos histológicos más comunes son la metaplasia intestinal y los pólipos gástricos, mientras que las lesiones gástricas más frecuentes son GIST, leiomiomas, tumores neuroendocrinos y páncreas ectópicos (7,8). Suelen ser tumoraciones submucosas identificadas como hallazgo casual intraoperatoriamente o en el estudio histológico de piezas de gastrectomía (7). Los tumores mesenquimales suceden en el 1,1-1,3% de los casos, siendo el más frecuente el GIST, cuya incidencia en pacientes bariátricos es significativamente mayor que en el resto de la población (9,10).

Una de las mayores desventajas de la introducción de la cirugía laparoscópica es la pérdida de sensación táctil en comparación con la técnica quirúrgica abierta. Esta disminución de la sensibilidad puede hacer más difícil la detección de algunas lesiones (8,11). Por ello, es

recomendable realizar una cuidadosa exploración del estómago durante la cirugía bariátrica, revisando la cara anterior del estómago en el bypass gástrico, y la anterior y posterior en la gastrectomía vertical.

El tratamiento de los incidentalomas gástricos intraoperatorios es la exéresis local con márgenes de seguridad, aunque la lesión esté fuera del área de actuación inicial. De este modo se puede confirmar el diagnóstico histológico y evitar posibles síntomas, complicaciones y progresiones tumorales de lesiones malignas o premalignas. Al ser la mayoría lesiones benignas o de bajo potencial de malignidad (con buen pronóstico) la evolución suele ser favorable. La cirugía bariátrica además de los conocidos efectos metabólicos beneficiosos disminuye el riesgo potencial de cáncer (12). Sin embargo, se ha descrito que el tiempo medio de aparición de un adenocarcinoma después de un BPG (en reservorio o en el remanente) es de 9,5 años (1,2), por lo que es recomendable realizar un seguimiento prolongado en pacientes bariátricos, especialmente después de una GV y ante la aparición de anemia, melenas o síntomas como disfga o dolor abdominal inesperado (12).

Limitaciones del estudio

Ninguna.

Conclusión

La incidencia de tumores gástricos en pacientes bariátricos es muy baja. Su diagnóstico suele realizarse durante la cirugía o tras el análisis histopatológico de la pieza quirúrgica reseca. En la experiencia de nuestro servicio, las lesiones han sido la mayoría benignas o con bajo potencial de malignidad. Por lo que el tratamiento definitivo ha sido la resección local con márgenes libres sin alteración de la intervención bariátrica programada, ni precisar seguimiento posterior.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Parmar C, Zakeri R, Abouelazayem M, Shin TH, Aminian A, Mahmoud T, et al. Esophageal and gastric malignancies after bariatric surgery: a retrospective global study. *Surg Obes Related Dis* 2022; 18: 464-472.
2. Tornese S, Aiolfi A, Bonitta G, Rausa E, Guerrazzi G, Bruni PG, et al. Remnant gastric cancer after Roux-en-Y gastric bypass: narrative review of the literature. *Obes Surg* 2019; 29: 2609-2613.
3. Raghavendra RS, Kini D. Benign, premalignant, and

malignant lesions encountered in bariatric surgery. JSLS 2012; 16 (3): 360-372.

4. *Kopach P, Genega EM, Shah SN, Kim JJ, Suarez Y. The significance of histologic examination of gastrectomy specimens: a clinicopathologic study of 511 cases. Surg Obes Relat Dis 2017; 13 (3): 463-467.*

5. *Orellana M, Soto P, Brañes A, Pimentel F, Muñoz R. Gastric cancer after a sleeve gastrectomy. a case report and literature review. Obes Surg 2021; 31 (6): 2797-2800.*

6. *Saarinen T, Kettunen U, Pietiläinen KH, Juuti A. Is preoperative gastroscopy necessary before sleeve gastrectomy and Roux-en-Y gastric bypass? Surg Obes Related Dis 2018; 14: 757-763.*

7. *AlAli MN, Bamehriz F, Arishi H, Aldeghaither MK, Alabdullatif F, Alnaeem KA, et al. Trends in bariatric surgery and incidentalomas at a single institution in Saudi Arabia: a retrospective study and literature review. Ann Saudi Med 2020; 40 (5): 389-395.*

8. *Finnell CW, Madan AK, Ternovits CA, Menachery SJ, Tichansky DS. Unexpected pathology during laparoscopic bariatric surgery. Surg Endosc 2007; 21 (6): 867-869.*

9. *Cazzo E, de Almeida HP, Pareja JC, Adami E, Callejas-Neto F, de Souza J. Gastric mesenchymal tumors as incidental findings during Roux-en-Y gastric bypass. Surg Obes Related Dis 2018; 14: 23-29.*

10. *Bilecik T, Karateke F, Cetinkunar S, Sahin TT. Gastrointestinal stromal tumor after laparoscopic sleeve gastrectomy: Be awake before, during, and after a bariatric procedure. Obes Surg 2018; 28 (6): 1785-1786.*

11. *Mendes JT, Wilson C, Schammel CMG, Scott JD, Schammel DP, Trocha SD. GIST identified during bariatric surgery: to treat or not to treat? Surg Obes Relat Dis 2020; 16 (2): 282-287.*

12. *Chemaly R, Diab S, Khazen G, Al-Hajj G. Gastroesophageal cancer after gastric bypass surgeries: a systematic review and meta-analysis. Obes Surg 2022; 32: 1300-1311.*

©2022 seco-seedo. Publicado por bmi-journal.
Todos los derechos reservados.

