

UTILIDAD DE LA TOMOGRAFÍA EN LA ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER GÁSTRICO

Autores: Dras/Dres. San Martín Gustavo,
Castro Jonathan, Frola Lucas, Ochoa Camilo,
Wejcman Myrian, Flores Alen.

OBJETIVOS

- a) Unificar criterios de estadificación del cáncer gástrico, en los casos observados en la institución, mediante técnicas de imagen como la tomografía.
- b) Demostrar la importancia de la tomografía computada en la identificación del cáncer gástrico, localización, invasión parietal, extensión regional y a distancia del mismo.
- c) Establecer las pautas adecuadas para la realización del estudio para optimizar los hallazgos en cada paciente.

MATERIALES Y MÉTODOS

- a) Se realizó un análisis retrospectivo observacional transversal.
- b) Se evaluaron 21 pacientes con diagnóstico de cáncer gástrico en el periodo comprendido entre los años 2016 al 2018.
- c) Mediante el uso de tomografía computarizada, con contraste oral neutro (agua) y endovenoso, en cortes multiplanares.

Tabla. Estatificación TNM del cáncer gástrico, Según American Joint Committee on Cancer 7 th manual

TX	Tumor primario no puede ser evaluado
T0	No hay evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ: tumor intraepitelial sin invasión de la lámina propia
T1	Invade la lámina propia, muscularis mucosa o submucosa
T1a	Invade la lámina propia o muscularis mucosa
T1b	Invade la submucosa
T2	Invade la muscularis propia
T3	Penetra en el tejido conjuntivo subseroso sin invasión del peritoneo visceral o las estructuras adyacentes. Los tumores T3 también incluyen los que se extienden en los ligamentos gástricos o gastrohepáticos o en el epiplón mayor o menor sin perforación del peritoneo visceral que cubre estas estructuras
T4	Invade la serosa (peritoneo visceral) o las estructuras adyacentes
T4a	Invade la serosa (peritoneo visceral)
T4b	Invade las estructuras adyacentes, como el bazo, el colon transverso, el hígado, el diafragma, el páncreas, la pared abdominal, la glándula suprarrenal, el riñón, el intestino delgado y el retroperitoneo.
NX	Los ganglios linfáticos regionales no pueden evaluarse
N0	No hay metástasis de ganglios linfáticos regionales
N1	Metástasis en 1 a 2 ganglios linfáticos regionales
N2	Metástasis en 3 a 6 ganglios linfáticos regionales
N3	Metástasis en 7 o más ganglios linfáticos regionales
M1	Diseminación ganglionar a distancia

TC CON CONTRASTE ORAL NEUTRO, Y EV.
RECONSTRUCCIONES AXIALES Y CORONALES.

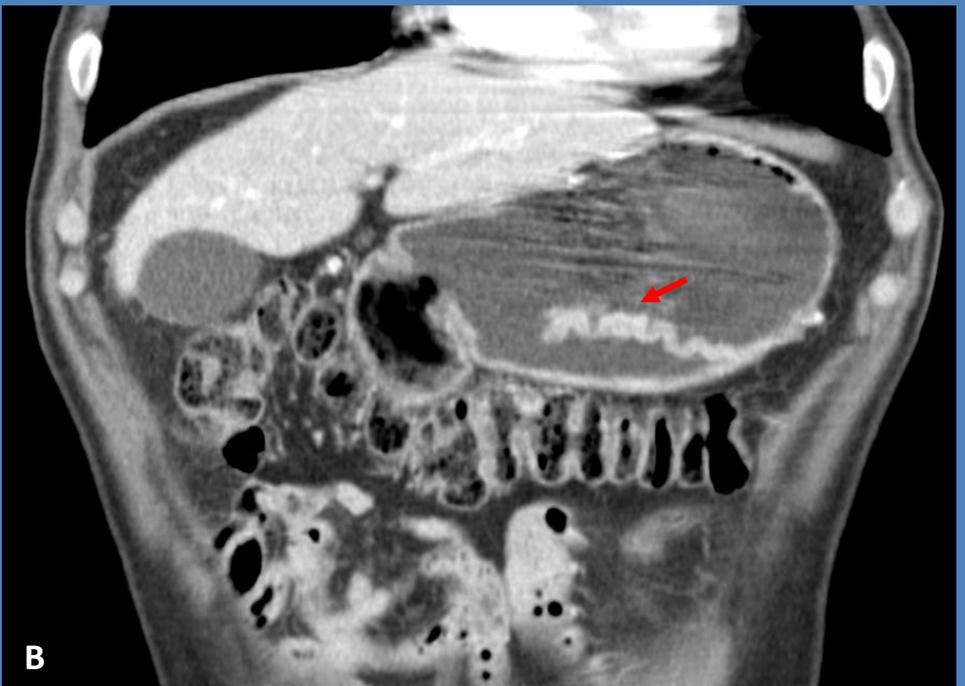
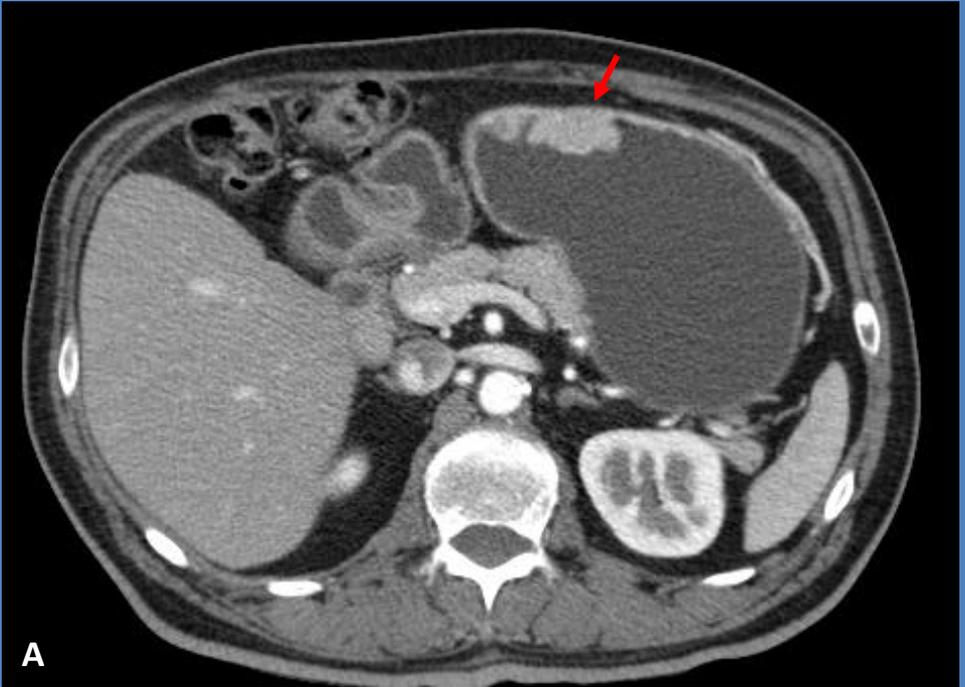


Figura A y B: Lesión endofítica focal en pared anterior gástrica (flecha), sin sobrepasar la region transmural. refuerzo post contraste ev.

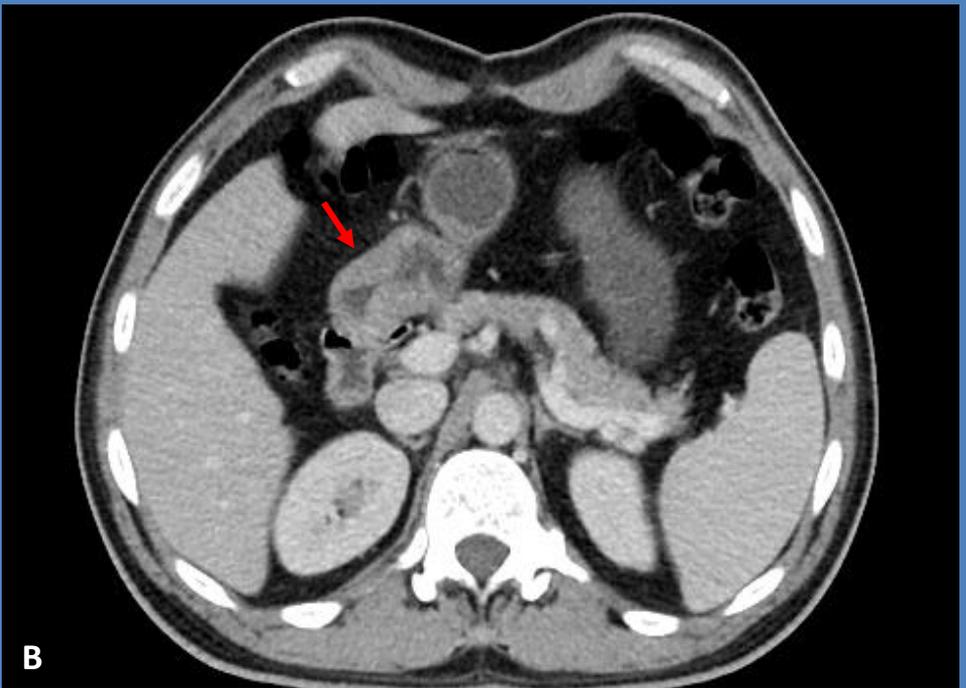
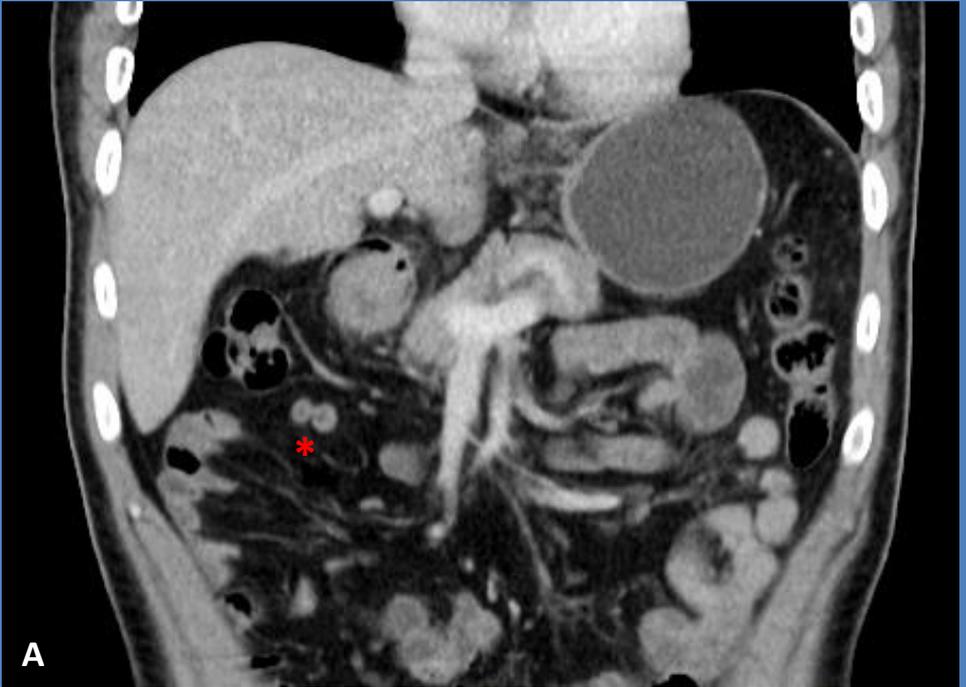


Figura A y B: Lesion pilórica, engrosamiento parietal con refuerzo de la capa muscular (flecha), ganglios regionales (*).



Figura A y B: Lesion de antro gástrico, sin invasión de estructuras adyacentes (flecha). Al menos tres ganglios regionales comprometidos (*)



Figura A y B: Lesión de antro gástrico (flecha), adenomegalias regionales, retroperitoneales (*) y reticulación de la grasa mesentérica (puntas de flecha).



Figura A: Lesión de antro y cuerpo gástrico (flecha), adenomegalias retroperitoneales y tumoraciones anexiales bilaterales (*). (Krukenberg)

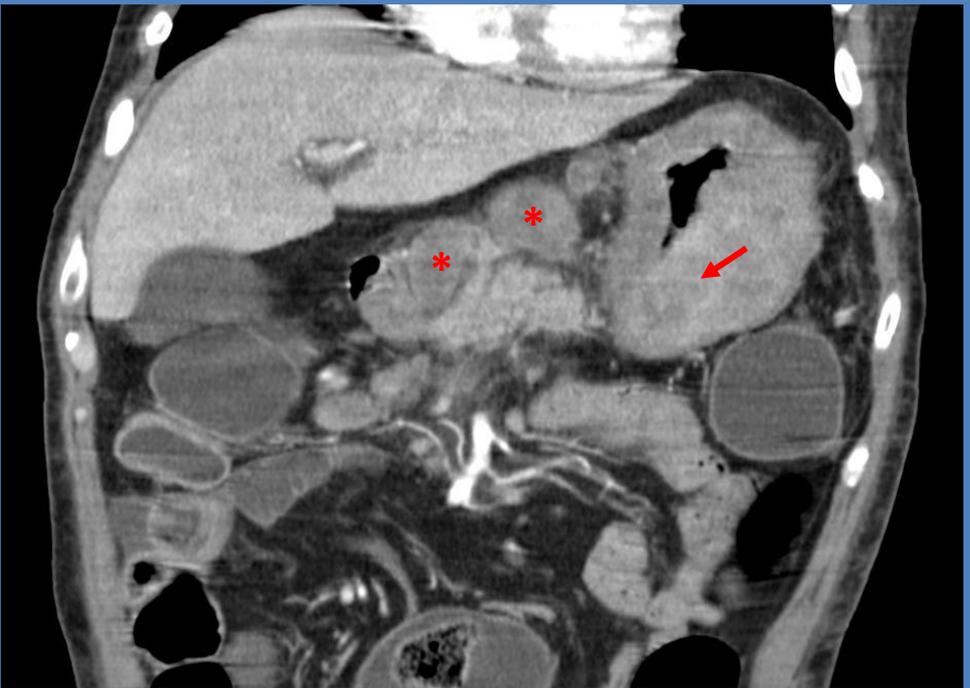


Figura A y B: Lesión en techo, cuerpo gástrico y cardias (flecha). Adenomegalias hipodensas múltiples (*). Metástasis hepáticas (puntas de flecha).

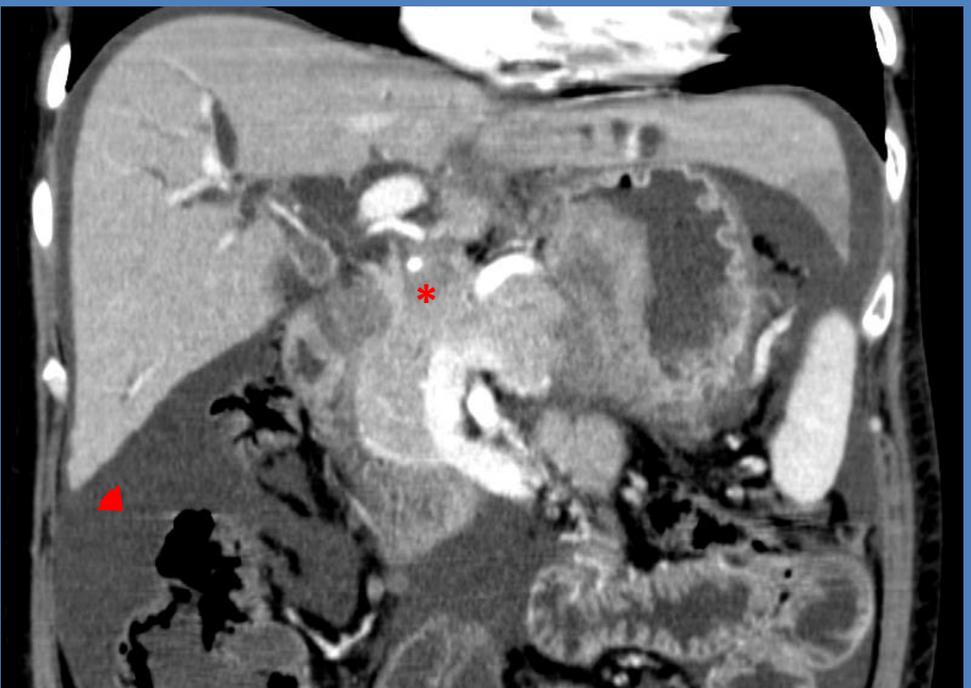
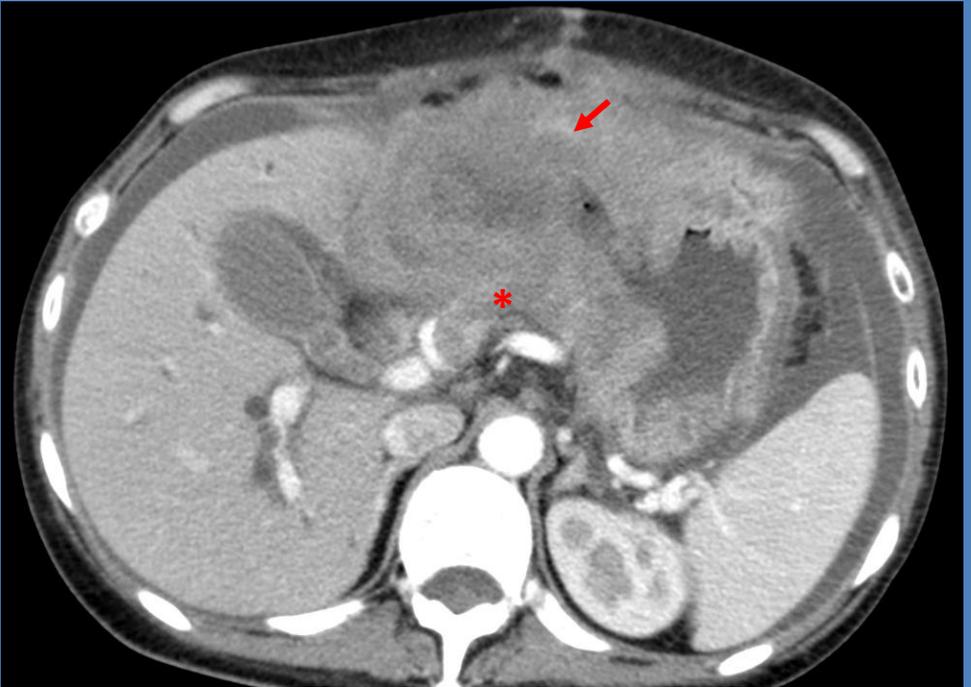


Figura A y B: Lesión en cuerpo y antro gástrico (flecha). Alteración de la grasa mesentérica, infiltra al páncreas y colédoco distal (*). Ascitis (punta de flecha)



Figura A y B: Lesión heterogénea, exofítica en techo y curvatura menor gástrica (*), con extensión al cardias y esófago distal. Ascitis (flecha)

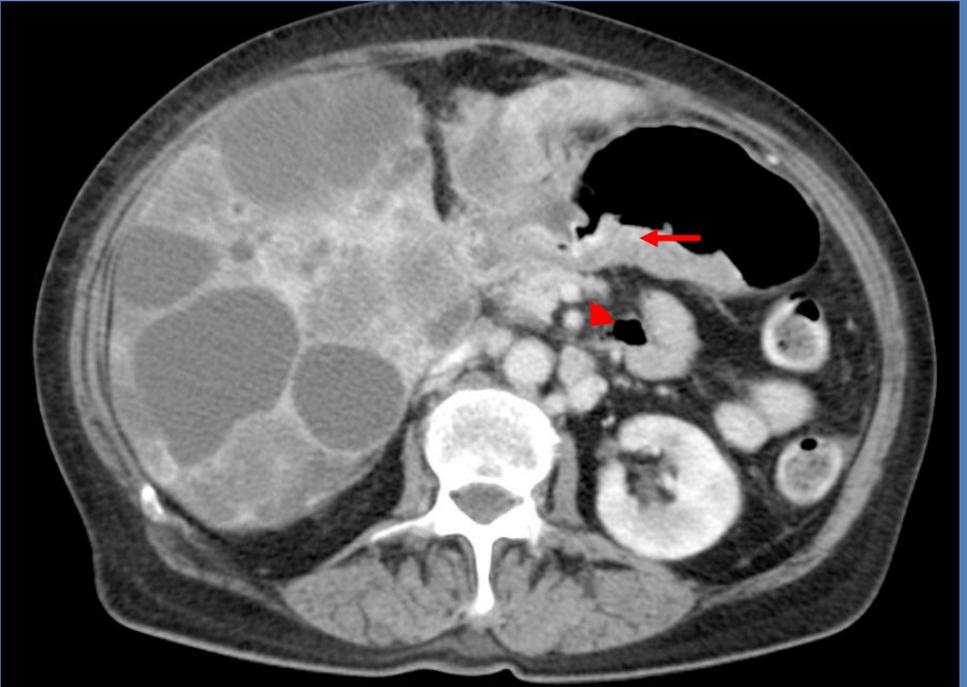
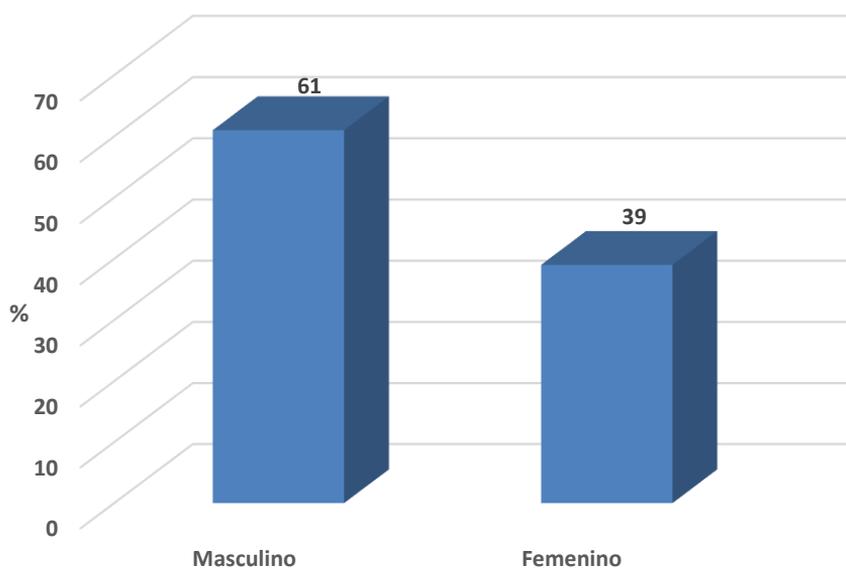
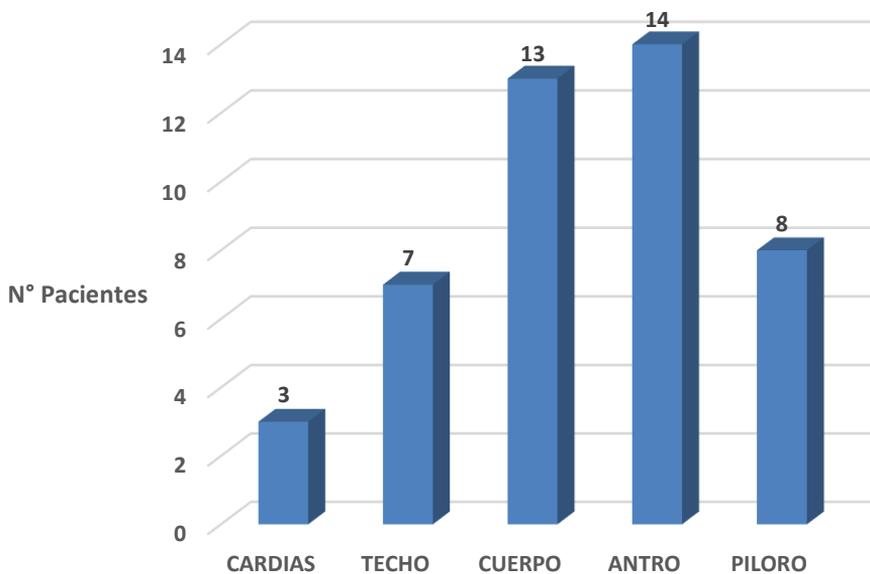


Figura A y B: Lesión heterogénea, que compromete cuerpo, techo y antro gástrico (flecha), metástasis hepáticas múltiples (*), adenomegalias retroperitoneales (punta de flecha) .

Frecuencia según sexo

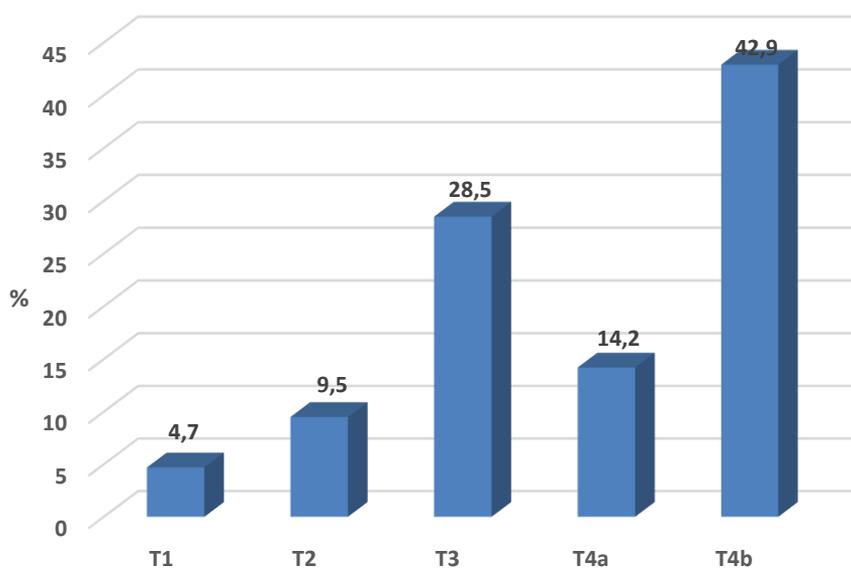


Topografía anatómica

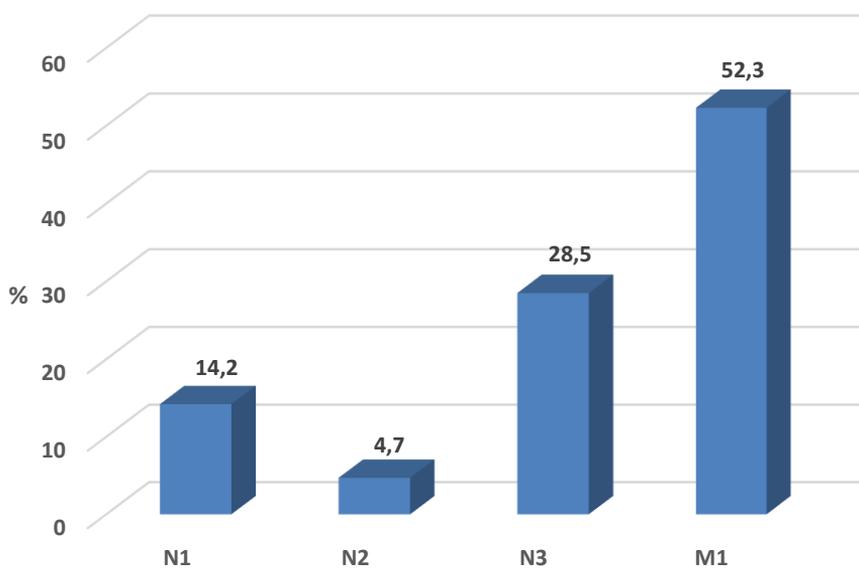


Figuras A y B: Frecuencia de Cáncer gástrico, según sexo y ubicación anatómica en el grupo de estudio.

Frecuencia de estadificación T



Frecuencia de estadificación NM



Figuras A y B: Frecuencia de estadificación de Cáncer gástrico según TNM, en el grupo de estudio.