

TNM7 - Estómago



CONTENIDO

- 1**
Cambios en el TNM7 -
Carcinoma de estómago
- 3**
Casos Clínicos
- 4**
Crítica al TNM7

TNM 7a. Edición - 2010

Cáncer gástrico

Mauricio Luján Piedrahíta
Mauricio Lema Medina

Los cambios en el TNM7 con respecto al cáncer gástrico, incluyen

T

Los tumores que se originan en la unión gastroesofágica, que se originan en el estómago más allá de 5 cm de la unión gastroesofágica y que atraviesan la unión gastroesofágica se clasifican usando el sistema TNM para adenocarcinomas de esófago.

Las categorías T se han modificado para armonizarlas a las de esófago, intestino delgado, e intestino grueso. Se ha subdividido T1 en T1a y T1b; T2 requiere que el tumor invada la capa muscular propia; T3 se define como un tumor que invade el tejido conectivo subseroso. Se define T4 como el tumor que invade la serosa (peritoneo visceral) o estructuras adyacentes.

N

Se modifican las categorías N, con N1 = compromiso de uno a dos ganglios linfáticos regionales, N2 = tres a seis ganglios linfáticos comprometidos, N3 = siete o más ganglios linfáticos comprometidos.

M

La citología peritoneal positiva se clasifica como M1.

Estadíos

Se cambian los grupos de estadíos.

Es importante recordar que esta clasificación no aplica para linfomas, sarcomas, tumores neuroendocrinos de bajo grado (carcinoides).

American Joint Committee on Cancer (AJCC)

Clasificación de estadíos para carcinoma de estómago (7ª ed., 2010)
Tumor primario (T)

Tx – Tumor primario no evaluables
T0 – No evidencia de tumor primario

Tis – Carcinoma in situ: tumor intraepitelial sin invasión de la lamina propia.

T1 – Tumor que invade la lamina propia, muscular de la mucosa o submucosa.

T1a – Tumor que invade la lamina propia o muscular de la mucosa.

T1b – Tumor que invade la submucosa

T2 – Tumor que invade la muscularis propia – sin extensión a los ligamentos gastrohepáticos, gastrocolónicos, epiplón mayor ni epiplón menor.

T3 – Tumor que penetra el tejido conectivo subseroso sin invasión al peritoneo visceral o estructuras adyacentes (se consideran estructuras adyacentes el bazo, hígado, colon transverso, diafragma, páncreas, pared abdominal, intestino delgado, adrenales, retroperitoneo y riñón. La extensión intramural al duodeno o esófago se clasifica de acuerdo al máximo compromiso de la pared de cualquiera de los órganos, incluyendo el estómago)

T4 – Tumor que invade la serosa (peritoneo visceral) o estructuras adyacentes (se consideran estructuras adyacentes el bazo, hígado, colon transverso, diafragma, páncreas, pared abdominal, intestino delgado, adrenales, retroperitoneo y riñón. La extensión intramural al duodeno o esófago se clasifica de acuerdo al máximo compromiso de la pared de cualquiera de los órganos, incluyendo el estómago)

T4a – Tumor que invade la serosa (peritoneo visceral)

T4b – Tumor que invade estructuras adyacentes.

Ganglios linfáticos regionales

Nx – Ganglios linfáticos no evaluables.

American Joint Committee on Cancer (AJCC)
Clasificación de estadios para carcinoma de estómago (7ª ed., 2010)

TNM	Descripción
T	<p>Tx – Tumor primario no evaluables T0 – No evidencia de tumor primario Tis – Carcinoma in situ: tumor intraepitelial sin invasión de la lamina propia. T1 – Tumor que invade la lamina propia, muscular de la mucosa o submucosa. T1a – Tumor que invade la lamina propia o muscular de la mucosa. T1b – Tumor que invade la submucosa T2 – Tumor que invade la muscularis propia – sin extensión a los ligamentos gastrohepáticos, gastrocolónicos, epiplón mayor ni epiplón menor. T3 – Tumor que penetra el tejido conectivo subseroso sin invasión al peritoneo visceral o estructuras adyacentes* T4 – Tumor que invade la serosa (peritoneo visceral) o estructuras adyacentes* T4a – Tumor que invade la serosa (peritoneo visceral) T4b – Tumor que invade estructuras adyacentes*</p>
N	<p>N0 – No metástasis a ganglios linfáticos regionales. Se debe usar pN0 si todos los ganglios linfáticos examinados fueron negativos para metástasis, independiente del número de ganglios resecados. N1 – Metástasis a uno o dos ganglios linfáticos regionales N2 – Metástasis de tres a seis ganglios linfáticos regionales N3 – Metástasis en siete o más ganglios linfáticos regionales N3a – Metástasis en siete a quince ganglios linfáticos regionales N3b – Metástasis en 16 o más ganglios linfáticos regionales.</p>
M	<p>M0 – No metástasis a distancia M1 – Metástasis a distancia</p>
Estadios	<p>Estadio 0 – Tis N0 M0 Estadio IA – T1 N0 M0 Estadio IB – T2 N0 M0; T1 N1 M0 Estadios IIA – T3 N0 M0; T2 N1 M0; T1 N2 M0 Estadio IIB – T4a N0 M0; T3 N1 M0; T2 N2 M0; T1 N3 M0 Estadio IIIA – T4a N1 M0; T3 N2 M0; T2 N3 M0 Estadio IIIB – T4b N0 M0; T4b N1 M0; T4a N2 M0; T3 N3 M0 Estadio IIIC – T4b N2 M0; T4b N3 M0; T4a N3 M0 Estadio IV – Cualquier T Cualquier N M1</p>

* Se consideran estructuras adyacentes el bazo, hígado, colon transverso, diafragma, páncreas, pared abdominal, intestino delgado, adrenales, retroperitoneo y riñón. La extensión intramural al duodeno o esófago se clasifica de acuerdo al máximo compromiso de la pared de cualquiera de los órganos, incluyendo el estómago

N0 – No metástasis a ganglios linfáticos regionales. Se debe usar pN0 si todos los ganglios linfáticos examinados fueron negativos para metástasis, independiente del número de ganglios resecados.

N1 – Metástasis a uno o dos ganglios linfáticos regionales
 N2 – Metástasis de tres a seis ganglios linfáticos regionales
 N3 – Metástasis en siete o más ganglios linfáticos regionales
 N3a – Metástasis en siete a quince ganglios linfáticos regionales
 N3b – Metástasis en 16 o más ganglios linfáticos regionales.

Metástasis a distancia (M)
 M0 – No metástasis a distancia
 M1 – Metástasis a distancia

Grado histológico (G)

Gx – Grado histológico no evaluable
 G1 – Bien diferenciado
 G2 – Moderadamente diferenciado
 G3 – Pobremente diferenciado
 G4 – No diferenciado

Estadificación anatómica / Agrupación pronóstica

Estadio 0 – Tis N0 M0
 Estadio IA – T1 N0 M0
 Estadio IB – T2 N0 M0; T1 N1 M0
 Estadios IIA – T3 N0 M0; T2 N1 M0; T1 N2 M0
 Estadio IIB – T4a N0 M0; T3 N1 M0; T2 N2 M0; T1 N3 M0
 Estadio IIIA – T4a N1 M0; T3 N2 M0; T2 N3 M0
 Estadio IIIB – T4b N0 M0; T4b N1 M0; T4a N2 M0; T3 N3 M0
 Estadio IIIC – T4b N2 M0; T4b N3 M0; T4a N3 M0
 Estadio IV – Cualquier T Cualquier N M1

Caso 1. Paciente masculino de 48 años, consulta por epigastralgia de reciente aparición, por lo que se ordeno endoscopia digestiva superior que reporto ulcera de 15 mm a nivel pilórico, cubierta de fibrina. La patología reporto adenocarcinoma difuso con células en anillo de sello bien diferenciado. El TC tórax-abdomen sólo reporta leve engrosamiento región pilórica, sin otros hallazgos.

TNM clínico

TxN0M0. Estadio desconocido. Tx porque no hay información precisa. N0 porque no hay evidencia en imágenes de compromiso ganglionar. M0 porque no hay evidencia clínica ni imágenes de compromiso metastásico.

Este paciente tiene dos opciones válidas de manejo en este momento: cirugía inicial o recibir quimioterapia perioperatoria por tres ciclos.

El paciente fue evaluado inicialmente por cirugía y se llevó a una gastrectomía total oncológica D2. La descripción quirúrgica no reporta compromiso metastásico y el reporte de anatomía patológica informa: adenocarcinoma gástrico difuso con células en anillo de sello, bien diferenciado, con infiltración hasta la muscular propia, invasión linfovascular presente, bordes negativos, compromiso metastásico en 2 de 26 ganglios aislados, sin compromiso extracapsular. Líquido peritoneal negativo para malignidad.

TNM patológico

pT2pN1cM0. Estadio IIa. T2 porque invade la muscular propia. N1 porque hay compromiso de 2 ganglios linfáticos. M0 porque no hay evidencia clínica ni imágenes de compromiso metastásico.

Este paciente recibió adyuvancia con quimioterapia y radioterapia protocolo Macdonald.

Caso 2. El mismo paciente anterior, se presentó en junta multidisciplinaria de tumores y se decidió ofrecer quimioterapia

perioperatoria, por lo cual recibió 3 ciclos con epirrubina – cisplatino – 5-FU (ECF), cada 21 días, sin complicaciones. Se llevó posteriormente a una gastrectomía total oncológica D2. La descripción quirúrgica no reporta compromiso metastásico y el reporte de anatomía patológica informa: adenocarcinoma gástrico difuso con células en anillo de sello, bien diferenciado, con infiltración hasta la submucosa, invasión linfovascular ausente, bordes negativos, sin compromiso metastásico en 26 ganglios aislados. Líquido peritoneal negativo para malignidad.

TNM patológico

ypT1bypN0M0. Estadio IIa. Lleva el prefijo “y” indicando que recibió quimioterapia preoperatoria. T1b porque invade la submucosa. N0 porque no hay compromiso de ganglios linfáticos. M0 porque no hay evidencia clínica ni imágenes de compromiso metastásico. Teniendo en cuenta que hubo respuesta a la quimioterapia preoperatoria, el paciente recibió 3 ciclos adyuvantes con el mismo esquema de quimioterapia (ECF). **Caso 3.** Paciente femenina de 65 años, consulta por 2 meses de astenia y pérdida de peso, 2 episodios de hematemesis en las últimas 24 horas. Se realiza endoscopia digestiva superior que reportó masa gástrica antral, ulcerada. Reporte de patología adenocarcinoma gástrico intestinal moderadamente diferenciado. TC tórax-abdomen mostró masa gástrica 8cm con engrosamiento importante de las paredes gástricas antrales, ganglios hasta 15mm perigástricos.

TNM clínico

TxN1M0. Estadio desconocido. Tx porque no hay información precisa. N1 porque hay evidencia en imágenes de compromiso ganglionar. M0 porque no hay evidencia clínica ni imágenes de compromiso metastásico.

La paciente una vez estabilizada es llevada a una gastrectomía total oncológica D2. La descripción quirúrgica no reporta

compromiso metastásico y el reporte de anatomía patológica informa: adenocarcinoma gástrico intestinal, mal diferenciado, con infiltración hasta la serosa, invasión linfovascular presente, bordes negativos, compromiso metastásico en 14 de 32 ganglios aislados. Líquido peritoneal positivo para adenocarcinoma. Reporte de Her-2 negativo.

TNM patológico

pT3pN3apM1. Estadio IV. T3 porque invade la serosa. N3a porque hay compromiso de 14 ganglios linfáticos. M1 porque hay compromiso por adenocarcinoma en el líquido peritoneal.

La paciente recibió esquema de quimioterapia paliativa con fluoropiridinas más cisplatino.

Caso 4. Paciente masculino de 62 años, consulta por pérdida de peso y aparición de ganglio supraclavicular izquierdo. Se realizó biopsia del ganglio supraclavicular que reportó adenocarcinoma metastásico con células en anillo de sello. Se realizó posteriormente endoscopia digestiva superior que reportó engrosamiento y rigidez de toda la pared gástrica, la biopsia reportó adenocarcinoma gástrico difuso mal diferenciado. El TC tórax-abdomen reportó conglomerados ganglionares mediastinales hasta 4 cm, engrosamiento de toda la pared gástrica, compromiso de la grasa y ganglios perigástricos hasta 20 mm. El reporte del Her-2 en la biopsia gástrica fue positivo (+++).

TNM clínico

TxN1M1. Estadio IV. Tx porque no hay información precisa. N1 porque hay evidencia en imágenes de compromiso ganglionar. M1 porque hay evidencia clínica y en imágenes de compromiso metastásico distante.

El paciente recibió quimioterapia paliativa con fluoropiridinas, cisplatino y trastuzumab.

Validación del TNM7 -

Gástrico

José Luis Quintero dirige nuestra atención a la validación del TNM7 en 2916 pacientes intervenidos entre 1989 y 2008 en un hospital de Corea del Sur (Jung H, Lee HH, Song KY, et al. Validation of the Seventh Edition of the American Joint Committee on Cancer TNM Staging System for Gastric Cancer. Cancer, epub 2011). Si se hubiera aplicado el nuevo TNM a todos estos pacientes, aproximadamente 26.4% habrían subido de estadio, y 6.1% habrían bajado. Después de un análisis complejo encuentran que la nueva clasificación de T es discriminatoria

para la supervivencia en sus diferentes componentes. Con respecto al N, la clasificación del TNM6 es superior (N0, no compromiso ganglionar; N1, 1-6 ganglios linfáticos comprometidos; N2, 7-15 ganglios linfáticos comprometidos; N3, más de 15 ganglios comprometidos). Se recomienda adoptar el N del TNM6 para la clasificación siguiente.

Las supervivencias a 5 años utilizando el TNM7 fueron así: Estadio IA: 98.9%, Estadio IB: 96.5%, Estadio IIA: 87.6%, Estadio IIB: 71.3%, Estadio IIIA: 65.4%, Estadio IIIB: 49.5%, Estadio IIIC: 32% - Fig 1.

