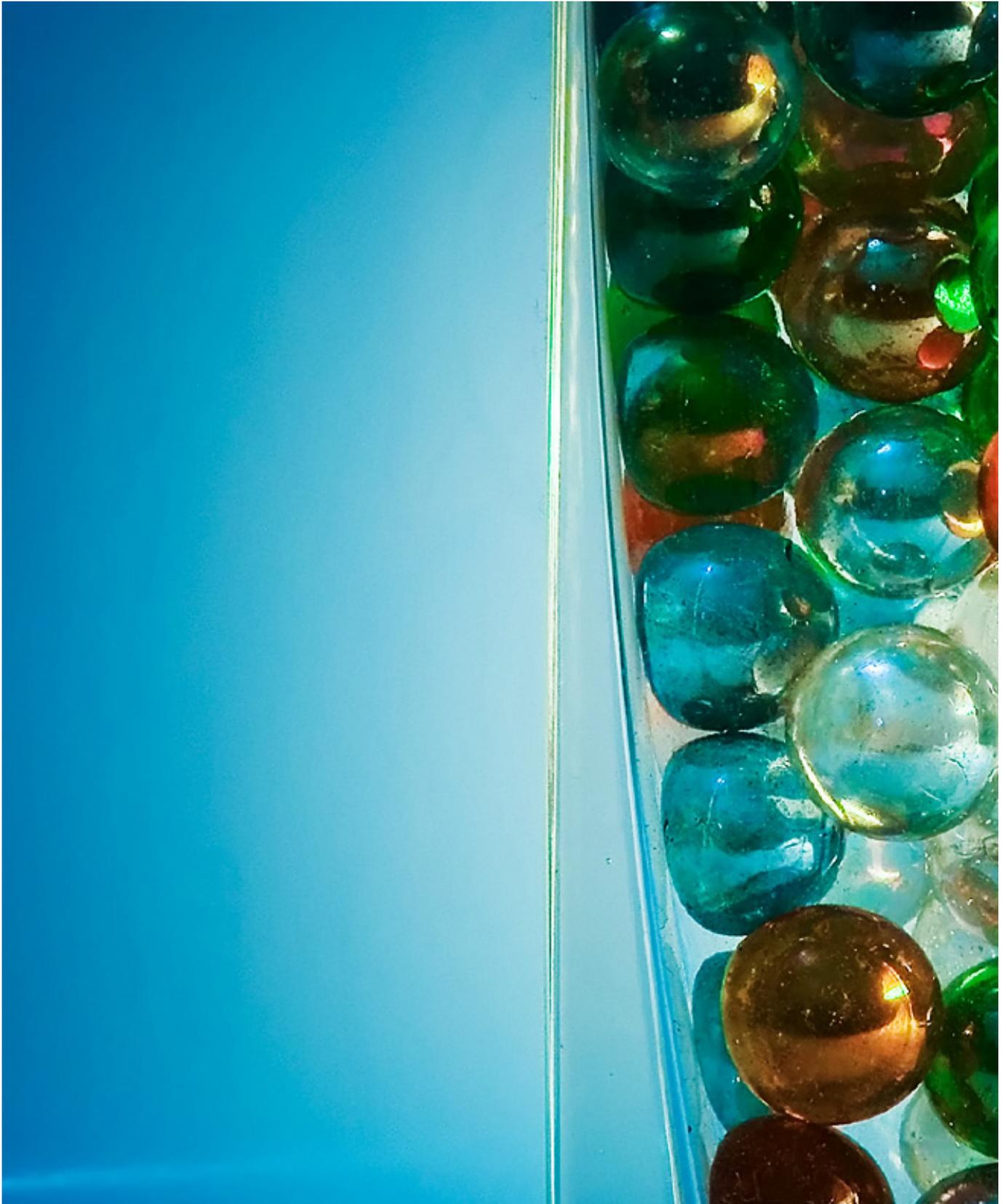




**Libros
Virtuales
IntraMed**



CÁNCER GÁSTRICO

Tumores malignos del estómago

- ❖ Adenocarcinoma 95 %
- ❖ Linfoma - tumor carcinoide - GIST 5%

Historia Natural

- ▶ Epitelio normal
- ▶ Gastritis crónica activa
- ▶ Gastritis crónica atrófica
- ▶ Metaplasia intestinal
- ▶ Displasia de bajo grado
- ▶ Displasia de alto grado
- ▶ Adenocarcinoma

Factores de Riesgo

Hereditarios

- ❖ Antecedentes de cáncer gástrico en familiares de primer grado
- ❖ PAF
- ❖ Síndrome de Lynch

Ambientales

- ❖ Infección por H. Pylori
- ❖ Gastritis crónica Atrófica
- ❖ Gastritis crónica autoinmune
- ❖ Post-gastrectomía
- ❖ Dieta rica en sal
- ❖ Tabaco

Lesiones Preneoplásicas

- ❖ Metaplasia intestinal
- ❖ Adenomas
- ❖ Pólipos hiperplásicos

Clasificación

Histológica

- ❖ **Tipo intestinal:** asociado a metaplasia y gastritis crónica, es el más frecuente en las áreas de mayor incidencia.

- ❖ **Tipo difuso:** escasamente diferenciado, células en anillo de sello, metástasis tempranas.

Macroscópica

- ❖ **tipo 0:** cáncer temprano
- ❖ **tipo 1:** polipoideo o vegetante
- ❖ **tipo 2:** ulcerado
- ❖ **tipo 3:** úlcero-infiltrante
- ❖ **tipo 4:** infiltrante en forma difusa

En base a la profundidad de invasión

- ❖ Cáncer gástrico temprano (CGT)
- ❖ Cáncer gástrico avanzado

CÁNCER GÁSTRICO TEMPRANO

Limitado a mucosa y submucosa independiente de su extensión en superficie y la presencia o no de metástasis ganglionares.

Clasificación de París

Es una clasificación endoscópica de lesiones neoplásicas superficiales localizadas en esófago, estómago y colon.

Las lesiones superficiales (tipo 0) se subclasifican en:

❖ Polipoide 0-I:

- ▶ protruida pediculada 0-Ip
- ▶ protruida sésil 0-I_s

❖ No Polipoide:

- ▶ 0-IIa levemente elevada
- ▶ 0-IIb plana
- ▶ 0-IIc levemente deprimida
- ▶ 0-III excavada

Clínica

- ❖ Epigastralgia y/o dispepsia de tipo ulceroso asociada o no a síntomas de alarma, son los síntomas mas comunes.
- ❖ Disfagia: más frecuente en tumores ubicados en cardias.
- ❖ Síndrome pilórico: frecuente en tumores en antro.
- ❖ HDA, perforación, obstrucción.

Todo paciente mayor de 45 años con síntomas de dispepsia con o sin síntomas de alarma debe ser evaluado endoscópicamente.

Diagnóstico

Endoscopia: mínimo de 6 biopsias en áreas no necróticas para tener un rédito diagnóstico cercano al 100%; las tinciones con índigo carmín ayudan a detectar lesiones pequeñas y permiten delimitar la extensión de la lesión con mayor precisión.

Estadificación

- ❖ Laboratorio general.
- ❖ Marcadores tumorales CA 19-9 y CEA.
- ❖ TAC de abdomen más Rx tórax en tumores antrales.
- ❖ TAC de abdomen y tórax en tumores subcardiales.
- ❖ Ecoendoscopia: método de elección para la evaluación de la profundidad y ganglios regionales, mayor utilidad en CGT y en linfomas de bajo grado.

TNM AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER (AJCC-UICC)			
Tumor primario (T)			
T2	Tumor que invade la muscular propia o la subserosa *		
T2a	Tumor que invade la muscular propia		
T2b	Tumor que invade la subserosa		
T3	Tumor que penetra la serosa (peritoneo visceral) sin invasión de estructuras adyacentes **, ***.		
T4	Tumor que invade estructuras adyacentes		
Metástasis a distancia (M)			
Mx	No evaluables		
M0	No hay metástasis a distancia		
M1	Metástasis a distancia		
Ganglios linfáticos regionales (N)			
Nx	Ganglios linfáticos no evaluables		
N0	No hay metástasis ganglionares*		
N1	Metástasis en 1 a 6 ganglios linfáticos regionales		
N2	Metástasis en 7 a 15 ganglios linfáticos regionales		
N3	Metástasis en más de 15 ganglios linfáticos regionales		
Estadios (AJCC)			
Estadio 0	Tis	N0	M0

TRATAMIENTO

Opciones de tratamiento

- ❖ Cirugía
- ❖ Quimioterapia, radio-quimioterapia adyuvante o paliativa y en casos seleccionados neoadyuvante
- ❖ Resección endoscópica

Tratamiento paliativo

- ❖ **Obstrucción:** stent, cirugía paliativa, radioterapia, terapia fotodinámica.
- ❖ **Dolor:** tratamiento médico y/o radioterapia.
- ❖ **Sangrado digestivo:** terapia endoscópica, cirugía.
- ❖ **Nutrición:** alimentación enteral por vía oral, sonda nasointestinal o yeyunostomía.

Estadio IA	T1	N0	M0
Estadio IB	T1	N1	M0
	T2a	N0	M0
Estadio II	T2b	N0	M0
	T1	N2	M0
	T2a	N1	M0
Estadio IIIA	T2b	N1	M0
	T2a	N2	M0
	T2b	N2	M0
	T3	N1	M0
Estadio IIIB	T4	N0	M0
	T3	N2	M0
Estadio IV	T4	N1	M0
	T4	N2	M0
	T4	N3	M0
	T1	N3	M0
	T2	N3	M0
	T3	N3	M0
Cualquier T		Cualquier N	M1

Cirugía

Es el tratamiento primario cuando el tumor es reseccable y es el único con capacidad curativa, los márgenes de resección adecuados son de 5 cm o más; con linfadenectomía regional de al menos 15 ganglios extraídos y examinados.

Se consideran irreseccables los tumores con metástasis peritoneal o a distancia o compromiso de grandes vasos o metástasis en ganglios paraaórticos.

Si es posible se debe evitar la esplenectomía.

Se recomienda colocar tubo de yeyunostomía para alimentación enteral.

Las opciones se evalúan según la ubicación del tumor:

- ❖ Gastrectomía subtotal para tumores de cuerpo y antro,
- ❖ Gastrectomía total para tumores de cardias o subcardiales.

Nota: tipos de disección linfática: para poder entenderla primero es necesario conocer los grupos ganglionares:

N1: ganglios perigástricos localizados sobre curvatura mayor y menor.

N2: ganglios localizados a lo largo de la arteria gástrica izquierda, arteria hepática, tronco celíaco y arteria esplénica.

N3 y N4: ganglios paraaórticos, si son positivos se considera metástasis a distancia.

Tipos de disección:

D0: inaceptable, cuando la resección de los ganglios pertenecientes al grupo 1 es incompleta.

D1: resección completa del grupo N1.

D2: resección completa del grupo N1 y N2

D3: resección de los grupos N1, N2, N3 y N4.

Resección Mucosa Endoscópica

Indicada en pacientes con tumor intramucoso o que invade submucosa hasta SM 1, histológicamente bien o moderadamente diferenciados, de menos de 3 cm, no ulcerados y sin metástasis ganglionar.

- ❖ La resección se considera completa cuando los márgenes de la muestra están libres de células tumorales tanto en sentido vertical como horizontal.
- ❖ Si el examen histológico informa invasión de submucosa mayor a SM2 el paciente es referido a cirugía

- ❖ Tipos de resección endoscópica: **Completa:** cuando el margen lateral de la muestra está libre de células atípicas. **Incompleta:** las células malignas invaden los bordes. **No evaluable:** cuando el borde de la muestra está quemado por el uso del asa diatérmica o cuando se reseccó en múltiples fragmentos.

- ❖ El control endoscópico se realiza al mes y a los 3 meses para descartar tejido residual, se sugiere erradicación de H pylori.

- ❖ Los índices de supervivencia a los 5 años son similares a los obtenidos por cirugía en CGT mayores a 86%.

Conducta posterior a la Cirugía

R 0

- ❖ **T1 N0:** observar.
- ❖ **T2 N0:** observar, evaluar Radio-quimioterapia (radioterapia más radio sensibilización con 5-fluoracilo) adyuvante en pacientes de alto riesgo.
- ❖ **T3 T4 o N +:** Radio-Quimioterapia adyuvante seguido de quimioterapia con 5-fluoracilo más leucovorina.

R 1

- ❖ Radio-Quimioterapia seguido de quimioterapia con 5-fluoracilo más leucovorina.

R 2: 3 opciones:

- ❖ Radio quimioterapia.
- ❖ Quimioterapia sola.
- ❖ Sólo cuidados paliativos.
 - ▶ **R0:** márgenes de resección libres de enfermedad.
 - ▶ **R1:** enfermedad residual microscópica.
 - ▶ **R2:** enfermedad residual macroscópica.

Paciente de Alto riesgo: tumor pobremente diferenciado o indiferenciado, invasión vascular, linfática o neural, edad menor a 50 años.

La indicación de tratamiento con Radio-quimioterapia sólo es ofrecida a pacientes con un Performance Status de 2 o menos y sin contraindicaciones.

Performance Status

- 0:** Asintomático.
- 1:** Sintomático, realiza sus actividades normalmente.
- 2:** Sintomático, restricción en sus actividades, mayor tiempo en cama pero menos del 50% del día.

3: Sintomático, más del 50% del día en cama pero aún se levanta.

4: Permanece todo el día en cama.

5: Muerte.

SEGUIMIENTO

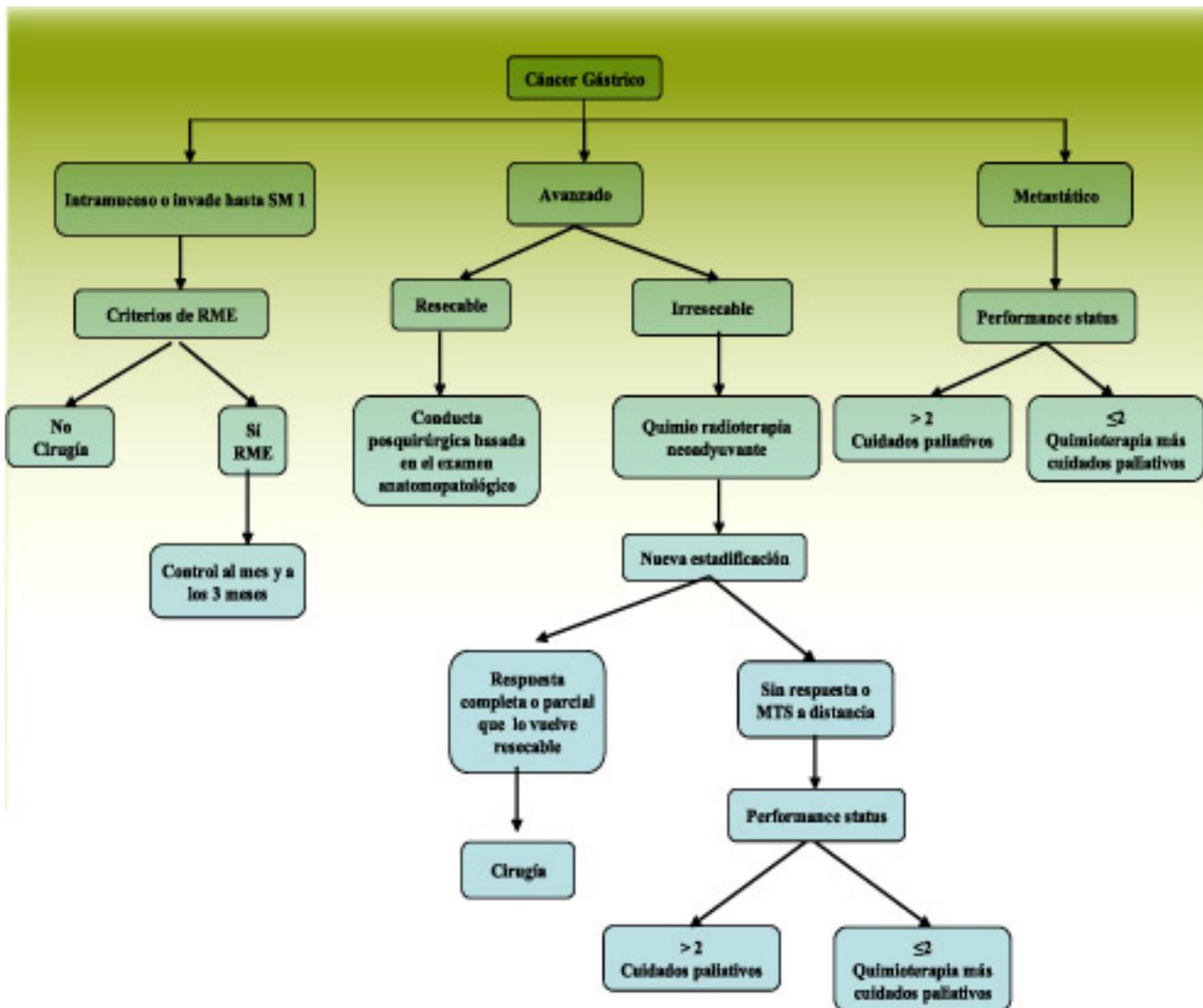
❖ Control clínico: el primer año cada 4 meses, segundo y tercer año cada 6 meses, luego anualmente. Se evalúa aparición de dolor, disfagia, estado nutricional, síntomas de alarma, relacionados con recidiva o como complicación del tratamiento.

❖ Marcadores tumorales: CEA y CA 19-9 el primer año cada 4 meses luego cada 6 meses hasta el tercer año, luego anual.

❖ TAC de tórax y abdomen anual por 3 años.

❖ Exámenes de laboratorio y endoscopia sólo en caso de sospecha clínica de recidiva.

❖ En pacientes con gastrectomía total o parcial con anemia macrocítica por déficit de vitamina B 12 se le indica una dosis mensual de 1 mg intramuscular.



Bibliografía

1. Gastric Cancer. Practice guidelines in oncology-v.2.2007.
2. Sphillip Bralow,MD. Early gastric cancer. UpToDate. 2006
3. Matthew Kulke,MD. Management of advanced gastric cancer. UpToDate. 2006
4. Allun, Griffin, Watson, et. Al. Guidelines for the oesophageal and gastric cancer. Gut. 2001.
5. Theodore J. Tumores del Estómago. Capítulo 44. página 876-903.Sleisenger and Fordtrand. Enfermedades gastrointestinales y hepáticas. 7 edición. 2004.