

## 2.- CANCER GÁSTRICO

### **DEFINICIÓN.**

Es el crecimiento desordenado de células de la pared gástrica capaz de invadir órganos vecinos y dar metástasis a distancia.

### **EPIDEMIOLOGÍA Y FACTORES DE RIESGO.**

Se encuentra con mucha frecuencia en el Japón y en el extremo oriente, así como algunos países de Centro y Suramérica como Costa Rica y Chile. Su etiología no está determinada. Se consideran como factores de riesgo la ingestión de alimentos salados, ahumados y con algunos conservadores y la Infección crónica con *Helicobacter pylori*. También es posible que haya factores de tipo hereditario, el grupo sanguíneo A, la anemia perniciosa entre otros más.

### **CLASIFICACIÓN.**

Por su estirpe histológica la inmensa mayoría son adenocarcinomas (90%), aunque puede haber otros tumores no epiteliales como los linfomas, leiomiomas, etc,

Se clasifican según su tipo histológico (Lauren) en Intestinal y Difuso y según su patrón de crecimiento y aspecto según la clasificación de Borrmann.

Según su crecimiento pueden ser precoz (limitado a la mucosa y submucosa) o avanzado.

### **CUADRO CLÍNICO.**

La sintomatología depende de la localización y el tamaño del tumor, las lesiones tempranas no dan síntomas o estos son muy inespecíficos, en el tumor avanzado del fondo, se produce disfagia y en el del antro vómitos de retención de alimentos ingeridos varias horas o días antes, el paciente padece de anemia, malestar general, anorexia y si está ulcerado síntomas que semejan a una úlcera (dolor),. Pueden ser de tal tamaño que se toquen en el abdomen y producir ascitis, ictericia y otros síntomas por invasión o por metástasis.

### **DIAGNÓSTICO.**

El diagnóstico se puede realizar con una Serie esófago, gastroduodenal, sin embargo los tumores pequeños o tempranos, pueden pasar desapercibidos, el estudio de gabinete determinante es la Endoscopia, que permite diagnosticar cerca del 98% de las lesiones, permite toma de biopsia para corroborar el diagnóstico. En caso de un tumor gástrico, se deben de realizar estudios de extensión del tumor, como Tomografía computada, Tele de tórax, Ultrasonografía y en caso de contar con el equipo Ultrasonografía endoscópica

### **DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL.**

Se debe hacer diagnóstico diferencial con Úlcera gástrica, Gastritis crónica, Trastornos funcionales del estómago como la Dispepsia, Hernia hiatal simple o complicada etc., siendo tan inespecífico el diagnóstico clínico se debe hacer endoscopia a los pacientes con factores de riesgo como los descritos anteriormente

### **COMPLICACIONES.**

Existen muchas complicaciones potenciales, entre las más frecuentes se encuentra la Hemorragia digestiva con anemia aguda, la perforación del estómago con un abdomen agudo muy grave o complicaciones dependientes de las metástasis.

### **PRONÓSTICO.**

El cáncer gástrico avanzado tiene un muy mal pronóstico, la supervivencia a 5 años es menor del 15% después de la resección, los tumores tempranos, pueden ser curados hasta en el 95% con la resección oportuna.

**TRATAMIENTO.**

El tratamiento curativo único, es la cirugía, la resección amplia del tumor, de los epiplones y los órganos afectados, se puede realizar una gastrectomía total o parcial, dependiendo del sitio del tumor y de su tamaño, en otras ocasiones solamente se puede practicar una resección con fines paliativos, en especial para mejorar la hemorragia o cirugía derivativa en casos de estenosis del píloro o gastrostomía en tumores del cardias.

**BIBLIOGRAFÍA.**

1. Oñate OL, Mondragón SR, Ruiz RJ, Cáncer Gástrico Rev. Gastr. Mex. 1997; 62:160.66.
2. De la Torre BA, Nuevas técnicas en la toma de biopsias y cepillados del tubo digestivo para el diagnóstico del Cáncer. Endoscopia. 1996:7 133-34.
- 3.- Watanebe Y, Murata JH, Mizuno S. Helicobacter pylori infection and gastric cancer Dig Dis Sci 1997;42: 1383-1387.
- 4.- Jemal SH, MNurria T, Bolden S y cols. Cancer statistics, 199. CA Cancer J Clin 199; 49:: 8-31.
- 5.- Correa P. Is cancer preventable? Gut 2004: 1217-1219.
- 6.- Hanazaky K, Sodeyama H, Mochizu Y, et al. Palliative gastrectomy for advanced cancer gastric. Hepatogastroenterology 2001; 48: 285-289.

