

Abordaje del cáncer gástrico

RADIOTERAPIA
SIGLO XXI



Incorporado a la multinacional:
21st Century Oncology

El cáncer gástrico (CG) ocupa la quinta posición en incidencia a nivel mundial, tras los cánceres de pulmón, mama, colorrectal y próstata.

Más del 70% de los casos ocurren en países edesarrollo. La mitad de los casos aparecen en el este asiático principalmente en China. La incidencia ajustada por edad es el doble en el hombre respecto a la mujer. El cáncer de estómago es la tercera causa de muerte por cáncer a nivel mundial en ambos sexos con una estimación para 2012 de 723.000 (8.8% de todas las muertes por cáncer). Las tasas de mortalidad (por 100.000) más elevadas se sitúan en Asia oriental y las menores en Norte América (1).

En el CG se distinguen dos entidades con diferencias topográficas, epidemiológicas y en factores de riesgo:

El CG del cardias que se asimila al cáncer de esófago de la unión gastroesofágica (UGE), que ha presentado un aumento en incidencia en los países occidentales en las últimas décadas y cuyos factores de riesgo son los mismos que los observados en el cáncer de esófago de la UGE: obesidad, un índice alto de masa corporal, el reflujo gastroesofágico y el esófago de Barret. Representa el 30% de todos los casos de CG.

El CG extracardial que es la entidad más frecuente en los países del este asiático y los factores de riesgo en este caso son la infección por *helicobacter pylori*, el consumo de tabaco y factores dietéticos como el bajo consumo de frutas y verduras o el exceso de consumo de nitritos.

El CG extracardial supone el 70% de todos los casos.



Los pacientes infectados por *helicobacter pylori* desarrollan gastritis crónica que puede progresar a gastritis atrófica severa, metaplasia intestinal, displasia y finalmente adenocarcinoma.

Actualmente existen dos sistemas de estadificación para el carcinoma gástrico a nivel mundial. La clasificación japonesa, desarrollada por **Japanese Research Society for Gastric Cancer Study (JRS GC)** y empleada en Oriente, es la más completa y se basa en un minucioso estudio de la invasión linfática por el tumor (2).

La otra clasificación, la usada en Occidente, ha sido desarrollada conjuntamente por la **AJCC (American Joint Committee on Cancer)** y la **UICC (Unión Internacional Contra el Cáncer)** utilizando una base de datos sobre cáncer gástrico.

El estudio de extensión debe incluir:

- Estado general del paciente (Performance Status, PS) con examen físico y valoración geriátrica en los pacientes mayores.
- Hemograma, bioquímica y determinación de CEA, CA 19.9 y CA 72-4 que son los marcadores tumorales que deben determinarse en el diagnóstico y el seguimiento.
- Endoscopia que permite la toma de biopsia, la localización precisa del tumor.
- Ecografía endoscópica (EUS, Endoscopic UltraSound) (3)
- TC de tórax y abdomen (con contraste oral e intravenoso).
- PET-TAC.

→ Laparoscopia con citología peritoneal para descartar las metástasis peritoneales ocultas que se encuentran en el 31% de los casos y evitar así una cirugía innecesaria. (4)

→ Determinación HER2neu en pacientes metastáticos.

El principal tratamiento en el CG es la cirugía, esta se cataloga completa (R0) con márgenes adecuados de 4 cm y la consiguiente linfadenectomía.

La gastrectomía subtotal es el procedimiento quirúrgico de elección en las neoplasias distales. Esta intervención tiene el mismo resultado oncológico que la gastrectomía total con menos complicaciones.

La gastrectomía proximal y la gastrectomía total son los procedimientos a emplear en los cánceres gástricos proximales.

Una gastrectomía subtotal o total con margen de 4 cm desde el tumor es la cirugía a realizar en tumores T1b-T3. Los tumores iniciales Tis o T1a son candidatos a resección endoscópica.

La linfadenectomía puede clasificarse como D0, D1 o D2 dependiendo de la extensión de los niveles ganglionares resecados con la gastrectomía.

La radioterapia en el cáncer gástrico se ha empleado de modo adyuvante a la cirugía antes y después de ella.

Los esquemas de quimioterapia se aplican en modalidad preoperatoria, perioperatoria o posoperatoria dependiendo del estadio clínico de la enfermedad y el estado funcional del enfermo.

La indicación de tratamiento postoperatorio depende del estado patológico y de si los

pacientes han recibido o no tratamiento preoperatorio.

Pacientes sin tratamiento preoperatorio:

→ No tratamiento adyuvante en pTis, pT1N0 con resección R0.

→ QTRT postoperatoria teniendo como base los resultados del INT-0116 la NCCN recomienda esquema de QTRT con fluoropirimidinas en pacientes T3-T4 o N+, en T1-T2 tras cirugía R0 y linfadenectomía D0 o D1. No se recomienda por su toxicidad el esquema McDonald.

Dada la falta de evidencia de eficacia en pacientes T2N0, algunos miembros del panel de expertos de NCCN no recomienda QTRT postoperatoria en todos los casos, aunque sí en aquellos con factores de mal pronóstico (G3, invasión linfovascular o neural positiva, no linfadenectomía D2, edad inferior a 50 años).

→ QT postoperatoria en pacientes T3-T4 o N+ en T1-T2 tras cirugía R0 y linfadenectomía D2, en base a los resultados del ensayo CLASSIC.

- 1) GLOBOCAN 2012: Estimated Cancer Incidence, Mortality and Prevalence Worldwide in 2012. ARCI: OMS; Accesible en: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>.
- 2) Japanese Gastric Cancer Association. Japanese Classification of Gastric Carcinoma. 2nd English edn. Gastric Cancer 1998; 1: 8-24.
- 3) Cardoso R, Coburn N, Seevaratnam R et al. A systematic review and metaanalysis of the utility of EUS for preoperative staging for gastric cancer. Gastric Cancer 2012; 15 supl 1: 19-26.
- 4) De Andrade JP, Mezhrir JJ. The critical role of peritoneal cytology in the staging of gastric cancer: an evidence-based review. J Surg Oncol. 2014;110:291-297.

Dr. Rolando Loría Ruiz. MSc.

Médico especialista en Oncología Radioterápica.
Universidad de Costa Rica.
Master Aplicaciones Tecnológicas avanzadas
en Oncología Radioterápica. Universidad de Murcia. Médico Staff.

Tel: 8841-6612 | rolando.loria@siglo21.cr

Centro Médico de Radioterapia Siglo XXI, San José, Costa Rica.

CENTRO MÉDICO DE RADIOTERAPIA SIGLO XXI

Tels: (506) 2290-3475 | 2290-3481

Dirección: Clínica de Radioterapia Siglo XXI
San José, Costa Rica, La Uruca, de las Bodegas de la
Imprenta Nacional 75 metros oeste y 25 metros al sur.

info@siglo21.cr | www.siglo21.cr

RADIOTERAPIA
SIGLO XXI

Accredited by

ACREDITAS
Global

AAAHC
ACCREDITATION ASSOCIATION
OF AMBULATORY HEALTH CARE, INC.

A subsidiary of
AAAHC Inc.