

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Diagnóstico y Tratamiento del
Adenocarcinoma Gástrico
en Pacientes Adultos

GPC

Guía de Práctica Clínica

Catálogo Maestro de Guías de Práctica Clínica: IMSS-167-09

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

GUÍA DE REFERENCIA RÁPIDA

C16-C26 Tumores Malignos del Abdomen
C16 Tumor Maligno del Estómago

GPC

Diagnóstico y Tratamiento del Adenocarcinoma Gástrico en Pacientes Adultos

ISBN en trámite

DEFINICIÓN

El cáncer de estómago o cáncer gástrico es un tipo de crecimiento tisular maligno producido por la proliferación contigua de [células](#) anormales con capacidad de invasión y destrucción de otros [tejidos](#) y [órganos](#), en particular el [esófago](#) y el [intestino delgado](#). En las formas [metastásicas](#), las células [tumorales](#) pueden infiltrar los [vasos linfáticos](#) de los tejidos, diseminarse a los [ganglios linfáticos](#) y, sobrepasando esta barrera, penetrar en la [circulación sanguínea](#) para diseminarse a cualquier órgano del cuerpo.

El cáncer gástrico, es un padecimiento que suele presentarse en forma asintomática en las etapas iniciales, al momento del diagnóstico, aproximadamente el 50 % de los pacientes presentan una etapa loco regionalmente avanzada y de las etapas tempranas resecaadas tienen metástasis a ganglios linfáticos regionales entre el 70 y el 80%. (GPC NCCN 2009) (ver tabla 1 de anexos)

El cáncer gástrico se reporta como la segunda causa de muerte a nivel mundial con aproximadamente 600,000 muertes al año; situación que se genera en parte por el envejecimiento y crecimiento de la población (cerca del 90% de los pacientes que lo presentan, son mayores de 50 años). Se ha estimado que para el 2010, habrá 1.1 millón de casos nuevos, lo que representará una importante carga a los sistemas de salud, sobre todo en los países en desarrollo. Paul Lochhead 2008.

Un estudio retrospectivo realizado en nuestro país reportó que el 80.2% de los pacientes con esta neoplasia se diagnosticaron en etapa IIIB y IV siendo la sobrevida a dos años del 13.8% y el promedio de edad de los pacientes correspondió a 58.6 años. (Gregorio Quintero 2004)

FACTORES DE RIESGO

La edad mayor a 55 años y el sexo masculino, son factores de riesgo para presentar cáncer gástrico.

Estudios de casos y controles han mostrado una asociación positiva entre la ingesta de sal y nitratos/nitritos (alimentos ahumados) con el cáncer gástrico.

El tabaco es un factor de riesgo independiente para cáncer gástrico, presentando una asociación dosis dependiente.

- Los pacientes con infección con *H. pylori*, gastritis atrófica severa, gastritis predominante en el cuerpo del estomago y/o metaplasia intestinal tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer gástrico

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

1. Se recomienda evitar o suspender el uso del tabaco.
2. Se recomienda el consumo de frutas y vegetales frescos que contengan vitamina C.
3. Se recomienda evitar la ingesta de alimentos salados o ahumados.

DIAGNÓSTICO TEMPRANO (ver algoritmo 1)

Los pacientes con cáncer gástrico, en etapas tempranas pueden cursar asintomáticos. En etapas avanzadas la sintomatología puede ser: saciedad temprana, náusea, vómitos persistentes, sangrado y anemia.

Investigue la presencia de síntomas de alarma en los pacientes con dispepsia, para descartar datos que sugieran diagnóstico de cáncer gástrico.

Pacientes con datos de dispepsia no complicada y tratamiento médico, que no presenten mejoría a los 6 meses o que presenten recurrencia de la dispepsia, se le debe realizar endoscopia.

Pacientes con o sin dispepsia y cualquier síntoma de alarma (disfagia, pérdida de peso, anorexia, vomito recurrente, sangrado digestivo) independientemente de la edad, se le debe realizar endoscopia.

A los pacientes con edad > 55 años y dispepsia no complicada, se les debe realizar endoscopia para descartar cáncer gástrico.

INTERROGATORIO

Investigue exposición a factores de riesgo (tabaquismo, ingesta de sal y nitratos/nitritos (alimentos ahumados)).

Interrogue sobre antecedentes familiares de cáncer gástrico.

Investigue la presencia de síntomas de alarma en los pacientes con dispepsia, para descartar datos que sugieran diagnóstico de cáncer gástrico (saciedad temprana, náusea, vómitos persistentes, sangrado, pérdida de peso y anemia).

EXPLORACIÓN

La exploración debe ser completa, pero buscando de manera intencionada, afección ganglionar (ganglio de Virchow), tumoración abdominal palpable, dolor en epigastrio, ascitis, implantes peri umbilicales, implantes en fondo de saco (en el caso de mujeres) o bien cuadro clínico de penetración o perforación gástrica.

TRATAMIENTO

(ver algoritmos 3, 4 y 5 y tabla 2 de anexos)

- El tratamiento es multidisciplinario y aplicado conforme a la estadificación, una vez que se corrobore el diagnóstico.
- La mucosectomía se recomienda realizar endoscópicamente cuando el médico endoscopista cuente con la experiencia suficiente en el procedimiento en lesiones menores de 30 mm.
- La cirugía para el adenocarcinoma gástrico debe tener como objetivo principal obtener una resección completa (RO) con márgenes adecuados.
- La QT (fluorouracilo y leucovorin)-RT (45 Gy) debe de emplearse en los pacientes con cáncer gástrico T2 a T4 con o sin ganglios positivos, que se trataron de manera inicial con cirugía.
- La quimioterapia perioperatoria con ECF se debe de emplear en los pacientes con adenocarcinoma

gástrico \geq T2 considerados resecables.

- Se recomienda la quimioterapia paliativa en los pacientes con estado funcional (ECOG) \leq 2, mientras que los pacientes con ECOG \geq 3 se deberán tratar con mejores cuidados de soporte.
- Se recomienda la quimioterapia con triple agente (epirrubicina o docetaxel, cisplatino y fluorouracilo) en pacientes con etapa avanzada y estado funcional de 0 ó 1.
- Se deberá de valorar riesgo beneficio del emplear quimioterapia de combinación en pacientes con etapa avanzada y estado funcional de 2.
- El capecitabine y oxaliplatino podrán suplir al fluorouracilo y cisplatino respectivamente en el esquema de ECF.
- No se recomienda un tratamiento de quimioterapia de segunda línea como estándar.
- La cirugía paliativa debe ser considerada en aquellos pacientes con enfermedad avanzada pero sin carcinomatosis peritoneal.

ESCALAS

(AJCC). Clasificación para Carcinoma de Estómago

Tumor primario (T)

TX	No puede determinarse tumor primario
T0	No hay evidencia de tumor primario
Tis	Carcinoma in situ: tumor intraepitelial sin invasión a la lamina propia
T1	El tumor invade lamina propia o submucosa
T2	El tumor invade muscular propia o subserosa †
T2a	El tumor invade muscular propia
T2b	El tumor invade subserosa
T3	El tumor penetra serosa (peritoneo visceral) sin invasión a estructuras adyacentes
T4	El tumor invade estructuras adyacentes (bazo, colon transverso, hígado, diafragma, páncreas, pared abdominal, glándula adrenal, riñón, intestino delgado y retroperitoneo. La extensión intramural a duodeno o esófago se clasifica por la profundidad de invasión mayor a alguno de esos sitios, incluyendo el estómago).

Ganglios linfáticos regionales (N)

NX	No pueden determinarse ganglios regionales
N0	No hay metástasis linfáticas regionales §
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

Metástasis a distancia (M)

MX	No pueden determinarse metástasis a distancia
M0	No hay metástasis a distancia
M1	Metástasis a distancia

Grado histológico (G)

GX	No puede determinarse el grado
G1	Bien diferenciado
G2	Moderadamente diferenciado
G3	Poco diferenciado
G4	Indiferenciado

Agrupamiento por etapas

Etapa 0	Tis	NO	MO
Etapa IA	T1	NO	MO
Etapa IB	T1	N1	MO
Etapa II	T2a/b	NO	MO
	T1	N2	MO
	T2a/b	N1	MO
Etapa III A	T3	NO	MO
	T2a/b	N2	MO
	T3	N1	MO
Etapa III B	T4	NO	MO
	T3	N2	MO
Etapa IV	T4	N1-3	MO
	T1-3	N3	MO
	Cualquier T	Cualquier N	M1

* Usado con permiso del American Joint Committee

Clasificación del estado funcional (ECOG)

ECOG 0.	El paciente encuentra totalmente asintomático y es capaz de realizar un trabajo y actividades normales de la vida diaria.
ECOG 1.	El paciente presenta síntomas que le impiden realizar trabajos arduos aunque se desempeña normalmente en sus actividades cotidianas. El paciente solo permanece en la cama durante las horas de sueño nocturno.
ECOG 2.	El paciente no es capaz de desempeñar ningún trabajo, se encuentra con síntomas que lo obligan a permanecer en la cama durante varias horas al día, pero no supera el 50 % del día. El individuo satisface la mayoría de sus necesidades solo.
ECOG 3.	El paciente necesita estar encamado más de la mitad del día por la presencia de síntomas. Necesita ayuda para la mayoría de las actividades de la vida diaria.
ECOG 4.	El paciente permanece encamado el 100 % del día y necesita ayuda para todas las actividades de la vida diaria.
ECOG 5.	El paciente se encuentra moribundo o morirá en horas.

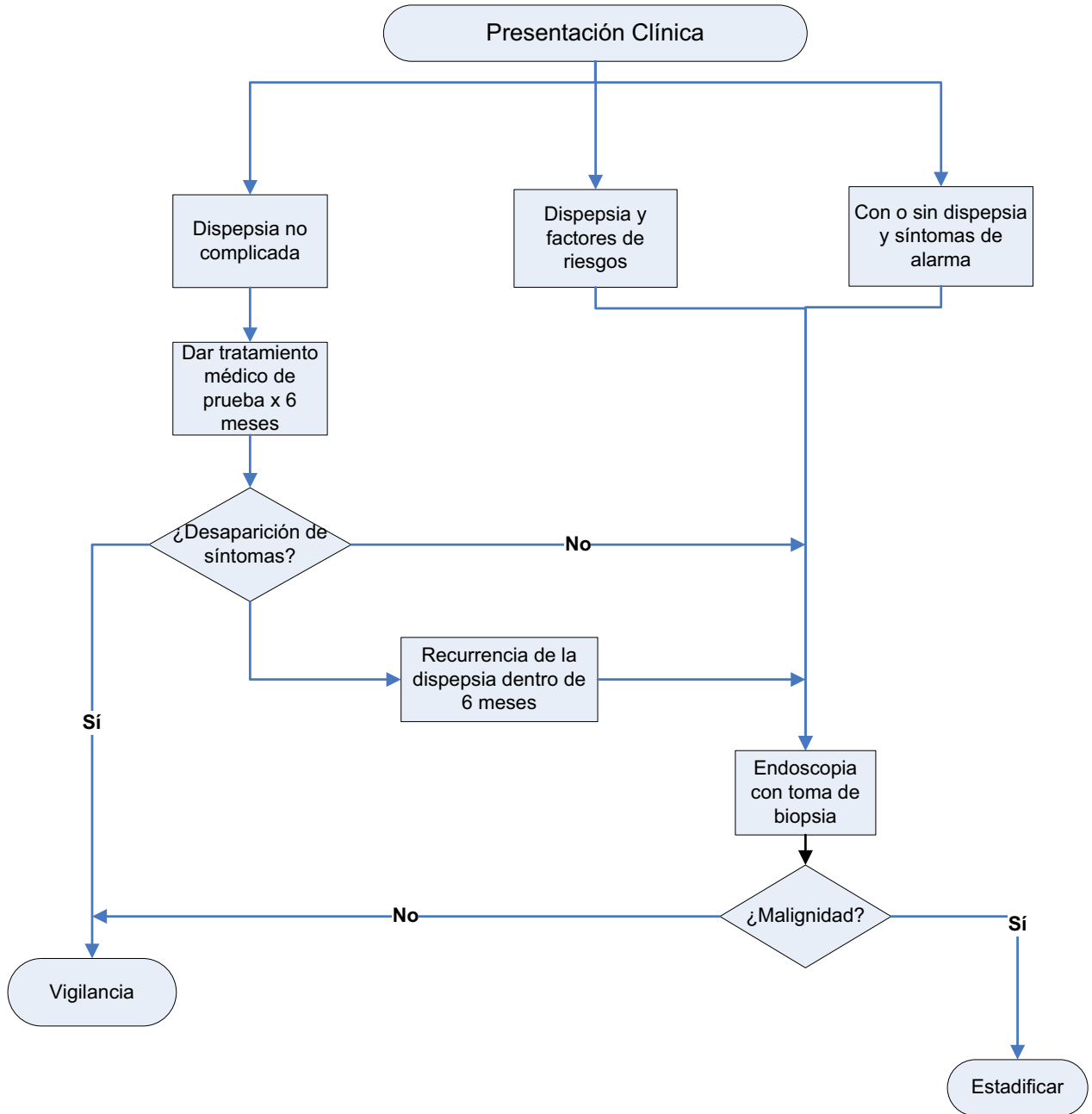
EXÁMENES DE LABORATORIO Y GABINETE

La endoscopia flexible gastrointestinal alta con toma de biopsia es el procedimiento de elección para el diagnóstico en pacientes con sospecha de cáncer gástrico.

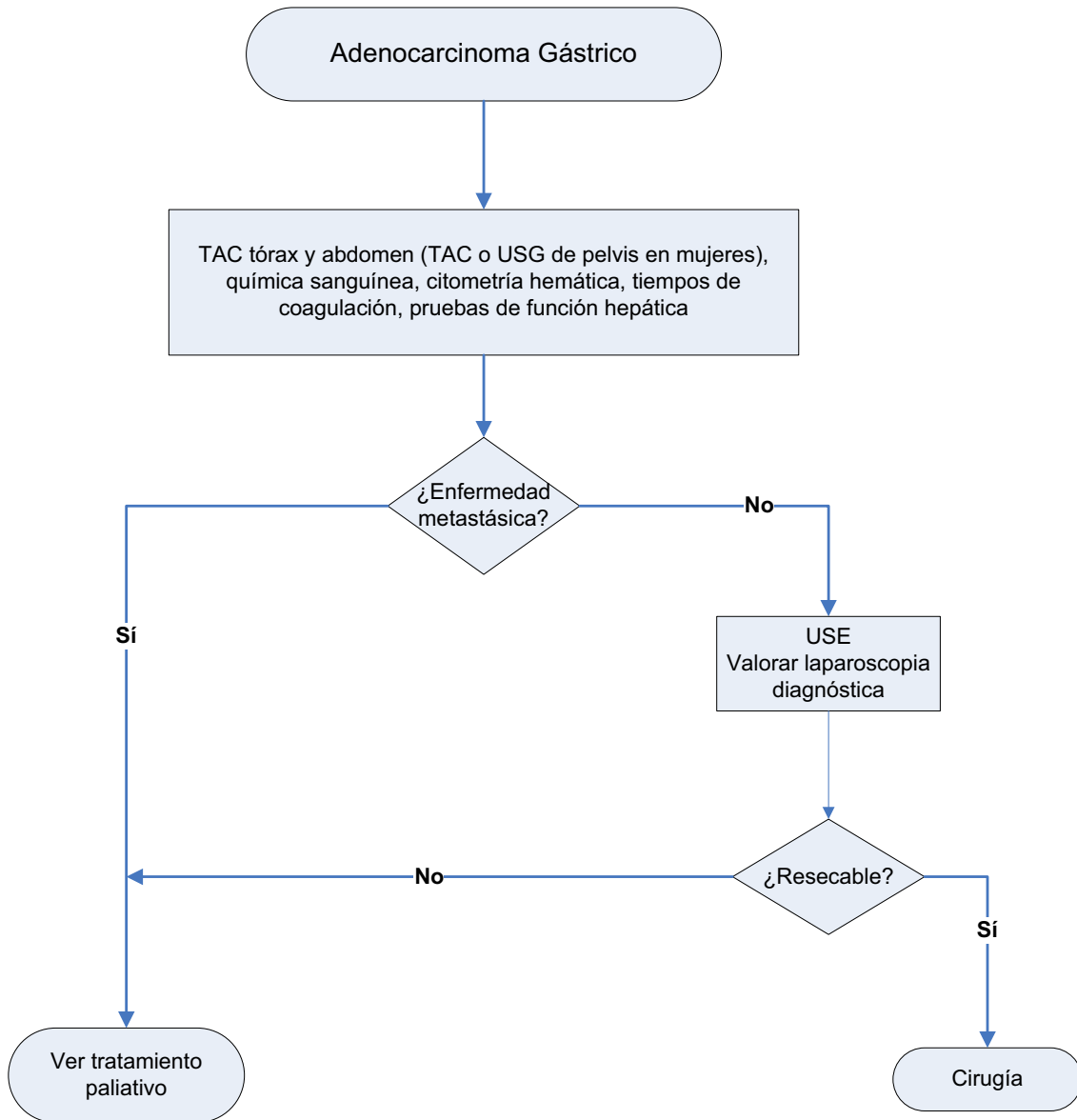
A los pacientes a quienes se les realiza el diagnóstico de cáncer gástrico por primera ocasión, se deberá de realizar con fines de estadificación: historia clínica y examen físico completos así como endoscopia completa del tracto gastrointestinal alto, citometría hemática completa, química sanguínea, tiempos de coagulación, pruebas de función hepática, TAC torácica, TAC abdominal, TAC o USG de pelvis en las mujeres y prueba de detección de *H. pylori*. (ver algoritmo 2)

ALGORITMOS

Algoritmo No 1: Abordaje Diagnóstico

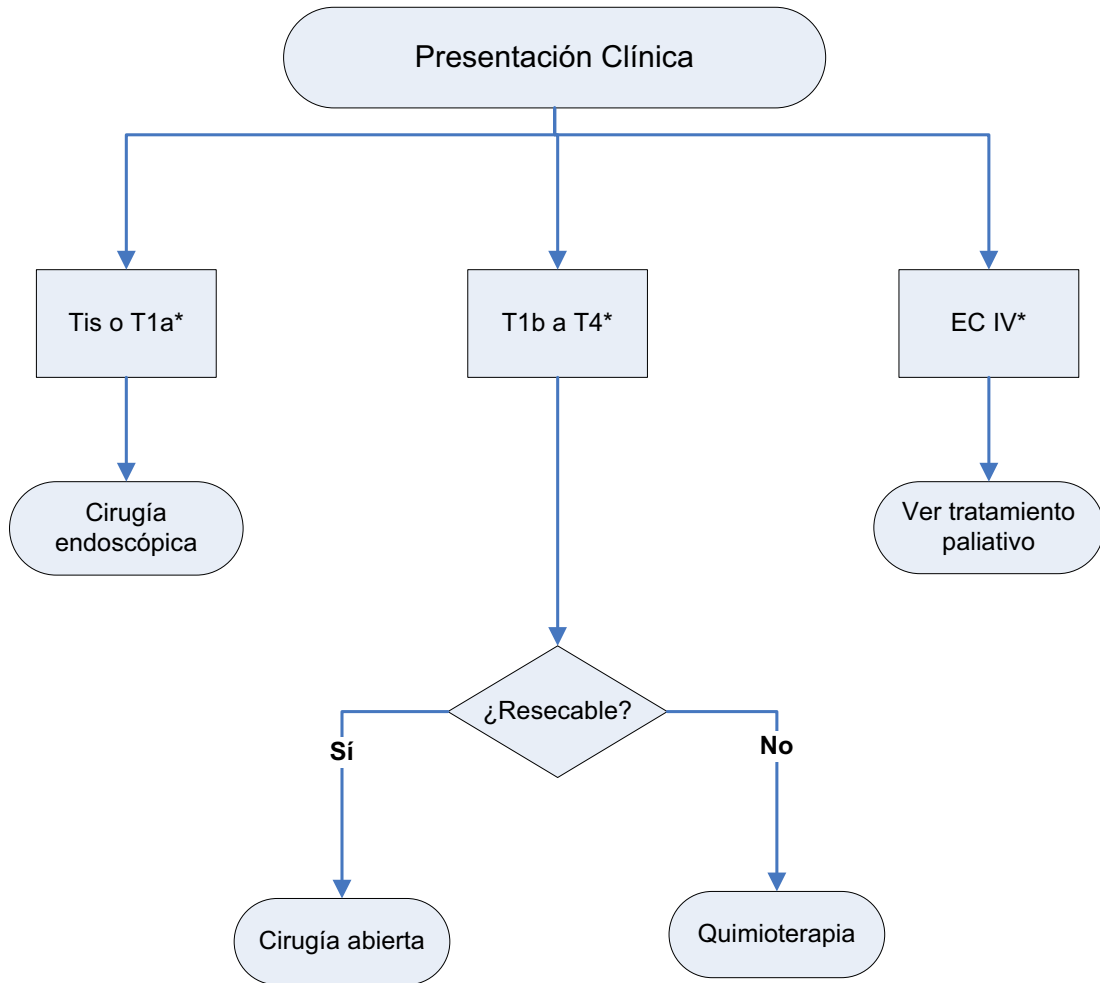


Algoritmo No 2: Estadificación



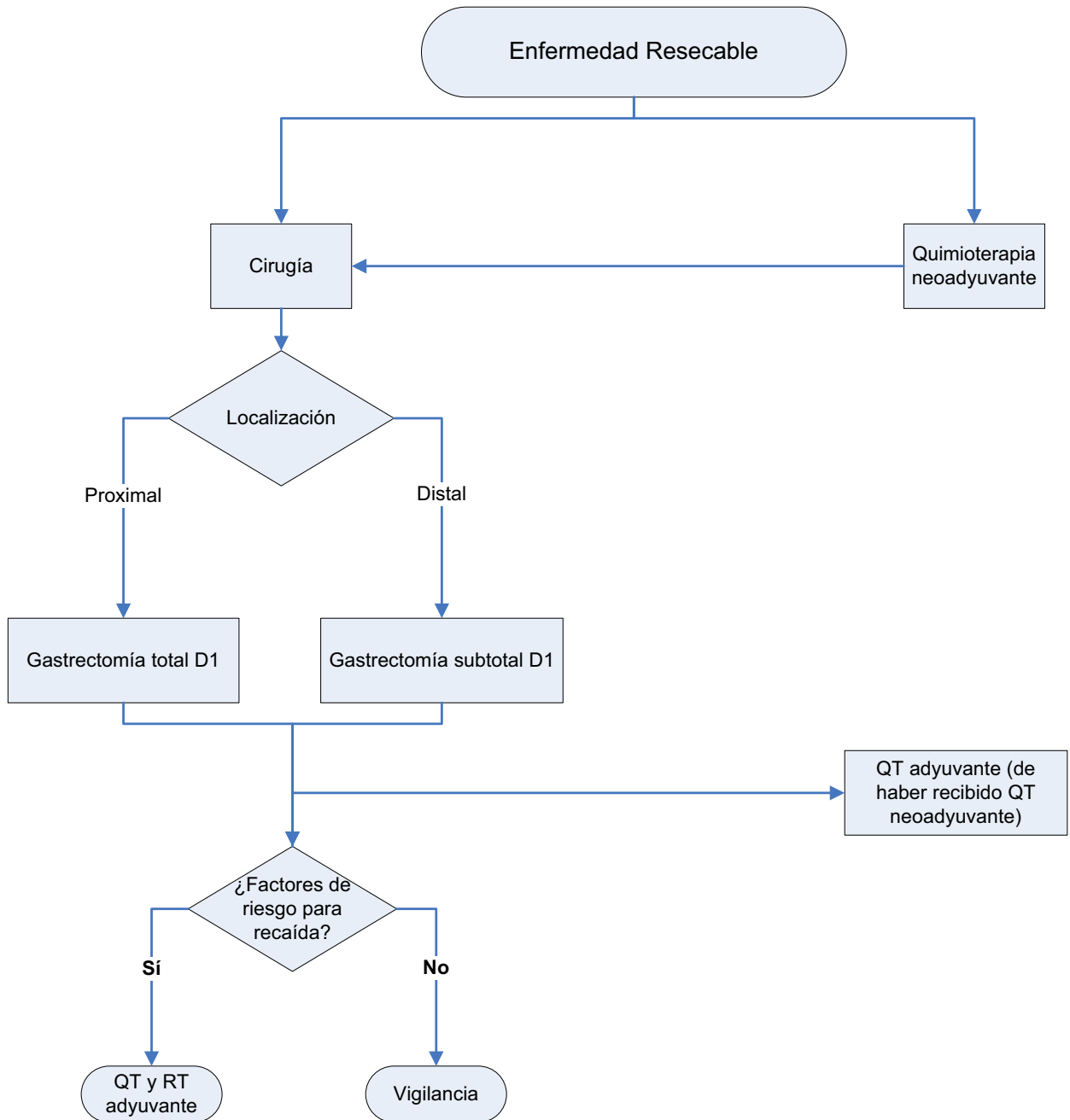
TAC = Tomografía axial computada
USE = Ultrasonido endoscópico
USG = Ultrasonido

Algoritmo No 3: Decisión de Manejo



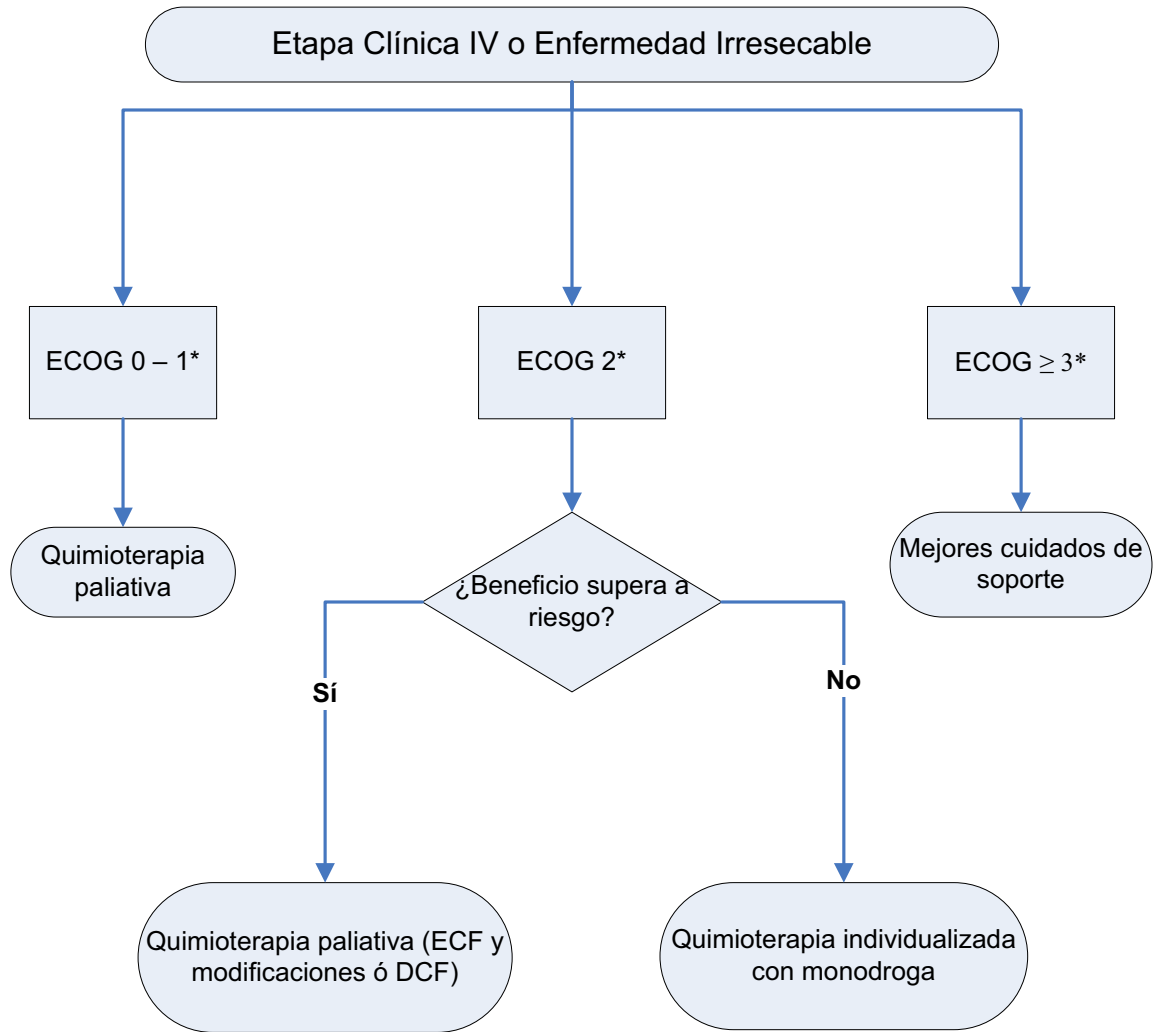
* Ver clasificación en anexos

Algoritmo No 4: Tratamiento en Enfermedad Resecable



QT = Quimioterapia
RT = Radioterapia

Algoritmo No 5: Tratamiento Paliativo



*Clasificación del estado funcional del Grupo Oncológico Cooperativo del Este (Ver anexo 3 Tabla 2)
ECF = Epirubicina , Cisplatino y Fluorouracilo
DCF = Docetaxel, Cisplatino y Fluorouracilo

Cuadro II. Medicamentos Indicados en el Tratamiento de Cáncer Gástrico.

Clave	Principio Activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (período de uso)	Toxicidades	Interacciones	Contraindicaciones
3012	5-fluorouracilo	200mg/m ² /día en infusión de 21 días (combinado) 1000mg/m ² infusión de 24 h por 4 días. 325 a 450 mg/m ² día (mono droga) día por 5 días	Frasco liofilizado 250 mg Envase con 10 ampolletas de 10 ml	Bolo y/o infusión 5 días	Mucositis Diarrea Mielosupresión Síndrome mano pie Nausea Pigmentación de uñas.	Leucovorin: potencializa el efecto del fluorouracilo.	Insuficiencia hepática grave. Usar con precaución en paciente con disminución del filtrado glomerular.
5461	Capecitabine	2000 a 2500 mg/m ² día por 14 días (monodroga) 625mg/m ² 2 veces al día por 21 días (combinado)	Tabletas de 500 mg. Envase con 120 tabletas	30 min después de los alimentos 21 días	Nausea Mielosupresión Síndrome mano pie	Antiácidos prolongan su vida media y se incrementa la toxicidad del fármaco	Insuficiencia hepática grave. Depuración de creatinina menor de 30 ml/min.
3046	Cisplatino	50 mg/m ² cada 21 días (combinación 3 drogas) 80-100mgm ² en combinación 2 drogas)	Sol inyectable. 10mg. Envase con 1 frasco ampula	Infusión de 1 a 2 hrs. 6 ciclos	Mielosupresión Nausea y vomito Ototoxicidad Neuropatía Neurotoxicidad	Uso concomitante con furosemida, incrementa el riesgo de ototoxicidad.	Depuración de creatinina menor de 30 ml/min. Ajustar dosis con Depuración mayor de 30 y menor de 60 ml/min al 50 %. Neuropatía periférica grave.
5468 5459	Oxaliplatino	85-130 mg/m ²	Solución inyectable. Liofilizado de 50 mg y 100 mg. Envase con 1 frasco ampula	Infusión de 2 hrs 6 ciclos	Nausea Neuropatía periférica. Laringoespasmo.	Simergismo con la combinación con capecitabine	Neuropatía periférica grave. Insuficiencia hepática grave.
1773 1774	Epirubicina	50mg/m ² cada 21 días.	Sol inyectable 50 mg y 10mg. Envase con 1 frasco ampula	Infusión de 30 minutos 6 ciclos en promedio	Nausea Mielosupresión Insuficiencia cardiaca (dependiente de dosis acumulada)	Potencializa efecto con uso de radioterapia.	Insuficiencia hepática grave. Insuficiencia cardiaca.

Diagnóstico y Tratamiento del Adenocarcinoma Gástrico en Pacientes Adultos

5437 5457	Docetaxel	75mg/m ² cada 21 días	Sol inyectable de 80 mg y 20mg. Envase con 1 frasco ámpula	Infusión de 1 hr. 6 ciclos en promedio	Nausea Mucositis Cambios en uñas Neuropatía Mielosupresión, epi fora	Sinergismo con cisplatino	Insuficiencia hepática grave.
2195 y 5428	Ondansetron	8mg cada 8 hrs vía oral por 3 días 16 mg día IV 1 15 minutos antes de la quimio y a las 4 y 8 hrs de la aplicación de la quimioterapia.	Sol inyectable 8mg. Envase con 3 frascos ámpula Tableta 8mg. Envase con 10 tabletas	Bolo, premedicación 15 minutos previo a la quimioterapia.	Estreñimiento cefalea Reacción de hipersensibilidad	Sinergismo con esteróide.	Insuficiencia hepática grave.
4241	Dexametasona	8 a 16 mg día IV	Sol inyectable 8mg. Envase con 1 frasco ámpula	Bolo, premedicación 15 minutos previo a la quimioterapia	Hiperglucemia. Insomnio. Hipertension	Sinergismo con antieméticos	Insuficiencia hepática Hiperglucemia grave. Hipertension descontrolada.
4437	Palonosetrón	Sol inyectable 0.25 mg. 30 minutos previos al inicio de quimioterapia IV	Sol inyectable 0.25 mg. Envase con 1 frasco ampula de 5 ml	Bolo, sin diluir, administrar 30 minutos previos Al inicio de quimioterapia, en esquemas con cisplatino.	Estreñimiento Cefalea	Sinergismo con esteróide	Insuficiencia hepática grave.