



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

**“TUMORES MALIGNOS Y BENIGNOS”**

**DOCENTE: DRA. MAGALI GUADALUPE  
ESCARPULLI SIU.**

**MATERIA: CLÍNICA QUIRÚRGICA.**

**ALUMNO: MIGUEL VELASQUEZ CELAYA**

**TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.**

Las tres neoplasias gástricas malignas primarias más comunes son adenocarcinoma (95%), linfoma (4%) y tumor maligno del estroma gastrointestinal (GIST) (1%).

Otros tumores malignos primarios son carcinoide, angiosarcoma, carcinosarcoma y carcinoma epidermoide.

En ocasiones el estómago alberga células neoplásicas hematógenas provenientes de otros tumores (p. ej., melanoma o cáncer mamario).

Es más común que los tumores malignos de órganos adyacentes invadan el estómago por extensión directa (p. ej., colon o páncreas) o mediante diseminación peritoneal (p. ej., ovario).

En general, el cáncer gástrico es una enfermedad del anciano y es dos veces más frecuente en personas de raza negra que en caucásicos.

El cáncer gástrico tiene una mayor incidencia en grupos de menor nivel socioeconómico.

El cáncer gástrico es más común en pacientes con anemia perniciosa, sangre tipo A o antecedentes familiares de cáncer gástrico.

Cuando los pacientes emigran de una región con incidencia alta a una con incidencia baja, el riesgo de cáncer gástrico disminuye en las generaciones siguientes nacidas en la nueva región.

Esto sugiere con firmeza que existe influencia ambiental en la aparición del cáncer gástrico.

Los factores ambientales muestran una mayor relación etiológica con la forma intestinal de cáncer gástrico que con la forma difusa, más agresiva.

Es característico encontrar una dieta rica en carbohidratos, en la que predominan los alimentos encurtidos, salados o ahumados, en muchas regiones en las que existe riesgo elevado de enfermarse de cáncer gástrico. Los nitratos de la dieta se han señalado como causa posible de cáncer gástrico. Las bacterias gástricas (muy comunes en pacientes con aclorhidria por gastritis atrófica, un factor de riesgo para cáncer gástrico) convierten los nitratos en nitritos, que son carcinógenos comprobados.

Una dieta abundante en frutas y verduras frescas, así como rica en vitaminas C y E, disminuye el riesgo de cáncer gástrico en la población.

El riesgo de la aparición de cáncer gástrico en pacientes con infección crónica por *H. pylori* se incrementa alrededor de tres veces.

No todos los pacientes con cáncer gástrico tienen *H. pylori* y hay ciertas regiones geográficas con prevalencia alta de infección crónica por esta bacteria y baja prevalencia de cáncer gástrico (el “enigma africano”).

Cerca de 10% de los adenocarcinomas porta el EBV.

En fecha reciente se sugirió que la infección por EBV es una etapa bastante tardía en la carcinogénesis gástrica, ya que los transcritos de EBV se encuentran en las células cancerosas, pero no en las células metaplásicas del epitelio precursor.

Las anomalías genéticas más comunes en esta forma de cáncer afectan a los genes p53 y COX2. En más de dos terceras partes de los cánceres gástricos se presenta delección o pérdida de un importante gen supresor de tumores, el p53.

La lesión precancerosa más común es la gastritis atrófica.

Existen cinco tipos de pólipos epiteliales gástricos:

- Inflamatorios.
- Hamartomatosos.
- Heterotópicos.
- Hiperplásicos.
- Adenomatosos.

El potencial maligno de los primeros tres tipos es mínimo.

Los adenomatosos pueden transformarse en carcinomas, como sucede en el colon, y se deben extirpar al momento del diagnóstico.

En ocasiones, los pólipos hiperplásicos se relacionan con carcinomas. Los pacientes con poliposis familiar adenomatosa presentan una prevalencia elevada de pólipos gástricos adenomatosos (cerca de 50%), y corren un riesgo 10 veces mayor de que sobrevenga adenocarcinoma del estómago que la población general.

La gastritis atrófica crónica es la lesión precursora más común del cáncer gástrico, en particular el subtipo intestinal.

La prevalencia de gastritis atrófica es mayor en los grupos de mayor edad, pero en regiones con incidencia alta de cáncer gástrico la afección también es común en personas jóvenes. En muchos pacientes es posible que la infección por H. pylori esté implicada en la patogenia de la gastritis atrófica.

En general, se acepta que la displasia gástrica es el precursor universal del adenocarcinoma gástrico. Los pacientes con displasia grave deben considerarse para resección gástrica si la anomalía está diseminada o es multifocal, o para extirpación endoscópica (EMR) si la displasia grave está localizada.

Existen cuatro formas macroscópicas de cáncer gástrico:

- Polipoide.

- Vegetante.
- Ulcerativo.
- Escirroso.

En los primeros dos la mayor parte de la masa tumoral se halla dentro de la cavidad.

Los tumores polipoides no se ulceran; los tumores vegetantes resaltan hacia la luz gástrica, como también lo hacen los ulcerativos.

En los últimos dos subtipos macroscópicos, el grueso de la masa tumoral se ubica dentro de la pared del estómago.

Los tumores ulcerativos son descritos por su nombre, en tanto que los tumores escirrosos se infiltran en el grosor total del estómago y cubren una amplia superficie.

Los tumores escirrosos (linitis plástica) tienen un pronóstico especialmente malo y es común que afecten todo el estómago.

Aunque estas últimas lesiones podrían ser técnicamente reseccables mediante gastrectomía total, con frecuencia los bordes esofágicos y duodenales de la resección presentan indicios microscópicos de infiltración tumoral.

En promedio, la muerte por enfermedad recurrente se presenta tras seis meses.

La ubicación del tumor primario en el estómago es importante para la planificación de la intervención quirúrgica.

Los síntomas más comunes son:

- Pérdida de peso.
- Disminución del consumo de alimentos por anorexia.
- Saciedad temprana.

También es común:

- El dolor abdominal (por lo general no muy intenso y con frecuencia ignorado).

Otros síntomas son:

- Náuseas.
- Vómito.
- Distensión abdominal.

El sangrado gastrointestinal agudo es relativamente raro (5%), pero es común la pérdida crónica de sangre oculta que se manifiesta como anemia por deficiencia de hierro y detección de hem en las heces.

La disfagia es frecuente si el tumor afecta el cardias del estómago.

En raras ocasiones se presentan síndromes paraneoplásicos como el de Trousseau (tromboflebitis), acantosis nigricans (hiperpigmentación de axilas y regiones inguinales) o neuropatía periférica.

Por lo general es imposible distinguir una úlcera péptica de cáncer gástrico basándose sólo en signos y síntomas clínicos.

Si se detecta alguna lesión mucosa, los pacientes mayores de 45 años que padecen dispepsia de inicio reciente, así como aquéllos con dispepsia y síntomas de alarma (pérdida ponderal, vómito recurrente, disfagia, indicios de sangrado o anemia) o antecedentes familiares de cáncer se deben someter con rapidez a una endoscopia GI superior y biopsia. Resulta indispensable que todos los pacientes en quienes el cáncer gástrico constituye un diagnóstico diferencial se sometan a endoscopia y biopsia.

Si la sospecha de cáncer es intensa y la biopsia es negativa, se debe repetir la endoscopia y efectuar biopsias más numerosas.

En ciertos pacientes con tumores gástricos, la serie GI superior es útil para planificar el tratamiento.

Aunque un estudio baritado GI superior con doble contraste permite la detección de tumores gástricos (sensibilidad hasta de 75%), en la mayor parte de los centros de atención médica, la endoscopia se ha convertido en el estándar de oro para el diagnóstico de la enfermedad gástrica maligna.

La resección quirúrgica es el único tratamiento curativo para el cáncer gástrico.

También constituye la mejor forma de paliación y permite determinar el grado de afectación de modo más preciso.

En consecuencia, la mayor parte de los pacientes con adenocarcinoma gástrico se debe someter a resección.

Entre las excepciones evidentes se encuentran los pacientes incapaces de soportar una operación abdominal y aquéllos con enfermedad metastásica extensa.

El objetivo del tratamiento quirúrgico curativo es la resección de todo el tumor (es decir, resección R0).

De esta forma todos los bordes (proximal, distal y radial) deben ser negativos y se debe realizar una linfadenectomía adecuada.