



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

Dra. Magali Guadalupe Escarpulli Siu



Alumno:

Jonathan Suriano Cruz

Materia:

Fisiopatología IV

Tema:

Cáncer de estomago

Grado:

4º semestre de medicina humana

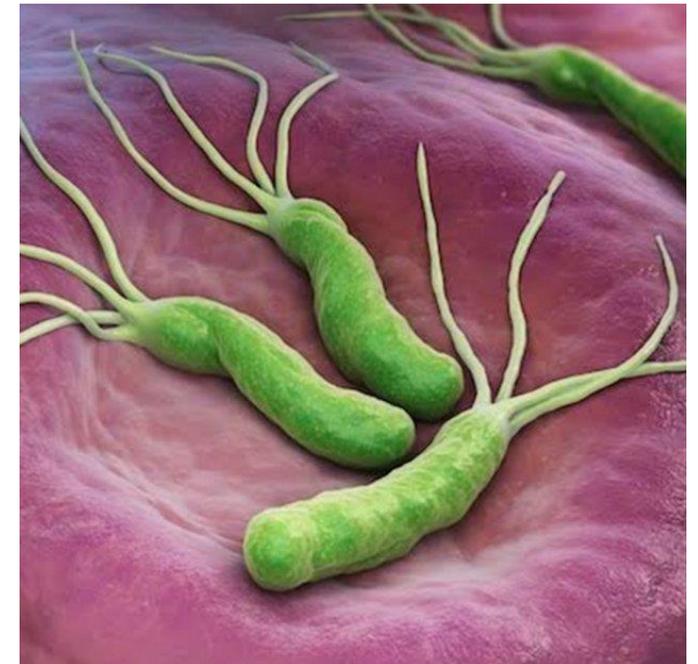
Epidemiología

- Dentro de la población mundial el carcinoma gástrico es el mas frecuente del aparato digestivo y en relación con las neoplasias en general, ocupa el segundo lugar.
- La variación en diferentes regiones de México es atribuida a patrones alimenticios, ambientales y genéticos muy específicos.
- Los factores de riesgo para tener un carcinoma gástrico son: edad avanzada, sexo masculino, clase social baja, falta de agua potable.

Etiología

Son muchos los factores que intervienen en la etiología de este carcinoma.

- Factores genéticos.
- Factores ambientales (dieta, hábitos, alimentos salados y alimentos ahumados).
- Exposición a carcinógeno.
- Factor muy importante es la presencia **Helicobacter pylori**.
- Tabaquismo asociado con **Helicobacter pylori** (cáncer gástrico).



- Es importante conocer los factores causales del carcinoma gástrico ya que este hecho puede permitir tomar medida en la prevención de esta enfermedad.
- Por lo general se considera que un 5 a 10% de los cánceres gástricos son esporádicos y debido a mutaciones genéticas y hereditarias.

Anatomía patológica

La clasificación de Jarvy y Lauren existen dos subtipos histológicos:

CARCINOMA DEL TIPO INTESTINAL

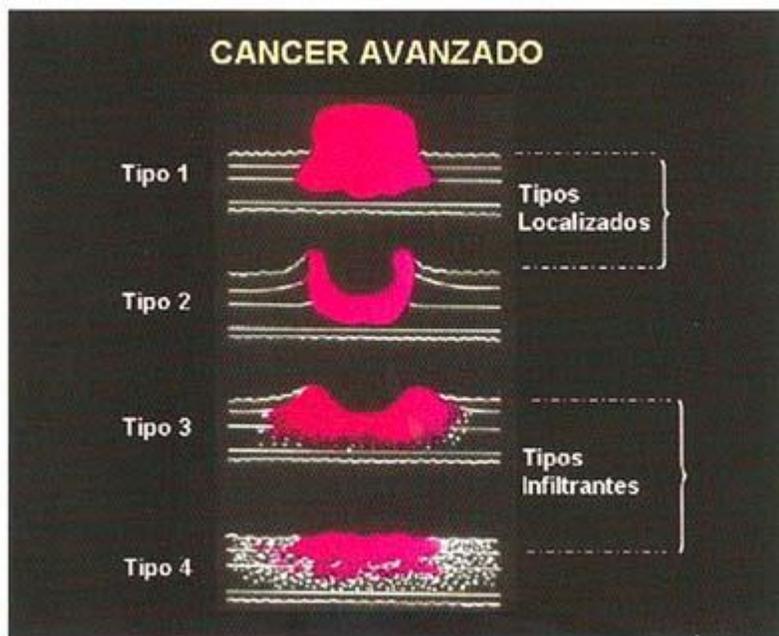
- Este será bien diferenciado, sus células semejan mejor el tejido que le dio origen.
- Este se encuentra con mayor frecuencia en aquellas zonas donde el carcinoma gástrico es endémico como países del tercer mundo.

CARCINOMA DEL TIPO DIFUSO

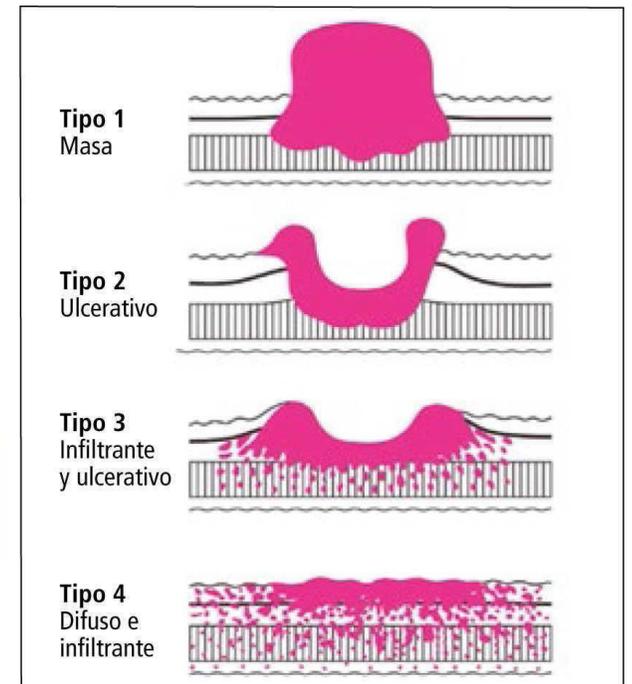
- Mientras que el difuso se pierde el patrón estructural glandular, frecuentemente se asocia a células en anillo de sello.
- Este se encuentra en países donde el carcinoma gástrico es esporádico

Clasificación morfologías de Borrmann

- I. Tipo I: el de aspecto polipoide, circunscrito, con crecimiento hacia la luz.
- II. Tipo II: el ulceroso circunscrito, de bordes bien delimitados y con poca infiltración en su base.
- III. Tipo III: el ulcerado no bien circunscrito, con infiltración a la base y otras capas del estomago.
- IV. Tipo IV: el infiltrante difuso, que abarca varias zonas de la pared gástrica.
- v. Tipo no clasificable: cuando no se encuentra en ninguna de las categorías anteriores descritas



Cáncer gástrico avanzado. Endoscopia.



Clasificación del TNM

- Es la mas utilizada y permite determinar tanto información especifica para decidir el mejor tratamiento y el pronostico en un paciente determinado.

Cuadro 44.3
CLASIFICACIÓN TNM DEL CARCINOMA GÁSTRICO DEL COMITÉ AMERICANO PARA LA ESTADIFICACIÓN DEL CÁNCER

Tumor primario (T)	Ganglios linfáticos (N)	Metástasis (M)
T-1 Tumor limitado a la mucosa o submucosa	N-0 Sin metástasis	M-0 Sin metástasis
T-2 Tumor que invade la mucosa y la submucosa así como la capa muscular pero que no penetra a la serosa	N-1 Invasión de los ganglios perigástricos sin encontrarse invadidos a una distancia mayor de 3 cm a lo largo de la curvatura mayor y menor	M-1 Con metástasis
T-3 Tumor que penetra a la serosa sin invadir las estructuras vecinas	N-2 Ganglios linfáticos regionales invadidos a una distancia mayor de 3 cm, invadiendo los ganglios de la curvatura mayor y menor, el celíaco y de las arterias hepáticas comunes	

Cuadro clínico

No hay cuadro clínico característicos en la etapa temprana del carcinoma gástrico.

Cuando ha sido persistente por periodos mayores de 4 a 6 semanas, sobre todo en personas mayores de 45 años obligan a investigar.

Manifestaciones el carcinoma gástrico

1. Dolor o sensación de llenura postprandial inmediata, generalmente acompañado de hiporéxia.
2. Síndrome ulceroso, es decir dolor postprandial tardío que algunas ocasiones disminuye con el alimento o en otras ocasiones aumenta.
3. Puede haber síntomas de obstrucción pilórico cuando el tumor se encuentra cerca de esta zona con sensación de distensión, eructos, nauseas y vómitos.

4.- síntomas sugestivos de lesión a nivel del cardias, disfagia, dolor u opresión retroesternal baja, así como regurgitaciones y en ocasiones baja de peso, anorexia, náuseas y vómitos.

5.- la anemia, hematemesis o melena puede ser una de las primeras manifestaciones que desde luego obligan a investigar.

Carcinoma gástrico temprano

- La idea es diagnosticar oportunamente el carcinoma gástrico.
- Siempre hay que pensar en el ante cualquier síntoma gástrico persistente por mas de 4 a 6 semanas generalmente donde hay programas de detección oportuna.
- Debe investigarse especialmente en pacientes con antecedentes de cáncer gástrico familiar o síndrome carcinomatosos.
- El carcinoma gástrico de la unión cardio-esofágico se manifiesta en pacientes con reflujo gastroesofágico de evolución prolongada.

Diagnostico

Se establece de acuerdo con la sintomatología y los estudios comprobatorios fundamentalmente la endoscopia con múltiples biopsia.

Lo mas importante es la determinación exacta del estadio clínico y mas aun si la lesión es operable o no.

El ultrasonido transendoscopico permite determinar la invasión de la pared del estomago por la lesión y las presencia o ausencia de ganglios linfáticos pero-regionales.

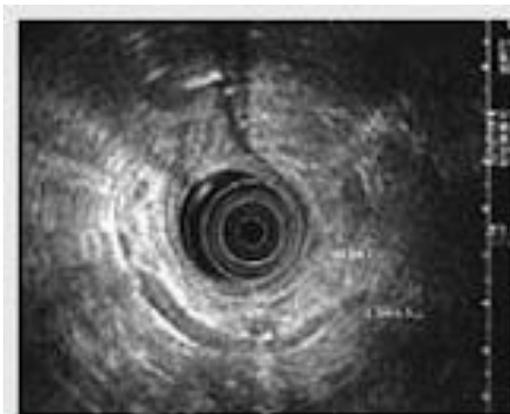


Figura 1. Tumor endocrino pancreático en el cuerpo, insulinoma.

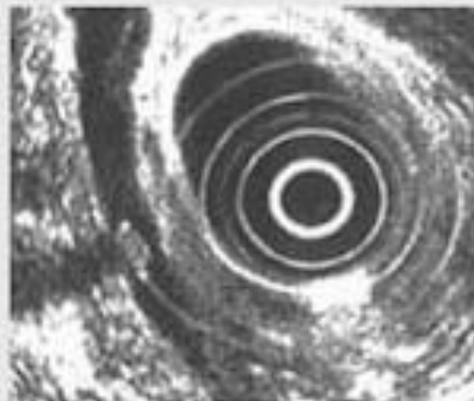
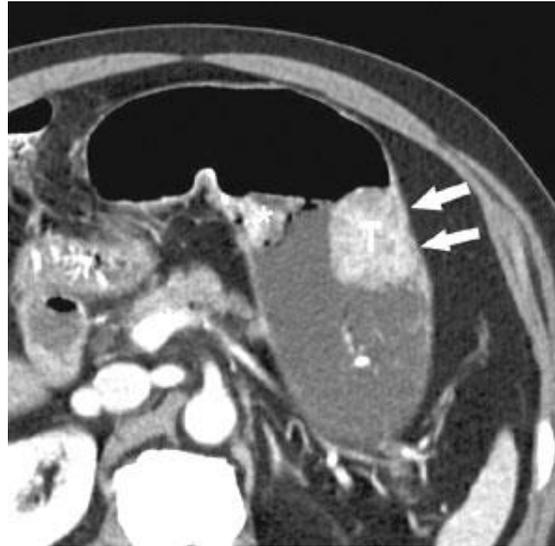


Figura 2. Coledocolitiasis: cálculo con sombra acústica posterior.

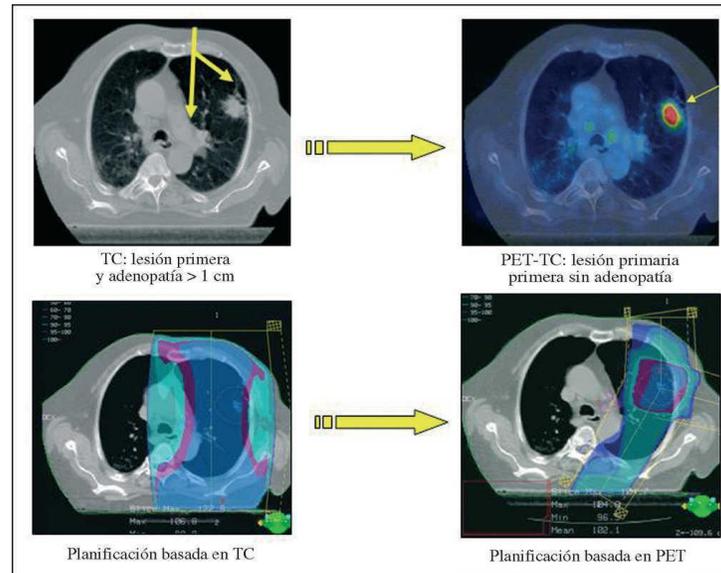


Figura 3. Imagen endosonográfica de un tumor t2 gástrico, ulcerado.

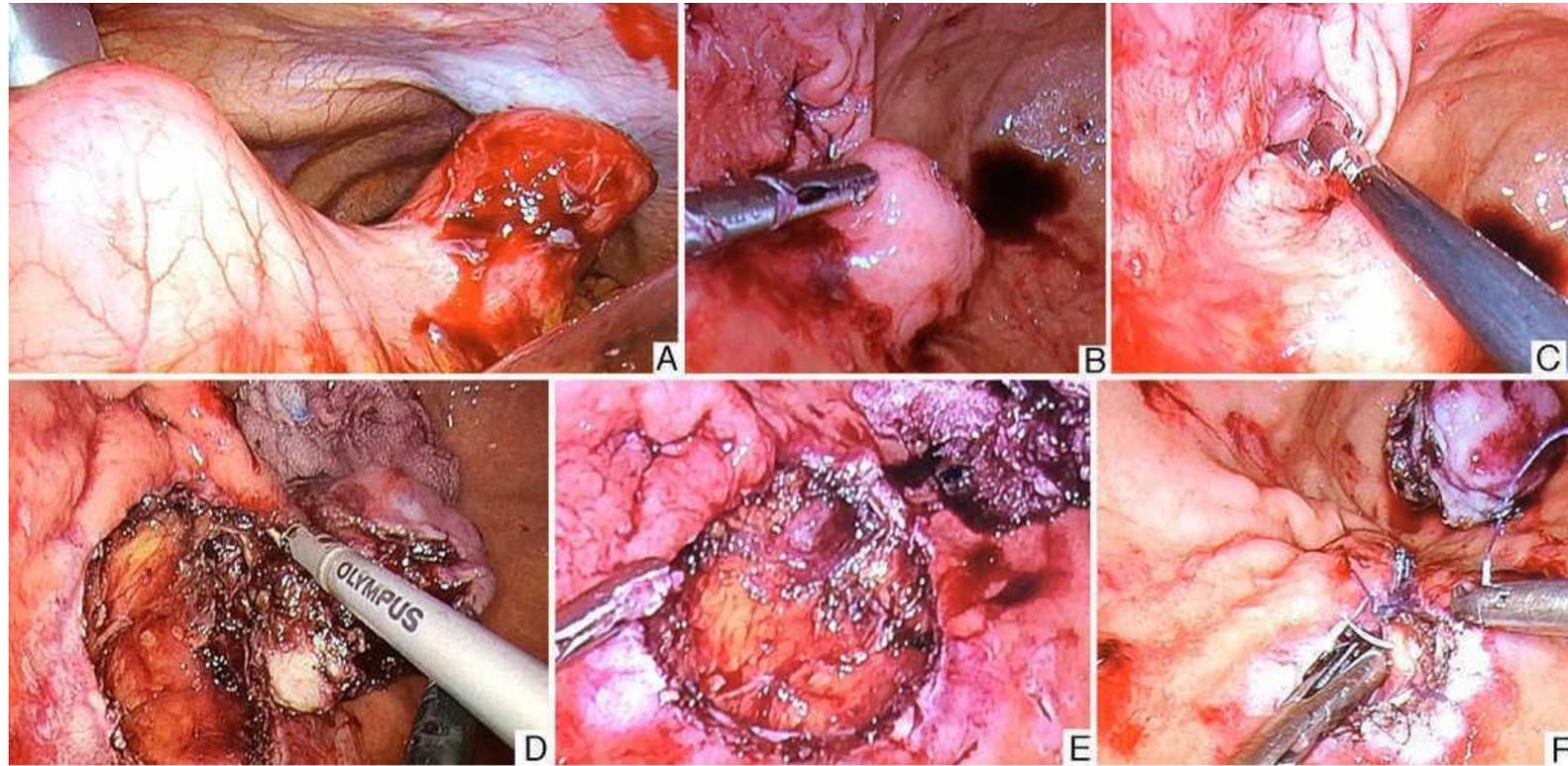
- La tomografía axial computada permite determinar la presencia o ausencia de metástasis hepáticas y con menos exactitud peritoneales .



- La tomografía por emisión de positrones permite determinar la extensión de la lesión y la presencia de metástasis .



- Se esta contemplando la posibilidad de cirugía laparoscópica como el procedimiento diagnóstico para determinar la extensión de la tumoración, pues esto permitirá determinar la presencia de invasión hasta la serosa por parte del tumor e incluso la afección de peritoneo.



Tratamiento

- Cuando la tumoración se encuentra en la mucosa solamente, la resección endoscópica puede brindar un tratamiento curativo poco invasivo.
- En caso de que la tumoración se encuentra localizada el tratamiento es quirúrgico.
- Actualmente no existe un consejo para caracterizar la mejor técnica quirúrgica.
- La resección de la lesión con la disección de todos los ganglios a nivel perigástrico (por lo menos 15) se considera suficiente.
- Pero este solo tiene un pronóstico de supervivencia a 5 años del 30%.

- La quimioterapia y la radioterapia solas, en estudios aleatorizados bien diseñados, no han demostrado aumentar la supervivencia en este grupo de pacientes.
- El tratamiento de pacientes con enfermedad metastásica debería incluir control de la sintomatología que disminuye la calidad de vida.
- Existen por lo menos 4 estudios aleatorizados que demostraron que además del tratamiento de apoyo, el agregar quimioterapia aumenta el tiempo y la calidad de vida.

Prevención del cáncer gástrico

- A. Toma en cuenta la dieta.
- B. Cuando hay helicobacter pylori dar tratamiento.
- C. En los individuos con alto riesgo vigilarlos periódicamente con endoscopia y estudios histológicos.
- D. En otros casos con enfermedades predisponentes: vigilancia periódica.