



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE
CAMPUS TUXTLA GUTIERREZ CHIS.**

**CLINICA QUIRURGICA
CUARTA UNIDAD**

**TITULO:
CANCER ESOFAGICO Y GASTRICO**

**ALUMNO:
ANGEL GERARDO VALDEZ CUXIM**

**DOCENTE:
DR. EDUARDO ZEBADUA**

QUINTO SEMESTRE

MEDICINA HUMANA

CANCER ESOFAGICO

DEFINICION:

El cáncer de esófago es, por lo general, mortal. Esta enfermedad se presenta en todo el mundo, pero la incidencia varía geográficamente. Es más frecuente en Japón, China, Oriente Medio y partes de África del sur. Los pulmones e hígado son sitios frecuentes de metástasis.

ETIOLOGIA:

DESCONOCIDA

FACTORES DE RIESGO:

- Irritación crónica por fumar en grandes cantidades y consumo excesivo de alcohol
- Inflamación inducida por la estasis, como en la acalasia o estenosis
- Deficiencia nutricional
- Dietas ricas en nitrosaminas
- Antecedente de tumores de cabeza y cuello

EPIDEMIOLOGIA:

El cáncer de esófago es más común en los hombres que en las mujeres. En los Estados Unidos, el riesgo de cáncer de esófago en el transcurso de la vida es de aproximadamente 1 en 125 en los hombres y alrededor de 1 en 417 en las mujeres.

El cáncer de esófago representa alrededor de 1% de todos los cánceres diagnosticados en los Estados Unidos, pero es mucho más común en otras partes del mundo, como Irán, norte de China, India y África del sur.

FISIOPATOLOGIA:

El cáncer de esófago incluye dos tipos: carcinoma espinocelular y adenocarcinoma. La mayoría de los cánceres de esófago corresponden a carcinomas espinocelulares mal diferenciados. Los adenocarcinomas son menos frecuentes y se ubican en el tercio inferior del esófago. Por lo general, los tumores del esófago son lesiones

fungiformes e infiltrativas, y constriñen de forma parcial la luz del esófago.

Las metástasis regionales se presentan de manera temprana a través del sistema linfático submucoso, y con frecuencia invaden letalmente los órganos primarios vitales adyacentes.

CUADRO CLINICO:

- Anorexia
- Vómitos
- Deshidratación
- Regurgitación
- Disfagia y pérdida de peso (lo más frecuente)
- Obstrucción esofágica
- Dolor
- Ronquera y tos
- Caquexia

DIAGNOSTICO:

- Las radiografías del esófago, con trago de bario (esofagografía) y los estudios de
- motilidad, permiten delinear defectos estructurales y de relleno, y el peristaltismo disminuido.
- La tomografía computarizada muestra el tamaño y localización de las lesiones del esófago.
- La resonancia magnética permite evaluar el esófago y las estructuras adyacentes.
- La esofagoscopia, las biopsias en sacabocado y por cepillado, y las pruebas de citología exfoliativa confirman los tumores del esófago.
- La broncoscopia, que por lo general se realiza después de una esofagoscopia, revela la proliferación del tumor en el árbol traqueobronquial.

TRATAMIENTO:

- Por lo general, multimodal
- Resección para mantener una vía de paso para el alimento
- Tratamientos paliativos:
- Quimioterapia y alimentación por gastrostomía
- Inserción de tubo protésico y quimioterapia
- Dilatación del esófago
- Analgésicos

PRONOSTICO:

La tasa de supervivencia a 5 años de las personas con **cáncer** que se encuentra únicamente en el esófago es del 47%. La tasa de supervivencia a 5 años para quienes tienen una enfermedad que se ha diseminado a los tejidos u órganos circundantes o a los ganglios linfáticos regionales es del 25%.

CANCER GASTRICO

DEFINICION:

El carcinoma gástrico es frecuente en todo el mundo y afecta a todas las razas; sin embargo, la mortalidad es más alta en Japón, Islandia, Chile y Austria. En Estados Unidos, la incidencia ha disminuido en un 50% durante los últimos 25 años y la tasa de mortalidad resultante es del 33% con respecto a la de hace 30 años.

ETIOLOGIA:

Desconocida; se asocia con la gastritis atrófica.

FACTORES DE RIESGO:

- Humo de tabaco
- Exposición al asbesto
- Alto consumo de alcohol
- Consumo de productos ahumados, en escabeche o alimentos conservados en sal,
- nitratos y la carne roja
- Sangre de tipo A
- Infección por *Helicobacter pylori* (carcinoma gástrico distal)
- Antecedente familiar de cáncer de estómago
- Anemia perniciosa

EPIDEMIOLOGIA:

El cáncer gástrico es la neoplasia más frecuente del tubo digestivo en todo el mundo. Las tasas de incidencia varían de acuerdo a la región o el país analizado. La variación en diferentes regiones de México es atribuida a patrones alimenticios, ambientales y genéticos muy específicos.

FISIOPATOLOGIA:

Según el aspecto macroscópico, el carcinoma gástrico puede clasificarse como polipoide, ulcerativo, ulcerativo e infiltrante, o difuso. Las partes del estómago afectadas por el carcinoma, presentadas en orden decreciente de frecuencia, son el píloro y antro, la curvatura menor, el cardias, el cuerpo y la curvatura mayor. El carcinoma gástrico se infiltra con rapidez a los ganglios linfáticos regionales, epiplón, hígado, pulmones y hueso.

CUADRO CLINICO:

Primeras claves

Dispepsia y malestar epigástrico crónicos

Claves posteriores

Disminución de peso y anorexia

Disfagia, sensación de plenitud después de comer

Anemia, fatiga

Vómito en posos de café

Heces sanguinolentas

DIAGNOSTICO:

- Radiografías con bario del tubo digestivo con fluoroscopia: cambios que sugieren cáncer gástrico como tumor o defecto de llenado en el contorno del estómago y pérdida de flexibilidad y distensibilidad, así como mucosa gástrica anómala, con o sin ulceración.
- Gastroscopia con endoscopio fibroóptico: permite visualizar lesiones de la mucosa y lesiones gástricas para la toma de biopsias.
- La biopsia por gastroscopia permite la evaluación de lesiones de la mucosa gástrica.
- La prueba de estimulación del ácido gástrico revela si el estómago lo segrega correctamente.
- El hemograma completo muestra anemia.

- Los estudios de función hepática posiblemente resulten elevados con la diseminación metastásica del tumor al hígado.
- Radioinmunoanálisis: antígeno carcinoembrionario elevado.

TRATAMIENTO:

- Resección de la lesión con márgenes adecuados (posible en más de un tercio de los pacientes) por gastrectomía subtotal o total, o gastroyeyunostomía
- Cirugía paliativa
- Radioterapia con quimioterapia para los pacientes con afección irresecable o parcialmente resecable
- Antiespasmódicos, antiácidos para el malestar digestivo
- Antieméticos
- Analgésicos opiáceos
- Inhibidores de la bomba de protones o antagonistas de receptores de histamina 2

PRONOSTICO:

Una tasa relativa de supervivencia compara a las personas que tienen el mismo tipo y etapa de cáncer con las personas en la población general. Por ejemplo, si la tasa relativa de supervivencia a 5 años para una etapa específica de cáncer de estómago es 70%, esto significa que los hombres que padecen ese cáncer tienen, en promedio, alrededor de 70% de probabilidades, en comparación con los hombres que no padecen ese cáncer, de vivir al menos 5 años después de recibir el diagnóstico.