

UNIVERSIDAD DEL SURESTE

SEMESTRE CURSANTE:

5TO SEMESTRE UNIDAD 4

MATERIA:

CLINICA QUIRURGICA

TEMA DEL TRABAJO:

CANCER ESOFAGICO Y GASTRICO

FECHA DE ENTREGA:

29/11/2021

NOMBRE DEL DOCENTE:

DR. EDUARDO ZEBADUA GUILLEN.

NOMBRE DE LA ALUMNA:

JALIXA RUIZ DE LA CRUZ.

CANCER GASTRICO

El cáncer de esófago es una neoplasia relativamente poco frecuente, pero de gran letalidad. Se detecta generalmente en etapas avanzadas, sintomáticas (disfagia), habiendo ya invadido al menos la muscularis propia, y casi siempre con metástasis a ganglios linfáticos u otros órganos. Los tumores pequeños, confinados a la mucosa o submucosa, altamente curables por cirugía, son hallazgos casuales durante endoscopías gástricas. Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas con un cambio en el predominio del tipo histológico y de su localización dentro del órgano. Actualmente, el adenocarcinoma del tercio inferior del esófago es más frecuente que el carcinoma epidermoide, de los tercios medio y superior. El adenocarcinoma se asocia a la enfermedad por reflujo gastro-esofágico crónico, principalmente con el “esófago de Barrett”, el cual, puede considerarse como una lesión premaligna, por lo que en estos casos debe hacerse un seguimiento endoscópico estrecho, para detectar la aparición de una displasia de alto grado sobre la metaplasia de Barrett, o de un adenocarcinoma en etapa temprana. En el carcinoma epidermoide está demostrada la relación entre, consumo de alcohol y el hábito de fumar, en este orden, con un notable aumento en el riesgo de padecerlo, si ambos factores se asocian. Otros factores de riesgo asociados son: el incremento del total de calorías y grasas en la dieta, la presencia del papiloma virus humano, la acalasia y la estenosis esofágica por ingestión de cáusticos. Suele presentarse a partir de la quinta década de la vida, y es más frecuente en el hombre, que en la mujer. El pronóstico es muy malo. Menos del 20% de los operados, permanecerán vivos a los cinco años. Por tanto, los esfuerzos deben concentrarse en la prevención.

Algunos factores tienen más probabilidad de aumentar el riesgo de adenocarcinoma del esófago y otros el riesgo de carcinoma de células escamosas del esófago. No obstante, si se tiene uno, o hasta muchos factores de riesgo, no necesariamente significa que se padecerá cáncer de esófago. Además, puede que algunas personas que llegan a padecer la enfermedad no tengan ningún factor de riesgo conocido.

- Edad

La probabilidad de padecer cáncer de esófago aumenta con la edad. Menos del 15% de los casos se encontraron en personas menores de 55 años.

- Género

Los hombres son más propensos a padecer cáncer de esófago que las mujeres.

- Tabaco y bebidas alcohólicas

El uso de productos del tabaco, incluyendo cigarrillos, cigarros, pipas y tabaco para mascar, es un factor de riesgo principal para el cáncer de esófago. Mientras más

una persona use tabaco, y mientras lo use por más tiempo, mayor es el riesgo de cáncer.

- Esófago de Barrett

Si el reflujo del ácido estomacal en la parte baja del esófago continúa durante mucho tiempo, puede dañar el revestimiento interno del esófago.

- Obesidad

Las personas que tienen sobrepeso u obesidad (sobrepeso en exceso) presentan una probabilidad mayor de padecer adenocarcinoma del esófago. Esto se debe en parte al hecho de que las personas con obesidad tienen una mayor probabilidad de padecer reflujo gastroesofágico.

- Alimentación

Ciertas sustancias en la alimentación podrían aumentar el riesgo de cáncer de esófago. Por ejemplo, ha habido indicaciones, todavía sin comprobar bien, que el consumo de mucha carne procesada podría aumentar la probabilidad de padecer cáncer de esófago.

Los síntomas más comunes del cáncer de esófago son:

- Problemas para tragar
- Dolor en el pecho
- Pérdida de peso
- Ronquera
- Tos crónica
- Vómito
- Dolor en huesos (si el cáncer se ha propagado a los huesos)
- Sangrado en el esófago. Esta sangre entonces pasa a través del tracto digestivo, lo que puede causar que la excreta se torne negra.

Para el año 2020, los cálculos de la Sociedad Americana Contra El Cáncer para este cáncer en los Estados Unidos son:

- Aproximadamente 18,440 nuevos casos de cáncer de esófago (14,350 hombres y 4,090 mujeres) serán diagnosticados.
- Alrededor de 16,170 personas morirán a causa de cáncer de esófago (13,100 hombres y 3,070 mujeres).

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.

SISTEMÁTICA DIAGNÓSTICA

a) Anamnesis

b) Examen físico; Examen general, evaluar capacidad funcional (índice de Karnofsky) y estado nutricional. Evaluar si existe disfonía (parálisis recurrencial). Aparato respiratorio: buscar signos de deterioro funcional respiratorio o de broncoaspiración (áreas de condensación, estertores), o de fístula traqueo o broncoesofágica.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

- ✓ Estudios de laboratorio clínico: hemograma, eritrosedimentación, coagulograma, estudio de la función hepática y renal, glicemia, y otros.
- ✓ Estudios imagenológicos: Rx torax, Rx esófago, US.

El tratamiento principal del cáncer de esófago es la resección quirúrgica. La mayoría de los casos se detectan en etapa avanzada, con pobre sobrevida. En los tumores en etapa temprana la cirugía es el tratamiento de elección. En la mayoría de los pacientes sintomáticos, generalmente la lesión ha invadido al menos la muscularis propia, y tiene grandes posibilidades de diseminación a ganglios regionales o a sitios distantes. La mayoría de los pacientes, sin indicación de cirugía potencialmente curativa, serán tratados de forma sintomática, básicamente para aliviar la disfagia: endoprótesis, RT externa con QT (mejor que RT sola), recanalización por láser o electrocoagulación endoluminal, otras.

- ♣ Tratamiento estándar: cirugía.
- ♣ Alternativa: si rechazo a la operación o criterios (médicos) de inoperabilidad: RT-QT

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

El cáncer gástrico es la neoplasia más frecuente del tubo digestivo en todo el mundo. El término cáncer gástrico se refiere a los adenocarcinomas del estómago, que representan un 95% de los tumores malignos de este órgano.

Se ha demostrado que ciertas condiciones se asocian con un mayor riesgo de cáncer. La anemia perniciosa se asocia con un riesgo de 4 a 6 veces mayor de contraer cáncer gástrico que la población general. La cirugía gástrica por padecimientos benignos a largo plazo (posterior a 15 años), se asocia con un incremento del riesgo de cáncer gástrico en los bordes de los tejidos residuales de la gastrectomía. También se evidencia un incremento de riesgo de carcinoma gástrico después de vagotomía con piloroplastia. Existe un mayor riesgo de carcinoma gástrico en trabajadores de las minas de carbón, chacareros, ceramistas, trabajadores del caucho y personas relacionadas con procesamiento de la madera. No se ha determinado si este riesgo es profesional o refleja en realidad el estrato socioeconómico de estos trabajadores. Recientemente se ha sugerido que un genotipo inactivo de la enzima glutatión transferasa (la cual está involucrada en procesos de detoxificación de compuestos potencialmente carcinogénicos) puede estar asociado con un riesgo incrementado de cáncer gástrico en la población. Numerosos investigadores han postulado que la dieta es el factor principal en la etiología del cáncer gástrico: una dieta de alto riesgo es la que contiene escasa cantidad de grasas y proteínas animales, alta cantidad de carbohidratos complejos, cereales en granos y tubérculos, pocos vegetales de hoja y frutas frescas (sobre todo cítricos), y abundante sal que incrementa el poder mutagénico de los nitritos. La elevada incidencia de lesiones precursoras, gastritis atrófica crónica, metaplasia intestinal y displasia observadas como estadios secuenciales en el proceso precanceroso están muy relacionadas con cambios químicos gástricos y su

incidencia aumenta en relación lineal con los niveles de pH, nitratos y nitrito en el jugo gástrico.

A pesar de la disminución de la incidencia del carcinoma gástrico en los últimos años, esta enfermedad todavía es la causa de muerte más común por cáncer en todo el mundo. La incidencia es muy variable en todos los países. Por ejemplo en EUA se presenta una mortalidad de 11.1, en Inglaterra de 22.1 y en Japón de 100.2 por 100,000. Lo que demuestra la gran variabilidad que existe entre distintas regiones. A nivel mundial es la cuarta causa de casos nuevos de cáncer por año según un reporte del año 2000, con 945,000 casos nuevos. El hecho de que las poblaciones que migran de un país con alta incidencia a otro donde es baja muestren a partir de la segunda generación, un descenso significativo de casos de cáncer gástrico sugiere que la causa puede ser ambiental, y que existe un factor causal en los hábitos alimenticios.

Antes de iniciar con los procesos específicos involucrados en la carcinogénesis, es importante el concepto de Homeostasis celular: que explica los procesos reguladores normales del crecimiento y reproducción celular. Para lograr el equilibrio en los tejidos, las poblaciones celulares renovables deben efectuar 4 funciones relacionadas: 1) proliferar con oportunidad y fidelidad apropiadas del contenido de DNA, 2) diferenciarse en un patrón compatible con la función normal del tejido, 3) involucionar de manera tal que las tasas de proliferación de involución guarden el equilibrio, 4) reparar cualquier daño al DNA resultante de la exposición a mutágenos como radiación, toxinas y virus transformantes. Un defecto de cualquiera de estas funciones, puede causar la formación de un tumor.

Los rasgos clínicos dependen del tiempo de enfermedad, edad del paciente y la localización, la extensión y el tipo de tumor. En su fase más temprana, el carcinoma del estómago se asocia con escasos síntomas sistémicos. Los tumores localizados en los tractos de entrada o salida del estómago se relacionan con síntomas dispépticos leves antes de provocar los de obstrucción. Los carcinomas del cuerpo del estómago pueden mantenerse clínicamente silenciosos hasta una fase muy tardía o asociarse con síntomas vagos como anorexia o molestias epigástricas. Los síntomas más frecuentes de cáncer de estómago son: dolor epigástrico e indigestión, anorexia, pérdida ponderal, vómitos o hematemesis, melena, disfagia,

lesión ocupante del abdomen, diarrea y esteatorrea. Los síntomas son inespecíficos. No existen signos o síntomas patognomónicos del carcinoma gástrico. Las llamadas manifestaciones clásicas corresponden a una fase avanzada de la enfermedad. La inespecificidad de los síntomas tempranos es una de las razones de la frecuencia del diagnóstico tardío. Se reconocen 3 patrones clínicos usuales: 1) insidioso, 2) obstructivo y 3) úlcera gástrica.

Es necesario insistir acerca de la importancia del diagnóstico temprano del carcinoma gástrico. La detección temprana de estos tumores depende de un alto índice de sospecha por parte de los médicos que atienden a estos pacientes por primera vez. Generalmente los exámenes de rutina sanguíneos son normales. La serie esófagogastroduodenal (SEGD) con doble contraste es el método idóneo para estudiar el estómago en el nivel de atención primaria de la salud. La exactitud global de la SEGD es mayor al 80%, con falsos negativos menores al 20%. El doble contraste aumenta la exactitud diagnóstica a más de 90% e incluso con esta técnica tumores de 5 a 10 mm pueden ser detectados en 75% de los pacientes. La endoscopia es el mejor método para el diagnóstico del cáncer de estómago. Tiene la ventaja de permitir la visualización directa de la lesión y la obtención de material para biopsia o citología exfoliativa. El número de biopsias tomadas por este método incrementa la exactitud diagnóstica: la confirmación de cáncer gástrico es de 70% con una biopsia, 95% con cuatro y se eleva a 98% con siete biopsias. Si la masa tumoral es exofítica, la endoscopia por lo general permite establecer un diagnóstico tisular. Otros factores que limitan la probabilidad de éxito de la biopsia endoscópica son tumores menores de 3 cm de diámetro, la localización en el cardias o en la curvatura menor, la recurrencia tumoral y la linitis plástica. En estos casos, la citología por lavado puede aumentar las probabilidades diagnósticas de la citología por cepillado o biopsia.

Hay diferentes tipos de tratamiento para los pacientes con cáncer de estómago, se usan siete tipos de tratamiento estándar:

- Cirugía
- Resección endoscópica de mucosa

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Quimiorradiación
- Terapia dirigida
- Inmunoterapia

El cáncer de estómago distal localizado se cura en más de 50 % de los pacientes. Sin embargo, la enfermedad en estadio temprano solo representa 10 a 20 % de todos los diagnósticos en los Estados Unidos. Los demás pacientes presentan al inicio enfermedad metastásica en sitios regionales o distantes. La tasa de supervivencia general a 5 años oscila entre casi ningún sobreviviente de enfermedad diseminada y cerca de 50 % de pacientes sobrevivientes de cáncer de estómago distal localizado confinado a una enfermedad regional resecable. Incluso cuando se observa una enfermedad localizada, la tasa de supervivencia a 5 años en pacientes con cáncer de estómago proximal es tan solo de 10 a 15 %. Aunque el tratamiento de los pacientes con cáncer de estómago diseminado a veces produce paliación de los síntomas y prolonga un poco la supervivencia, las remisiones largas son infrecuentes.