



Caso Clinico

Citlali Monserrath Campos Aguilar

Epidemiologia Cruz Dominguez

Dr. Jesus Eduardo

3 "A"

Reportamos el caso de un cáncer gástrico incipiente gigante de 7,2cm en un hombre de 74 años tratado en la Clínica INDISA en Santiago de Chile. El paciente fue sometido exitosamente a una gastrectomía total con linfadenectomía D2 y esófago-yeyuno anastomosis en Y de Roux. La histología evidenció un adenocarcinoma bien diferenciado, polipoide, invasivo hasta la submucosa, sin compromiso ganglionar. A los 5 años de su cirugía, el paciente se encuentra asintomático y sin recidiva tumoral

Paciente de sexo masculino, de 74 años de edad, con antecedentes de diabetes mellitus tipo II no insulino dependiente, sin tratamiento farmacológico, con enfermedad renal crónica etapa III, hiperplasia prostática benigna, depresión y colecistectomía, sin antecedentes familiares de relevancia, que consulta el 17 de octubre de 2010 por un síndrome lumbociático izquierdo de 10 días de evolución; tras la evaluación realizada por el neurocirujano, se decide resolución quirúrgica.

Durante el estudio preoperatorio, destaca una VHS de 83mm/h y una anemia normocítica normocrómica leve con hemoglobina de 10g/dl. A la anamnesis dirigida el paciente refiere presentar una baja de peso estimada de 7kg en 2 meses, por lo que se indica una endoscopia digestiva alta.

El estudio endoscópico evidencia una lesión polipoidea, proliferativa, friable, irregular, con zonas ulceradas, de aspecto neoplásico, de 8cm, a nivel de la cara anterior del cuerpo del estómago las biopsias de la lesión son diagnósticas de adenocarcinoma.

CÁNCER GÁSTRICO



Presenta: Citlali Monserrath Campos
Aguilar

Introducción

El cáncer gástrico continúa siendo el segundo tipo de cáncer más común en el mundo, con más de 680.000 casos nuevos anuales.

Desde el punto de vista histológico y epidemiológico ha sido clasificado en :

Adenocarcinoma tipo intestinal

Adenocarcinoma difuso

El adenocarcinoma tipo difuso es el más frecuente en poblaciones de baja incidencia.

Tipo intestinal → relacionado con factores ambientales.

Tipo difuso → relacionado con factores genéticos.

Existe una mayor predisposición en individuos de grupo sanguíneo A y de tipo difuso.

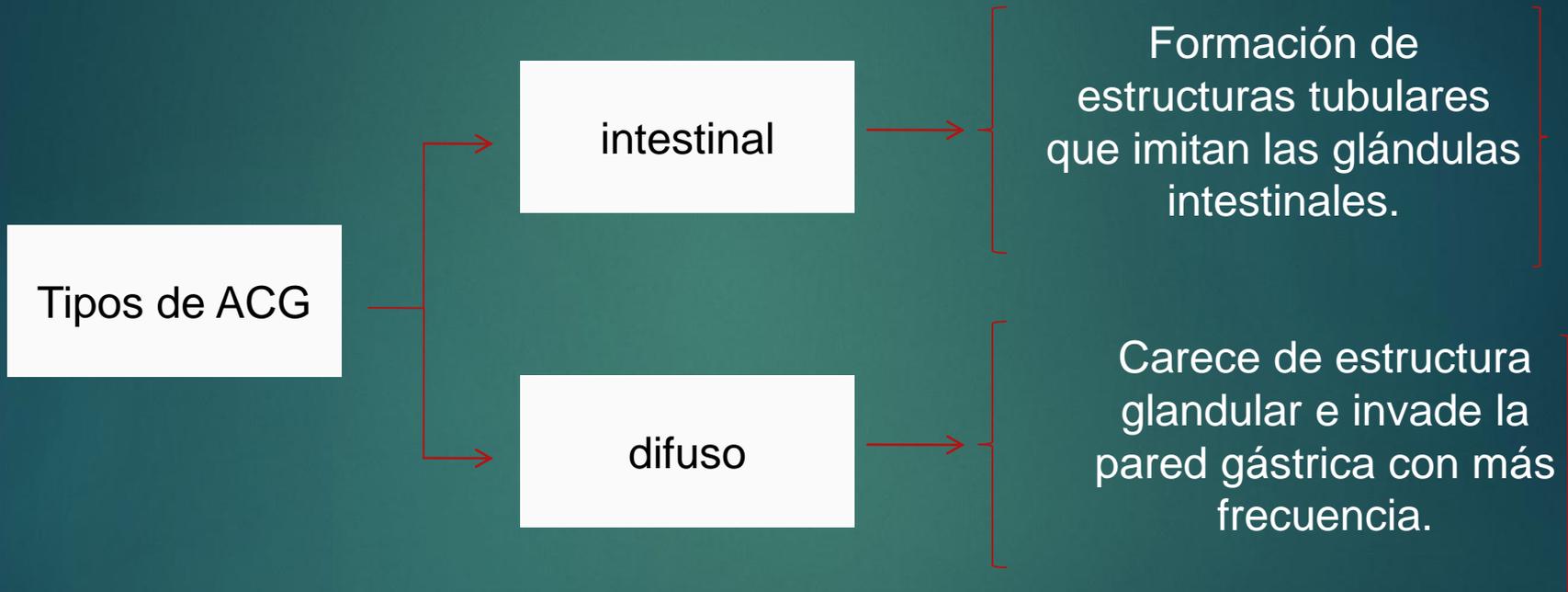
El 90% de cáncer gástrico son adenocarcinomas, y el resto son linfomas no hodking, tumores del estroma gastrointestinal y tumores carcinoides.

Epidemiología

- “alto riesgo” → P 45 por 100.000 (Japón , América Latina, y Europa occidental)
- “bajo riesgo” → P 15 por 100.000 (EE.UU, Australia y Nueva Zelanda)
- España → P18 por 100.000 varones y 8,4 por 100.000 mujeres.



Etiología y patogenia



El acontecimiento inicial común es la infección por *Helicobacter Pylori*, caracterizada por la pérdida de glándulas mucosas.

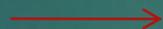
Causas ambientales

Helicobacter
pilory



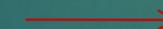
Bacteria gram negativa, microaerófila que coloniza el epitelio gástrico. A nivel de la mucosa gástrica provoca inflamación crónica.

Factores
dietéticos



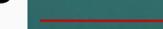
Dieta con alto contenido en sal, ahumados y nitratos y un bajo contenido en frutas y verduras frescas.

Tabaco y
alcohol



Riesgo relativo para los fumadores es de 1,6 y exfumadores 1,2. El alcohol actualmente no ha demostrado ser un factor independiente.

Ácido acetilsalicílico
Y AINES



Hay que considerar los efectos secundarios de los AINE a nivel gastrointestinal y cardiovascular, así como del AAS a nivel gastrointestinal.

Nivel socioeconómico



Factores: mala higiene, la infección por HP, la falta de refrigeradores y la mayor exposición a carcinógenos ambientales

Predisposición hereditaria y Factores genéticos



Existen ciertos síndromes neoplásicos familiares con una prevalencia elevada de ACG como son la poliposis adenomatosa familiar y el Síndrome de Lynch. También existe una forma de cáncer gástrico hereditario, autosómica dominante y que aparece como consecuencia de mutaciones en el gen que lo codifica la E-caherina.

Procesos premalignos

Gastritis crónica
atrófica

Pérdida del tejido glandular
especializado en la zona
correspondiente del estómago.

GCA multifocal

GCA corporal

Metaplasia
intestinal

Metaplasia tipo intestino delgado o completa

Metaplasia intestinal tipo colónica o incompleta

Metaplasia intestinal tipo I

Metaplasia intestinal tipo II

Metaplasia intestinal tipo III

Procesos premalignos

Gastrectomía
previa



Parece ser un factor de riesgo para el desarrollo de ACG

Enfermedad de
ménétrier



Formación de pliegues gástricos gigantes e hiperplasia epitelial

Úlcera gástrica



Infección por HP

Características clínicas

El ACG no suele presentar síntomas hasta que invade la capa muscular propia, y cuando suele ser ya un proceso avanzado que ensombrece el pronóstico.

Los síntomas son → pérdida de peso y dolor abdominal.

Otros menos frecuentes son → náuseas, vómitos y disfagia.

A veces suelen aparecer síndromes paraneoplásicos que son poco frecuentes.

En el momento del diagnóstico de ACG avanzado no son infrecuentes las metástasis, siendo los principales órganos diana el hígado (40%), los pulmones, el peritoneo y la médula ósea.

Diagnóstico

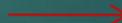
- Endoscopia digestiva alta → es la prueba de elección para el ACG
- Pruebas de laboratorio → analítica sanguínea
- Ecografía abdominal → no tiene utilidad, por la interposición del gas
- Ecografía endoscópica → permite visualizar las cinco capas de la pared gástrica y posibilita estadificar la profundidad de la invasión
- Tomografía computarizadora → detectan el ACG avanzado en un 65-90 % de los casos, se utiliza para la detección de metástasis a distancia
- Resonancia magnética → permite clasificar el estadio T
- Tránsito gastroduodenal → presentan una menor sensibilidad

Tratamiento

-La cirugía o la resección endoscópica mucosa (REM) son las primeras opciones en pacientes con tumores en estadios Iniciales, en pacientes con alto riesgo quirúrgico se prefiere la REM a la cirugía endoscópica.

-Si el tumor es rescatable se intenta conseguir la resección completa con adecuados márgenes libres de tumor considerando el tratamiento.

-Se recomienda realizar gastrectomía subtotal en aquellos cánceres de localización distal, y la gastrectomía proximal, en los cánceres de localización proximal.



- 
- ▶ Para un cáncer irreversible se realiza un tratamiento quirúrgico.
 - ▶ La resección laparoscópica ofrece ventajas menor número de complicaciones por sangrado y mejor y más rápida recuperación.
 - ▶ -La quimioterapia debe reservarse únicamente para pacientes con buen estado funcional.

Otros tumores gástricos

Linfoma gástrico

→ Son linfomas no hodking que representas el 5%. Se originan del tejido linfoide de la mucosa y submucosa gástrica.

Tumores carcinoides gástricos

→ Son muy poco frecuentes, suponen un 0.3% de las neoplasias gástricas y derivan de células neuroendocrinas del tubo digestivo

Tumores del Estroma gastrointestinal

→ Son de origen mesenquimatoso, derivado de las células intersticiales de Cajal. Su localización más frecuente es el estómago.

Cribado y prevención

Existen muchas situaciones asociadas a un mayor riesgo de ACG, prácticamente para ninguna de ellas se ha demostrado el beneficio del seguimiento para la detección precoz del tumor.

El cribado de ACG en países con baja incidencia del tumor es controvertido. La prevención se plantea en familiares de pacientes con cáncer gástrico difuso hereditario y en pacientes con infección de HP.

En países con alta incidencia de ACG, el cribado poblacional mediante gastroscopia es útil para la detección precoz del tumor.



DR. MURPHY

ID. No. : ■

Name :

Sex : Age :

D. O. Birth :

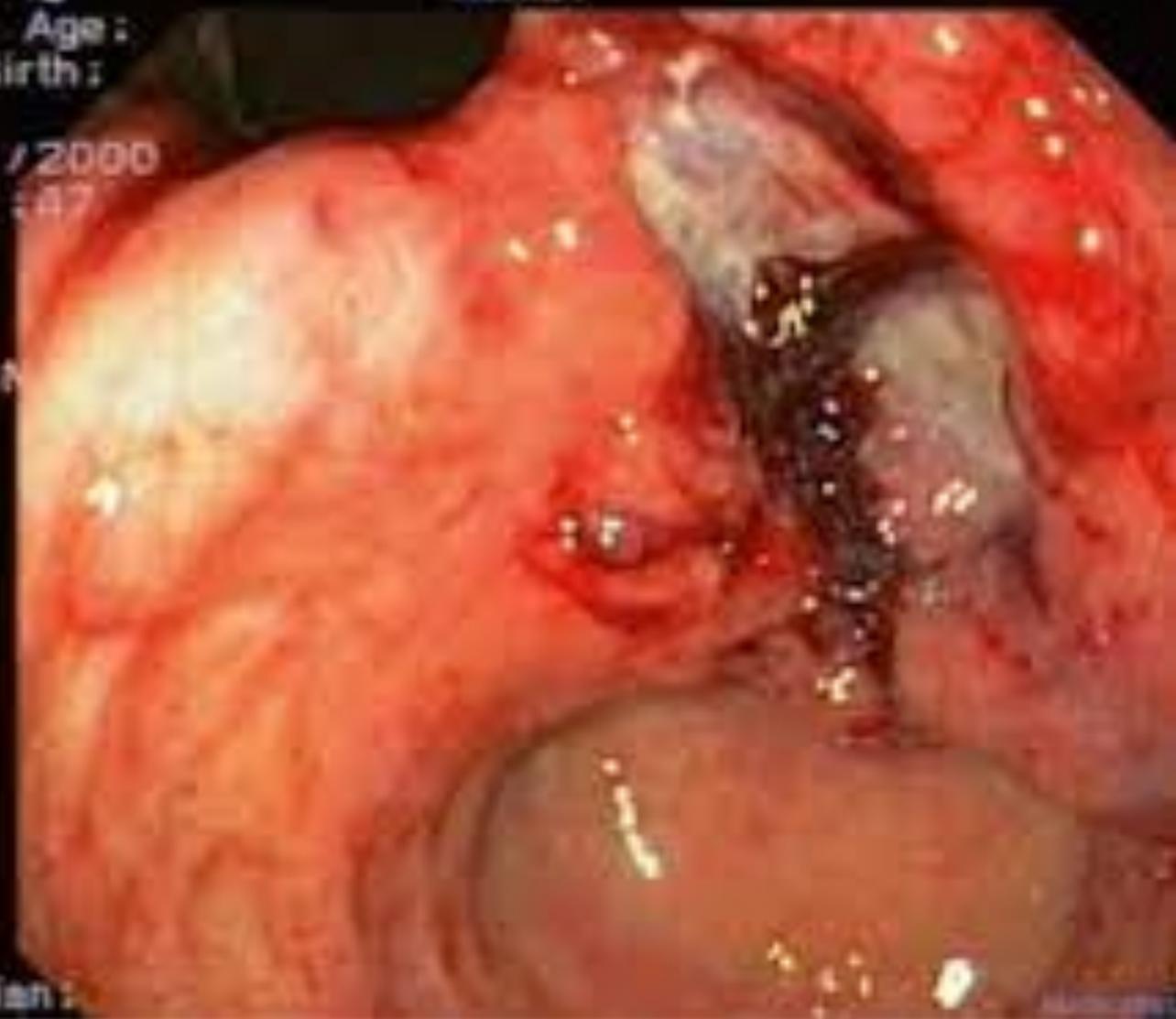
01/01/2000

01:21:47

CVP :

D. F. :

Ex: 1 - 0: N



Physician :

14/01/2000

