

*Herramienta técnica
de diagnóstico y tratamiento del*
cáncer gástrico



Herramienta técnica de diagnóstico y tratamiento

Cáncer gástrico

CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo



CUENTA DE ALTO COSTO

Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo

Seguimos
sumando
esfuerzos

Grupo desarrollador

Lizbeth Acuña Merchán

Directora Ejecutiva
Cuenta de Alto Costo

Luis Alberto Soler Vanoy

Coordinador de Gestión del Riesgo
Cuenta de Alto Costo

Ángela Viviana Pérez Gómez

Coordinadora de gestión del Conocimiento
Cuenta de Alto Costo

María Teresa Daza Fonseca

Coordinadora de Auditoría
Cuenta de Alto Costo

Fernando Valderrama

Coordinador de gestión de la tecnología
Cuenta de Alto Costo

Paula Ximena Ramírez Barbosa

Especialista en analítica
Cuenta de Alto Costo

Omaira Valencia Estupiñán

Especialista en analítica
Cuenta de Alto Costo

Revisión técnica

Jaime González

Médico internista, hematólogo y oncólogo clínico
Asociación Colombiana de Hematología y Oncología



PRESENTACIÓN

La Cuenta de Alto Costo (CAC) en cumplimiento de las actividades misionales asignadas, ha realizado durante el año 2017 varios talleres de gestión del riesgo que han tenido como tema principal el diagnóstico y tratamiento adecuado de los tipos de cáncer más frecuentes en nuestro país.

Dada la complejidad que puede representar para los diferentes equipos de salud encargados del seguimiento de la cohorte de personas con este tipo de patologías, la CAC con el apoyo de la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología (ACHO) y de la Asociación Colombiana de Hematología y Oncología Pediátrica (ACHOP), ha realizado las presentes Herramientas Técnicas para el Diagnóstico de Cáncer, en las cuales de una forma sencilla y esquemática se suministra información clave frente al proceso de abordaje diagnóstico desde el punto de vista clínico, imagenológico y paraclínico, para lograr establecer un diagnóstico adecuado y oportuno junto con un estudio de extensión que permita estadiar el tumor y de acuerdo a esto generar un plan de intervención terapéutico acorde a las necesidades y deseos de la persona.

Como otra herramienta que complementa esta inicial, la CAC generó las Herramientas Técnicas para el Tratamiento del Cáncer, en las cuales se presentan las opciones terapéuticas disponibles en nuestro país de manera tal que las personas que lideran el seguimiento de las cohortes puedan identificar la importancia de los esquemas allí descritos, las dosis y la frecuencia de administración recomendada, junto con las referencias bibliográficas necesarias en caso de querer ampliar algún tópico y la información reportada a la CAC relacionada con los esquemas de tratamiento.

Esperamos con estas Herramientas Técnicas y con las actividades promovidas y realizadas por la CAC en diferentes espacios, articular los actores para lograr impactar positivamente en los resultados en salud de la población.

DIAGNÓSTICO DE CÁNCER GÁSTRICO

El cáncer gástrico es una patología de alta letalidad y la identificación de los casos, desafortunadamente, ocurre en estadios avanzados de la enfermedad. En Colombia de acuerdo con los datos de la Cuenta de Alto Costo solamente el 10.2% de los casos fueron identificados en estadios tempranos (Estadio I a IIA) (1).

En consonancia con lo anterior, es evidente la necesidad de identificación de un diagnóstico temprano y de actividades de prevención e identificación de población en riesgo (2); este documento pretende servir como herramienta práctica para ayudar a los aseguradores en el proceso de diagnóstico de cáncer gástrico.

FACTORES DE RIESGO

Infeción por *Helicobacter Pylori*

Atrofia y metaplasia intestinal como hallazgo endoscópico y biopsia

Antecedentes de tabaquismo, alcohol

Antecedentes nutricionales (Aumento en el consumo de nitratos, disminución en el consumo de frutas y verduras, ingesta de sal)

Pólipos adenomatosos gástricos

Antecedentes familiares

Procedencia de zonas de alto riesgo (4, 5, 6)

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Hematemesis

Disfagia

Vómito recurrente

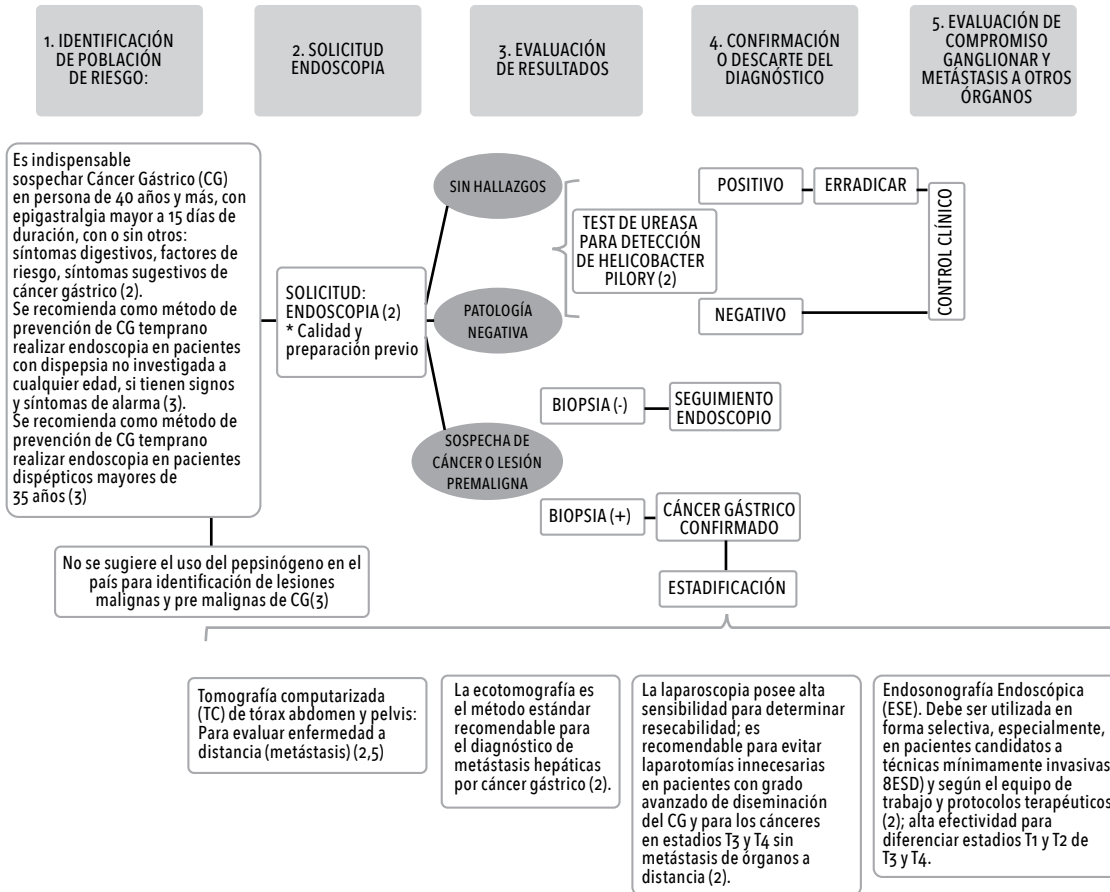
Anorexia

Pérdida de peso

Anemia



Flujograma del proceso de diagnóstico de cáncer gástrico



Fuente: Adaptado de GPC Auge Chile 2014.

* Recomendaciones para mejorar la exactitud diagnóstica de la endoscopia:

1. Se recomienda como método de tamización para la detección de cáncer gástrico temprano y lesiones pre malignas el uso de endoscopia digestiva alta de luz blanca asociado con cromoscopia con colorantes tipo índigo carmín.
2. Con el fin de mejorar el rendimiento diagnóstico de la endoscopia, ésta se debe realizar con preparación previa y mapeo gástrico por medio del protocolo de Sidney, y se complementa con un estudio histológico por medio del sistema OLGA (Operative Link for Gastritis Assesment) (3)
3. Se debe tomar un mínimo de 6 biopsias para lograr un diagnóstico de malignidad en áreas de animalía de la mucosa gástrica o esofágica.
4. El reporte histológico debe ser realizado por un patólogo experto. El procedimiento debe ser realizado por un profesional con entrenamiento en gastroenterología, endoscopia o cirugía gastrointestinal (3).



TRATAMIENTO DEL CÁNCER GÁSTRICO

La principal terapia en cáncer gástrico es la cirugía radical cuando se tiene intención curativa, sin embargo, al igual que la mayoría de los otros tipos de cáncer, surgen diferencias en el tratamiento de acuerdo con el estadio en el cual se encuentra la enfermedad.

La quimioterapia en cáncer gástrico puede ser usada antes o después de la cirugía, con el fin de disminuir el tamaño tumoral, o como terapia adyuvante para eliminar células tumorales residuales con el fin de evitar recurrencias sistémicas y locales de la enfermedad (7); por otra parte, los medicamentos para cáncer gástrico han mostrado beneficios estadísticamente significativos, logrando mejoras en la supervivencia (8).

Cirugía

Tumores resecables

La cirugía es el principal tratamiento para el cáncer gástrico, en aquellos pacientes con resecciones endoscópicas no curativas y el único tratamiento potencialmente curativo para los tumores resecables. En este tipo de tumor, el objetivo de la cirugía es la resección completa de la lesión con márgenes de sección negativos (2).

En los tumores distales el tratamiento de elección es la gastrectomía subtotal, cirugía que ha evidenciado resultados equivalentes y menos complicaciones que la gastrectomía total (2-9). En cáncer gástrico proximal, el manejo puede ser gastrectomía proximal o la gastrectomía total, junto con la resección de, al menos, 15 ganglios para ser examinados; ambas alternativas se asocian con alteraciones nutricionales posteriores que deben ser manejadas (9). En las lesiones del fondo y/o cuerpo del estómago, la gastrectomía total es el tratamiento de elección (2).

Disección ganglionar

La Sociedad Japonesa para el Estudio del Cáncer Gástrico ha establecido guías de examen y evaluación de los grupos ganglionares (9):

- N1: ganglios perigástricos de la curvatura menor 1-3-5, ganglios perigástricos de la curvatura mayor 2-4-6.
- N2: arteria gástrica izquierda 7, arteria hepática común 8, arteria celíaca 9, arteria esplénica 10-11.
- N3 y N4: paraórticos y ganglios más distantes, son considerados metástasis a distancia.
- La linfadenectomía extendida se debe realizar a los pacientes con más de 10 ganglios, más de 15 ganglios N2 y más de 20 ganglios N3 (9).
- En cuanto a la técnica de la linfadenectomía se tiene la siguiente clasificación dada por la extensión del número de ganglios extirpados:
- D1: remoción de ganglios proximales o distales del estómago o de todo el estómago incluyendo los ganglios de curvatura mayor y menor.
- D2: remoción de los ganglios de la transcavidad de los epiplones, mesocolon transversal y las correspondientes arterias.
- D3: remoción de los ganglios retropancreáticos, colica media, raíz del mesenterio y paraaórticos.

Actualmente el tipo de linfadenectomía más recomendada es la D2, esta técnica ha mostrado menores tasas de recidiva local y regional y una mejor supervivencia (2).

Manejo endoscópico

Esta técnica, la cual es mínimamente invasiva, se ha indicado como tratamiento de elección en cáncer gástrico temprano, específicamente para tumores limitados a la mucosa (Tis o T1), tumores bien o moderadamente diferenciados, tumores menores de 3 cm, ausencia de ulceración y sin hallazgos de invasión



(9). Dentro de la resección endoscópica existen dos opciones de manejo: la mucosectomía y la disección submucosa, en la primera se reseca la lesión, junto con la mucosa circundante y en la segunda como su nombre lo indica, la capa submucosa se disecciona de la capa muscular (10).

Manejo por laparoscopia

La resección por laparoscopia se ha considerado una alternativa para el paciente con cáncer gástrico avanzado que requiere una gastrectomía total con linfadenectomía radical, sin embargo, aún es controvertido su uso ya que no se han evidenciado diferencias significativas entre ambas opciones y se requiere de más estudios (2-9).

Radioterapia

La radioterapia puede ser utilizada de manera preoperatoria para mejorar el control local del cáncer y la supervivencia, de forma postoperatoria; evidencia reducción en la recurrencia del cáncer y se utiliza junto con la quimioterapia (9).

La radioterapia se puede usar asimismo para el alivio de los síntomas del cáncer gástrico avanzado, como el dolor, el sangrado y las dificultades para comer (11).

El tipo de radioterapia más frecuentemente usado en cáncer gástrico es la radioterapia externa, como la radioterapia conformal tridimensional (3D-CRT) y la radioterapia de intensidad modulada (IMRT) (11).

Quimioterapia

La quimioterapia en cáncer gástrico se usa en dos momentos con relación a la cirugía: perioperatoria y postoperatoria. También, tiene uso como tratamiento primario en cáncer gástrico metastásico.

Quimioterapia perioperatoria

- Fluorouracilo y cisplatino
- Fluoropirimidina y Oxaliplatino
- ECF: Epirubicina, cisplatino y fluorouracilo
- ECF modificado: Epirubicina, oxaliplatino y fluorouracilo
 - Epirubicina, cisplatino y capecitabina
 - Epirubicina, oxaliplatino y capecitabina

La Guía de Tratamiento de Cáncer Gástrico del National Comprehensive Cancer Network (NCCN) recomienda las anteriores combinaciones de medicamentos, con 3 ciclos preoperatorios y 3 ciclos postoperatorios (12).

Quimioterapia postoperatoria

Estudios japoneses han mostrado la eficacia de fluoropirimidinas como terapia adyuvante en cáncer gástrico en estadio II y III posterior a gastrectomía D2, evidenciando mejoría en la supervivencia a los 3 años (9). La NCCN menciona el uso de capecitabina con oxaliplatino como alternativa en la quimioterapia adyuvante (12).

Quimio-radioterapia adyuvante

Está descrito el uso de quimioradioterapia preoperatoria con fluorouracilo, capecitabina, cisplatino, oxaliplatino y paclitaxel, en diferentes combinaciones como paclitaxel y carboplatino, fluorouracilo y cisplatino, fluorouracilo y oxaliplatino; de forma postoperatoria se usa principalmente de fluoropirimidinas (fluorouracilo o capecitabina) (2-12).

Quimioterapia cáncer gástrico metastásico

La mayor parte de los tratamientos de quimioterapia para el cáncer de estómago con metástasis se basan en la combinación de 2 o más medicamentos. Algunas de las combinaciones más frecuentes son:



Primera línea

Se prefiere la combinación de dos medicamentos citotóxicos debido a menor toxicidad. Además, se está la opción de terapia dirigida, usando Trastuzumab, ya que en estadios avanzados de la enfermedad se ha evidencia exceso en la producción de proteína HER2. Los esquemas más utilizados son los siguientes (12):

- Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina) y cisplatino.
- Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina) y oxaliplatino.
- Trastuzumab con quimioterapia

Otros esquemas son:

- Paclitaxel y carboplatino o cisplatino
- Docetaxel y cisplatino
- Fluoropirimidina
- Docetaxel
- Paclitaxel
- Fluorouracilo e Irinotecan
- Docetaxel, cisplatino y fluorouracilo
- Docetaxel, oxaliplatino y fluorouracilo
- Docetaxel, carboplatino y fluorouracilo
- Epirrubicina, cisplatino y fluorouracilo
- Epirrubicina, cisplatino y capecitabina
- Epirrubicina, oxaliplatino y capecitabina

Segunda línea

- Docetaxel
- Paclitaxel
- Irinotecan

La leucovorina se utiliza en determinados esquemas basados en fluorouracilo (12).

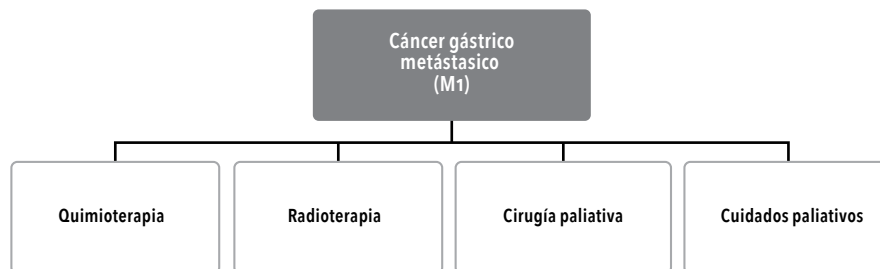
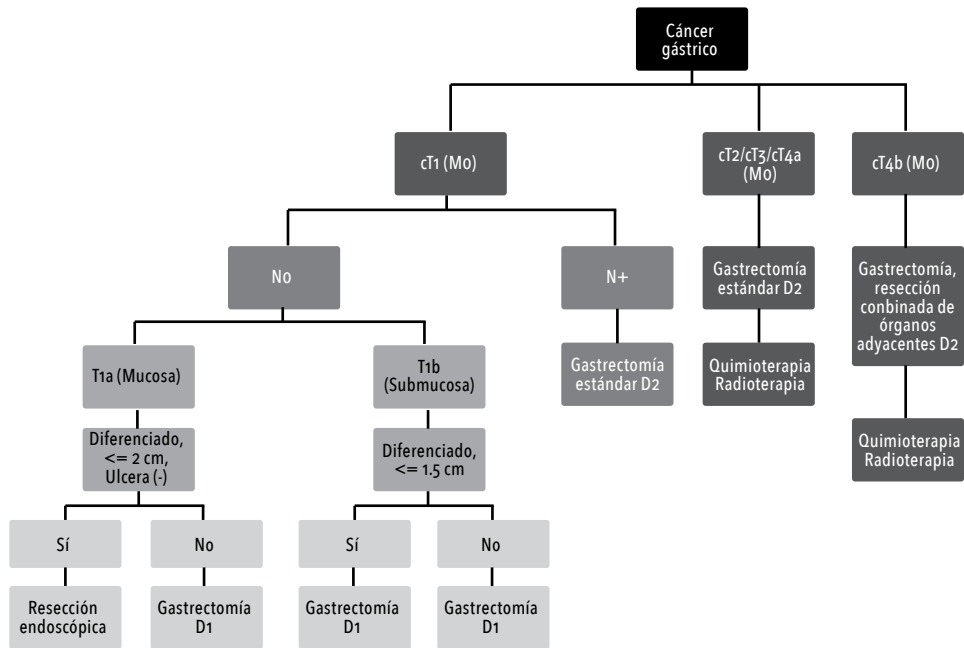
Abordaje

Como se mencionó previamente, las anteriores alternativas de manejo se direccionan según la estadificación del cáncer (TNM), para ello se utilizan tres grandes grupos (9):

1. Localizado: Tis o T1a
2. Local y regional: estadios I-III o M0
3. Cáncer metastásico: estadio IV o M1



En el gráfico se muestra el manejo general según estadificación:



Tomado de las Guías Japonesas de Tratamiento de Cáncer Gástrico, 2010 (10)

D1, D1+ y D2 hacen referencia al tipo de linfadenectomía



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

4. Cuenta de Alto Costo. CONSENSO BASADO EN EVIDENCIA INDICADORES DE GESTIÓN DEL RIESGO EN PACIENTES CON CÁNCER GÁSTRICO Y CÁNCER DE COLON Y RECTO EN COLOMBIA [Internet]. Bogotá: Cuenta de Alto Costo; 2017 [cited 2017 Feb 23]. 75 p. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/CAC_CO_2017_02_21_LIBRO_CONSENSO_CANCERCOLONRECTO_PDF_V_o_A9.pdf
5. Ministerio de Salud de Chile. Guías Clínicas AUGÉ Cáncer Gástrico. 2014; Disponible en: [http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GPC_Gástrico_\(PL\).pdf](http://web.minsal.cl/sites/default/files/files/GPC_Gástrico_(PL).pdf)
6. Gómez Zuleta MA, Riveros Vega JH, Ruiz O, Concha A, Ángel Betancur DM, Torres Amaya M, et al. Guía de práctica clínica para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico temprano-2015. Rev Colomb Gastroenterol [Internet]. 2015;30:34-42. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=So120-99572015000500005&lang=pt
7. Martin-Richard M, Custodio A, García-Girón C, Grávalos C, Gomez C, Jimenez-Fonseca P, et al. Seom guidelines for the treatment of gastric cancer 2015. Clin Transl Oncol. 2015;17:996-1004.
8. Allum WH, Blazeby JM, Griffin SM, Cunningham D. Guidelines for the management of oesophageal and gastric cancer. BMJ. 2011;60(11).
9. Zilberstein B, Malheiros C, Lourenço LG, Kassab P, Jacob CE, Weston AC, et al. Brazilian consensus in gastric cancer: guidelines for gastric cancer in Brazil. Arq Bras Cir Dig. 2013;26(1):2-6.
10. American Cancer Society. Chemotherapy for stomach cancer. Actualizado: 10 de febrero de 2016. Citado: 05 de julio de 2017. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/stomach-cancer/treating/chemotherapy.html>
11. Earle CC, Maroun JA. Adjuvant chemotherapy after curative resection for gastric cancer in non-Asian patients: revisiting a meta-analysis of randomised trials. Eur J Cancer. 1999;35(7):1059-64.
12. Moncayo, H. I., Nieto, J. O., Vinueza, J. R., & Ferro, M. R. Guía clínica cáncer gástrico, Asociación Colombiana de Cirugía, Guías de manejo en Cirugía, 2009;1(1): 1-29. Disponible en: <http://www.med-informatica.net/TERAPEUTICA-STAR/CancerGastricoGuiaAsociacionColombianaCirugia.pdf>
13. Japanese gastric Cancer Association. Japanese gastric cancer treatment guidelines 2010 (ver. 3), 2011;14:113-123. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10120-011-0042-4>
14. American Cancer Society. Radiation therapy for stomach cancer. Actualizado: 10 de febrero de 2016. Citado: 05 de julio de 2017. Disponible en: <https://www.cancer.org/cancer/stomach-cancer/treating/radiation-therapy.html>
15. NCCN National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology Gastric Cancer. Version 1.2017, 1-106.



Se ^{sumamos}
sumando
esfuerzos

Este documento fue realizado en caracteres Avenir Next
en el mes de marzo de 2018
Bogotá, D. C., Colombia

