

¿CÓMO SE ORIGINA? ¿ES POSIBLE DETECTARLO OPORTUNAMENTE?

Lo que hay que saber del cáncer gástrico

Los tumores de estómago son la primera causa de muerte por cáncer entre los hombres en nuestro país. “Una endoscopia a tiempo puede salvar una vida”, dice especialista FALP.

Esta semana se conmemoró el Día Mundial contra el Cáncer. En Chile, la enfermedad es actualmente la segunda causa de muerte —se espera que el próximo año ya sea la primera— y, entre todos los tipos de tumores, los de estómago tienen una relevancia especial.

Con tasas elevadas de la enfermedad con respecto a la media en el mundo, es el cáncer que más defunciones provoca entre los hombres en nuestro país, y está casi a la par con el de pulmón como los más mortales entre la población general, según datos de la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer de la OMS.

El gran problema del cáncer gástrico es que, si bien existen tratamientos —cirugía, quimioterapia, radioterapia y Quimioterapia Intraperitoneal Hipertérmica (HIPEC)—, suele diagnosticarse cuando ya se encuentra en etapa avanzada, lo que complica su pronóstico.

“Si se detecta un cáncer incipiente, el porcentaje de curación es del 95% a cinco años. En cambio, para el cáncer gástrico avanzado, el promedio de supervivencia a cinco años es menor al 30%”, dice el Dr. Carlos Barrientos, jefe del Equipo de Gastroenterología del Instituto Oncológico FALP.

CÓMO SE FORMA

Si bien el cáncer de estómago es una enfermedad de rápida progresión una vez que se genera, no se desarrolla de la noche a la mañana. “Cuando en el estómago se produce una irritación llamada gastritis crónica, esta, en algunos pacientes, se convierte con el paso del tiempo en una metaplasia intestinal. Y un

FACTORES DE RIESGO

El cáncer de estómago afecta más a los hombres que a las mujeres y habitualmente se presenta a partir de los 50 años. Las personas con familiares de primer grado también tienen más posibilidades de desarrollar tumores de estómago.

A la acción de la bacteria Helicobacter pylori, considerada como el principal factor de riesgo, se suman factores ambientales, como el tabaquismo y el alto consumo de sal y carnes procesadas (con sistemas de ahumado, agregado de sal o preservantes). Por el contrario, el consumo de frutas y vegetales frescos disminuyen el riesgo.

“Hay factores de riesgo que aún no conocemos. Se ha visto que el riesgo es mayor en poblaciones de escasos recursos, donde las personas se infectarían con H. pylori siendo más jóvenes, pero, si uno piensa en Japón y Corea, tienen mucho cáncer gástrico y son países ricos”, comenta el Dr. Barrientos.

porcentaje de esas metaplasias se convierten en displasias, que constituyen el paso previo al cáncer”, explica el Dr. Barrientos.

Se ha estudiado que, desde la gastritis crónica atrofica hasta el cáncer, pueden pasar unos 20 años, mientras que, entre una metaplasia y un cáncer, suelen transcurrir cinco años.

“Muchas personas que tienen gastritis crónica atrofica se quedan toda la vida ahí y no progresan nunca a metaplasia. Y si esto sucede, esos pacientes deben someterse a un seguimiento con endoscopias y nuevas biopsias cada dos o tres años”, afirma.

DETECCIÓN PRECOZ

El gastroenterólogo FALP cuenta que entre los esfuerzos que los investigadores han hecho para aprovechar ese tiempo antes de llegar al cáncer y lograr el diagnóstico precoz se encuentra la clasificación OLGA, diseñada para medir el riesgo de cáncer. “A los pacientes con endoscopias que sugieren gastritis crónica, se les toman cinco biopsias de zonas ya acordadas y se evalúa si deberían someterse a un

seguimiento y cada cuánto. Por ejemplo, un paciente OLGA I es de bajo riesgo y se le puede realizar una endoscopia cada cinco a diez años, mientras que a pacientes OLGA III y IV, anualmente, porque en ellos puede aparecer un foco de cáncer”, dice el experto.

El problema es que —relata el Dr. Barrientos— los patólogos en general no estaban interiorizados de esa guía internacional. “Ahora, en algunos centros especializados como el nuestro, los patólogos están entrenados y hacen la clasificación de acuerdo a este estándar. Pero somos la minoría. La mayoría de los pacientes en Chile recibe un informe que dice si tienen o no tienen cáncer, pero no se puede apreciar si hay una progresión con respecto a una endoscopia previa. Estamos en la etapa de difundir que esta es una herramienta importante”, agrega el especialista.

Otro obstáculo para la detección oportuna es que en Chile no existe un programa de *screening* o tamizaje para la población general. “El diagnóstico precoz es caro. Solo dos países en el mundo tienen programas de detección precoz —Japón y



Fuente: Globocan 2018



Dr. Carlos Barrientos, jefe del Equipo de Gastroenterología del Instituto Oncológico FALP.

Corea del Sur—, que consiste en una radiografía de estómago y, en las personas que tienen alterada la radiografía, una endoscopia. Cada país decide. En Estados Unidos, por ejemplo, el cáncer gástrico es poco frecuente, entonces decidieron priorizar recursos para el cáncer de pulmón y de colon. Y hay países como Chile, con mucho cáncer gástrico, donde se podría decir que deberíamos tener un programa de detección precoz como el de Corea y Japón, pero aquí no hay la misma cantidad de dinero para salud”, describe.

En la práctica —comenta el especialista— lo que ocurre es que los pacientes, después de ser diagnosticados con una

gastritis crónica o metaplasia, no se controlan como deberían.

“Tenemos muchos pacientes a los que su médico les dijo ‘usted, tiene una metaplasia que en algunos años podría pasar a ser cáncer gástrico, contrólese’. Y con ellos empezamos un seguimiento. Pero esa es una responsabilidad particular de los médicos y los pacientes, no del Estado, porque no hay un programa nacional que los busque y costee los exámenes. Entonces, a muchos se les recomienda hacerse una endoscopia dentro de dos años, y no se controlan. Pero es importante tener en cuenta que una endoscopia a tiempo puede salvar una vida”, enfatiza.

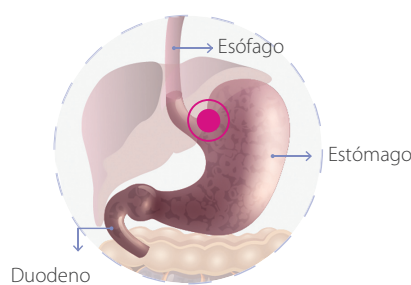


DIOMEDIA

Cáncer de Estómago

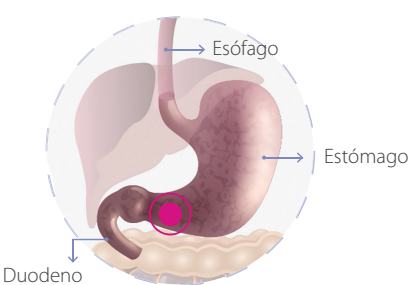
El cáncer de estómago o cáncer gástrico se origina en las células de la mucosa, que es la capa más interna de la pared de este órgano, y es una enfermedad que progresa rápidamente.

Cáncer Cardial



El tumor se ubica en el cardias, que es la parte donde el estómago se une con el esófago. Produce dificultad para tragar los alimentos.

Cáncer no Cardial



El tumor se ubica en un punto de los dos tercios inferiores del estómago. Si está cerca del píloro, produce como síntoma vómitos constantes.

Síntomas

Es una enfermedad que normalmente se detecta en etapas avanzadas y que puede presentar síntomas inespecíficos, como:

- Falta de apetito.
- Baja involuntaria de peso.
- Dolor o malestar estomacal.
- Disfagia (dificultad para tragar).
- Náuseas y vómitos constantes.
- Anemia sin causa aparente.

Diagnóstico

El principal examen de diagnóstico es la endoscopia. Preventivamente, sería recomendable realizarla a partir de los 40 años.

H. PYLORI: BACTERIA CLAVE

“Es poco frecuente que haya cáncer de estómago sin H. pylori”, dice el Dr. Carlos Barrientos sobre esta bacteria que se cree está en agua y alimentos contaminados. Está presente en el 50% de la población mundial y es capaz de producir gastritis crónica atrofica, primer paso en la cascada de afecciones que llevan a un adenocarcinoma.

“El Helicobacter pylori actúa destruyendo el mucus, que es la barrera protectora del estómago. Si ese daño es crónico, la reparación celular de ese daño también es permanente. En el proceso de una reparación crónica, es más probable que haya una mutación; es decir, que una célula nacida para reparar quede mal hecha y no se autoelimine, dando paso a más células mutadas”, explica el especialista.

Actualmente, cuando se detecta la presencia de H. pylori en un paciente, se le somete a un esquema único de tratamiento con amoxicilina, claritromicina y omeprazol durante 14 días.

“Se cree que no hay un solo H. pylori, sino que tipos distintos, algunos de los cuales tienen un riesgo mayor de cáncer gástrico. Es probable que en unos años más, al hacer endoscopias, se trate solo a los pacientes que tengan la bacteria de mayor riesgo”, afirma el Dr. Barrientos.

“Se piensa que tratar a todos los pacientes con H. pylori tampoco es adecuado, porque muchos no lo necesitan y eso va creando resistencia a los antibióticos”, advierte.

El gastroenterólogo FALP llama la atención sobre un punto: en Chile, el 25% de los pacientes con H. pylori ofrece resistencia al tratamiento con antibióticos. “Es frecuente que las mamás les den a sus niños amoxicilina por un resfriado. Un niño con un cuadro viral no necesita antibióticos y además va creando resistencia. Y eso ocurre con muchos antibióticos”, resalta.

YO SOY CONSCIENTE Y VOY A PREVENIR

Conociendo mi cuerpo y detectando las señales

Haciéndome el examen de próstata a partir de los 50 años

Evitando tomar sol entre las 11:00 y 16:00 horas

Realizándome un PAP anual desde los 21 años

Protegiendo mi piel de los rayos ultravioleta

Vacunando a mis hijos contra el VPH y la hepatitis B

Comiendo más fibra

Alimentándome saludablemente

Controlándome con una mamografía anual desde los 40 años

No fumando

Limitando el consumo de carnes rojas

4 de febrero Día Mundial Contra el Cáncer

