



REVISTA DE  
GASTROENTEROLOGÍA  
DE MÉXICO

www.elsevier.es



■ Guías clínicas de diagnóstico y tratamiento en gastroenterología

## Guía de diagnóstico y tratamiento del cáncer gástrico. Diagnóstico

Coordinador general: Dr. Antonio de la Torre Bravo  
Coordinadora: Dra. Angélica Hernández Guerrero  
Participantes: Dr. Luis Fernando Peniche Gallareta  
Dr. José Luis Tamayo de la Cuesta  
Dr. Víctor Manuel Valenzuela de la Cueva  
Dr. Juan Manuel Blancas Valencia.

### ■ 1. ¿Cuál es la definición de cáncer gástrico incipiente?

El cáncer gástrico incipiente es el tumor confinado a la mucosa y a la submucosa, independientemente de la extensión superficial y las posibles metástasis a los ganglios linfáticos regionales. La relevancia del concepto es que se refiere a una etapa del tumor con elevadas posibilidades de curación.<sup>1</sup>

**Nivel de evidencia I, grado de recomendación A.**

### ■ 2. ¿Cómo se hace el diagnóstico del cáncer gástrico incipiente?

Habitualmente el diagnóstico se obtiene a través de campañas de detección que se hacen en países con elevada incidencia de cáncer gástrico,<sup>1</sup> que no es el caso de México. En países occidentales el diagnóstico se hace por el hallazgo mediante una serie esófago-gastro-duodenal con doble contraste o endoscopia en pacientes sintomáticos. Una tercera parte de los pacientes tienen síntomas y una historia clínica cuidadosa puede identificar algunos

casos a través de médico de primer contacto.<sup>2</sup> Los síntomas son dolor epigástrico o molestia en el abdomen alto, hemorragia y pérdida de peso.<sup>3</sup> En la experiencia del Instituto Nacional de Cancerología de México, 66% tenía dolor de tipo ulceroso.<sup>4</sup> Una conducta adecuada es identificar las manifestaciones clínicas en los pacientes mayores de 45 años y sin perder de vista las causas más frecuentes, hacer los estudios para descartar una enfermedad neoplásica o lograr un diagnóstico oportuno de tumor.

El método para detectar un carcinoma gástrico incipiente es la endoscopia con toma de biopsias.<sup>3,4</sup> Es eficiente cuando se realiza por endoscopistas expertos y la sensibilidad informada es de 78%.<sup>5</sup>

**Nivel de evidencia III, grado de recomendación B.**

### ■ 3. ¿Cuál es el cuadro clínico del cáncer gástrico avanzado?

Se manifiesta por malestar abdominal alto, dolor epigástrico que aumenta después de comer, náusea, vómito, plenitud postprandial precoz,

anorexia, melena, hematemesis, pérdida de peso, disfagia y masa epigástrica palpable. Una vez diseminado se puede palpar ganglio supraclavicular izquierdo, tumor umbilical, ganglio axilar izquierdo, plastrón en mesogastrio por metástasis en el epiplón o masa pélvica por involucro ovárico (tumor de Krukenberg).<sup>6</sup>

**Nivel de evidencia III, grado de recomendación B.**

#### ■ 4. ¿Cuáles son los métodos de imagen para el diagnóstico?

Los estudios específicamente útiles para el diagnóstico del cáncer gástrico y su diseminación son: la serie esófago-gastro-duodenal (SGD), la endoscopia, el ultrasonido endoscópico (USE) y la tomografía computarizada (TC).

La SGD sólo se usa cuando la endoscopia no es accesible o cuando el síntoma inicial es la disfagia. El uso de doble contraste (bario y aire) aumenta su sensibilidad.<sup>7</sup>

La endoscopia con toma de biopsias es el procedimiento más eficiente porque identifica el tumor, determina su patrón de crecimiento, el tamaño, la extensión en los diferentes segmentos del órgano y logra la corroboración histológica a través de la toma de muestras. El número mínimo de biopsias tomadas debe ser cinco con el cual se alcanza una positividad de 97%.<sup>8</sup> Desde la década pasada el objetivo del diagnóstico ha cambiado del hallazgo de tumores avanzados hasta la identificación de anomalías sutiles de la mucosa con la finalidad de detectar lesiones incipientes potencialmente curables. La cromoescopia con la combinación de índigo carmín con ácido acético define los márgenes de tumores pequeños con sensibilidad de 95% y especificidad de 100%.<sup>9</sup> La cromoescopia digital con imagen de banda angosta por manipulación de la longitud de onda de la luz tiene sensibilidad de 97% y especificidad de 94% en la identificación de tumores incipientes.<sup>10,11</sup>

El USE permite definir la penetración del tumor a las diferentes capas de la pared gástrica y el grado de involucro ganglionar perigástrico. La eficacia va de 60% a 90% para tumor y de 50% a 95% para los ganglios linfáticos. Para los ganglios a distancia su valor es muy limitado.<sup>12,13</sup>

La TC se usa rutinariamente para el estadiaje preoperatorio del cáncer gástrico y tiene una

exactitud de 43% a 82% para determinar el tamaño del tumor y la infiltración a órganos vecinos. Es poco confiable para determinar la profundidad y las metástasis ganglionares.<sup>14</sup> La sensibilidad y la especificidad de la TC para la detección de metástasis hepáticas es de 72% y 85%, respectivamente.<sup>15</sup>

**Nivel de evidencia III, grado de recomendación B.**

#### ■ 4. ¿Cómo se clasifica el cáncer gástrico?

Anteriormente se mencionó una primera clasificación entre cáncer gástrico incipiente y avanzado. La relevancia de esta distinción es la enorme diferencia en el pronóstico y estimula el diagnóstico oportuno. El cáncer gástrico incipiente se divide a su vez en elevado, plano y deprimido. En el carcinoma gástrico avanzado se utiliza la clasificación de Borrmann porque se sustenta en la forma del tumor y facilita la comunicación entre quienes tratan la enfermedad y se vincula parcialmente con el pronóstico. Esta clasificación es la siguiente: tipo I, polipoide o exofítico; tipo II, ulcerado; tipo III, ulcerado e infiltrante; tipo IV, infiltrante (antes llamado linitis plástica) y algunos agregan el tipo V, no clasificables.<sup>16</sup>

En la actualidad se utiliza universalmente la clasificación TNM. Esta clasificación permite situar al paciente en una etapa en el momento en que se concluye el diagnóstico y, por lo tanto, establecer un tratamiento específico, hacer un pronóstico y comparar los resultados de diferentes investigadores. En este sistema, la "T" se refiere a la profundidad del tumor: T1 invade la mucosa y la submucosa; T2 penetra la *muscularis propria* o la subserosa; T3 penetra la serosa y T4 invade estructuras vecinas. La "N" se refiere al número de ganglios con metástasis: N1, de uno a seis ganglios, N2, de siete a 15 y N3, más de 15. La "M" se refiere a la ausencia de metástasis a distancia, M0, y la presencia de metástasis, M1. El siguiente paso es integrar al tumor, según sus características TNM, en una de cuatro etapas clínicas.<sup>17</sup>

**Nivel de evidencia II, grado de recomendación A.**

#### Referencias

1. Oshima A, Hirata N, Ubukata T, et al. Evaluation of a mass screening program for stomach cancer with a case-control study design. *Int J Cancer* 1986;38:829-933.

2. Hallissey MT, Allum WH, Jewkes AJ, et al. Early detection of gastric cancer. *Br Med J* 1990;301:513-515.
3. De la Torre BA, Rojas TME, Bermúdez RH y col. Carcinoma gástrico incipiente. *Rev Gastroenterol Méx* 1988;53:27-32.
4. Oñate-Ocaña LF, Cortés CS, Herrera-Goepfer R, y col. Carcinoma gástrico incipiente. Análisis de 21 casos. *Rev Gastroenterol Méx* 2001;66:14-21.
5. Sugano K, Sato K, Yao K. New diagnostic approaches for early gastric cancer. *Dig Dis* 2004;22:227-233.
6. Weiser MR, Conlon KC. Diagnosis and staging of gastric cancer. In: Posner MC, Vokes EE, Weichselbaum RR. *Cancer of the upper gastrointestinal tract*. Ontario: BC Decker Inc; 2002. p. 237-251.
7. Weber W, Ott K. Imaging of oesophageal and gastric cancer. *Sem Oncol* 2004;31:530-541.
8. Tatsuta M, Lishi H, Okuda S, et al. **Prospective evaluation of diagnosis accuracy of gastrofibroscopy biopsy in diagnosis of gastric cancer.** *Cancer* 1989;63:1415-1420.
9. Sakai Y, Eto R, Kasanuki J, et al. Chromoendoscopy with indigo carmin dye added to acetic acid in the diagnosis of gastric neoplasia: a prospective comparative study. *Gastrointest Endosc* 2008;68:635-641.
10. Osawa H, Yoshizawa M, Yamamoto H, et al. Optimal band imaging system can facilitate detection of changes in depressed type early gastric cancer. *Gastrointest Endosc* 2008;67:226-344.
11. Curvers W, van den Broek F, Reitsma J. Systematic review of narrow-band imaging for the detection and differentiation of abnormalities in the esophagus and stomach. *Gastrointest Endosc* 2008;67:226-344.
12. Akahoshi K, Chijiwa Y, Hamada S, et al. Pre-operative TN staging of gastric cancer using a 15 MHz ultrasound minoprobe. *Br J Radiol* 1997;70:703-707.
13. Wang JY, Hsieh JS, Huang YS, et al. **Endoscopic ultrasonography for preoperative locoregional staging and assessment resectability in gastric cancer.** *Clin Imaging* 1998;22:355-359.
14. Kuntz C, Herfarth C. Imaging diagnosis for staging of gastric cancer. *Sem Surg Oncol* 1999;17:96-102.
15. Cancer gastric [monograph on the Internet]. Fort Washington: NCCN Practice Guidelines in Oncology; 2009 [cited April 7th, 2010]. Available from: [http://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/PDF/gastric.pdf](http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/gastric.pdf)
16. Sugano K. Gastric cancer: Pathogenesis, screening and treatment. *Gastrointest Endosc Clin N Am* 2008;18:513-522.
17. Greene FL, Page DL, Fleming ID, et al. (eds): *AJCC Cancer Staging Manual*, 6<sup>th</sup> ed. New York, Springer-Verlag, 2002.