

Simposio Cáncer Gástrico

Cáncer gástrico, un grave problema. Alternativas de solución

Horacio Solano*

Un grave problema

Costa Rica ocupa, según las estadísticas actuales. El tercer lugar mundial en incidencia de cáncer gástrico después de Japón y Chile, y el primer lugar mundial en mortalidad.

Desde 1970 a la fecha el cáncer gástrico es la primer causa de muerte por cáncer en nuestro país, anualmente mueren en promedio 500 personas por esta enfermedad.

El diagnóstico de cáncer gástrico temprano en Costa Rica, el cual es más susceptible de curación con adecuado tratamiento, representa solamente el 10%. La sobrevida general a 5 años posterior al diagnóstico y tratamiento es solamente del 15%.

Con respecto a la edad de mayor riesgo el 90% de los casos se diagnostican en personas mayores de 50 años y se mantiene una afectación mayor en los hombres con respecto a las mujeres en una relación 2 / 1.

Las poblaciones de Cartago y San José presentan las mayores tasas de incidencia del país y las de menor incidencia son las de Guanacaste y Limón. La alta incidencia y el desenlace fatal en la gran mayoría de los casos hacen del cáncer gástrico un problema

importante en la salud pública de Costa Rica, aunado a esto el cáncer gástrico temprano no da síntomas inicialmente y si los da son generalmente inespecíficos.

Alternativas de solución

La lucha contra el cáncer básicamente comprende la prevención primaria, la prevención secundaria o detección temprana y el adecuado tratamiento. La prevención primaria o eliminación de las causas no es fácilmente aplicable al cáncer gástrico debido a su condición multifactorial (tanto en causas que se sospechan como en las aún desconocidas). La detección temprana del cáncer gástrico es actualmente el arma más efectiva contra este mal y de ésta dependen los resultados del tratamiento, se sabe de la alta probabilidad de cura que este tumor tiene si su diagnóstico es temprano y si se realiza un adecuado tratamiento, siendo Japón el país que más ha desarrollado experiencia en este campo.

En Costa Rica, en el Hospital Dr. Max Peralta, en la provincia de Cartago, desde marzo de 1996 se ha desarrollado un programa de detección temprana y tratamiento de cáncer gástrico, como plan piloto, dirigido a una población de alto riesgo, usando la metodología japonesa (Serie gastroduodenal con doble medio de contraste como técnica de tamizaje), cuyos resultados de marzo de 1996 a julio de 1999 demuestran la eficacia del método utilizado tanto en la detección temprana como en los resultados del tratamiento y pronóstico de los casos. Durante este período, se suspendieron los estudios de detección por radiología durante nueve meses por motivo de remodelación de instalaciones. Los resultados obtenidos se muestran:

PROYECTO DE DETECCION TEMPRANA Y TRATAMIENTO DE CANCER GASTRICO RESULTADOS DE MARZO 1996 - JULIO 1999

Estudios radiológicos realizados (tamizaje)	8649
Estudios endoscópicos (sospecha o confirmación de cualquier lesión del tamizaje, no exclusivamente cáncer gástrico)	2617
Cáncer gástricos detectados	72 (8/1000 Rx)
Cáncer gástricos tempranos	46 (64%)

Resecados / laparotomía	64
Resecados / mucosectomía endoscópica	2
No resecados (Cirugía paliativa)	2
Inoperables	1
No aceptaron cirugía	3

PROFUNDIDAD DEL TUMOR EN CASOS RESECADOS (64 CASOS):

Localizados en mucosa	24	72%
Localizados hasta submucosa	22	

ESTADIO CONCLUYENTE EN CASOS OPERADOS (66 CASOS):

Estadio Ia	40 casos	76%
Estadio Ib	10 casos	

CURABILIDAD QUIRURGICA (CASOS RESECADOS):

Curabilidad A	86% de los casos	(no tumor residual, alta probabilidad de cura)
Curabilidad B	11% de los casos	(no tumor residual, pero no evaluable como A)
Curabilidad C	3% de los casos	(hay tumor residual definitivo)

* Cirujano Digestivo. Director Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer Gástrico, Hospital Dr. Max Peralta, Cartago.

En conclusión, para luchar adecuadamente contra el cáncer gástrico se debe hacer detección temprana, idealmente a toda la población mayor de 45 años ó dirigir el tamizaje hacia los grupos de mayor riesgo. La experiencia obtenida hasta el momento con el Proyecto de Detección Temprana desarrollado en Cartago debe ser trasladada al resto de la comunidad médica nacional para que se desarrollen programas locales de detección y tratamiento siguiendo la misma metodología ya practicada. El tamizaje por medio de radiología se puede realizar en la mayoría de Centros Médicos que cuenten con equipos radiológicos con fluoroscopia, aplicando la técnica adecuada para lo que se requiere el entrenamiento del personal relacionado tanto para la realización de los estudios como para su adecuada lectura, dejando el estudio endoscópico para confirmación. En caso de no tener disponibilidad de estudios radiológicos la detección se puede realizar directamente con endoscopia alta, en ambos casos, se requiere que el endoscopista conozca ampliamente la semiología endoscópica del cáncer gástrico temprano para un adecuado diagnóstico.

Importancia de la radiología convencional en el diagnóstico del cáncer gástrico

Maritza Salazar*

El gran avance en la tecnología de imágenes, aunado a las nuevas modalidades de tecnología digital, han permitido desarrollar ampliamente la técnica de la Serie Gastroduodenal con doble medio de contraste (SGD con doble medio), la cual representa una opción altamente competitiva para la valoración y el diagnóstico de la patología digestiva alta, jugando un papel relevante en el diagnóstico del cáncer gástrico.

En Japón, la detección de cáncer gástrico temprano representa el 60% del total del cáncer gástrico diagnosticado, situación que se atribuye al tamizaje en masa de la población adulta de ese país con SGD con doble medio. En contraste, en Costa Rica, en ausencia de programas de detección en masa, el 90 ñ 93% de los casos diagnosticados de cáncer gástrico están en estadio avanzado.

El Proyecto de Detección Temprana y Tratamiento de Cáncer Gástrico (Proyecto) que se desarrolla en el Hospital Dr. Max Peralta de Cartago, siguiendo la metodología japonesa, utiliza la Serie Gastroduodenal con doble medio de contraste como método de tamizaje. Esta metodología ha demostrado ser sensible para valorar las irregularidades de la mucosa gástrica, accesible económicamente, no invasiva y factible de realizar en la mayoría de Centros Hospitalarios de nuestro sistema de Seguridad Social.

* Radióloga. Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer Gástrico, Hospital Dr. Max Peralta, Cartago.

En el Centro de Detección Temprana y Tratamiento de Cáncer Gástrico (Unidad operativa del Proyecto) se ha diagnosticado el 64% de cáncer gástrico en etapa temprana, usando como método de tamizaje el estudio radiológico, de éstos el 80% presentó alteraciones en la SGD con doble medio, sospechosas ó convincentes de cáncer gástrico.

La SGD se realiza con vistas radiográficas con contraste simple y doble, requiere control fluoroscópico y compresión en cuerpo gástrico, antro gástrico y bulbo duodenal, se toman las incidencias necesarias. El Técnico o Profesional en Radiología que lleva a cabo el estudio debe estar adecuadamente entrenado para su realización y reconocimiento de las anomalías que permita obtener la información diagnóstica.

La SGD con doble medio adecuadamente realizada permite además la definición del tipo macroscópico de la lesión encontrada, definir su localización y extensión, e inclusive prever la profundidad de la misma en la pared gástrica, datos de sumo interés como guía del endoscopista y del cirujano para la definición del tratamiento necesario, en este aspecto el Radiólogo asume un roll muy clínico y de participación interdisciplinaria necesaria para un adecuado resultado integral del paciente.

Semiología endoscópica del cáncer gástrico temprano

Francisco Sáenz*

Costa Rica tiene un grave problema con el cáncer gástrico, que representa la primer causa de muerte, en hombres y mujeres, por cáncer desde los años 70. El 90% de los casos se diagnostican cuando ya están en etapas avanzadas y hay pocas posibilidades para su tratamiento curativo. Aproximadamente sólo del 7 al 10% de los casos de cáncer gástrico se diagnostican en forma temprana y ésta es precisamente la situación que hay que revertir, si se pretende variar la mortalidad por esta enfermedad. Se requiere aumentar la detección temprana, ya sea usando la radiología o la endoscopia como métodos de tamizaje. En ambos casos, es la endoscopia la que tiene la definición final, tanto clínica como por intermedio de la biopsia tomada. De aquí la necesidad e importancia de conocer y manejar claramente los conceptos semiológicos del cáncer gástrico temprano que permitan un diagnóstico lo más certero posible. Desconocer las características endoscópicas del cáncer temprano, así como, obviar la metodología adecuada para la revisión del tracto digestivo superior, indefectiblemente nos va a llevar a un diagnóstico equívoco, con la lamentable consecuencia para el paciente. Se debe tener siempre presente que el cáncer gástrico temprano es susceptible de curación y los endoscopistas no podemos obviar nuestra gran responsabilidad en esta situación.

* Gastroenterólogo. Centro de Diagnóstico y Tratamiento de Cáncer Gástrico, Hospital Dr. Max Peralta, Cartago.