Cáncer gástrico

Printed from https://www.cancerquest.org/es/para-los-pacientes/cancer-por-tipo/cancer-de-estomago on 11/17/2026

GastricCancer.jpg

El cáncer de estómago o gástrico es relativamente raro en los Estados Unidos y otros países desarrollados. A pesar de su rareza en los EE. UU., El cáncer gástrico es la segunda causa principal de muerte relacionada con el cáncer en todo el mundo y es el cuarto cáncer diagnosticado con mayor frecuencia en todo el mundo. Las tasas de incidencia para la mayoría de los tipos de cáncer gástrico están disminuyendo en todo el mundo debido a las mejoras en las condiciones de vida y la dieta.1, 2

A continuación se muestra una lista de la información que se encuentra en esta sección:

- Anatomía del estómago
- Tipos de cáncer gástrico
- Factores de riesgo
- Síntomas
- Detección y diagnóstico
- Reportes de patología y fases
- Biologia del tumor de cáncer gástrico
- Tratamiento
- Fuentes de información del cáncer de estómago (gástrico)
- Resumen de sección

Anatomía del estómago

El estómago es un órgano con forma de saco ubicado entre el esófago y el intestino delgado. El estómago ayuda a la digestión y almacena alimentos. Anatómicamente, el estómago se ha dividido en 5 regiones diferentes: cardias, fundus, cuerpo, antro y píloro (ver más abajo). El estómago también está compuesto por 5 capas de tejido diferentes: mucosa, submucosa, muscular, subserosa y serosa. Cuantas más capas invade el cáncer, peor es su pronóstico. 3

stomach anatomy

El estómago también está asociado con una extensa red linfática. El cáncer que se ha diseminado a los vasos linfáticos cercanos tiene un peor pronóstico.4

Aprenda más acerca del sistema linfático.

Tipos

A continuación, se enumeran algunos tipos comunes y poco comunes de cáncer de estómago:

Adenocarcinoma gástrico - el cáncer gástrico más común. Suele dividirse en dos subtipos: intestinal y difuso. El adenocarcinoma intestinal generalmente evoluciona en partes del estómago más cercanas a los intestinos y afecta con mayor frecuencia a personas mayores de 80 años. El adenocarcinoma difuso se encuentra con mayor frecuencia en pacientes jóvenes y en aquellos con tipo sanguíneo A. La forma difusa es lo que tradicionalmente se considera gástrico cáncer. 1, 5

Tumor del estroma gastrointestinal (GIST) - poco común. Surge de las células del Cajal que regulan las contracciones intestinales.6

Leiomiosarcoma gastrointestinal: poco común. Rara vez se propaga a los ganglios linfáticos. Surge de las células del músculo liso en la muscularis mucosa o propia del revestimiento del estómago. 6

Carcinoide gastrointestinal: poco común. Surge de la mucosa del cuerpo gástrico y del fondo. Potencial

metastásico limitado. 7

Linfoma gastrointestinal: poco común. Suele evolucionar en el estómago, pero puede comenzar en cualquier parte del tracto gastrointestinal. 8

Factores de riesgo

Factores que influyen en el riesgo de desarrollar un cáncer de estómago (gástrico):

• Infección de Helicobacter pylori • Dieta • Genero • Edad • Etnia • Geografía • Fumar • Obesidad	• Cirugía de estomago previa • Anemia perniciosa • Enfermedad de Menetrier • Tipo sanguíneo A • Historia familiar de cáncer de estomago • Ocupación • Infección Epstein-Barr infección • Algunos tipos de pólipos estomacales

Los efectos relativos de estos y otros factores de riesgo en cualquier caso de cáncer son variables y muy difíciles de determinar con precisión en este momento. Algunos de estos y otros factores de riesgo se analizan a continuación.

Infección por *Helicobacter pylori*

H. pylori es una de las infecciones bacterianas más comunes en todo el mundo. Provoca úlceras duodenales y gástricas, así como gastritis crónica. H. pylori aumenta significativamente el riesgo de desarrollar adenocarcinoma gástrico. La Organización Mundial de la Salud clasifica a H. pylori como carcinógeno de clase I. Se encuentra en el estómago de más de la mitad de la población mundial. Las bacterias viven en el revestimiento de la mucosa del estómago y pueden causar inflamación crónica (gastritis). Esta inflamación puede provocar daños en el ADN que promueven el desarrollo del cáncer. H. pylori se asocia con más del 70% de los adenocarcinomas gástricos.

La erradicación de la infección es la mejor forma de prevenir el cáncer gástrico. Puede usarse una combinación de antibióticos, supresores de ácido estomacal y protectores estomacales. Desafortunadamente, las pruebas de diagnóstico adecuadas y la terapia con medicamentos para la erradicación de *H. pylori* son muy costosas. Una vacuna sería un mejor enfoque para el problema de *H. pylori*. Las vacunas han tenido un éxito moderado en modelos animales, pero no en humanos. Actualmente se están estudiando varios tipos de vacunas 9

Dieta

Un aumento del consumo de fibra, frutas crudas y verduras se asocia con una disminución significativa del riesgo de cáncer gástrico. Se sospecha que el consumo de nitratos, carbohidratos refinados (pan blanco, arroz blanco, cereales azucarados, etc.) y alimentos muy salados o en escabeche aumentan el riesgo de cáncer gástrico.9

Género

Los hombres tienen un mayor riesgo que las mujeres de cáncer de estómago. Esto es especialmente cierto para el tipo de cáncer intestinal. Se cree que las hormonas reproductivas femeninas como el estrógeno y la progesterona ayudan a proteger contra el desarrollo del cáncer gástrico. 10, 11

Edad

El riesgo de desarrollar cáncer gástrico aumenta gradualmente después de los 40 años. El cáncer gástrico de tipo difuso ocurre con más frecuencia en pacientes más jóvenes, mientras que el tipo intestinal ocurre con más frecuencia en los ancianos. Por esta razón, la edad es un factor de riesgo mayor para el tipo intestinal que para el tipo difuso.10

Etnia y Geografía

Los caucásicos tienen el menor riesgo de desarrollar cáncer gástrico y las personas de ascendencia asiática tienen el mayor riesgo. Esta disparidad se debe principalmente a la dieta y las condiciones de vida. Japón y China tienen las tasas más altas de cáncer gástrico e infección por *H. pylori*. Europa del Este también tiene un riesgo mayor que América del Norte y Europa Occidental y del Norte 10, 1

Fumar

Los estudios han demostrado que fumar aumenta el riesgo de cáncer gástrico. Los fumadores asiáticos tienen un

mayor riesgo de desarrollar cáncer gástrico de tipo intestinal, mientras que los fumadores occidentales tienen un mayor riesgo de cáncer gástrico de tipo difuso. 10

Antecedentes familiares de cáncer gástrico

Los casos de cáncer se pueden agrupar en dos categorías amplias, **esporádicos** y **familiares**. Los cánceres esporádicos son aquellos en los que el individuo afectado no tiene antecedentes familiares conocidos de la enfermedad. Los cánceres familiares tienden a ocurrir en varias generaciones de una familia y las personas afectadas a menudo tienen parientes cercanos (hermano, hermana, padre) con el mismo tipo de cáncer. Es posible que estos individuos hereden genes que aumentan el riesgo de desarrollar cánceres específicos. Las personas con antecedentes familiares de cáncer gástrico tienen un mayor riesgo de desarrollar la enfermedad. El aumento del riesgo depende del tipo de familiar afectado. Cuanto más relacionado esté un individuo con alguien que tiene / ha tenido cáncer gástrico, es más probable que comparta los genes asociados. El cáncer de estómago hereditario representa alrededor del 1-3% de todos los casos de cáncer de estómago. 12

El principal síndrome de susceptibilidad al cáncer gástrico se denomina cáncer gástrico difuso hereditario (HDGC). Otras formas hereditarias de cáncer del sistema digestivo incluyen poliposis adenomatosa familiar (FAP) y cáncer colorrectal hereditario no asociado al poliposis (HNPCC):

- **Cáncer gástrico difuso hereditario (HDGC)**: La HDGC es un trastorno autosómico dominante y está causado por una mutación en el gen CDH1. La mutación da como resultado una disminución de la cadherina E de tipo 1. Esta expresión disminuida parece ser la diferencia entre el cáncer gástrico intestinal y difuso. La aparición del cáncer es muy variable para estas personas, entre los 16 y los 82 años de edad. Hay pruebas genéticas disponibles para este síndrome. 13Aprenda más sobre el FAP y HNPCC.

Síntomas

Los síntomas

El cáncer gástrico en etapa temprana generalmente tiene pocos síntomas, pero pueden ocurrir los siguientes síntomas generales: 14

- Indigestión, malestar estomacal o acidez estomacal
- Náuseas o pérdida del apetito
- Sensación de cansancio

Los cánceres gástricos en etapa tardía se asocian con los siguientes síntomas: 14

- Sangre en las heces o heces de color negro
- Sensación de hinchazón después de comer, incluso al comer una pequeña cantidad.
- Vómitos después de las comidas
- Pérdida de peso involuntaria
- Dolor de estómago, especialmente después de las comidas.
- Debilidad y fatiga

Detección y diagnóstico

Detección

En los EE. UU., La detección del cáncer gástrico ocurre con mayor frecuencia después de que se ha convertido en un cáncer en etapa tardía. Debido a que el cáncer gástrico no es común en los EE. UU., La detección del público en general no se realiza activamente. Por el contrario, los países que tienen altos niveles de cáncer gástrico, como Japón, han aplicado procedimientos de detección de manera más rigurosa que a menudo resultan en la detección temprana del cáncer gástrico.15

Debido a que aproximadamente el 1% de las personas infectadas con *H. pylori* desarrollarán cáncer gástrico, se ha propuesto que la detección de la infección por la bacteria debe considerarse para las personas en los EE. UU. Que viven en áreas donde las tasas de infección son altas.16

Para obtener información sobre los métodos utilizados para detectar el cáncer, consulte la sección de Diagnóstico y detección.

Reporte de patología y etapificación

Reporte patológico

Si existe la sospecha de que un paciente puede tener cáncer gástrico, se puede tomar una muestra de tejido (biopsia) para su examen. Después de que se toma una biopsia, el médico que realizó la biopsia envía la muestra a un patólogo. El patólogo examina la muestra tanto a nivel macroscópico (visible a simple vista) como microscópico (que requiere aumento) y luego envía un informe patológico al médico. El informe contiene información sobre la

apariencia del tejido, la composición celular y el estado de enfermedad o normalidad.

Vea más información sobre reportes patológicos.

Etapas

La estadificación del cáncer es una forma de describir la extensión de la enfermedad. Uno de los métodos más comunes utilizados para la estadificación del cáncer se llama **sistema T/N/M**. Este sistema asigna un grado de gravedad según el tamaño, la ubicación y la diseminación del cáncer en el cuerpo. Dos factores importantes que influyen en la supervivencia de los pacientes con cáncer gástrico son la profundidad de la invasión a través de la pared gástrica y el número de ganglios linfáticos afectados. 14

Aprenda más sobre las etapas del cáncer y el sistema TNM.

Biología tumoral y genética

Las mutaciones (o modificaciones epigenéticas) de genes clave alteran el comportamiento de las células. Las alteraciones genéticas provocan cambios en los productos proteicos y cambios en la cantidad de producto producido por los genes (expresión génica). A medida que se acumulan los cambios, las células se vuelven más anormales y el cáncer progresa. Los detalles sobre estos cambios se pueden encontrar en la sección de mutación. Algunos de los genes que han demostrado ser importantes en el desarrollo del cáncer gástrico se enumeran y analizan a continuación:

- GenCDH1
- Gen TP53
- Gen APC

Gen CDH1
CDH1 codifica una proteína llamada cadherina epitelial o cadherina-E. Esta proteína participa en la adhesión célula-célula y es responsable de la formación de tejidos organizados. La E-cadherina también tiene funciones en la señalización celular, el movimiento celular y la regulación genética. CDH1 funciona como un gen supresor de tumores. Las mutaciones hereditarias de CDH1 son responsables del síndrome de cáncer gástrico difuso hereditario (HDGC). Las mutaciones en este gen también aumentan el riesgo de desarrollar carcinoma de mama lobulillar y cáncer de próstata.17, 18

Gen TP53
TP53 es un gen supresor de tumores, que codifica la proteína producto p53. Se ha informado de que TP53 está dañado(mutado) o se pierde hasta en un 80% de los cánceres gástricos. 17

Aprenda más acerca de p53 anormal y el desarrollo del cáncer.

Gen APC
APC (poliposis adenomatosa coli) es un gen supresor de tumores que juega un papel en la señalización celular. El gen APC es bien conocido por su papel el desarrollo del cáncer colorrectal.Sin embargo, las mutaciones en este gen también se encuentran en el 60% de los cánceres gástricos de tipo intestinal y el 25% de los adenomas gástricos. 17

Aprenda más sobre APC y el desarrollo del cancer.

Tratamiento

Los tratamientos del cáncer de estómago se pueden dividir en dos categorías según el cáncer: etapa temprana y avanzada. El tratamiento en etapa temprana involucra tumores que aún no han penetrado la capa serosa del estómago. El tratamiento en etapa avanzada involucra tumores que han penetrado en la serosa y se han diseminado a otras regiones del cuerpo. Las opciones de tratamiento dependen del tamaño y la ubicación del tumor, la condición física del paciente y la etapa del cáncer.

La cirugía es la opción de tratamiento más común para el cáncer de estómago en estadio temprano. Existen tres opciones quirúrgicas principales para el cáncer de estómago:

- **Gastrectomía total** - Remoción quirúrgica del estómago completo.
- **Gastrectomía parcial o subtotal** - La remoción quirúrgica de una sección específica del estómago.
- **Resección** - Remoción quirúrgica del tumor y parte del tejido que lo rodea.

La extirpación de los ganglios linfáticos circundantes se realiza con frecuencia durante cualquier tipo de cirugía. También se puede usar quimioterapia y radioterapia después de la cirugía. El cáncer gástrico tiene una alta tasa de recurrencia, por lo que es importante mantener un estilo de vida saludable y continuar la vigilancia médica después del tratamiento.

Debido a que nuestro enfoque está en la biología de los cánceres y sus tratamientos, no brindamos pautas de tratamiento detalladas. En cambio, nos vinculamos con organizaciones en los EE. UU. Que generan las pautas de tratamiento.

El National Comprehensive Cancer Network (NCCN por sus siglas en inglés) lista los siguientes tratamientos para el cáncer gástrico:

- Cirugía
- Radioterapia
- Quimioterapia

Información acerca de pruebas clínicas:

- Información general sobre pruebas clínicas en CancerQuest
- Clic aquí para más información sobre pruebas clínicas en el National Cancer Institute.
- Clic aquí para más información sobre pruebas clínicas en Georgia Clinical Trials Online.
- Clic aquí para más información sobre pruebas clínicas en el Winship Cancer Institute of Emory University

Fuentes de información del cáncer gástrico

Recursos de Internet:

Winship Cancer Institute: Realiza una Cita

Página de Inicio del Cáncer Gástrico: NCI

Fundación de Cáncer Gástrico

MedLine

MedicineNet

WebMD

Publicaciones del National Cancer Institute:

What You Need To Know About: Cancer of the Esophagus

What You Need To Know About: Stomach Cancer

Publicaciones de Otros Recursos:

Esophagus Cancer (ACS)

Stomach Cancer (ACS)

Reporte del Grupo de Revisión de Progreso de los Cánceres de Estómago

Lo Que Necesitas Saber Acerca De: Cáncer de Esófago

Lo Que Necesitas Saber Acerca De: Cáncer de Estómago

Publicaciones de Otras Fuentes:

Cáncer de Esófago (ACS)

Cáncer de Estómago (ACS)

Resumen de sección: Cáncer gástrico

Introducción

- El cáncer gástrico es la segunda causa principal de muerte relacionada con el cáncer en todo el mundo.
- El cáncer de estómago es poco común en EE. UU.
- El adenocarcinoma gástrico es el tipo más común de cáncer gástrico.

Factores de Riesgo

- La infección por *Helicobacter pylori* y la dieta son dos de los factores de riesgo más importantes.
- Los hombres corren un mayor riesgo que las mujeres.
- Los genes heredados aumentan el riesgo de desarrollar cáncer gástrico. El síndrome de cáncer gástrico difuso hereditario (HDGC) implica la herencia de formas específicas del gen CDH1.

Síntomas

- Típicamente las etapas tempranas del cáncer gástrico son asintomáticas.
- Las etapas tardías del cáncer gástrico pueden causar dolor abdominal, heces con sangre o perdida de peso.

Reporte patológico y etapas

- Se puede examinar una biopsia del tejido para determinar la apariencia del tejido, la composición celular y las anomalías.
- El sistema T/N/M es uno de los métodos más comunes utilizados para la estadificación del cáncer gástrico.
- El sistema T/N/M asigna un grado de gravedad según el tamaño, la ubicación y la diseminación del cáncer.

Biología tumoral del cáncer gástrico

- Muchos cambios genéticos ocurren durante el cáncer. Puede encontrar detalles en la sección de mutación.
- Una de las mutaciones más comunes en el cáncer gástrico hereditario ocurre en el gen CDH1 que actua como supresor de tumores y juega un papel en el envío de señales celulares.

Tratamiento

- El tratamiento puede incluir cirugía, radioterapia y quimioterapia.
- Los nódulos linfáticos que rodean el estómago a veces son removidos durante la cirugía.

---

1 [abc] Hohenberger P, Gretschel S. "Gastric cancer." Lancet. 2003 Jul 26;362(9380):305-15. [PUBMED]
2 World Health Organization. "Global cancer rates could increase by 50% to 15 million by 2020." Switzerland. 3 April 2003. [http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr27/en/]
3 Vander, Arthur J., James H. Sherman, Dorothy S. Luciano. Human Physiology, 6th Edition. McGraw-Hill, Inc. NY, NY (1994).
4 Detailed guide to stomach cancer. American Cancer Society (accessed August 2010). [http://www.cancer.org/Cancer/StomachCancer/DetailedGuide/index]
5 You WC, Ma JL, Liu W, Gail MH, Chang YS, Zhang L, Hu YR, Fraumeni JF Jr, Xu GW. "Blood type and family cancer history in relation to precancerous gastric lesions." Int J Epidemiol. 2000 Jun;29(3):405-7. [PUBMED]
6 [ab] Katz SC, DeMatteo RP. "Gastrointestinal stromal tumors and leiomyosarcomas." J Surg Oncol. 2008 Mar 15;97(4):350-9. [PUBMED]
7 Levy AD, Sobin LH. "From the archives of the AFIP: Gastrointestinal carcinoids: imaging features with clinicopathologic comparison." Radiographics. 2007 Jan-Feb;27(1):237-57. [PUBMED]
8 Ghai S, Pattison J, Ghai S, O'Malley ME, Khalili K, Stephens M. "Primary gastrointestinal lymphoma: spectrum of imaging findings with pathologic correlation." Radiographics. 2007 Sep-Oct;27(5):1371-88. [PUBMED]
9 [ab] Rocco A, Nardone G. "Diet, H pylori infection and gastric cancer: evidence and controversies." World J Gastroenterol. 2007 Jun 7;13(21):2901-12. [PUBMED]
10 [abcd] Yoshida S, Kozu T, Gotoda T, Saito D. "Detection and treatment of early cancer in high-risk populations." Best Pract Res Clin Gastroenterol. 2006;20(4):745-65. [PUBMED]
11 Freedman ND, Chow WH, Gao YT, Shu XO, Ji BT, Yang G, Lubin JH, Li HL, Rothman N, Zheng W, Abnet CC. "Menstrual and reproductive factors and gastric cancer risk in a large prospective study of women." Gut. 2007 Dec;56(12):1671-7. [PUBMED]
12 Carneiro F, Oliveira C, Suriano G, Seruca R. "Molecular pathology of familial gastric cancer, with an emphasis on hereditary diffuse gastric cancer." J Clin Pathol. 2008 Jan;61(1):25-30. [PUBMED]
13 Lynch HT, Kaurah P, Wirtzfeld D, Rubinstein WS, Weissman S, Lynch JF, Grady W, Wiyrick S, Senz J, Huntsman DG. "Hereditary diffuse gastric cancer: diagnosis, genetic counseling, and prophylactic total gastrectomy."Cancer. 2008 Jun 15;112(12):2655-63. [PUBMED]
14 [abc] Layke JC, Lopez PP. "Gastric cancer: diagnosis and treatment options." Am Fam Physician. 2004 Mar 1;69(5):1133-40. [PUBMED]
15 Graham DY, Asaka M. (2010) Eradication of gastric cancer and more efficient gastric cancer surveillance in Japan: two peas in a pod.J Gastroenterol. 45(1):1-8. Epub 2009 Aug 28. [PUBMED]
16 Tepes, B. (2009) Can gastric cancer be prevented?J Physiol Pharmacol. Dec;60 Suppl 7:71-7. [PUBMED]
17 [abc] Zheng L, Wang L, Ajani J, Xie K. "Molecular basis of gastric cancer development and progression." Gastric Cancer. 2004;7(2):61-77. Review. [PUBMED]
18 Graziano F, Humar B, Guilford P. "The role of the E-cadherin gene (CDH1) in diffuse gastric cancer susceptibility: from the laboratory to clinical practice." Ann Oncol. 2003 Dec;14(12):1705-13. Review. [PUBMED]