



NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

2019

Relleene nuestra
encuesta en línea en
NCCN.org/patients/survey

Cáncer de estómago

Presentado con el apoyo de:



NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK
FOUNDATION
Guiding Treatment. Changing Lives.



Disponible en línea en NCCN.org/patients



**Es fácil
perderse en
el mundo
del cáncer**



**Use las
NCCN Guidelines
for Patients[®]
como guía**

- ✓ Guías detalladas sobre las opciones de tratamiento contra el cáncer que probablemente brinden los mejores resultados.
- ✓ Sobre la base de las pautas de tratamiento utilizadas por los proveedores sanitarios de todo el mundo.
- ✓ Un diseño que le permitirá analizar el tratamiento contra el cáncer con sus médicos.

Acerca de



National Comprehensive
Cancer Network®

National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®) desarrolló estas NCCN Guidelines for Patients®



NCCN

- ✓ Una alianza de los 28 principales centros oncológicos del mundo de Estados Unidos que se dedican a la atención de los pacientes, la investigación y la educación.

Centros oncológicos que forman parte de la NCCN:
[NCCN.org/cancercenters](https://www.nccn.org/cancercenters)



Pautas de la NCCN sobre la práctica clínica en oncología (NCCN Guidelines®)

- ✓ Desarrolladas por médicos de centros oncológicos de la NCCN que emplean la información más actualizada sobre la investigación y cuentan con años de experiencia.
- ✓ Destinadas a proveedores de tratamiento contra el cáncer de todo el mundo.
- ✓ Recomendaciones de especialistas en exámenes de detección, diagnóstico y tratamiento del cáncer.

Disponible gratis en línea en
[NCCN.org/guidelines](https://www.nccn.org/guidelines)



NCCN Guidelines for Patients

- ✓ Presentar información de las NCCN Guidelines en un formato fácil de comprender.
- ✓ Para pacientes con cáncer y para las personas que les brindan apoyo.
- ✓ Explicar las opciones de tratamiento contra el cáncer que probablemente brinden los mejores resultados.

Planillas de NCCN Quick Guide™

- ✓ Principales puntos de las NCCN Guidelines for Patients

Disponible gratis en línea en
[NCCN.org/patientguidelines](https://www.nccn.org/patientguidelines)



NATIONAL COMPREHENSIVE CANCER NETWORK
FOUNDATION
Guiding Treatment. Changing Lives.

con el respaldo y la financiación de la NCCN Foundation®

Estas pautas se basan en las Pautas de la NCCN sobre la práctica clínica en oncología (NCCN Guidelines®) para el cáncer gástrico (Versión 2.2019, del 3 de junio de 2019).

© 2019 National Comprehensive Cancer Network, Inc. Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción de las NCCN Guidelines for Patients® y las ilustraciones incluidas, en cualquier forma o para cualquier fin, sin el permiso expreso de la NCCN. Queda prohibido el uso, incluso por parte de médicos o pacientes, de las NCCN Guidelines for Patients con cualquier fin comercial, así como la afirmación, declaración o insinuación de que las NCCN Guidelines for Patients que se hayan modificado de cualquier forma derivan, se basan o se relacionan con las NCCN Guidelines for Patients, o bien surgen de ellas. Las NCCN Guidelines son un trabajo en curso que se van redefiniendo a medida que aparecen datos importantes. La NCCN no ofrece garantías de ningún tipo en relación con el contenido, el uso o la aplicación de este, y declina toda responsabilidad por su aplicación o uso de cualquier forma.

El objetivo de NCCN Foundation® es brindar apoyo a millones de pacientes y a familias afectadas por un diagnóstico de cáncer mediante la financiación y la distribución de las NCCN Guidelines for Patients®. NCCN Foundation también está comprometida con hacer avanzar el tratamiento del cáncer financiando las actividades de especialistas prometedores del país en las áreas de innovación en la investigación sobre el cáncer. Para obtener más información y acceder a la biblioteca completa de recursos para pacientes y cuidadores, visite [NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients). La financiación de las NCCN Guidelines for Patients depende únicamente de donaciones. Si desea hacer una donación, visite [NCCNFoundation.org/Donate](https://www.nccnfoundation.org/Donate).

National Comprehensive Cancer Network® (NCCN®) y NCCN Foundation®
3025 Chemical Road, Suite 100 | Plymouth Meeting, PA 19462 | 215.690.0300

Patrocinado en parte por



Debbie's Dream Foundation: Curing Stomach Cancer

Como organización cuya misión se basa en proporcionar material educativo y servicios de apoyo gratuitos internacionalmente a pacientes con cáncer de estómago, sus familias y cuidadores, Debbie's Dream Foundation: Curing Stomach Cancer (DDF) se dedica a crear conciencia sobre el cáncer de estómago, hacer avanzar la investigación con financiación y perseguir el objetivo máximo de hacer realidad la cura contra el cáncer de estómago. DDF se enorgullece de dar su apoyo en este importante recurso integral para pacientes y sus familias. DebbiesDream.org



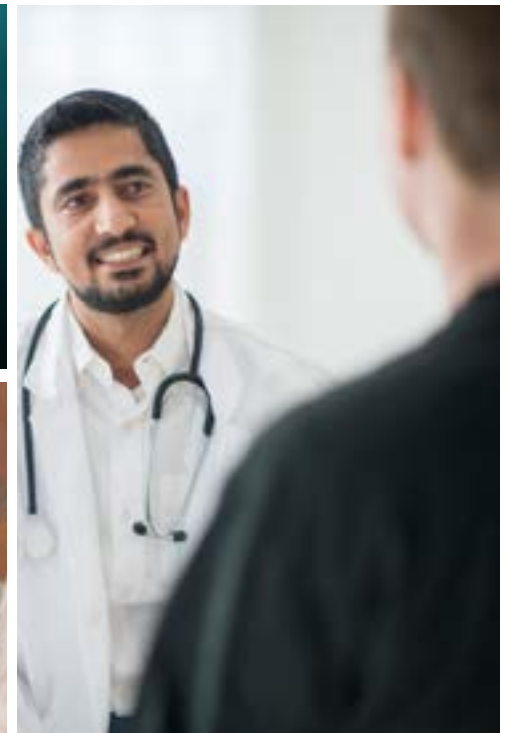
Hope for Stomach Cancer

Una organización sin fines de lucro centrada en brindar servicios a la comunidad afectada por el cáncer de estómago, comenzando por el paciente y sus necesidades precisas inmediatas. Hope for Stomach Cancer mantiene el compromiso con nuestra misión de proporcionar apoyo, recursos y conocimientos a personas afectadas por el cáncer de estómago. A través de la investigación, la detección temprana y la prevención, brindamos servicios a la comunidad afectada por el cáncer de estómago, ayudamos a salvar vidas, y trabajamos para encontrar la cura. Nos complace respaldar las NCCN Guidelines for Patients®: Stomach Cancer como un recurso invaluable para las personas que padecen cáncer de estómago. <https://stocan.org/>



No Stomach For Cancer

Una organización que trabaja con diligencia para hacer avanzar la educación y la formación sobre el cáncer de estómago dentro de la comunidad médica y científica, y compartir dicha información con pacientes y cuidadores. En consonancia con la misión de la organización, NSFC respalda las tareas de investigación sobre exámenes de detección, detección temprana, tratamiento y prevención del cáncer de estómago. No Stomach For Cancer se enorgullece de respaldar estas pautas completas para pacientes y sus familias. nostomachforcancer.org



Contenido

6	Información básica sobre el cáncer de estómago
14	Estadificación del cáncer de estómago
19	Resumen de los tratamientos contra el cáncer
27	Guía de tratamiento
43	Supervivencia
47	Tomar decisiones sobre el tratamiento
56	Palabras para conocer
58	Contribuyentes a la NCCN
59	NCCN Cancer Centers
60	Índice

1

Información básica sobre el cáncer de estómago

7	El estómago
8	Tipos de cáncer de estómago
9	Diagnóstico y planificación del tratamiento
13	Otros cuidados antes del tratamiento
13	Revisión



Usted se enteró de que padece cáncer de estómago. Es normal sentirse conmovido y confundido. Este capítulo consiste en una presentación del cáncer de estómago. Esta información puede ayudarle a comenzar a planificar el tratamiento.

El estómago

El estómago es un órgano grande y hueco que forma parte del sistema digestivo. El sistema digestivo descompone los alimentos para que el organismo los utilice. En este sistema, el estómago es uno de los cuatro órganos que componen el tubo digestivo.

Véase Figura 1.

Los alimentos pasan de la boca al estómago a través del esófago. En el estómago, los alimentos se descomponen y se transforman en líquido. Desde el estómago, los

alimentos ingresan en el intestino delgado donde se absorben los nutrientes que luego entran en el torrente sanguíneo. El intestino grueso prepara los alimentos sin usar para moverlos por el organismo.

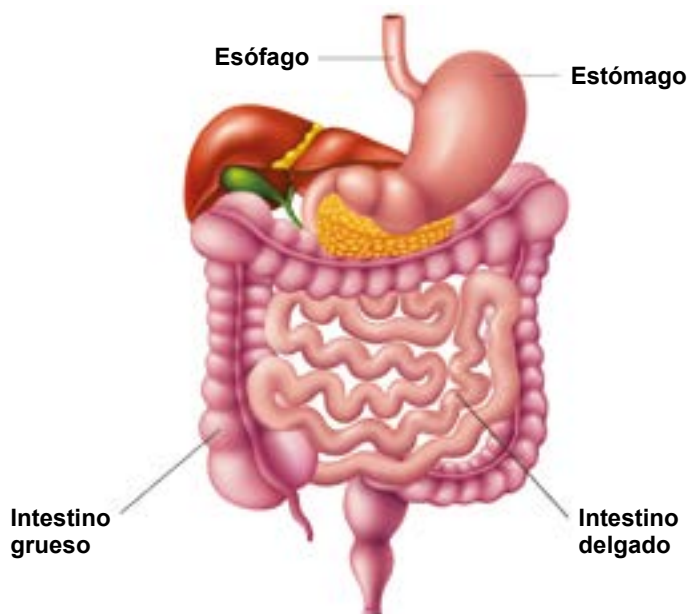
La pared del estómago

La pared del estómago consta de cuatro capas principales. **Véase Figura 2.** A la capa interna que entra en contacto con los alimentos se la conoce como mucosa. Esta consta de tres subcapas: el epitelio, la lámina propia y la capa muscular de la mucosa.

El epitelio forma un líquido pegajoso y espeso denominado *mucosidad*, que protege el estómago. La lámina propia contiene tejido conectivo, espacios linfáticos pequeños y glándulas. La linfa es un líquido transparente que aporta agua y alimentos a las células sanguíneas que combaten los gérmenes. La capa muscular de la mucosa es una franja muscular fina que separa la mucosa de la submucosa.

Figura 1
El tubo digestivo

El estómago es uno de los cuatro órganos que componen el tubo digestivo. Los alimentos pasan por el esófago hasta llegar al estómago. Después de desintegrarse y convertirse en líquido, el alimento ingresa en el intestino delgado. El intestino grueso prepara los alimentos sin usar para moverlos por el organismo.



Tipos de cáncer de estómago

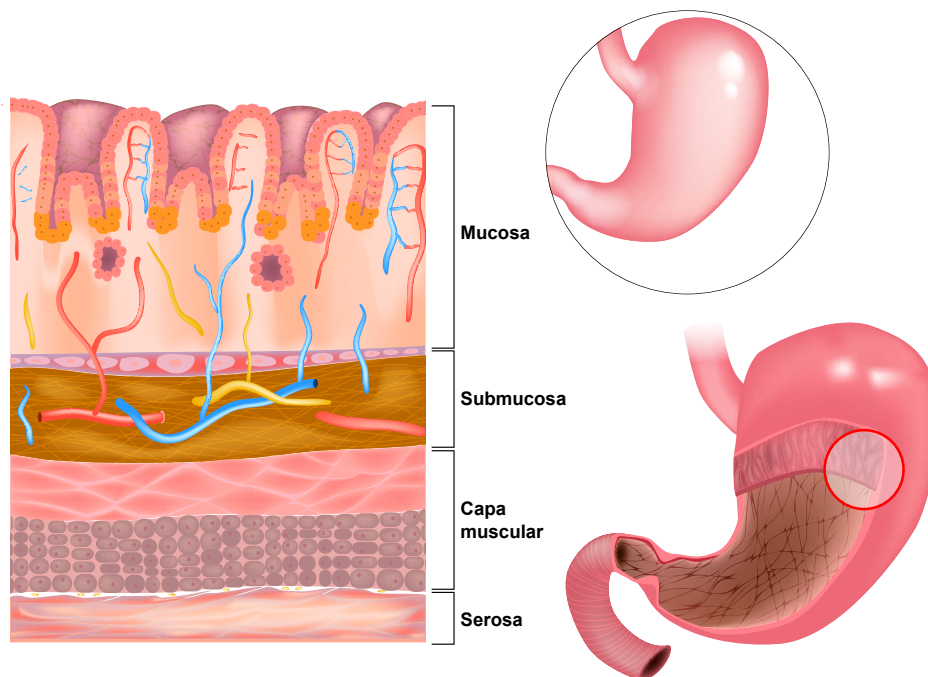
La mayoría de los cánceres de estómago comienzan en las células que recubren el interior del estómago y producen mucosidad. Se los denomina **adenocarcinomas**. Casi todos los cánceres de estómago son adenocarcinomas. **Este libro se centra en los adenocarcinomas de estómago.**

Hay dos tipos principales de adenocarcinomas de estómago. Las células del tipo intestinal se pegan y forman estructuras con forma de tubos y glándulas. Las células del tipo difuso no se pegan y se diseminan por una amplia área que puede observarse fácilmente en la superficie.

Muchos tumores que comienzan en el estómago se tratan como cáncer de estómago. Sin embargo, los tumores que comienzan en la parte superior (2 cm o aproximadamente una pulgada) del estómago y pasan al área ubicada entre el esófago y el estómago se tratan como cáncer de esófago. Consulte las [NCCN Guidelines for Patients: Esophageal Cancer](#) para conocer las opciones de tratamiento del cáncer de esófago.

Figura 2 La pared el estómago

La pared del estómago consta de cuatro capas. La capa interna que entra en contacto con los alimentos es la mucosa. Aquí es donde suele comenzar el cáncer de estómago.



Diagnóstico y planificación del tratamiento

Exploración física e historia clínica

Los dos primeros pasos importantes de las pruebas iniciales (“estudio de diagnóstico inicial”) cuando hay sospecha de cáncer de estómago consisten en la realización de una exploración física y la revisión de la historia clínica.

La historia clínica incluye todos los eventos médicos y los medicamentos que se han tomado durante toda la vida. También incluye los síntomas que pueden estar relacionados con el cáncer de estómago. La historia clínica ayuda a los médicos a conocer si el estado de salud del paciente es adecuado para considerar una cirugía y quimioterapia.

Evaluación de riesgos genéticos

Algunas personas son más propensas a desarrollar cáncer de estómago que otras. A todo factor que aumente sus probabilidades de contraer cáncer de estómago se lo denomina *factor de riesgo*. Los factores de riesgo pueden ser actividades que realizan las personas, factores ambientales o rasgos particulares. Una historia clínica ayuda a los médicos a evaluar si el cáncer de estómago es causado por cambios anormales en los genes que se transmiten de padres a hijos (se heredan). Esto se conoce como *evaluación de riesgos genéticos*.

Como parte de la evaluación de riesgos genéticos, el médico le preguntará sobre sus antecedentes familiares. Es importante saber qué enfermedades padecían los miembros de su familia y a qué edad tuvieron su diagnóstico. El médico podrá preguntarle sobre la salud de sus hijos y nietos, hermanos, padres y tíos y abuelos.

Es posible que ninguna persona de su familia haya padecido cáncer de estómago o un cáncer relacionado. Igualmente, puede tener un síndrome heredado que haya incrementado sus probabilidades de contraer cáncer de estómago. Un síndrome es un grupo de síntomas que se producen juntos y sugieren la presencia de una enfermedad o el riesgo de contraerla. Los síndromes heredados que más se relacionan con el cáncer de estómago se mencionan a continuación.

- Cáncer gástrico hereditario difuso (CGHD)
- Síndrome de Lynch
- Síndrome de poliposis juvenil
- Síndrome de Peutz-Jeghers
- Poliposis adenomatosa familiar clásica o atenuada (PAF/PAFa)

Si el médico considera que usted padece cáncer de estómago hereditario, se lo derivará a un asesor genético. Un asesor genético podrá hablar con usted sobre ciertas pruebas para detectar síndromes relacionados con el cáncer de estómago. Para realizar estas pruebas, deberá proporcionar una muestra de sangre. Con esta muestra, un patólogo podrá analizar los genes para detectar cambios anormales que provoquen estos síndromes.

Los síndromes hereditarios que figuran a continuación también pueden estar asociados con un mayor riesgo de desarrollar cáncer de estómago. Sin embargo, la investigación no respalda las pruebas de cáncer de estómago en pacientes con estos síndromes.

- Ataxia telangiectasia
- Síndrome de Bloom
- Síndrome de cáncer de mama y ovario hereditario
- Síndrome de Li-Fraumeni
- Xerodermia pigmentosa
- Síndrome de Cowden

Pruebas sanguíneas de rutina

Las pruebas sanguíneas más comunes que se incluyen en el estudio de casi todos los tipos de cáncer se describen a continuación.

Hemograma completo (HC)

Un HC brinda información importante sobre los componentes de la sangre. Por ejemplo, la cantidad de glóbulos blancos, glóbulos rojos y plaquetas. El recuento sanguíneo puede ser bajo debido a que el cáncer se ha diseminado por los huesos, porque el cáncer provoca sangrado o por cualquier otro problema de salud.

Perfil bioquímico completo

Las sustancias químicas de la sangre proceden del hígado, los huesos y otros órganos. Un perfil bioquímico completo permite evaluar si el nivel de sustancias químicas presentes en la sangre es demasiado bajo o demasiado alto. Los niveles anormales pueden ser consecuencia de la diseminación del cáncer o de otras enfermedades.

Pruebas de imagen

Las pruebas de imagen se utilizan para ver el interior del organismo. Las imágenes permiten ver el tamaño, la forma y la localización del tumor. También pueden mostrar si el cáncer se ha diseminado más allá del estómago. Se utilizan distintos tipos de pruebas de imagen para detectar cáncer de estómago, planificar un tratamiento o comprobar los resultados del tratamiento.

Tomografía computarizada (TC)

La TC es una prueba de imagen común que utiliza rayos X para obtener imágenes del interior del organismo. Debe realizarse una TC de tórax, abdomen y pelvis como parte del estudio del cáncer de estómago.

Se debe usar contraste para ver mejor las imágenes. El contraste se inyecta en la vena y se mezcla con un líquido que el paciente bebe. El contraste puede hacer que aparezca enrojecimiento o erupción. En raras ocasiones se producen reacciones alérgicas graves. Consulte al médico y al técnico si alguna vez ha presentado una reacción adversa al contraste.

TEP/TC

En ocasiones la TC se combina con otra prueba de imagen llamada tomografía por emisión de positrones (TEP). Cuando se usan en conjunto, se llama examen TEP/TC. Las TEP permiten identificar áreas con mayores tasas en el organismo en comparación con las células normales.

Endoscopia superior

Una endoscopia superior (que también se conoce como esofagogastroduodenoscopia [EGD]) permite que el médico vea el interior del esófago y el estómago. Se utiliza una herramienta fina y larga llamada endoscopio. En la punta tiene una luz y una cámara. El endoscopio es guiado hacia abajo por la garganta para ingresar al esófago y el estómago. Véase Figura 3.

El médico registrará la ubicación del tumor en el estómago o en el esófago. Si el tumor está cerca del esófago, también puede registrarse la distancia de la unión gastroesofágica.

El médico, además, puede tomar una muestra del tumor. A esta se le llama *biopsia*. Asimismo, podrán extraerse muestras de tejido que presenten mayor riesgo de cáncer y tejido con posible cáncer. Las muestras de biopsia se envían al patólogo para su análisis. Después de la endoscopia, es posible que sienta inflamación y ronquera.

Ecoendoscopia

La ecoendoscopia utiliza la imagen y el endoscopio para ver la profundidad del crecimiento del tumor en la pared del estómago. También pueden detectarse signos de cáncer en los ganglios linfáticos y otros órganos cercanos.

Es muy probable que deba hacerse una ecoendoscopia si el médico sospecha que el cáncer no se ha extendido demasiado (enfermedad en los primeros estadios) o para determinar si el cáncer está en uno de los primeros estadios o ha avanzado localmente.

Si al parecer el cáncer se ha propagado, puede usarse un endoscopio para realizar un tipo de biopsia llamado aspiración con aguja fina (AAF). Se introducirá una aguja por la pared del estómago o esófago y en el tejido cercano para extraer una muestra. Las muestras pueden tomarse de los ganglios linfáticos o de los órganos ubicados junto al estómago, como el hígado.

Resección por endoscopia

En lugar de una herramienta de diagnóstico, la resección por endoscopia se utiliza con mayor frecuencia como tratamiento de los tumores que no han crecido con mucha profundidad en la pared del estómago. El médico podrá extraer el tumor y el tejido de alto riesgo con herramientas que se introducen a través de un endoscopio. **La resección por endoscopia desempeña un papel muy importante para determinar los primeros estadios del cáncer de estómago.**

Laparoscopia con citología

Esta prueba es un tipo de cirugía que permite que el médico detecte enfermedades dentro del área del vientre (abdomen). La laparoscopia permite detectar metástasis a distancia en el revestimiento de tejido del abdomen (peritoneo) o el hígado. Es posible que el médico considere realizar una laparoscopia para el cáncer de estómago con las siguientes características:

- Está diseminado más allá de la primera capa de la pared del estómago, pero no hacia áreas distantes del estómago.
- Puede tratarse con quimiorradiación o cirugía.

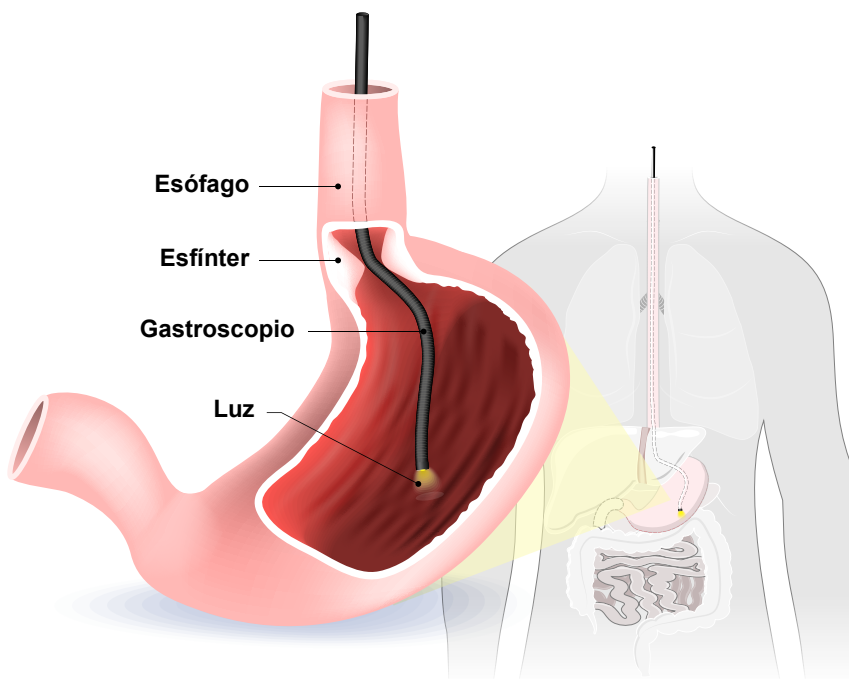
La laparoscopia se realiza con anestesia general. Implica el uso de una herramienta llamada laparoscopia, que es muy parecido al endoscopio. La parte tipo tubo del laparoscopia se introduce por un corte mínimo en el abdomen. El médico podrá detectar signos de cáncer y obtener líquido para realizar pruebas de cáncer (lavado peritoneal).

Biopsia de metástasis

Si existe la posibilidad de que el cáncer se disemine a zonas alejadas del estómago, puede ser necesario realizar una biopsia de un sitio distante para confirmar la presencia de cáncer. El tipo de biopsia que se utilice depende de la ubicación de la metástasis sospechada y de otros factores.

Figura 3 Endoscopia superior

La endoscopia superior le permite al médico ver la pared interna del estómago y el esófago. Si se utiliza ultrasonido, el médico podrá ver las capas más profundas de la pared y los órganos cercanos.



Pruebas de biomarcadores

Las pruebas de biomarcadores son otro tipo de prueba que recomiendan los especialistas de la NCCN para pacientes con cáncer gástrico. Los biomarcadores pueden ser sustancias, como moléculas o proteínas, que forma el organismo debido al cáncer. Los biomarcadores también pueden ser procesos, como la forma en que “actúa” el ADN que lo hace único. A continuación se mencionan los biomarcadores más importantes que se utilizan en el tratamiento del cáncer de estómago.

HER2

El receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico humano (HER2) es una proteína que se encuentra en la superficie de todas las células. Algunas células cancerosas producen demasiado HER2, lo que hace que el cáncer crezca y se disemine con mayor rapidez. Los términos médicos para esto son *positividad de HER2* o *sobreexpresión de HER2*.

Si el tumor produce demasiado HER2, usted posiblemente sea elegible para recibir tratamiento con un medicamento de tratamiento dirigido llamado trastuzumab (Herceptin®).

PD-L1

El sistema inmunitario tiene glóbulos blancos importantes llamados células T. La tarea principal de las células T es atacar todo lo que sea dañino en el organismo, como las bacterias, los virus y las células cancerosas. Lo hacen con la ayuda de una proteína en su superficie llamada PD-1.

Las células cancerosas tienen otra proteína en su superficie llamada PD-L1. Cuando se unen el receptor de PD-1 y PD-L1, eso se conoce como punto de control inmunitario. La célula T “recibe la orden” de dejar la célula cancerosa intacta en lugar de atacarla. Los inhibidores de puntos de control inmunitarios impiden la unión de estas dos proteínas. Esto significa que las células T hacen su trabajo y atacan las células cancerosas.

Si el tumor o las células inmunitarias tienen el biomarcador PD-L1, es posible que usted sea elegible para recibir tratamiento con un inhibidor del punto de control inmunitario llamado pembrolizumab (KEYTRUDA®).

Inestabilidad microsatelital alta (IMS-A) o déficit de reparación de discordancias (dMMR)

Algunas personas tienen un problema con sus genes que les impide reparar el ADN dañado. En las células normales, un proceso denominado reparación de discordancias (MMR) repara los errores que se producen cuando el ADN se divide y hace una copia. Si el sistema de MMR de una célula no funciona bien, se desarrollan errores y esto hace que el ADN sea inestable. Esto se conoce como inestabilidad microsatelital (IMS).

Existen dos tipos de pruebas de laboratorio para detectar esta inestabilidad. Según el método que se utilice, el resultado será IMS-A (inestabilidad microsatelital alta) o dMMR (déficit de reparación de discordancias). Ambos resultados significan lo mismo.

Si el tumor es IMS-A o dMMR, es posible que usted sea elegible para recibir tratamiento con un inhibidor del punto de control inmunitario llamado pembrolizumab (KEYTRUDA®).

Siguientes pasos

Los médicos utilizarán los resultados de todas las pruebas descritas para determinar el estadio clínico (previo a la cirugía) del cáncer. El proceso de estadificación del cáncer se describe en el próximo capítulo, *Estadificación del cáncer de estómago*.

Las personas que padecen cáncer de estómago pueden agruparse en tres categorías principales, según la extensión de diseminación del cáncer. Los objetivos y el tratamiento varían de un grupo a otro.

- **Cáncer de estómago en estadio inicial.** El cáncer de estómago en estadio inicial no se ha extendido más allá de la primera capa de la pared del estómago.
- **Cáncer de estómago locorregional.** Estos tipos de cáncer han invadido la segunda capa de la pared del estómago o se han diseminado a los ganglios linfáticos junto al estómago, pero no se han extendido a zonas distantes al estómago.
- **Cáncer de estómago metastásico.** El cáncer se ha diseminado a los ganglios linfáticos y a órganos distantes al estómago. Estos tipos de cáncer, en

general, no tienen cura. El objetivo principal de los cuidados del cáncer de estómago metastásico es ayudar a que el paciente viva de la manera más normal y cómoda posible el mayor tiempo posible.

Otros cuidados antes del tratamiento

Evaluación nutricional

Deberá consultar a un nutricionista antes de comenzar el tratamiento. El nutricionista podrá evaluar el impacto del cáncer en su nutrición. El cáncer de estómago puede hacerle perder el apetito. También puede que se sienta satisfecho después de comer muy poco. Estos cambios podrían haberle causado pérdida de peso en exceso.

Es importante que reciba una nutrición adecuada y sostenida antes de comenzar el tratamiento. La cirugía y otros tratamientos contra el cáncer pueden ser demasiado peligrosos si el organismo está débil por una nutrición deficiente. Puede que le asesoren recibir alimentos por una sonda de alimentación.

Ayuda para dejar de fumar

Si fuma, es muy importante dejarlo. Fumar puede limitar la eficacia del tratamiento contra el cáncer. Fumar también aumenta considerablemente las probabilidades de tener efectos secundarios después de la cirugía.

La adicción a la nicotina es una de las adicciones más difíciles de combatir. El estrés provocado por el cáncer de estómago puede hacer que sea aún más difícil dejar de fumar. Si usted fuma, consulte al médico sobre la asesoría y los medicamentos que pueden ayudarle a dejar de fumar.

Revisión

- La pared del estómago tiene cuatro capas. El cáncer comienza en la capa más interna y, a medida que crece, ingresa en la pared del estómago.
- La mayoría de los cánceres de estómago comienzan en las células que recubren el interior de la pared del estómago y producen mucosidad. Estos tipos de cáncer de estómago se denominan *adenocarcinomas*.
- Las células cancerosas forman un tumor porque no crecen ni mueren como las células normales.
- Las células cancerosas pueden diseminarse a otras partes del organismo a través de los vasos sanguíneos o los espacios linfáticos.
- Mantener una buena nutrición es importante antes de comenzar el tratamiento.
- Si usted fuma tabaco, es importante que deje de fumar para poder obtener los mejores resultados del tratamiento.

2

Estadificación del cáncer de estómago

-
- | | |
|----|--|
| 15 | Sobre la estadificación del cáncer de estómago |
|----|--|
-
- | | |
|----|----------------|
| 15 | El sistema TNM |
|----|----------------|
-
- | | |
|----|-------------------------------------|
| 16 | Los estadios del cáncer de estómago |
|----|-------------------------------------|
-
- | | |
|----|----------|
| 18 | Revisión |
|----|----------|



La estadificación del cáncer es una apreciación de la extensión del crecimiento y la diseminación del cáncer. La apreciación se basa en los resultados de las pruebas. Los médicos planifican el tratamiento y las pruebas adicionales en función del estadio del cáncer. En este capítulo se explica el sistema que se utiliza para la estadificación del cáncer de estómago.

Sobre la estadificación del cáncer de estómago

El cáncer de estómago y otros tipos de cáncer suelen clasificarse en estadios en dos ocasiones, al inicio y posteriormente cuando se haya obtenido información después de la cirugía para extirpar el estómago.

Estadio clínico (previo a la cirugía)

El estadio clínico (previo a la cirugía) se basa en los resultados de las pruebas iniciales a partir de las cuales se le diagnosticó cáncer de estómago. El estadio clínico brinda una “estimación” de la extensión de diseminación del cáncer. Es una estimación, ya que la cirugía es necesaria para saber con exactitud la cantidad de cáncer en el organismo.

Estadio patológico (posterior a la cirugía)

El estadio patológico (posterior a la cirugía) es una apreciación de la extensión del cáncer en función de información más concreta obtenida después de la cirugía para extirpar el estómago y los ganglios linfáticos cercanos. **El estadio patológico es muy importante, ya que brinda un panorama más preciso de la extensión de diseminación del cáncer.** El estadio patológico (posterior a la cirugía) también se utiliza para determinar las opciones de tratamiento después de la cirugía.

El sistema TNM

Para establecer los estadios del cáncer de estómago se utiliza el sistema del The American Joint Committee on Cancer (AJCC). En este sistema, cada letra (**T**, **N** y **M**) describe una zona distinta de crecimiento del cáncer. Los médicos asignarán una puntuación a cada letra. Estas puntuaciones se combinan para asignar un estadio al cáncer. El estadio del cáncer se utiliza para determinar el pronóstico y decidir qué tratamientos se emplearán. Un pronóstico es una predicción del patrón y el desenlace de una enfermedad.

T = Tumor

El cáncer de estómago crece a través de la pared del estómago y luego ingresa a las estructuras cercanas. La puntuación T describe la distancia de crecimiento del tumor a través de la pared del estómago. La puntuación T para el cáncer de estómago incluye lo siguiente:

- **Tis** significa que se han formado células anormales en el revestimiento más interno del estómago (el epitelio).
- Los tumores **T1a** invadieron la primera capa de la pared del estómago (la mucosa).
- Los tumores **T1b** invadieron la segunda capa de la pared del estómago (la submucosa).
- Los tumores **T2** invadieron la tercera capa de la pared del estómago (la *muscularis propria*).
- Los tumores **T3** invadieron el tejido conectivo entre la tercera capa y la capa más externa de la pared del estómago.
- Los tumores **T4a** invadieron la capa exterior de la pared del estómago (la serosa).
- Los tumores **T4b** crecieron en toda la pared del estómago y alcanzaron áreas cercanas del organismo, como el diafragma, el hígado, el bazo, el páncreas, la glándula suprarrenal, el riñón, el colon, el intestino delgado y la pared abdominal.

N = Ganglios

La linfa fluye del tejido del estómago hacia espacios que la transportan al torrente sanguíneo. A medida que la linfa avanza, pasa por pequeñas estructuras llamadas ganglios linfáticos. Los ganglios linfáticos eliminan los gérmenes de la linfa. Los ganglios y los vasos linfáticos se encuentran en todo el organismo. La categoría N refleja la cantidad de ganglios linfáticos con cáncer de estómago.

- **NX:** No se pueden evaluar los ganglios linfáticos.
- **N0:** No hay presencia de cáncer en los ganglios linfáticos cercanos.
- **N1:** Hay presencia de cáncer en 1 o 2 ganglios linfáticos cercanos.
- **N2:** Hay presencia de cáncer en 3 a 6 ganglios linfáticos cercanos.
- **N3a:** Hay presencia de cáncer en 7 a 15 ganglios linfáticos cercanos.
- **N3b:** Hay presencia de cáncer en 16 o más ganglios linfáticos cercanos.

M = Metástasis

La categoría M indica si haya metástasis a zonas que no tienen contacto directo con el estómago. Dichas zonas incluyen los ganglios linfáticos distantes.

- **M0:** No hay crecimiento hacia zonas distantes.
- **M1:** El cáncer se ha diseminado a zonas distantes, como el hígado o los pulmones.

Los estadios del cáncer de estómago

Los estadios patológicos (posteriores a la cirugía) del cáncer de estómago se describen a continuación. Las puntuaciones TNM que corresponden a cada estadio se brindan entre paréntesis después de la descripción del estadio.

Estadio 0

Las células anómalas han comenzado a crecer en el revestimiento más interno del estómago (el epitelio). Estas células anómalas deben tratarse, porque podrían convertirse en cáncer de estómago invasivo. Este estadio también se conoce como *carcinoma in situ* y *displasia de grado alto*. (Tis, N0, M0)

Estadio 1A

Se ha formado un tumor y este ha invadido la primera o segunda capa de la pared del estómago. No hay presencia de cáncer en los ganglios linfáticos cercanos. (T1, N0, M0)

Estadio 1B

Hay dos posibles situaciones para este estadio:

- El tumor ha invadido la primera o la segunda capa de la pared del estómago y hay presencia de cáncer en 1 o 2 ganglios linfáticos cercanos. (T1, N1, M0)
- El tumor ha invadido la tercera capa de la pared del estómago. No hay presencia de cáncer en los ganglios linfáticos cercanos. (T2, N0, M0)

Estadio 2A

Hay tres posibles situaciones para este estadio:

- El tumor ha invadido la primera o la segunda capa de la pared del estómago y hay presencia de cáncer en 3 a 6 ganglios linfáticos cercanos. (T1, N2, M0)
- El tumor ha invadido la tercera capa de la pared del estómago y hay presencia de cáncer en 1 o 2 ganglios linfáticos cercanos. (T2, N1, M0)

- El tumor ha invadido el tejido conectivo entre la tercera capa y la capa más externa de la pared del estómago. No hay presencia de cáncer en los ganglios linfáticos cercanos. (T3, N0, M0)

Estadio 2B

Hay cuatro posibles situaciones para este estadio:

- El tumor ha invadido la primera o segunda capa de la pared del estómago. Hay presencia de cáncer en 7 a 15 ganglios linfáticos cercanos. (T1, N3a, M0)
- El tumor ha invadido la tercera capa de la pared del estómago y hay presencia de cáncer en 3 a 6 ganglios linfáticos cercanos. (T2, N2, M0)
- El tumor ha invadido el tejido conectivo entre la tercera capa y la capa exterior de la pared del estómago, y hay presencia de cáncer en 1 o 2 ganglios linfáticos cercanos. (T3, N1, M0)
- El tumor ha invadido la capa exterior de la pared del estómago (la serosa). No hay presencia de cáncer en los ganglios linfáticos cercanos. (T4a, N0, M0)

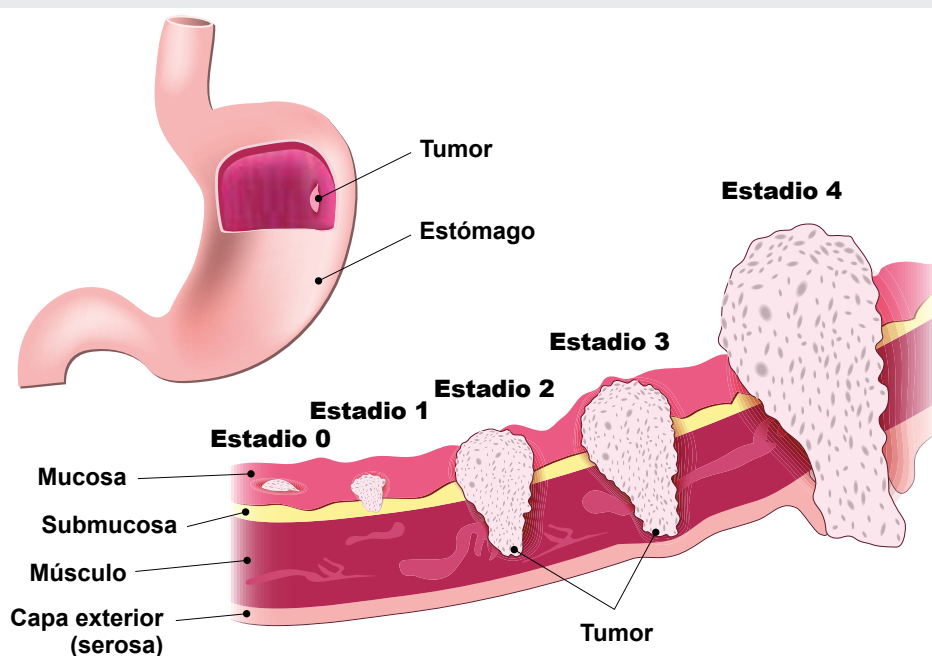
Estadio 3A

Hay cuatro posibles situaciones para este estadio:

- El tumor ha invadido la tercera capa de la pared del estómago. Hay presencia de cáncer en 7 a 15 ganglios linfáticos cercanos. (T2, N3a, M0)
- El tumor ha invadido el tejido conectivo entre la tercera capa y la capa más externa de la pared del estómago. Hay presencia de cáncer en 3 a 6 ganglios linfáticos cercanos. (T3, N2, M0)
- El tumor ha invadido la capa exterior de la pared del estómago (la serosa). Hay presencia de cáncer en 1 a 6 ganglios linfáticos cercanos. (T4a, N1 o N2, M0)
- El tumor ha crecido de la pared del estómago y alcanzó otras partes cercanas del organismo. No hay presencia de cáncer en los ganglios linfáticos cercanos. (T4b, N0, M0)

Figura 4
Los estadios del
cáncer de estómago

Después de formarse en la mucosa, los tumores de estómago crecen por el resto de la pared del estómago y llegan a zonas cercanas del organismo.



Estadio 3B

Hay cinco posibles situaciones para este estadio:

- El tumor ha invadido la primera o segunda capa de la pared del estómago. Hay presencia de cáncer en 16 o más ganglios linfáticos cercanos. (T1, N3b, M0)
- El cáncer ha invadido la tercera capa de la pared del estómago. Hay presencia de cáncer en 16 o más ganglios linfáticos cercanos. (T2, N3b, M0)
- El cáncer ha invadido el tejido conectivo entre la tercera capa y la capa más externa de la pared del estómago. Hay presencia de cáncer en 7 a 15 ganglios linfáticos cercanos. (T3, N3b, M0)
- El tumor ha invadido la capa exterior de la pared del estómago (la serosa). Hay presencia de cáncer en 7 a 15 ganglios linfáticos cercanos. (T4a, N3a, M0)
- El tumor ha crecido de la pared del estómago y alcanzó otras partes cercanas del organismo. Hay presencia de cáncer en 1 a 6 ganglios linfáticos cercanos. (T4b, N1 or N2, M0)

Estadio 3C

Hay tres posibles situaciones para este estadio:

- El tumor ha invadido el tejido conectivo entre la tercera capa y la capa más externa de la pared del estómago. Hay presencia de cáncer en 16 o más ganglios linfáticos cercanos. (T3, N3b, M0)
- El tumor ha invadido la capa exterior de la pared del estómago (la serosa). Hay presencia de cáncer en 16 o más ganglios linfáticos cercanos. (T4a, N3b, M0)
- El tumor ha crecido de la pared del estómago y alcanzó otras partes cercanas del organismo. Hay presencia de cáncer en al menos 7 y posiblemente más de 16 ganglios linfáticos cercanos. (T4b, N3a o N3b, M0)

Estadio 4

El cáncer se ha diseminado a zonas del organismo distantes al estómago (hay metástasis). El tumor puede tener cualquier tamaño y puede estar presente en cualquier cantidad de ganglios linfáticos. (Cualquier T, cualquier N, M1).

Revisión

- El cáncer de estómago se clasifica en estadios para ayudar a planificar el tratamiento.
- Los médicos evalúan la extensión del cáncer de estómago en el organismo mediante el sistema de tumor, ganglio, metástasis (TNM).
- El **estadio clínico** del cáncer de estómago se basa en los resultados de las pruebas realizadas antes de la cirugía. El estadio clínico solo puede proporcionar una “estimación” de la extensión de diseminación del cáncer, ya que la cirugía es necesaria para saber con exactitud cuánto cáncer hay en el organismo.
- El **estadio patológico** del cáncer de estómago se basa en los resultados de la cirugía. El estadio patológico es muy importante, ya que brinda un panorama más preciso de la extensión de diseminación del cáncer.

3

Resumen de los tratamientos contra el cáncer

20 Tratamiento endoscópico

21 Cirugía

23 Radioterapia

24 Quimioterapia

25 Tratamiento dirigido

26 Ensayos clínicos

26 Revisión



En este capítulo se describen brevemente los principales tipos de tratamiento para el cáncer de estómago. Entender los tratamientos le ayudará a comprender las opciones. Existe más de un tratamiento para el cáncer de estómago. Nadie recibirá todos los tratamientos que se describen en este capítulo.

Tratamiento endoscópico

La resección por endoscopia es una opción para extirpar los tipos de cáncer de estómago en estadio inicial que no se hayan extendido más allá de la primera capa de la pared del estómago. Este tratamiento permite extirpar tumores pequeños con la inserción de herramientas mediante un endoscopio. **Véase Figura 5.**

Hay dos formas de realizar la resección o extirpación de los tumores de estómago pequeños. En ambos métodos, primero se inyecta líquido debajo del tumor. El líquido actúa como amortiguador y “levanta” el tumor. Entonces, se extirpa el tumor de una de las dos maneras mencionadas.

- **Resección por endoscopia de la mucosa (REM).** Las células cancerosas se extirpan con una herramienta con forma de lazo llamada pinza. Este método es más conveniente para extirpar tumores que no hayan llegado a las capas más profundas de la pared esofágica.
- **Disección por endoscopia de la submucosa (DES).** El médico utiliza una cuchilla para romper el tejido sano debajo del tumor. Esto permite extirpar todo el tumor de una vez, lo que ayuda a impedir su reaparición. Este método es más conveniente para extirpar tumores que hayan crecido con mayor profundidad en la pared del estómago.

Figura 5 Resección por endoscopia

Los tumores de estómago que no hayan invadido con mayor profundidad la pared del estómago pueden extirparse con una resección por endoscopia. Este tratamiento permite extirpar tumores con herramientas que se introducen mediante un endoscopio.



Un endoscopio es guiado hacia el interior del estómago



Se inyecta líquido debajo del tumor



Se utiliza una herramienta de corte para extirpar el tumor

Ilustración Copyright © 2019 Nucleus Medical Media. Todos los derechos reservados. www.nucleusinc.com

Cirugía

La cirugía es una opción de tratamiento para muchos tipos de cáncer de estómago. El objetivo de la cirugía de cáncer de estómago es extirpar todo el tumor y parte del tejido circundante que parece normal. El tejido que parece normal se denomina *margen quirúrgico*.

Gastrectomía

El tipo de cirugía que se utiliza para tratar el cáncer de estómago se llama gastrectomía. En una gastrectomía se extirpa una parte o todo el estómago, según el alcance del cáncer.

- En una *gastrectomía total* se extirpa todo el estómago. **Véase Figura 6.**
- En una *gastrectomía subtotal* (también conocida como gastrectomía parcial) se extirpa una parte del estómago.
- Una *gastrectomía distal* es una gastrectomía subtotal de la mitad inferior del estómago.

- Una *gastrectomía proximal* es una gastrectomía subtotal de la mitad superior del estómago.

Gastrectomía abierta

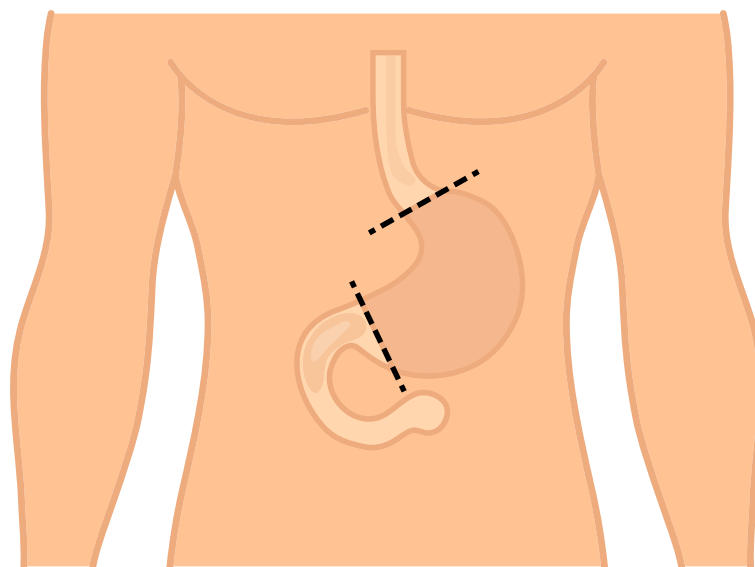
La mayoría de las gastrectomías se realizan con una técnica “abierta”. En este método común, el cirujano efectúa un corte grande en el abdomen y lo “abre” para llegar al estómago y extirparlo. Luego se une el esófago de forma quirúrgica con el intestino delgado. En una gastrectomía subtotal o distal, el resto del estómago se conecta con el intestino delgado o el esófago.

Gastrectomía laparoscópica

El método menos invasivo de extirpar el cáncer del estómago se denomina *gastrectomía laparoscópica*. En lugar de un corte grande en el abdomen, la gastrectomía laparoscópica utiliza varios cortes más pequeños. Por los cortes se introducen pequeñas herramientas para extirpar el tejido canceroso con la ayuda de una cámara de vídeo.

Figura 6 Gastrectomía

En una gastrectomía total se extirpa todo el estómago. También se extirpan las estructuras cercanas que el tumor haya invadido. Durante la cirugía, algunos ganglios linfáticos se extirparán y se analizarán para detectar la presencia de cáncer.



La gastrectomía laparoscópica es adecuada para algunos tipos de cáncer de estómago, pero no para todos. Usted y el cirujano deberán conversar sobre la posibilidad de que el cáncer se extirpe o no mediante laparoscopia.

Linfadenectomía

Durante la gastrectomía, algunos ganglios linfáticos cercanos al estómago también se extirparán y se analizarán para detectar la presencia de cáncer. Esto se conoce como *linfadenectomía*.

Hay tres tipos principales de linfadenectomía para el cáncer de estómago. Varían según la cantidad de ganglios linfáticos que se extirpan.

- Una resección D0 significa que los ganglios linfáticos cercanos al estómago no se extirparon.
- Una disección D1 equivale a la extirpación de los ganglios linfáticos más cercanos al estómago.
- Una disección D2 equivale a la extirpación de los ganglios linfáticos más cercanos al estómago, además de los ganglios linfáticos ubicados junto a las arterias cercanas y al bazo.

Los especialistas de la NCCN recomiendan la extirpación de 15 o más ganglios linfáticos durante una gastrectomía.

Radioterapia

La radioterapia emplea rayos de alta energía para tratar el cáncer. Los rayos matan las células cancerosas o detienen el desarrollo de nuevas células cancerosas. La radioterapia externa (EBRT) es el tipo de radioterapia que se utiliza con mayor frecuencia para tratar el cáncer de estómago. Este método emite radiación desde el exterior del organismo mediante una máquina de gran tamaño. La radiación atraviesa la piel y otros tejidos para llegar al tumor. **Véase Figura 7.**

La radioterapia para tratar el cáncer de estómago se administra diariamente durante un periodo de 4 a 6 semanas. Se administra en series de tratamiento para permitir la cicatrización de las células sanas entre los tratamientos. La radioterapia suele combinarse con la quimioterapia en el mismo periodo.

Sesión de simulación

En primer lugar, se realizará una sesión de planificación que se denomina simulación. El paciente se colocará en la posición de tratamiento y se realizará una TC. La TC se utilizará para elaborar el plan de radioterapia. En el plan se describirá la mejor dosis de radioterapia para el paciente, así como la cantidad de sesiones que se necesitarán.

Administración de la radioterapia

Durante el tratamiento, el paciente se recostará sobre una mesa en la misma posición que usó para la simulación. Es posible que se utilicen dispositivos para evitar que se mueva y garantizar que la radiación llegue al tumor. El paciente estará solo y el técnico que opera la máquina estará en una sala contigua. El paciente podrá ver y escuchar al técnico, y hablar con él, en todo momento.

Efectos secundarios de la radioterapia

La piel que estuvo expuesta a la radiación puede tener el aspecto y dar la sensación de quemadura solar. Es probable que se observe enrojecimiento y sequedad, y el paciente sienta inflamación o dolor si la toca.

La radioterapia en el tumor de estómago también puede causar náuseas, vómitos y diarrea. Otras reacciones pueden incluir dolor en la zona de tratamiento, cansancio extremo a pesar del sueño (fatiga) y pérdida de apetito.

Consulte con el equipo a cargo del tratamiento para obtener una lista completa de los efectos secundarios raros o poco frecuentes. Si siente malestar por algún efecto secundario, es posible que haya alguna manera de aliviarlo para que se sienta mejor.

Figura 7 Radioterapia externa

La radioterapia suele administrarse con una máquina de gran tamaño. Los rayos atraviesan la piel y el tejido para llegar al tumor. La radioterapia para tratar el cáncer de estómago, en general, se administra diariamente durante un periodo de 4 a 6 semanas.



Quimioterapia

La quimioterapia (en su forma abreviada, “quimio”) es el tratamiento farmacológico para matar las células cancerosas. La mayoría de los fármacos de quimioterapia para el cáncer de estómago son líquidos que se inyectan lentamente en una vena. Los fármacos recorren el torrente sanguíneo para tratar el cáncer por todo el organismo. El término “sistémico” se utiliza para hacer referencia al tratamiento contra el cáncer que afecta todo el organismo.

En ocasiones, se utiliza un solo fármaco. En otras, se utilizan varios fármacos según el mecanismo de acción de cada uno. Una pauta terapéutica combinada consiste en el uso de dos o más fármacos de quimioterapia.

La quimioterapia se administra en ciclos de días de tratamiento seguidos de días de descanso. Esto permite que el cuerpo se recupere antes del próximo ciclo. Los ciclos varían en extensión según los fármacos que se utilicen.

Efectos secundarios de la quimioterapia

Los efectos secundarios de quimioterapia varían según la persona y dependen del tipo fármaco utilizado, la cantidad administrada (dosis) y la extensión del tratamiento. Algunos de los efectos secundarios comunes son pérdida de apetito, náuseas, vómitos, diarrea, caída del cabello y úlceras en la boca. También es posible que las uñas presenten cambios en el color, la resistencia, la sequedad y la suavidad.

Algunos fármacos de quimioterapia causan daños en los nervios sensitivos. Esto se denomina neuropatía sensitiva. Los síntomas incluyen entumecimiento, hormigueo y dolor en los dedos de los pies y de las manos. También es posible que se produzca sensibilidad al frío y dolor con el tacto ligero. Consulte al médico para conocer formas de evitar o aliviar los síntomas de la neuropatía sensitiva.

Consulte con el equipo a cargo del tratamiento para obtener una lista completa de los efectos secundarios raros o poco frecuentes. Si siente malestar por algún efecto secundario, es posible que haya alguna manera de aliviarlo para que se sienta mejor.

Figura 8 Quimioterapia

La quimioterapia consiste en el uso de medicamentos para matar las células cancerosas de todo el cuerpo. El término “sistémico” hace referencia al tratamiento que afecta todo el organismo. La quimioterapia puede dañar tanto en las células normales como en las cancerosas.



Tratamiento dirigido

El tratamiento dirigido es un tratamiento contra el cáncer que puede apuntar y atacar a tipos específicos de células cancerosas. El tratamiento dirigido no daña las células normales tanto como la quimioterapia, por lo que los efectos secundarios tienden a ser menos graves.

El tratamiento dirigido suele utilizarse con mutaciones genéticas específicas. Si el paciente no tiene la mutación a la que “está dirigido” el medicamento, es poco probable que este resulte eficaz. Por ejemplo, trastuzumab (Herceptin®) se dirige a los tumores de estómago que producen demasiada proteína HER2. El término médico de esto es *sobreexpresión de HER2*.

Los tres tratamientos dirigidos actualmente aprobados por la Administración estadounidense de Alimentos y Medicamentos (FDA) para el uso en el cáncer de estómago son los siguientes:

- Trastuzumab (Herceptin®)
- Ramucirumab (CYRAMZA®)
- Pembrolizumab (KEYTRUDA®)

En la [Guía 1](#) se mencionan los objetivos de cada uno de estos medicamentos.

¿Soy elegible para recibir tratamiento dirigido?

Si el cáncer que padece tiene una mutación a la que está dirigido uno de estos medicamentos, esto no necesariamente significa que pueda (o deba) recibir este tratamiento. En el tratamiento del cáncer de estómago, los especialistas de la NCCN recomiendan considerar el tratamiento dirigido en los siguientes casos:

- Personas con cáncer de estómago locorregional que no pueda extirparse mediante cirugía.
- Personas con cáncer de estómago que haya reaparecido después del tratamiento (cáncer recurrente).
- Personas con cáncer de estómago metastásico que puedan llevar a cabo la mayoría de las actividades diarias.

Guía 1. Tratamientos dirigidos para el cáncer de estómago

Nombre comercial	Nombre genérico	¿A qué se dirige este medicamento?
CYRAMZA®	Ramucirumab	Receptor del factor de crecimiento endotelial vascular 2 (VEGFR-2)
Herceptin®	Trastuzumab	Tumores HER2-positivos
KEYTRUDA®	Pembrolizumab	• Tumores con inestabilidad microsatelital alta (IMS-A) o déficit de reparación de discordancias (dMMR) • Tumores con el biomarcador PD-L1

Ensayos clínicos

Las pruebas y los tratamientos nuevos no se ofrecen al público en general hasta que se consideren seguros para probarse y potencialmente efectivos. Primero, deben estudiarse de la manera que establece la FDA y otros organismos de gobierno.

Un ensayo clínico es un tipo de investigación que estudia la seguridad y la efectividad de las pruebas y los tratamientos. Se realizan en todos los estadios de una enfermedad, como el cáncer de estómago. Cuando se demuestra que son seguros y efectivos, pueden pasar a la rutina clínica.

Gracias a los ensayos clínicos, las pruebas y los tratamientos mencionados en este libro ahora se usan ampliamente para ayudar a las personas con cáncer de estómago. Todos los fármacos nuevos se prueban en un ensayo clínico antes de aprobarse para el uso general. La mayoría de los pacientes reciben primero el tratamiento estándar. Los ensayos clínicos se ofrecen cuando fracasa el tratamiento estándar o cuando el paciente no puede tolerar el tratamiento.

Participar de un ensayo clínico puede suponer riesgos y beneficios. Se deberán evaluar los posibles riesgos y beneficios para decidir qué es conveniente en cada caso. Para participar en un ensayo clínico, debe cumplir con los criterios del estudio. Los pacientes que participan en un ensayo clínico suelen tener características similares con respecto al cáncer y al estado de salud general. De esta forma se asegura que cualquier progreso observado se deba al tratamiento y no a las diferencias entre los pacientes. Para participar, deberá leer un documento llamado *Formulario de consentimiento informado* y firmarlo si así lo decidiera. El documento describe el estudio en detalle, incluidos los riesgos y los beneficios.

Pregunte al equipo encargado de su tratamiento si no hay ningún ensayo clínico abierto en el que pueda participar. Puede haber ensayos clínicos en su centro o en otros centros cercanos. También puede buscar ensayos clínicos en los sitios web que se mencionan en el capítulo *Tomar decisiones sobre el tratamiento*.

Revisión

- La resección por endoscopia permite extirpar tumores de estadio inicial con pequeñas herramientas que son guiadas hacia abajo por la garganta hasta el interior del estómago.
- En una gastrectomía se extirpa una parte o todo el estómago junto con los ganglios linfáticos cercanos a través de una incisión que se realiza en la zona del vientre. Esta cirugía puede realizarse a través de un corte grande (método abierto) o de pocos cortes pequeños (método mínimamente invasivo).
- La radioterapia utiliza rayos de alta energía para matar las células cancerosas o detener el desarrollo de nuevas células cancerosas.
- La quimioterapia impide que las células cancerosas completen su ciclo de vida para que no puedan multiplicarse.
- El tratamiento dirigido es un tratamiento contra el cáncer que puede apuntar y atacar a tipos específicos de células cancerosas. Suele utilizarse con mutaciones genéticas específicas.
- Los ensayos clínicos brindan acceso a nuevas pruebas y tratamientos que, de lo contrario, los pacientes por lo general no podrían recibir. Estas nuevas pruebas y tratamientos pueden, con el tiempo, obtener la aprobación de la FDA.

4

Guía de tratamiento

28 Cáncer de estómago en
 estadio inicial

31 Cáncer de estómago
 locorregional

38 Cáncer de estómago
 metastásico

42 Revisión



Este capítulo es una guía sobre las opciones de tratamiento para personas con cáncer de estómago. Las opciones de tratamiento se clasifican según el alcance del cáncer. Esta información procede de las guías de tratamiento escritas por los especialistas de la NCCN para médicos a cargo del tratamiento del cáncer de estómago. Sus médicos pueden sugerir otro tratamiento diferente a los mencionados aquí en función de su estado de salud y otros intereses personales.

Cáncer de estómago en estadio inicial

Para describir hasta dónde se ha extendido un tumor en la pared del estómago, se utiliza una letra mayúscula **T** seguida de un número del 1 al 4 (y a veces, letras). Cuanto más alto el número, más profundidad de crecimiento tiene el tumor a través de la pared del estómago. Esto se denomina *estadio del tumor*. El estadio del tumor no es lo mismo que el estadio general, pero desempeña un papel clave para determinar el estadio general.

A continuación se mencionan los estadios del tumor de cáncer de estómago:

- **Tumores Tis.** También llamados *carcinomas in situ*, Tis hace referencia a las células anómalas de rápido crecimiento en el revestimiento más interno del estómago (el epitelio). Estos tumores deben tratarse, porque podrían convertirse en cáncer de estómago invasivo.
- **Tumores T1a.** Estos tumores de estadio inicial invadieron la primera capa de la pared del estómago (la mucosa).

El tratamiento del cáncer de estómago en estadio inicial depende de lo siguiente:

- Si el paciente se encuentra lo suficientemente saludable para someterse a una cirugía.
- Si el paciente quiere someterse a una cirugía.

Consulte la [Guía 2](#) para conocer las opciones de tratamiento para el cáncer de estómago en estadio inicial. La resección por endoscopia es una opción tanto para tumores Tis como T1a. Si el paciente puede y quiere someterse a una cirugía, la gastrectomía con linfadenectomía también es una opción.

¿Necesitaré más tratamiento después de una resección por endoscopia o cirugía?

Es posible. En las siguientes páginas se explica qué puede esperar que suceda después del tratamiento inicial del cáncer de estómago en estadio inicial.

Guía 2. Tratamiento inicial del cáncer de estómago en estadio inicial

Estado de la cirugía	¿Cuáles son las opciones?
Imposibilidad o rechazo para someterse a una cirugía	Resección por endoscopia
Aptitud y voluntad para someterse a una cirugía	Opción 1: Resección por endoscopia Opción 2: Cirugía y linfadenectomía

Después de una resección por endoscopia

Es posible que no se necesite más tratamiento después de una resección por endoscopia. En general, la resección por endoscopia se considera satisfactoria en los siguientes casos:

- Si el tumor es de 2 centímetros o menos de diámetro.
- Si las células cancerosas tienen un aspecto similar a las células anómalas observadas con un microscopio (bien o moderadamente bien diferenciadas).
- Si el tumor no ha invadido la segunda capa de la pared del estómago.
- Si no hay células cancerosas en los vasos sanguíneos o espacios linfáticos fuera del tumor (lo que se denomina *invasión linfovascular*).
- Si no hay células cancerosas alrededor de los bordes del tejido extirpado (el margen quirúrgico).

Si la resección por endoscopia es satisfactoria, usted podrá comenzar la monitorización del cáncer para evitar su reaparición.

Si el cáncer resulta ser de mayor riesgo en función de los hallazgos de la resección por endoscopia, es posible que deba someterse a una cirugía (gastrectomía) y a la extirpación de los ganglios linfáticos.

Después de la cirugía

Los resultados de la cirugía se utilizan para decidir si se necesita más tratamiento. Si el cirujano pudo extirpar todo el cáncer y no se detectan células cancerosas en el tejido extirpado alrededor del tumor, no se necesita más tratamiento. El siguiente paso consiste en el cuidado de seguimiento y la monitorización del cáncer para evitar su reaparición.

Cuidados de seguimiento

Cuando no hay signos de cáncer después del tratamiento, se inician los cuidados de seguimiento y la monitorización del cáncer para evitar su reaparición. Los cuidados de seguimiento que se administren dependen de si el paciente se ha sometido a una resección por endoscopia o a una cirugía. [Consulte la Guía 3.](#)

Guía 3. Control posterior al tratamiento del cáncer de estómago en estadio inicial

Tumores Tis y T1a tratados con resección por endoscopia

Cuidados de seguimiento	¿Con qué frecuencia?
Exploración física e historia clínica actualizada	Cada 3–6 meses durante 1–2 años, cada 6–12 meses durante 3–5 años y anualmente a partir de entonces
CBC y perfil bioquímico	Según sea necesario, conforme al criterio médico
Endoscopia GI superior	Tumores Tis: Cada 6 meses durante 1 año, después anualmente durante 3 años Tumores T1a: Cada 6 meses durante 1 año, después anualmente durante 5 años como máximo A partir de entonces, según sea necesario conforme al criterio médico
Prueba de imagen de tórax, abdomen y pelvis con tomografía computarizada (TC)	Según sea necesario, conforme al criterio médico

Tumores T1a tratados con cirugía (sin presencia de cáncer en los ganglios linfáticos)

Cuidados de seguimiento	¿Con qué frecuencia?
Exploración física e historia clínica actualizada	Cada 3–6 meses durante 1–2 años, cada 6–12 meses durante 3–5 años y anualmente a partir de entonces
CBC y perfil bioquímico	Según sea necesario, conforme al criterio médico
Endoscopia GI superior	Según sea necesario, conforme al criterio médico
Prueba de imagen de tórax, abdomen y pelvis con tomografía computarizada (TC)	Según sea necesario, conforme al criterio médico
Monitorización de la salud nutricional, incluidos los niveles de vitamina B12 e hierro	En curso

Cáncer de estómago locorregional

Si un tumor de estómago crece más allá de la primera capa de la pared del estómago (la mucosa), esto se denomina *cáncer locorregional*. Es posible que haya cáncer en los ganglios linfáticos cercanos, pero no en las áreas distantes al estómago.

La cirugía puede ser una opción de tratamiento para este tipo de cáncer. Los médicos evaluarán si el paciente puede someterse a una cirugía. Para esto, se realizarán pruebas de los pulmones, el corazón y la ingesta nutricional.

El paciente se encuentra lo suficientemente saludable para someterse a una cirugía mayor

Si el estado médico del paciente le permite tolerar una cirugía mayor, la realización también dependerá de la ubicación y el alcance del cáncer.

El tumor puede ser extirpado

Si el paciente está lo suficientemente sano para someterse a una cirugía mayor y el médico considera que el cáncer puede extirparse mediante cirugía, las opciones de tratamiento dependen del estadio clínico (previo a la cirugía).

Si se cree que el tumor ha invadido la segunda capa de la pared del estómago (llamada la submucosa), se trata de un tumor T1b en el sistema de estadificación TNM.

La cirugía es la principal opción de tratamiento para los tumores T1b

Si el tumor ha crecido más allá de la segunda capa de la pared del estómago, se trata de un tumor T2, T3 o T4. Existe más de una opción de tratamiento para estos tumores:

- Cirugía solamente.
- Cirugía y quimioterapia. La quimioterapia se administra antes y después de la cirugía. Esto se conoce como *quimioterapia perioperatoria*. **Esta opción de tratamiento es la que prefieren los especialistas de la NCCN.** Las pautas terapéuticas de quimioterapia recomendadas para la quimioterapia perioperatoria se mencionan en la [Guía 4](#).

- La quimioterapia y la radioterapia (quimiorradiación) y posteriormente una cirugía. Esto se conoce como *quimiorradiación preoperatoria*. Las pautas terapéuticas de quimioterapia recomendadas para la quimiorradiación preoperatoria se mencionan en la [Guía 5](#).

Si el paciente se realizó quimioterapia perioperatoria o radioterapia preoperatoria, debe realizarse una TC de tórax, abdomen y pelvis para ver si el cáncer se redujo lo suficiente para su extirpación mediante cirugía. Se inyectará un contraste en la vena y se administrará un líquido para beber.

Si el tumor se redujo lo suficiente, es posible que se apruebe la cirugía. Si bien la cirugía es la opción de tratamiento que prefieren los especialistas de la NCCN, la otra opción es comenzar el tratamiento de apoyo.

Si el tumor no se redujo lo suficiente o si el cáncer se ha diseminado a zonas distantes al estómago (hay metástasis), los cuidados de apoyo son una opción. Los cuidados de apoyo se abordan en la siguiente sección, "Cáncer de estómago metastásico".

El tumor no se puede extirpar con cirugía

Si el paciente se encuentra lo suficientemente saludable para someterse a una cirugía mayor, pero los médicos no creen conveniente realizar una cirugía, las otras opciones de tratamiento son las siguientes:

- Quimiorradiación para intentar curar el cáncer. Esto se conoce como *quimiorradiación definitiva*. Las pautas terapéuticas de quimioterapia recomendadas para la quimiorradiación definitiva se mencionan en la [Guía 6](#).
- Tratamiento sistémico. Consulte las Guías 11 y 12 de la siguiente sección "Cáncer de estómago metastásico" para conocer las pautas terapéuticas de tratamiento sistémico recomendadas.

Guía 4. Pautas terapéuticas de quimioterapia antes y después de la cirugía (perioperatoria)

Medicamentos incluidos en la pauta terapéutica	
Pautas terapéuticas preferidas	Fluoropirimidina y oxaliplatino
	Fluorouracilo, leucovorina, oxaliplatino y docetaxel (FLOT)
Otra pauta terapéutica recomendada	Fluorouracilo y cisplatino

Guía 5. Pautas terapéuticas de quimioterapia para la quimiorradiación preoperatoria

Medicamentos incluidos en la pauta terapéutica	
Pautas terapéuticas preferidas	Fluorouracilo y oxaliplatino
	Fluorouracilo y cisplatino
	Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina) y paclitaxel
Otra pauta terapéutica recomendada	Paclitaxel y carboplatino

Guía 6. Pautas terapéuticas de quimioterapia para la quimiorradiación definitiva

Medicamentos incluidos en la pauta terapéutica	
Pautas terapéuticas preferidas	Fluorouracilo y oxaliplatino
	Fluorouracilo y cisplatino
	Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina) y paclitaxel

El paciente no se encuentra lo suficientemente saludable (o no quiere) para someterse a una cirugía mayor

Si no se aprueba la realización de una cirugía (o el paciente no desea someterse a una cirugía), el cáncer se trata como enfermedad metastásica. Consulte la siguiente sección "Cáncer metastásico" para obtener información.

El primer tratamiento fue la cirugía

Los resultados de la cirugía se utilizan para decidir si se necesita más tratamiento. Los posibles resultados de la cirugía incluyen lo siguiente:

- No hay presencia de cáncer en el margen quirúrgico.
- Hay presencia de cáncer en el margen quirúrgico.
- No se extirpó todo el cáncer que el cirujano pudo ver o que se encuentra cerca del estómago.
- El cáncer se ha diseminado a zonas distantes (hay metástasis).

Estos cuatro resultados posibles de la cirugía se describen con más detalle a continuación.

No hay presencia de cáncer en el margen quirúrgico

Cuando el margen quirúrgico no presenta cáncer, las opciones también se basan en el estadio patológico (posterior a la cirugía). No se necesita más tratamiento si el tumor es muy pequeño (Tis o T1). El siguiente paso consiste en comenzar los cuidados de seguimiento.

Los tumores T2 han invadido la tercera capa de la pared del estómago. La necesidad de más tratamiento después de la cirugía depende del riesgo de reaparición del cáncer. Es más probable que el cáncer reaparezca en los siguientes casos:

- Si las células cancerosas tienen un aspecto muy distinto a las células normales observadas con un microscopio.
- Si el cáncer se ha diseminado a los nervios o espacios linfáticos.
- Si el paciente es menor de 50 años de edad.
- Si no se extirparon los ganglios linfáticos D2.

Si el paciente corre un riesgo alto de reaparición del cáncer, se recomienda el tratamiento. El tratamiento recomendado es la quimioterapia, luego la quimiorradiación, luego más quimioterapia (todo con fluoropirimidina).

Incluso cuando el margen no presenta cáncer, el tratamiento posterior a la cirugía siempre se recomienda para ciertos tipos de cáncer de estómago. Esto incluye los tumores T3 o T4, independientemente de si hay presencia de cáncer en los ganglios linfáticos. También se recomienda llevar a cabo el tratamiento si se detectó cáncer en uno o más ganglios linfáticos, independientemente del estadio del tumor. El tratamiento en ambos casos depende de si al paciente se le extirparon muchos ganglios linfáticos (esto se conoce como disección D2) durante la cirugía. Los ganglios linfáticos D2 incluyen los que se encuentran junto a arterias cercanas y al bazo.

Si el paciente se realizó una linfadenectomía D2, se recomienda la quimioterapia después de la cirugía. La pauta terapéutica de quimioterapia recomendada por los especialistas de la NCCN incluye capecitabina (Xeloda®) y oxaliplatino (Eloxatin®).

Si el paciente no se realizó una linfadenectomía D2 durante la cirugía, se recomienda la quimiorradiación con fluoropirimidina. La quimioterapia con fluorouracilo o capecitabina se administra antes y después de la quimiorradiación.

En la [Guía 7](#) se presentan las opciones analizadas para el tratamiento posterior a la cirugía si no se detectó cáncer en el margen quirúrgico.

Hay presencia de cáncer en el margen quirúrgico

Si se detectó cáncer en el margen quirúrgico, se recomienda la quimiorradiación con fluoropirimidina. La quimiorradiación sirve para tratar cualquier cáncer que permanezca en el cuerpo.

No se extirpó todo el cáncer visible

Si el cirujano no pudo extirpar todo el cáncer visible o cercano al estómago, existen dos opciones:

- Quimiorradiación con fluoropirimidina
- Cuidados de apoyo

El cáncer se ha diseminado a zonas distantes al estómago

Si hay metástasis, se recomiendan los cuidados de apoyo. Esto se aborda en la siguiente sección “Cáncer de estómago metastásico”.

El paciente recibió quimioterapia o quimiorradiación antes de la cirugía

Si el paciente recibió quimioterapia o quimiorradiación antes de la cirugía, los resultados de la cirugía se utilizan para decidir si se necesita más tratamiento. Los posibles resultados de la cirugía incluyen lo siguiente:

- No hay presencia de cáncer en el margen quirúrgico.
- Hay presencia de cáncer en el margen quirúrgico.
- No se extirpó todo el cáncer que el cirujano pudo ver o que se encuentra cerca del estómago.
- El cáncer se ha diseminado a zonas distantes (hay metástasis).

[Consulte la Guía 8](#) para conocer las opciones de tratamiento en función de los resultados de la cirugía.

Guía 7. El paciente solo se sometió a una cirugía y no se detectó cáncer en el margen quirúrgico

Estadio del tumor	¿Cáncer en los ganglios linfáticos?	¿Cuáles son las opciones?
Tis o T1	No	Actitud expectante (sin tratamiento adicional)
T2	No	Opción 1: Actitud expectante (sin tratamiento adicional) Opción 2: Quimioterapia, luego quimiorradiación, luego más quimioterapia (todo con fluoropirimidina). Esta es la opción para pacientes con alto riesgo de reaparición del cáncer.
T3 o T4	Sí o no	Si el paciente tuvo una linfadenectomía D2: Solo quimioterapia Si el paciente tuvo una linfadenectomía menos extensiva: Quimioterapia, luego quimiorradiación, luego más quimioterapia (todo con fluoropirimidina).
Cualquiera	Sí	

Guía 8. Tratamiento posterior al tratamiento pre o perioperatorio y cirugía

Resultados de la cirugía	¿Cuáles son las opciones?
No hay presencia de cáncer en el margen quirúrgico	Opción 1: Actitud expectante (si el paciente recibió quimiorradiación después de la cirugía) Opción 2: Solo quimioterapia (si el paciente recibió quimioterapia solamente antes de la cirugía). Consulte la Guía 6 para conocer las pautas terapéuticas.
Hay presencia de cáncer en el margen quirúrgico	Opción 1: Quimiorradiación (solo si no se administró antes de la cirugía) Opción 2: Cirugía para intentar extirpar el cáncer residual
Algunos tipos de cáncer permanecen en el estómago o en las zonas cercanas	Opción 1: Quimiorradiación (solo si no se administró antes de la cirugía) Opción 2: Cuidados de apoyo
Se detecta cáncer en zonas distantes.	Consulte la Guía 10 (Opciones para tratar el cáncer de estómago metastásico)

Cuando finaliza el tratamiento

En la [Guía 9](#) se presentan los cuidados de seguimiento recomendados después del tratamiento para el cáncer de estómago. Los cuidados de seguimiento comienzan cuando ya no hay signos de cáncer después del tratamiento.

Se debe actualizar periódicamente la historia clínica y las exploraciones físicas. Se realizan análisis de sangre, TC y endoscopias superiores solo cuando sea necesario.

Debido a la cirugía, es posible que el paciente no esté recibiendo suficientes nutrientes. Deberá realizarse pruebas para detectar niveles bajos de vitamina B12, hierro, entre otros. El tratamiento debe administrarse según sea necesario.

Si el cáncer reaparece

El cáncer puede reaparecer durante los cuidados de seguimiento. Esto se denomina *recidiva*. El cáncer que reaparece cerca de la zona del estómago (o donde estaba el estómago, en caso de que el paciente haya tenido una gastrectomía total) se denomina *recidiva locorregional*. Si el cáncer reaparece y se disemina a zonas distantes al estómago, se trata de una enfermedad metastásica.

Recidiva locorregional

El tratamiento de una recidiva locorregional depende en gran parte de dos cosas:

- Si el paciente se encuentra lo suficientemente saludable para someterse a una cirugía mayor.
- Si el médico considera que el cáncer puede extirparse satisfactoriamente con la cirugía.

Por lo tanto, la cirugía puede ser una opción si el paciente puede y quiere someterse a ella. Si el paciente no es un buen candidato para la cirugía, los cuidados de apoyo son una opción. Los cuidados de apoyo se abordan en la siguiente sección, “Cáncer de estómago metastásico”.

Recidiva metastásica

Si el cáncer reaparece en zonas del organismo distantes al estómago (o donde se encontraba el estómago), los cuidados de apoyo son la opción principal de tratamiento. Los cuidados de apoyo se abordan en la siguiente sección, “Cáncer de estómago metastásico”.



Cuidados de apoyo

El objetivo de los cuidados de apoyo no es tratar el cáncer, sino mejorar la calidad de vida. También se denominan cuidados paliativos. Permiten abordar muchas necesidades.

Los cuidados de apoyo brindan asistencia para lo siguiente:

- ✓ Controlar los síntomas físicos y emocionales
- ✓ Tomar decisiones sobre el tratamiento
- ✓ Coordinar la atención entre los proveedores sanitarios

Hable con el equipo responsable de su tratamiento para planificar los mejores cuidados de apoyo para usted.

Guía 9. Los cuidados de seguimiento y la monitorización para detectar la reaparición del cáncer de estómago

Tumores T1b tratados con cirugía

Cuidados de seguimiento	¿Con qué frecuencia?
Exploración física e historia clínica actualizada	Cada 3–6 meses durante 1–2 años, cada 6–12 meses durante 3–5 años y anualmente a partir de entonces
CBC y perfil bioquímico	Según sea necesario, conforme al criterio médico
Endoscopia GI superior	Según sea necesario, conforme al criterio médico
TC de tórax, abdomen y pelvis	Según sea necesario, conforme al criterio médico
Monitorización de la salud nutricional, incluidos los niveles de vitamina B12 e hierro (si se realizó una cirugía)	En curso

Estadios 2 y 3

Cuidados de seguimiento	¿Con qué frecuencia?
Exploración física e historia clínica actualizada	Cada 3–6 meses durante 1–2 años, cada 6–12 meses durante 3–5 años y anualmente a partir de entonces
CBC y perfil bioquímico	Según sea necesario, conforme al criterio médico
Endoscopia GI superior (si se realizó una gastrectomía total o parcial)	Según sea necesario, conforme al criterio médico
TC de tórax, abdomen y pelvis	Cada 6–12 meses durante los primeros 2 años, después anualmente durante 5 años como máximo. Pruebas posteriores a los 5 años según sea necesario conforme al criterio médico
Monitorización de la salud nutricional, incluidos los niveles de vitamina B12 e hierro (si se realizó una cirugía)	En curso

Cáncer de estómago metastásico

Si el cáncer se disemina a zonas del organismo distantes al estómago, se denomina *cáncer metastásico*. El cáncer de estómago metastásico no suele tener cura. Las opciones para tratar la enfermedad metastásica se basan en el estado general, que sería la capacidad del paciente de llevar a cabo sus tareas y actividades diarias. El médico evaluará el estado general con uno de los dos sistemas que se describen a continuación.

Eastern Cooperative Oncology Group (ECOG)

- Una puntuación 0 significa que el paciente está plenamente activo.
- Una puntuación 1 significa que el paciente puede llevar a cabo todas las actividades de cuidado personal, pero no puede realizar esfuerzo físico extenuante.
- Una puntuación 2 significa que el paciente puede llevar a cabo todas las actividades de cuidado personal y pasar casi todo el tiempo de vigilia levantado, pero no puede hacer ningún esfuerzo.
- Una puntuación 3 significa que el paciente no puede llevar a cabo casi ninguna actividad de cuidado personal y pasa más de la mitad del tiempo de vigilia en la cama o sentado.
- Una puntuación 4 significa que el paciente está completamente incapacitado.

Karnofsky Performance Status (KPS)

- Una puntuación de 0 a 49 significa que el paciente no puede cuidarse solo.
- Una puntuación de 50 a 79 significa que el paciente no puede trabajar y necesita cierta asistencia.
- Una puntuación de 80 a 100 significa que el paciente no puede realizar el trabajo y las actividades normales.

En la [Guía 10](#) se mencionan las opciones que se utilizan para tratar el cáncer metastásico y otros tipos de cáncer avanzado. Las opciones se basan en el estado general. Las personas con un buen estado general suelen tener más opciones de tratamiento. Esto se

debe a que son más capaces de tolerar los tratamientos contra el cáncer, que pueden ser duros.

Estado general deficiente

Si el paciente tiene una puntuación ECOG de 3 o 4, o bien una puntuación KPS de 0 a 59, se considerará que tiene un estado general deficiente. Esto significa que la quimioterapia probablemente le resulte demasiado fuerte. Los cuidados de apoyo son la mejor forma de tratar la enfermedad si el paciente no puede recibir otro tratamiento. Consulte la página 40 para obtener información sobre los cuidados de apoyo.

Buen estado general

Si el paciente tiene una puntuación ECOG de 0, 1 o 2, o bien una puntuación de KPS de 60 a 100, se considerará que tiene un buen estado general. Esto significa que tiene más de una opción para tratar el cáncer.

Primeros pasos

Si aún no se realizaron pruebas de los siguientes marcadores tumorales, estas deben realizarse ahora. Las pruebas de estos marcadores se utilizarán para determinar los tratamientos sistémicos que pueden administrarse.

- HER2
- PD-L1
- Inestabilidad microsatelital (IMS) o déficit de reparación de discordancias (dMMR)

Las opciones de tratamiento para personas con una buena puntuación de estado general incluyen las siguientes:

- Quimiorradiación
- Tratamiento sistémico
- Cuidados de apoyo

Cada una de estas opciones se describen en detalle a continuación.

Quimiorradiación

Tanto la radioterapia como la quimioterapia son una opción para aquellas personas cuyo cáncer no se puede extirpar con cirugía y que aún no han recibido

Guía 10. Opciones para tratar el cáncer de estómago metastásico

Estado general	¿Cuáles son las opciones?
Puntuación de ECOG de 0, 1 o 2 o Puntuación de KPS de 60 a 100	Opción 1: Quimiorradiación (si no se realizó una cirugía y esta no es una opción) Opción 2: Tratamiento sistémico Opción 3: Cuidados de apoyo
Puntuación de ECOG de 3 o 4 o Puntuación de KPS de 0 a 59	Cuidados de apoyo

quimiorradiación. A continuación se mencionan las pautas terapéuticas de quimioterapia recomendadas por los especialistas de la NCCN para utilizar con radioterapia.

- Fluorouracilo y oxaliplatino
- Fluorouracilo y cisplatino
- Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina) y paclitaxel

Tratamiento sistémico

Los médicos emplean el término *sistémico* cuando hablan de un tratamiento contra el cáncer en todo el cuerpo. La quimioterapia es el tipo de tratamiento sistémico más conocido. Los especialistas de la NCCN recomiendan el inicio de un tratamiento sistémico con una de las pautas terapéuticas que se mencionan en la [Guía 11](#). Estas pautas terapéuticas de “primera línea” deben utilizarse en primer lugar para el cáncer en estadio avanzado, ya que tienen más probabilidades de ser eficaces.

El tratamiento dirigido es un tipo más nuevo de tratamiento sistémico. Trastuzumab (Herceptin®) es un tratamiento dirigido que se utiliza para tratar el cáncer de estómago en estadio avanzado. Debe incluirse en la pauta terapéutica del tratamiento sistémico de primera línea si el cáncer tiene demasiados receptores HER2, pero no si la pauta terapéutica incluye epirubicina (Ellence®).

El médico elegirá la pauta terapéutica del tratamiento sistémico en función de la salud del paciente y los efectos secundarios del tratamiento. Las pautas terapéuticas que consisten en dos fármacos presentan efectos secundarios menos severos que las pautas terapéuticas de tres fármacos. Si el paciente recibe fluorouracilo (5-FU), puede añadirse leucovorina para limitar los efectos secundarios de la quimioterapia. Independientemente de la pauta terapéutica que se administre, el paciente debe evaluarse periódicamente para detectar efectos secundarios.

En la [Guía 12](#) se mencionan las pautas terapéuticas que se administran si el cáncer no responde a las pautas terapéuticas de primera línea. La pauta terapéutica más conveniente depende del tratamiento previo y del estado general del paciente.

Se ha demostrado que las pautas terapéuticas que se describen como “preferidas” en las Guías 11 y 12 en ensayos clínicos bien diseñados logran controlar el crecimiento del cáncer mejor que otros tratamientos.

Cuidados de apoyo

Los cuidados de apoyo también son una opción para personas con buen estado general y pueden administrarse con cualquiera de los tratamientos mencionados. Se brinda más información sobre los cuidados de apoyo en la página 40.

Guía 11. Pautas terapéuticas del tratamiento sistémico para intentar primero

Medicamentos incluidos en la pauta terapéutica	
Pautas terapéuticas preferidas	Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina) y oxaliplatino
	Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina) y cisplatino
Otras pautas terapéuticas recomendadas	Paclitaxel con cisplatino o carboplatino
	Docetaxel con cisplatino
	Fluoropirimidina (fluorouracilo o capecitabina)
	Docetaxel
	Paclitaxel
	Fluorouracilo e irinotecán
	Docetaxel, cisplatino y fluorouracil
	Docetaxel, oxaliplatino y fluorouracil
	Docetaxel, carboplatino y fluorouracil
	ECF (epirrubicina, cisplatino y fluorouracil)
	Epirrubicina, oxaliplatino y fluorouracil
	Epirrubicina, cisplatino y capecitabina
	Epirrubicina, oxaliplatino y capecitabina
Si el cáncer tiene demasiados receptores HER2, se debe añadir el medicamento del tratamiento dirigido trastuzumab (Herceptin®) a la quimioterapia de primera línea. Sin embargo, no debe añadirse si las pautas terapéuticas incluyen epirrubicina (Ellence®).	

Cuidados de apoyo

El objetivo de los cuidados de apoyo es prevenir y aliviar los malestares causados por el cáncer, sus síntomas o su tratamiento. Los cuidados de apoyo también pueden extender la vida del paciente, mejorar su apetito y ayudar a una mejor calidad de vida general.

Las personas con cáncer no metastásico también reciben cuidados de apoyo. Otros aspectos de los cuidados de apoyo, como el control de los síntomas, son útiles para muchas personas que padecen cáncer de estómago en cualquier estadio. Los principales síntomas causados por el cáncer de estómago se describen a continuación.

Guía 12. Si el cáncer no responde a las pautas terapéuticas de primera línea

Medicamentos incluidos en la pauta terapéutica	
Pautas terapéuticas preferidas	Ramucirumab y paclitaxel
	Docetaxel
	Paclitaxel
	Irinotecán
	Trifluridina y tipiracil (para el tratamiento de tercera línea o posterior)
	Fluorouracilo e irinotecán
	Pembrolizumab (para el tratamiento de segunda línea o posterior para tumores con IMS-A o dMMR)
Otras pautas terapéuticas recomendadas	Ramucirumab
	Irinotecán y cisplatino
	Pembrolizumab (para el tratamiento de tercera línea o posterior en pacientes con biomarcador PD-L1)
	Docetaxel e irinotecán

Sangrado

Uno de los síntomas más comunes entre los pacientes con cáncer de estómago es el sangrado. Este puede ser consecuencia del cáncer mismo o de su tratamiento.

- El tratamiento endoscópico puede utilizarse para detener el sangrado. Si bien el tratamiento endoscópico puede funcionar al principio, el sangrado suele volver a aparecer con el tiempo. Se necesitan más investigaciones para saber el grado de efectividad del tratamiento endoscópico.
- La embolización puede utilizarse para cerrar o bloquear los vasos sanguíneos en situaciones en las que la endoscopia no resulta útil o se produce sangrado.
- Algunas investigaciones respaldan el uso de la radioterapia externa (EBRT) para controlar el sangrado. La EBRT detiene la pérdida de sangre reciente y en curso.

- Es posible que se receten inhibidores de la bomba de protones para reducir el riesgo de sangrado. Sin embargo, no está claro su grado de efectividad. Se necesitan más investigaciones sobre esto.

Dolor

El dolor causado por el cáncer de estómago o su tratamiento puede controlarse con radioterapia, quimioterapia, analgésico y otros métodos.

Náuseas y vómitos

Existen medicamentos y otros métodos que pueden ayudar a detener las náuseas y los vómitos. El tratamiento de estos síntomas se basa en la posibilidad de que su causa resida en que el tumor bloquea el intestino. Lea la siguiente sección “Bloqueo GI” para obtener más información.

Bloqueo GI

El cáncer puede bloquear el pasaje de los alimentos y líquidos por el estómago y los intestinos. Si el médico considera que hay un bloqueo (obstrucción), se deberán realizar pruebas. Es posible que se introduzca un endoscopio por la garganta hasta el estómago para que el médico pueda visualizar el interior. Otra opción es tragar un contraste mientras se realiza una radiografía. La radiografía se utiliza para crear un vídeo en vivo del interior del estómago. Esto se denomina evaluación fluoroscópica.

Los principales objetivos del cuidado de los pacientes con una obstrucción gástrica consisten en reducir las náuseas y los vómitos y, cuando sea posible, permitirle retomar una alimentación por vía oral.

Los siguientes métodos se utilizan para intentar aliviar o derivar la obstrucción.

- **Endoscopia.** Este estudio implica la colocación de un *stent* de metal delgado mientras el paciente está sedado. El *stent* puede colocarse en la abertura entre el esófago y el estómago o en la abertura entre el estómago y el intestino delgado. El *stent* se expandirá en la abertura y permanecerá en el organismo para permitir el pasaje de los alimentos.
- **Cirugía.** Una cirugía llamada *derivación de gastroyeyunostomía* supone la colocación de un tubo largo por el abdomen y en el interior del intestino delgado. Esto permite que el paciente reciba alimentos líquidos directamente en los intestinos. En algunos pacientes, podría ser necesario realizar una cirugía para extirpar una parte o todo el estómago. Esto se denomina *gastrectomía*.
- **Radioterapia externa (EBRT)**
- **Quimioterapia**

Si la obstrucción no se puede aliviar o derivar, el objetivo principal es reducir los síntomas de la obstrucción con una *gastrostomía*. Una gastrostomía supone la colocación de un tubo por el abdomen directamente en el estómago. El tubo puede utilizarse para administrar

líquidos, alimentos líquidos y medicamentos. También permite la salida de aire y líquido del estómago.

Revisión

- La resección por endoscopia es una opción de tratamiento para los tipos de cáncer de estómago en estadio inicial que no se hayan extendido más allá de la primera capa de la pared del estómago.
- Si el paciente puede y quiere someterse a una cirugía, la gastrectomía con linfadenectomía también es una opción para tratar el cáncer de estómago en estadio inicial.
- Si un tumor de estómago crece más allá de la primera capa de la pared del estómago (la mucosa), esto se denomina *cáncer locorregional*. Es posible que haya cáncer en los ganglios linfáticos cercanos, pero no en las áreas distantes al estómago.
- La cirugía puede ser una opción de tratamiento para este tipo de cáncer de estómago locorregional. Si el estado médico del paciente le permite tolerar una cirugía mayor, la realización también dependerá de la ubicación y el alcance del cáncer.
- Si el cáncer se disemina a zonas del organismo distantes al estómago, se denomina *cáncer metastásico*. El cáncer de estómago metastásico no suele tener cura.
- Las opciones para tratar el cáncer de estómago metastásico se basan en el estado general, que sería la capacidad del paciente de llevar a cabo sus tareas y actividades diarias.

5

Supervivencia

-
- 44 Su médico de atención primaria

 - 44 Hábitos saludables

 - 45 Control de los efectos secundarios prolongados

 - 46 Revisión



Los supervivientes del cáncer de estómago tienen necesidades especiales a largo plazo una vez finalizado el tratamiento. La supervivencia se centra en los problemas físicos, emocionales y financieros únicos de los supervivientes de cáncer. Tratar los efectos secundarios prolongados del cáncer, permanecer conectado con el médico de atención primaria y llevar un estilo de vida saludable son partes importantes de la supervivencia.

Su médico de atención primaria

Una vez finalizado el tratamiento contra el cáncer, el médico de atención primaria desempeñará un papel clave en los cuidados del paciente. El oncólogo y el médico de atención primaria deben trabajar en conjunto para asegurarse de que el paciente reciba los cuidados de seguimiento que necesita. El oncólogo deberá desarrollar un plan de atención para supervivientes que incluya lo siguiente:

- Un resumen de los tratamientos relacionados con el cáncer que se hayan administrado, incluidas cirugías, quimioterapia y radioterapia
- Una descripción de los efectos secundarios prolongados y tardíos del cáncer de estómago y su tratamiento
- Recomendaciones sobre la monitorización de la reaparición del cáncer
- Información sobre la transición de la atención al médico de atención primaria. El plan también describirá las responsabilidades específicas del oncólogo y del médico de atención primaria.
- Recomendaciones sobre la salud general y el bienestar

¿Sabía esto?

Los supervivientes de cáncer de estómago que se hayan sometido a una gastrectomía total corren un riesgo específico de padecer problemas de salud a largo plazo en comparación con las personas que hayan tenido una gastrectomía parcial. Hay formas de ayudar a abordar estos problemas. El oncólogo y el médico de atención primaria podrán brindarle asistencia.

Hábitos saludables

La monitorización para detectar la reaparición del cáncer es importante después de finalizado el tratamiento. Pero también es importante cuidar otros aspectos de la salud. A continuación se describen los pasos que se pueden tomar para ayudar a prevenir otros problemas de salud y mejorar la calidad de vida.

- Realizarse exámenes para detectar otros tipos de cáncer. El médico de atención primaria deberá indicarle las pruebas de detección de cáncer que deben realizarse en función de su género, edad y nivel de riesgo.
- Recibir la atención médica recomendada para su edad y género, como controles de presión arterial, análisis de hepatitis C e inmunizaciones (como la vacuna para la gripe).
- Intentar hacer ejercicio con una intensidad moderada durante al menos 30 minutos casi todos los días de la semana.
- Llevar una alimentación saludable con abundantes alimentos de origen vegetal, frutas y cereales integrales.

- Beber poco o nada de alcohol. Esto significa no más de 1 bebida por día en el caso de las mujeres y no más de 2 bebidas por día en el caso de los hombres.
- Si fuma, debe dejarlo. El médico podrá brindarle asesoramiento (o derivarlo a otro especialista) para ayudarlo a dejar de fumar.

Control de los efectos secundarios prolongados

A continuación se describen los problemas comunes que enfrentan los supervivientes de cáncer de estómago y cómo los abordan.

Pérdida de peso

El médico deberá controlar su peso periódicamente para garantizar que mantenga un peso saludable. Comer poco con mayor frecuencia durante todo el día y no beber líquidos con las comidas puede ayudar a prevenir la pérdida de peso.

Fatiga

Mantenerse activo puede ayudar a reducir el cansancio y la fatiga. Sin embargo, se debe tener en cuenta que es importante conocer los propios límites y descansar cuando es necesario.

Diarrea

Tomar medicamentos antidiarreicos y aumentar la ingesta de fibra pueden ayudar a aliviar la diarrea.

Neuropatía inducida por quimioterapia

Un medicamento llamado duloxetina (Cymbalta®) es una opción para tratar el dolor neural causado por la quimioterapia. Sin embargo, la duloxetina no es muy útil para tratar el entumecimiento o el hormigueo.

Osteopenia/osteoporosis

La baja densidad ósea es otro efecto secundario prolongado en los supervivientes de cáncer de estómago. Se debe a la ingesta insuficiente de vitamina D, calcio, fósforo y otras vitaminas y minerales. Tomar suplementos de vitamina D puede mejorar la salud ósea. La densidad ósea debe controlarse periódicamente.

Figura 9

Los especialistas recomiendan una alimentación saludable, que incluya especialmente muchos alimentos de origen vegetal (verduras, frutas y cereales integrales).



Figura 10

Reducir el consumo de alcohol es una parte importante de cuidar la salud. Los especialistas recomiendan no beber más de 1 bebida por día en el caso de las mujeres y no más de 2 bebidas por día en el caso de los hombres.



Indigestión

Los supervivientes de cáncer de estómago que se sometieron a una gastrectomía suelen tener indigestión. Intente evitar los alimentos que incrementan la producción de ácidos, como las frutas cítricas, la salsa de tomate y las comidas picantes. La cafeína, la menta y el chocolate también pueden causar indigestión y deben evitarse en la medida de lo posible. Un tipo de medicamento llamado inhibidor de la bomba de protones también puede ser de ayuda.

Carencias nutricionales

La anemia prolongada, la carencia de hierro y la carencia de vitamina B12 son comunes en pacientes tratados con una gastrectomía para el cáncer gástrico. Tomar suplementos de vitamina B12 y de hierro es una forma segura y efectiva de ayudar a revertir estas carencias. Si fuera necesario, el médico podrá remitirlo a un nutricionista o especialista en dietética para recibir asesoramiento individualizado.

Síndrome de evacuación gástrica rápida

Las personas que se hayan sometido a una gastrectomía total pueden sufrir un efecto secundario conocido como síndrome de evacuación gástrica rápida. El síndrome de evacuación gástrica rápida se produce cuando el contenido del estómago se vacía en el intestino delgado con demasiada rapidez. Esto puede suceder apenas después de comer (síndrome de evacuación gástrica rápida en estadio inicial) o en un período de 2 a 3 horas después de comer (síndrome de evacuación gástrica rápida tardío).

Los síntomas del síndrome de evacuación gástrica rápida incluyen palpitaciones, diarrea, náuseas y espasmos. El síndrome de evacuación gástrica rápida tardío tiende a causar mareos, hambre, sudoración fría y lipotimia.

Para ayudar a controlar los síntomas del síndrome de evacuación gástrica rápida, los especialistas de la NCCN recomiendan incorporar comidas frecuentes durante todo el día, evitar la ingesta de líquidos con las comidas y consumir una dieta rica en proteína y fibra y con bajo contenido de carbohidratos simples y azúcares.

Revisión

- La supervivencia se centra en los problemas físicos, emocionales y financieros únicos de los supervivientes de cáncer.
- Después del tratamiento del cáncer, el oncólogo y el médico de atención primaria deben trabajar en conjunto para garantizar que reciba los cuidados de seguimiento que necesita.
- Es útil elaborar un plan de atención para supervivientes en la transición al médico de atención primaria.
- Los hábitos saludables, incluido el ejercicio y la alimentación adecuada, desempeñan un papel importante en la prevención de otras enfermedades y segundos cánceres.
- Los efectos secundarios prolongados que se producen con frecuencia en los supervivientes de cáncer de estómago incluyen pérdida de peso, fatiga, indigestión y síndrome de evacuación gástrica rápida.

6

Tomar decisiones sobre el tratamiento

48	Es su decisión
48	Preguntas que debe hacerle a sus médicos
53	Sopesar las opciones
54	Sitios web
54	Revisión



Padecer cáncer puede ser muy estresante. Además de aceptar el hecho de que tiene cáncer, debe informarse sobre pruebas y tratamientos. El tiempo para tomar decisiones sobre un plan de tratamiento puede parecer muy corto. En este capítulo se intenta ayudarle a tomar decisiones que estén en consonancia con sus creencias, deseos y valores.

Es su decisión

El papel que quieren adoptar los pacientes en la elección del tratamiento varía mucho. Puede que no se sienta a gusto con la toma de decisiones de tratamiento. Puede ser difícil escuchar o saber lo que dicen los demás. Eso puede deberse a un alto nivel de estrés. El estrés, el dolor y los fármacos pueden limitar su capacidad para tomar decisiones correctas. Puede no sentirse a gusto porque no sabe mucho acerca del cáncer. Nunca ha oído hablar de las palabras que se usan para describir el cáncer de riñón, las pruebas o los tratamientos. Al mismo tiempo, puede pensar que su opinión no es mejor que la de sus médicos.

Los médicos le darán la información que necesita para tomar decisiones informadas. En las enfermedades de estadio inicial suele haber muchas opciones convenientes. Es bueno que haya muchas opciones.

Dejar que otros decidan la mejor opción puede hacer que se sienta mejor. Pero, ¿quién quiere que tome esas decisiones? Puede confiar exclusivamente en ellos para tomar las decisiones. No obstante, sus médicos no siempre le dirán qué debe elegir si cuenta con múltiples opciones buenas. Los seres queridos también pueden ser de ayuda. Pueden reunir información, hablar en su nombre y participar en la toma de decisiones con sus médicos. Aunque sean otros los que decidan el tratamiento que se le va a administrar, usted sigue teniendo que firmar el consentimiento informado para aceptarlo.

Por otro lado, puede querer tomar el mando y participar en la toma de decisiones. La mayoría de los pacientes lo hacen. En el proceso compartido de toma de decisiones, el paciente y sus médicos comparten información, sopesan las opciones y acuerdan conjuntamente un plan de tratamiento. Los médicos tienen los conocimientos en los que se basa el plan, pero usted conoce sus preocupaciones y objetivos. Si trabajan en conjunto, usted probablemente reciba una mejor calidad de atención y sentirá mayor satisfacción. Tendrá el tratamiento que quiera, en el lugar que quiera y administrado por los médicos que quiera.

Preguntas que debe hacerle a sus médicos

Probablemente se reúna con expertos de diversos campos de la Medicina. Intente que las conversaciones sean productivas. Prepare las preguntas antes de la visita y pregunte cuando algo no le resulte claro. Lleve un anotador para tomar apuntes. También puede grabar las conversaciones y solicitar copias de su historia clínica. Puede resultar útil tener un miembro de la familia o amigo con usted durante estas visitas. También puede acudir un defensor del paciente o un representante de una organización especializada en cáncer (como Cancer Navigators). Podrán ayudarle con las preguntas y recordar lo que se ha comentado. En las siguientes páginas se presentan algunas sugerencias de preguntas que puede formular.

¿Cuál es mi diagnóstico y mi pronóstico?

Es importante saber que existen diferentes tipos de cáncer. El cáncer puede variar mucho incluso entre personas con un tumor en el mismo órgano. Según los resultados de las pruebas, los médicos podrán indicarle el tipo de cáncer que usted padece. También podrán darle un pronóstico. Un pronóstico es una predicción del patrón y el desenlace de una enfermedad. Conocer el pronóstico puede afectar su decisión sobre el tratamiento.

1. ¿Dónde apareció el cáncer? ¿En qué tipo de célula?
2. ¿Es común este tipo de cáncer?
3. ¿Cuál es el estadio del cáncer? ¿Este estadio significa que el cáncer se ha diseminado mucho?
4. ¿Es un cáncer que avanza rápido o lento?
5. ¿Tengo cáncer de estómago hereditario? ¿Mi familia y yo deberíamos recibir asesoramiento genético?
6. ¿Los resultados de qué otras pruebas son importantes?
7. ¿Con qué frecuencia hay errores en estas pruebas?
8. ¿Podría recibir una copia del informe patológico y de los resultados de otras pruebas?
9. ¿Puede curarse el cáncer? Si no se puede, ¿hasta qué punto el tratamiento puede detener el crecimiento del cáncer?

¿Cuáles son las opciones?

No existe ningún tratamiento único que sea eficaz para todos los pacientes. Por lo general, existe más de una opción de tratamiento, además de los ensayos clínicos. El médico revisará los resultados de las pruebas y le recomendará opciones de tratamiento.

1. ¿Qué sucederá si no hago nada?
2. ¿Es posible controlar minuciosamente el cáncer?
3. ¿Se consultan las recomendaciones de la NCCN cuando se consideran las opciones?
4. ¿Está sugiriendo opciones distintas a las que recomienda la NCCN? Si es así, ¿por qué? ¿En qué fuente se basan estas opciones?
5. ¿De qué manera la edad, la salud y otros factores afectan mis opciones?
6. ¿Qué opción ha demostrado funcionar mejor?
7. ¿Qué opciones carecen de evidencia científica?
8. ¿Cuáles son los beneficios de cada opción? ¿Alguna opción ofrece una cura? ¿Tengo mejores probabilidades con una opción que con otra? ¿Qué opción evita el tejido más sano? ¿Hay alguna opción menos invasiva? ¿Que lleve menos tiempo? ¿Que sea menos costosa?
9. ¿Cuáles son los riesgos de cada opción? ¿Cuáles son las posibles complicaciones? ¿Cuáles son los efectos secundarios más y menos comunes? ¿Los efectos secundarios más y menos duraderos? ¿Los efectos secundarios más serios y más leves? ¿Otros riesgos?
10. ¿Qué se puede hacer para prevenir o aliviar los efectos secundarios del tratamiento?
11. ¿Qué probabilidades tengo de que el cáncer reaparezca?

¿Qué requiere cada opción?

Muchos pacientes consideran en qué medida cada opción podría afectar sus vidas. Esta información puede ser importante porque el paciente tiene una familia, un trabajo y otras obligaciones de las que ocuparse. Poder recibir la asistencia que se necesita también es una preocupación. Si existe más de una opción, la elección de la opción menos agobiante puede ser importante:

1. ¿Tendré que ir al hospital o a algún otro lado? ¿Con qué frecuencia? ¿Cuánto dura cada visita?
2. ¿Puedo elegir cuándo comenzar el tratamiento? ¿Puedo elegir los días y horarios del tratamiento?
3. ¿Qué tengo que hacer antes del tratamiento? ¿Debo dejar de tomar algún medicamento? ¿Hay algún alimento que debo evitar comer?
4. ¿Debería ir acompañado a recibir el tratamiento?
5. ¿Duele la administración del tratamiento?
6. ¿Cuánto cuesta el tratamiento? ¿Qué cubre mi seguro médico?
7. ¿Tendré que ausentarme del trabajo o la escuela? ¿Podré conducir?
8. ¿Se necesita atención domiciliaria después del tratamiento? Si es así, ¿de qué tipo?
9. ¿Cuándo podré encargarme de mi salud?
10. ¿Cuándo podré retomar las actividades normales?

Cada vez más investigaciones descubren que los pacientes tratados por médicos con experiencia exhiben mejores resultados. Es importante saber si un médico está especializado en el tratamiento del cáncer que ofrece.

1. ¿Está usted certificado por la junta? Si es así, ¿en qué área?
2. ¿Cuántos pacientes como yo ha tratado?
3. ¿Cuántas intervenciones como esta que me sugiere ha realizado?
4. ¿Este tratamiento es una de las partes principales de su práctica médica?
5. ¿Cuántos de sus pacientes han tenido complicaciones?

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

Sopesar las opciones

Decidir la mejor opción puede resultar difícil. Los médicos de distintos campos de la medicina pueden opinar de forma diferente sobre la opción que más le conviene. Esto puede ser confuso. Su cónyuge o pareja puede no estar de acuerdo con su opción. Eso puede ser estresante. En algunos casos, no se ha conseguido demostrar que una opción sea mejor que otra, por lo que la ciencia no siempre es útil. A continuación se comentan algunas formas de tomar una decisión sobre el tratamiento.

Segunda opinión

La situación previa y posterior al diagnóstico del cáncer es muy estresante. Las personas con cáncer suelen querer recibir el tratamiento lo antes posible. Quieren quitarse de encima el cáncer rápidamente, antes de que se extienda más. Aunque el cáncer no puede ignorarse, hay tiempo para pensar y elegir la opción que mejor se adapta a cada caso.

Es posible que quiera tener la opinión de otro médico sobre los resultados de las pruebas y una sugerencia sobre el plan de tratamiento. Es lo que se llama solicitar una segunda opinión. No significa que no confíe plenamente en su médico, simplemente es una segunda opinión sobre la opción más adecuada para usted que puede ayudarle a decidir.

El médico que le dé una segunda opinión deberá recibir copias del informe patológico: un DVD con las pruebas de imagen y los resultados de otras pruebas. Algunas personas se sienten incómodas pidiendo copias a sus médicos. Sin embargo, la segunda opinión es una parte habitual del tratamiento del cáncer.

Cuando los médicos tienen cáncer, la mayoría hablará con más de un compañero antes de elegir el tratamiento. Es más, algunos seguros médicos exigen una segunda opinión. Si su seguro médico no cubre el coste de una segunda opinión, tendrá que decidir si quiere pagarla.

Si las dos opiniones coinciden, usted se sentirá más tranquilo con el tratamiento que acepta realizarse. Si las dos opiniones difieren, deberá considerar una tercera opinión. Una tercera opinión puede ayudarle a decidir

entre sus opciones. Elegir el tratamiento contra el cáncer es una decisión muy importante. Puede influir en cuánto más vamos a vivir y la calidad de esa vida.

Grupos de apoyo

Además de hablar con especialistas médicos, puede ser útil hablar con pacientes que hayan estado en su misma situación. Los grupos de apoyo suelen incluir personas en distintas fases del tratamiento. Algunas pueden estar en proceso de decisión y otras pueden haber terminado el tratamiento. En los grupos de apoyo puede preguntar y escuchar las experiencias de otras personas con cáncer de estómago.

Comparar beneficios y desventajas

Cada opción tiene beneficios y desventajas. Deberán considerarse a la hora de decidir la opción más conveniente. Hablar con otras personas puede ayudar a ver beneficios y desventajas que antes no se hayan considerado. Calificar cada factor de 0 a 10 también puede ser útil, ya que algunos factores pueden ser más importantes que otros.

Sitios web

American Cancer Society (Sociedad Americana del Cáncer)

www.cancer.org/cancer/stomachcancer/index

Debbie's Dream Foundation: Curing Stomach Cancer

www.DebbiesDream.org

Hope for Stomach Cancer

<https://stocan.org>

National Cancer Institute (Instituto Nacional del Cáncer)

www.cancer.gov/types/stomach

National Coalition for Cancer Survivorship (Coalición nacional de supervivientes del cáncer)

www.canceradvocacy.org/toolbox

NCCN

www.nccn.org/patients

No Stomach For Cancer

www.nostomachforcancer.org

Revisión

- La toma de decisión compartida es un proceso en el que usted y sus médicos planifican juntos el tratamiento.
- Es fundamental preguntar a sus médicos para tener toda la información que necesita para tomar decisiones informadas.
- Obtener una segunda opinión, asistir a grupos de apoyo y comparar los beneficios y las desventajas puede ayudarle a decidir el tratamiento que es mejor para su caso.



Palabras para conocer

abdomen

Zona del vientre entre el tórax y la pelvis.

adenocarcinoma

Cáncer de las células que forman glándulas y producen mucosidad.

anatomopatólogo

un médico especializado en analizar las células y los tejidos para encontrar enfermedades.

aspiración con aguja fina (AAF)

Extirpación de una muestra de tejido con una aguja pequeña.

biopsia

Extracción de pequeñas cantidades de tejido o líquido que se analizarán para detectar si hay enfermedades.

capa muscular de la mucosa

Una capa fina de músculo que separa la mucosa de la submucosa de la pared del estómago.

cirujano oncólogo

Un cirujano que se especializa en los procedimientos quirúrgicos en pacientes con cáncer.

contraste

Tinción que se pone en el organismo para ver mejor las imágenes durante las pruebas de imagen.

cuidados de apoyo

Tratamiento de los síntomas de una enfermedad.

disección por endoscopia de la submucosa (DES)

Extirpación de los tumores en estadio inicial con una cuchilla especial que se introduce por la garganta.

ecoendoscopia (EE)

Un dispositivo introducido por la garganta para crear imágenes que utiliza ondas de sonido.

endoscopia superior

Uso de una herramienta delgada que se introduce por la garganta hacia el interior del esófago y el estómago. También se conoce como esofagogastroduodenoscopia (EGD).

endoscopio

Un tubo largo y fino que incluye herramientas y es guiado hacia abajo por la boca.

ensayo clínico

Investigación sobre una prueba o tratamiento para valorar su seguridad y utilidad.

epitelio

Tejido que recubre la pared del estómago.

escala de estado ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group)

Una escala de calificación de la capacidad de llevar a cabo las actividades diarias.

esófago

El órgano con forma de tubo ubicado entre la garganta y el estómago.

esofagogastroduodenoscopia (EGD)

Uso de una herramienta delgada que se introduce por la garganta hacia el interior del esófago y el estómago. También se conoce como endoscopia GI superior.

estadio clínico

Clasificación del alcance de un tumor según las pruebas realizadas antes del tratamiento.

estadio del cáncer

Clasificación del crecimiento y la diseminación del cáncer.

estadio patológico

Una clasificación del alcance del cáncer según la revisión microscópica posterior al tratamiento.

ganglio linfático

Un pequeño grupo de células especiales que luchan contra la enfermedad, localizadas por todo el organismo.

ganglionar

Reparación del cáncer después del tratamiento.

gastrectomía

Una cirugía que permite extirpar una parte o todo el estómago.

gastroenterólogo

Médico que se especializa en las enfermedades del sistema digestivo.

hemograma completo (HC)

Análisis de la cantidad de células sanguíneas.

intestino delgado

El órgano del sistema digestivo que absorbe los nutrientes de los alimentos ingeridos.

Karnofsky Performance Status (KPS)

Una escala de calificación de la capacidad de llevar a cabo las actividades diarias.

lamina propria

Tejido conectivo dentro de la mucosa de la pared del estómago.

laparoscopia

Uso de una herramienta delgada que se introduce mediante un corte en la zona del vientre.

linfa

Un líquido transparente que contiene glóbulos blancos.

linfadenectomía

Un tipo de cirugía que permite extirpar ciertas estructuras que combaten enfermedades que se conocen como ganglios linfáticos.

margen quirúrgico

El tejido normal que rodea el tumor y se extirpa durante la cirugía.

mucosa

La primera capa más interna de la pared del estómago.

muscularis propria

La tercera capa de la pared del estómago formada principalmente por músculo.

oncólogo clínico

Un médico que se especializa en tratar el cáncer con fármacos.

pelvis

El área del cuerpo entre los huesos de la cadera.

perfil bioquímico completo

Un panel de análisis que brinda información sobre la salud y las funciones de los riñones y el hígado. Suele indicarse como parte de un panel metabólico completo (PMC).

quimiorradiación

Tratamiento que combina la quimioterapia y la radioterapia.

quimioterapia

Fármacos que detienen el ciclo de vida de las células para que no se multipliquen.

radiooncólogo

un médico que se especializa en la radioterapia.

radioterapia

el uso de radiación para tratar el cáncer.

radioterapia externa (EBRT)

La radioterapia que se recibe de una máquina fuera del cuerpo.

receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico (HER2)

Una proteína ubicada en el límite celular que envía señales al interior para que la célula crezca.

receptor del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGFR)

Una molécula que se une a las células que forman los vasos sanguíneos.

resección por endoscopia

Tratamiento que permite extirpar tumores en estadio inicial con una herramienta introducida por la garganta.

resección por endoscopia de la mucosa (REM)

Extirpación de los tumores en estadio inicial con una pinza que se introduce por la garganta.

serosa

La capa externa de la pared del estómago que produce líquido para que los órganos puedan deslizarse unos contra otros. También se conoce como peritoneo visceral.

sistema digestivo

Un conjunto de órganos que descompone los alimentos para que el organismo los utilice.

sonda de yeyunostomía (sonda Y)

Sonda de alimentación que se introduce mediante un corte en el intestino.

submucosa

La segunda capa de la pared del estómago formada principalmente por tejido conectivo.

subserosa

Una capa delgada de tejido conectivo ubicada en el interior de la pared del estómago.

tomografía computarizada (TC)

Un examen que utiliza rayos X para ver las partes del cuerpo.

tomografía por emisión de positrones/tomografía computarizada (TEP/TC)

un estudio que utiliza material radioactivo y rayos X para ver la forma y la función de partes del cuerpo.

tratamiento dirigido

Fármacos que detienen el proceso de crecimiento específico de las células cancerosas.

tratamiento primario

Tratamiento principal usado para eliminar el cáncer del organismo.

unión gastroesofágica (UGE)

El área en la que se unen el esófago y el estómago.

Contribuyentes a la NCCN

Esta guía para el paciente se basa en las Pautas de la NCCN sobre la práctica clínica en oncología (NCCN Guidelines®) para el cáncer gástrico. Su adaptación, revisión y publicación se realizó con la ayuda de las siguientes personas:

Dorothy A. Shead, MS
Directora, Operaciones de
Información de Pacientes

Laura J. Hanisch, PsyD
Redactora médica / Especialista
en información para el paciente

Tanya Fischer, MEd, MSLIS
Redactora médica

Kim Williams
Alta directiva de Servicios
Creativos

Erin Vidic, MA
Redactora médica

Rachael Clarke
Revisora médica sénior

Susan Kidney
Especialista en Diseño

Los siguientes miembros del panel de la NCCN participaron del desarrollo de las Pautas de la NCCN sobre la práctica clínica en oncología (NCCN Guidelines®) para el cáncer gástrico, Versión 2.2019:

Jaffer A. Ajani, MD/presidente
University of Texas
MD Anderson Cancer Center

James A. Hayman, MD, MBA
University of Michigan Rogel Cancer Center

Mary F. Mulcahy, MD
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center de la Northwestern University

Thomas A. D'Amico, MD/vicepresidente
Duke Cancer Institute

Steven Hochwald, MD
Roswell Park Comprehensive
Cancer Center

Ravi K. Paluri, MD, MPH
O'Neil Comprehensive Cancer Center at UAB

David J. Bentrem, MD, MS
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center de la Northwestern University

Wayne L. Hofstetter, MD
University of Texas
MD Anderson Cancer Center

Haeseong Park, MD, MPH
Siteman Cancer Center at Barnes-
Jewish Hospital and Washington
University School of Medicine

Joseph Chao, MD
City of Hope National Medical Center

David H. Ilson, MD, PhD
Memorial Sloan Kettering
Cancer Center

Kyle A. Perry, MD
The Ohio State University Comprehensive
Cancer Center - James Cancer Hospital
and Solove Research Institute

Carlos Corvera, MD
UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center

Dawn Jaroszewski, MD
Mayo Clinic Cancer Center

Jose Pimiento, MD
Moffitt Cancer Center

Prajnan Das, MD, MS, MPH
University of Texas
MD Anderson Cancer Center

Kimberly L. Johung, MD, PhD
Yale Cancer Center/Smilow Cancer Hospital

George A. Poultsides, MD, MS
Stanford Cancer Institute

Crystal S. Denlinger, MD
Fox Chase Cancer Center

Rajesh N. Keswani, MD
Robert H. Lurie Comprehensive Cancer
Center de la Northwestern University

Robert Roses, MD
Abramson Cancer Center at the
University of Pennsylvania

Peter C. Enzinger, MD
Dana-Farber/Brigham y Women's
Cancer Center

Lawrence R. Kleinberg, MD
The Sidney Kimmel Comprehensive
Cancer Center en Johns Hopkins

Vivian E. Strong, MD
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

Paul Fanta, MD
UC San Diego Moores Cancer Center

Stephen Leong, MD
University of Colorado Cancer Center

Georgia Wiesner, MD
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Farhood Farjah, MD
Fred Hutchinson Cancer Research
Center/Seattle Cancer Care Alliance

* Quan P. Ly, MD
Fred & Pamela Buffett Cancer Center

* Christopher G. Willett, MD
Duke Cancer Institute

Hans Gerdes, MD
Memorial Sloan Kettering Cancer Center

* Kristina A. Matkowskyj, MD, PhD
University of Wisconsin
Carbone Cancer Center

Cameron D. Wright, MD
Massachusetts General Hospital
Cancer Center

Michael Gibson, MD, PhD
Vanderbilt-Ingram Cancer Center

Michael McNamara, MD
Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer Center
and Cleveland Clinic Taussig Cancer Institute

Personal de la NCCN

Nicole McMillian, MS
Coordinadora de Pautas

Lenora A. Pluchino, PhD
Redactora médica/científica especializada en
Oncología

* Revisaron esta guía para el paciente.

Para la divulgación, visite www.nccn.org/about/disclosure.aspx.

NCCN Cancer Centers

Abramson Cancer Center
at the University of Pennsylvania
Philadelphia, Pennsylvania
800.789.7366
pennmedicine.org/cancer

Fred & Pamela Buffett Cancer Center
Omaha, Nebraska
+1 800.999.5465
nebraskamed.com/cancer

Case Comprehensive Cancer Center/
University Hospitals Seidman Cancer
Center and Cleveland Clinic Taussig
Cancer Institute
Cleveland, Ohio
+1 800.641.2422 • UH Seidman Cancer
Center
uhhospitals.org/services/cancer-services
+1 866.223.8100 • CC Taussig Cancer
Institute
my.clevelandclinic.org/departments/cancer
+1 216.844.8797 • Case CCC
case.edu/cancer

City of Hope National Medical Center
Los Angeles, California
800.826.4673
cityofhope.org

Dana-Farber/Brigham and
Women's Cancer Center
Massachusetts General Hospital
Cancer Center
Boston, Massachusetts
877.332.4294
dfbwc.org
massgeneral.org/cancer

Duke Cancer Institute
Durham, North Carolina
888.275.3853
dukecancerinstitute.org

Fox Chase Cancer Center
Philadelphia, Pennsylvania
888.369.2427
foxchase.org

Huntsman Cancer Institute
en la University of Utah
Salt Lake City, Utah
877.585.0303
huntsmancancer.org

Fred Hutchinson Cancer
Research Center/Seattle
Cancer Care Alliance
Seattle, Washington
+1 206.288.7222 • seattlecca.org

+1 206.667.5000 • fredhutch.org

The Sidney Kimmel Comprehensive
Cancer Center en Johns Hopkins
Baltimore, Maryland
410.955.8964
hopkinskimmelmcc.org

Robert H. Lurie Comprehensive
Cancer Center de la Northwestern
University
Chicago, Illinois
866.587.4322
cancer.northwestern.edu

Mayo Clinic Cancer Center
Phoenix/Scottsdale, Arizona
Jacksonville, Florida
Rochester, Minnesota
+1 800.446.2279 • Arizona
+1 904.953.0853 • Florida
+1 507.538.3270 • Minnesota
mayoclinic.org/cancercenter

Memorial Sloan Kettering
Cancer Center
Nueva York, Nueva York
800.525.2225
mskcc.org

Moffitt Cancer Center
Tampa, Florida
800.456.3434
moffitt.org

The Ohio State University
Comprehensive Cancer Center -
James Cancer Hospital y Solove
Research Institute
Columbus, Ohio
800.293.5066
cancer.osu.edu

O'Neal Comprehensive
Cancer Center at UAB
Birmingham, Alabama
800.822.0933
uab.edu/onealcancercenter

Roswell Park Comprehensive
Cancer Center
Buffalo, Nueva York
877.275.7724
roswellpark.org

Siteman Cancer Center en Barnes-
Jewish Hospital y Washington
University School of Medicine
St. Louis, Missouri
800.600.3606

siteman.wustl.edu

St. Jude Children's Research Hospital
The University of Tennessee
Health Science Center
Memphis, Tennessee
+1 888.226.4343 • stjude.org
901.683.0055 • westclinic.com

Stanford Cancer Institute
Stanford, California
877.668.7535
cancer.stanford.edu

UC San Diego Moores Cancer Center
La Jolla, California
858.657.7000
cancer.ucsd.edu

UCSF Helen Diller Family
Comprehensive Cancer Center
San Francisco, California
800.689.8273
cancer.ucsf.edu

University of Colorado Cancer Center
Aurora, Colorado
720.848.0300
coloradocancercenter.org

University of Michigan
Rogel Cancer Center
Ann Arbor, Michigan
800.865.1125
rogelcancercenter.org

University of Texas
MD Anderson Cancer Center
Houston, Texas
800.392.1611
mdanderson.org

University of Wisconsin
Carbone Cancer Center
Madison, Wisconsin
608.265.1700
uwhealth.org/cancer

Vanderbilt-Ingram Cancer Center
Nashville, Tennessee
800.811.8480
vicc.org

Yale Cancer Center/
Smilow Cancer Hospital
New Haven, Connecticut
855.4.SMILOW
yalecancercenter.org

Índice

biopsia 10–11

cáncer gástrico hereditario difuso (CGHD) 9

cuidados de apoyo 31, 34, 35–36, 38–40

déficit de reparación de discordancias (dMMR) 12, 25, 38, 41

endoscopia superior 10–11, 30, 36–37

ensayo clínico 26, 39, 50

estado general 38–39, 42

gastrectomía 21–22, 26, 28–29, 36–37, 42, 44, 46

inestabilidad microsatelital (IMS) 12, 25, 38

linfadenectomía 22, 28–29, 35, 42

PD-L1 12, 25, 38, 41

poliposis adenomatosa familiar (PAF) 9

quimiorradiación 11, 31–35, 38–39

receptor 2 del factor de crecimiento epidérmico (HER2) 12, 25, 38–40

Receptor del factor de crecimiento endotelial vascular (VEGFR) 25

resección por endoscopia 11, 20, 26, 28–30, 42

síndrome de Bloom 9

síndrome de Cowden 9

síndrome de evacuación gástrica rápida 46

síndrome de Li-Fraumeni 9

síndrome de Lynch 9

Síndrome de Peutz-Jeghers 9

síndrome de poliposis juvenil 9

supervivencia 44–46

tratamiento dirigido 12, 25–26, 39–40

xerodermia pigmentosa 9





NCCN
GUIDELINES
FOR PATIENTS®

Cáncer de estómago

2019

La NCCN Foundation® agradece a nuestros patrocinadores de la difusión, Debbie's Dream Foundation: Curing Stomach Cancer, Hope for Stomach Cancer y No Stomach for Cancer y a nuestros colaboradores de la industria, Lilly and Company, por su apoyo para hacer posible la publicación de estas NCCN Guidelines for Patients®. NCCN desarrolla y distribuye de forma independiente las NCCN Guidelines for Patients®. Nuestros colaboradores no participan en el desarrollo de las NCCN Guidelines for Patients y no son responsables del contenido y de las recomendaciones contenidas en el documento. Taiho Oncology, Inc. colaboró con la traducción a otros idiomas de esta guía.



National Comprehensive
Cancer Network®

3025 Chemical Road, Suite 100
Plymouth Meeting, PA 19462
215.690.0300

[NCCN.org/patients](https://www.nccn.org/patients) – Para pacientes | [NCCN.org](https://www.nccn.org) – Para médicos