



## CANCER DE ESTOMAGO

### I- INTRODUCCION

Desde el punto de vista epidemiológico el cáncer de estómago atrae la atención por el descenso de sus tasas de incidencia y de mortalidad, a través del tiempo, en casi todos los países. Incluso en Japón donde las tasas han sido muy elevadas, se observa una declinación de las mismas.

Este descenso mundial se atribuye a la refrigeración de los alimentos con lo que se evita el agregado de sustancias conservadoras, como aditivos, colorantes, salados, etc., de posible acción mutagénica, y se evita también el consumo de alimentos en los que se iniciaron procesos de descomposición. De todos modos, este cáncer en el hombre, es el segundo más frecuente en el mundo después del cáncer de pulmón.

El impacto del cáncer de estómago sobre las poblaciones sigue siendo importante y en muchos países continúa siendo la primera causa de mortalidad tumoral. En Uruguay esta localización tumoral provocó la muerte en el año 2000 de 443 personas, 284 en hombres con una tasa ajustada de 12.38 y 159 en mujeres con una tasa ajustada de 4.68.

Desde el punto de vista patológico se distinguen dos tipos de cáncer de estómago: el tipo intestinal y el tipo difuso. El tipo intestinal se asentaría sobre una metaplasia de mucosa intestinal, predomina en los hombres y en los viejos, tiene apariencia glandular y es más frecuente en las zonas de alto riesgo. El tipo difuso predomina en personas más jóvenes y en zonas de bajo riesgo. Se piensa que los dos tipos puedan tener diferentes causas.

En el cáncer gástrico se ve claramente que la sobrevida depende del estadio en que se lo detecta. En EEUU sólo el 16% de los casos se detecta en etapa localizada, en los que la sobrevida a cinco años puede superar el 50%. El resto es detectado en etapas regionales o diseminadas donde la sobrevida es muy pobre. Merece destacarse el esfuerzo de los investigadores japoneses que desarrollaron una rica tecnología fibroscópica para poder detectar el cáncer de estómago en etapas precoces.

### II- FACTORES DE RIESGO

#### A- PREPONDERANTES

- 1- Dieta** – En la dieta parecen encontrarse los principales factores de riesgo. Se admite que se debe evitar o disminuir la ingestión de comidas manipuladas con ahumados, salados, colorantes o cualquier medio químico de conservación. Asociados, los diferentes aditivos potencializarían el riesgo. El pescado desecado, salado o ahumado entraría dentro de ese grupo de factores de riesgo.

Como alimentos protectores se consideran a las frutas frescas, los vegetales verdes el ácido ascórbico o vitamina C.

- 2- Nitritos y nitratos** – En muchos estudios se ha demostrado la asociación de los nitratos y sus compuestos derivados con el cáncer de estómago. La acción mutagénica se ejercería a través de la transformación de los nitratos en nitritos y de éstos en nitrosaminas que son potentes carcinógenos.

Los nitratos se encuentran en pequeñas proporciones en embutidos, pescado ahumado, hongos, tocino, etc.

Cabe recordar que en Chile existen grandes yacimientos de nitratos y las tasas de mortalidad por cáncer de estómago son altas, 43.48 en hombres y 21.26 en mujeres, mucho mayores que en Uruguay, 14.71 en hombres y 5.82 en mujeres.

Se sabe que el ácido ascórbico, la vitamina C, puede prevenir la formación de nitrosaminas.

- 3- Helicobacter pylori** – Esta bacteria gran negativa, asociada inicialmente a la úlcera péptica gástrica y a la gastritis antral, también se ha comprobado que tiene una fuerte vinculación con el cáncer gástrico.

Tanto la forma intestinal como la difusa del cáncer gástrico estaría asociada a la presencia del helicobacter pylori. La consecuencia es la erradicación terapéutica del helicobacter pylori cuando esta bacteria es detectada en la mucosa gástrica.

## B- OTROS

- 4- Situación socioeconómica** – Este cáncer predomina en los grupos socioeconómicos de bajos ingresos, en forma similar a lo que ocurre con el cáncer de esófago.
- 5- Condiciones patológicas locales** – En primer lugar se considera que la gastritis atrófica, asociada muchas veces con la anemia perniciosa es una lesión predisponente. Lo mismo se puede decir de los pólipos gástricos y se piensa que el factor que genera el cáncer también motiva el desarrollo de los pólipos. En cuanto a la úlcera gástrica actualmente se piensa que la mayoría de los cánceres gástricos no estarían precedidos por úlceras. Con respecto a la metaplasia intestinal se considera que su aparición depende de la acción de carcinógenos estando en la base del tipo intestinal del cáncer gástrico.
- 6- Radiaciones** – Es un factor predisponente como se pudo observar en los sobrevivientes de la bomba atómica y en los pacientes irradiados por afecciones reumáticas.

## III- MEDIDAS PREVENTIVAS

Los principales factores de riesgo del cáncer de estómago no son todavía perfectamente conocidos. De ahí las dificultades de instrumentar una campaña de prevención primaria. Lo que se puede hacer es delimitar grupos de alto riesgo: poblaciones que consumen dietas de riesgo ya señaladas, fumadores, de bajo nivel socio económico.

El principal objetivo de la prevención primaria es educar a la población con respecto a la dieta: evitar o disminuir las comidas manipuladas con ahumados, salados u otros procedimientos de conservación química. Al mismo tiempo recomendar el consumo de frutas y verduras verdes que proporcionan vitamina C.

Tratamiento antibiótico del helicobacter pylori cuando se comprueba su existencia.

La detección precoz y el tamizaje poblacional o “screening” se han perfeccionado y generalizado en el Japón donde las tasas de incidencia y mortalidad son las más altas del mundo. Se ha desarrollado una tecnología muy perfeccionada en base a la realización de fibrogastoscopías seriadas en poblaciones de alto riesgo.

En poblaciones asintomáticas del Japón se ha hallado una prevalencia del 2.7 por mil, es decir, en mil personas examinadas se han encontrado 2.7 cánceres gástricos.

Las condiciones que definen los grupos de alto riesgo en aquel país son las siguientes: 1 - edad de 50 o más años, 2 - sexo masculino, 3 - bajo nivel socioeconómico, 4 – historia familiar de cáncer gástrico, 5 – historia de gastritis atrófica, anemia perniciosa, pólipos gástricos y 6 – exposición a radiaciones.

Fuente: Vassallo, J.A.; Barrios, E.- Actualización Ponderada de los Factores de Riesgo del Cáncer. Montevideo: Comisión Honoraria de Lucha contra el Cáncer, 2003.