

HISTORIA NATURAL

DE LA

ENFERMEDAD

"CÁNCER

GÁSTRICO"

HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

AGENTE.-

A pesar de los numerosos estudios experimentales e investigaciones epidemiológicas, no se conocen el agente o agentes causales del carcinoma gástrico.

Se ha investigado la relación entre el cáncer gástrico y diversos factores etiológicos posibles. Estos estudios han señalado varias relaciones interesantes, que han identificado una serie de posibles agentes causales.

AGENTE QUÍMICO ENDÓGENO.-

El cáncer es asociado con metaplasia intestinal de la mucosa gástrica. Además se ha definido como factor de origen de cáncer, ciertas enfermedades o estados patológicos que producen hipo o aclorhidria así como la anemia perniciosa, la gastritis atrófica o crónica, los pólipos edematosos.

La hipo y aclorhidria del estado postgastrectomía y la gastritis crónica asociada al reflujo biliar, favorecen la colonización bacteriana en el muñón gástrico y promueven la conversión de los nitratos a nitrosaminas.

También se piensa que los pacientes con gastrectomía parcial por úlcera péptica, tienen un riesgo alto de desarrollar cáncer gástrico en un tiempo de 15 a 20 años.

El pólipo puede convertirse en canceroso cuando su diámetro es mayor de 2 cm.

AGENTE QUÍMICO EXÓGENO.-

Aún desconociéndose los motivos exactos de este proceso, se la ha atribuido a la influencia alimenticia. Estudios epidemiológicos han logrado aclarar los factores que participan como el consumo exagerado de almidones, legumbres en salmuera, pescados salados, carnes al carbón, salsas ahumadas o escabecha, picantes, condimentos, ingesta de alcohol, café, carencia de vitaminas, ayunos prolongados.

El tabaco es un factor predisponente al cáncer gástrico ya que penetra hasta el estómago donde tiene su primer contacto duradero.

Estudios recientes sugieren que la exposición a agentes ambientales en fase temprana de la vida participa en la aparición de trastornos gástricos malignos. Además de la gran relación que hay entre la gran cantidad de zinc y cobre en el suelo de una región y el índice de mortalidad de cáncer gástrico.

También está relacionado con la formación de compuestos nitrosos por la conversión de nitratos del alimento a nitritos que después interactúan en el estómago con aminos secundarias o terciarias.

HUÉSPED.-

El cáncer gástrico se presenta con mayor frecuencia en varones que en mujeres en una proporción de 2 a 1.

Aumenta la incidencia en personas mayores de 40 años, es menos frecuente en los tres primeros decenios de la vida.

La herencia o factores genéticos han sido asociados con el carcinoma gástrico, y que los trastornos son mas frecuentes en personas de sangre tipo "A".

Tiene una mayor aparición en la raza negra y algunos grupos étnicos, y en personas con adicción al alcoholismo y tabaquismo.

MEDIO AMBIENTE.-

El cáncer gástrico se ha observado mas en algunos países como en los Estados Unidos ocupando una de las causas principales de muerte por este padecimiento.

En Chile, Japón, Finlandia e Islandia el cáncer gástrico es relativamente mas frecuente que en Estados Unidos, esto debido a su alto consumo de pescado y carnes ahumados.

En Colombia, Costa Rica y parte de Europa el cáncer gástrico es muy frecuente debido a la ingestión de alimentos en mal estado de conservación por las personas de escasos recursos.

En algunas zonas de alto riesgo se ha demostrado que el agua y los alimentos contienen una concentración elevada de nitratos.

ETAPA SUBCLÍNICA

ENTRADA, DESARROLLO Y MULTIPLICACIÓN DEL AGENTE.

El carcinoma gástrico se forma de células mucosas en cualquier sitio del estómago, si bien la mayor parte aparece en las regiones del piloro y antro, principalmente en la curvatura menor y frecuentemente son los malignos.

El cáncer es considerado un crecimiento anormal de células en medida variable, las células cancerosas muestran algunos de los caracteres morfológicos del tejido de origen y de su célula progenitora embriológica, tienen grandes contornos nucleares que a veces son irregulares, que reflejan la división celular y el contenido del D.N.A. poliploide.

Los núcleos son los más grandes a veces más numerosos que los normales siendo las células mitóticas las más comunes en tumores malignos que benignos o en el tejido normal. La frecuencia de las células mitóticas en una masa tumoral es en buena parte proporcional a su velocidad de crecimiento, el proceso de división celular conduce a la formación de células gigantes de tamaño variable.

Después de una dilatación considerable con ulterior estímulo extrínseco o sin el, aparecen células con lesiones visibles focales o multifocales y variadas, muchas consisten en neoplasias incompletas. Más tarde los tumores malignos se desarrollan por progresión de las lesiones establecidas en la fase precedente consecutivamente durante largos periodos después de la regresión de estas lesiones.

ALTERACIONES TISULARES

El tejido se torna rojo o sonrosado aunque puede estar rodeado por cantidades variables de tejido fibroso y células linfoides que generalmente crecen a partir de un cono de células al parecer único, e invaden linfáticos y capilares.

Cuando un tumor es identificable incluye una fracción pequeña pero variable de células proliferantes algunas de las cuales son clonógenas en sentido de que pueden dar lugar a tumores adicionales.

Las células cancerosas epiteliales hacen irrupción en otras capas de la pared afectando así en área del estómago.

El cáncer gástrico puede tener carácter difuso o infiltrativo, afectando a lo largo de la pared gástrica a través de ella a los tejidos gástricos, esófago y piloro duodenal, a veces la extensión afecta a colon, páncreas, hígado, la metástasis se presenta en ganglios perigástricos, linfáticos y por vía hematógena.

ENFERMEDAD

Los tumores que han penetrado la capa muscular propia o mas profundamente se denominan cánceres avanzados.

Todas las manifestaciones asociadas con el carcinoma gástrico anteriormente mencionados aparecen en una fase tardía del curso natural del tumor y van denotando el carácter incurable. es aquí cuando el paciente presenta signos específicos que hacen pensar que la enfermedad está presente.

Hay saciedad temprana en especial en la linitis plástica, hay pérdida de pesos, adinamia, síntomas que se presentan antes de las dispepsias prolongadas, hay anemia y palidez, estas se encuentran marcadas y es aquí cuando el individuo solicita atención médica.

Los vómitos son frecuentes y estos se presentan debido a la obstrucción pilórica, aunque en ocasiones se encuentra en otros niveles y pueden ocurrir sin que haya obstrucción, tal vez puedan deberse a trastornos de la movilidad que produce una masa fina en la pared.

También se presenta un aumento del volumen abdominal producida por ascitis, ictericia o sin ella, a la causa de la metástasis en los ganglios del hilio hepático o por gran hepatomegalia.

Hay dolor tenebrante que suele ocurrir después de los alimentos el cual no se alivia con antiácidos ni analgésicos, en ocasiones el dolor se irradia hacia dorso e indica penetración hacia páncreas. Puede ocurrir disfagia en lesiones mas proximales como en la unión cardioesofágica o que se han extendido en submucosa hacia el esófago, lo que es frecuente en lesiones de fondo. Son comunes la debilidad y la fatiga por la pérdida crónica y oculta de sangre, son raras la hemorragia masiva y hematemesis.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Con frecuencia los signos y síntomas son inespecíficos y provocan alto grado de alarma al inicio del cáncer gástrico.

DOLOR.-

El dolor al principio es ligero, luego se vuelve intenso y puede durar semanas o meses hasta que el paciente consulta al médico.

MOLESTIAS EPIGÁSTRICAS.-

Se describen como una sensación de plenitud, ardor o espasmos muy ligeros, se presenta únicamente después de las comidas pesadas o transgresión dietética.

ERUCTOS.-

Pueden presentarse sin haber dispepsias. Estos síntomas conducen al paciente a reducir gradualmente el volumen de las comidas y a eliminar los alimentos que contienen celulosa especialmente las carnes.

ANOREXIA.-

Inicialmente el paciente presenta disminución del apetito. Al principio el paciente nota una sensación de saciedad después de ingerir menos cantidad de alimentos que la acostumbrada, el paciente presenta repugnancia por ciertos alimentos pesados principalmente las carnes.

NÁUSEAS.-

Las náuseas se convierten en una manifestación muy molesta que al principio solo se presenta después de las comidas voluminosas y pesadas.

Al aumentar la frecuencia de los accesos nauseosos el paciente va restringiendo su dieta e ingiere solo pequeñas cantidades de alimentos blandos.

DISPEPSIAS.-

Las dispepsias suelen ser prolongadas en ocasiones duran cuatro años, generalmente se presentan después de las comidas.

VÓMITOS.-

Se presentan inmediatamente después de las comidas, suele presentarse como causa de obstrucción pilórica en el cardias.

Si el tumor se encuentra cerca del piloro mas tarde o temprano no lo obstruye y el vómito se vuelve un signo prominente, aquí el paciente suele presentar el síndrome de regurgitación o vómitos con pequeñas cantidades de alimentos.

Generalmente se observa un periodo procedente de plenitud vaga después de las grandes comidas, la cual persiste y se hace progresivamente a medida que pasa el tiempo.

HEMATEMESIS O MELENA.-

En algunos pacientes con carcinoma gástrico el síndrome precoz es una hemorragia digestiva, debido a una pequeña úlcera situada en una zona silenciosa del estómago que puede ocasionar hemorragias graves antes de que se presenten síntomas locales o generales, si la hemorragia persiste por mas de diez días se presenta una lesión maligna y por consecuencia pérdida sanguínea, debilidad y pérdida de peso.

Otros síntomas gastrointestinales son :

Cambios en los hábitos intestinales como estreñimiento, diarrea, la disfagia es común con carcinomas del fondo y del cardias.

Cuando hay metástasis, los síntomas varían según el órgano afectado, puede haber ictericia, diarrea, dolor óseo, tos, fiebre, hipo, trastornos del sistema nervioso central, distensión abdominal causada por ascitis.

COMPLICACIONES

Por propagación directa o infiltración aquí hay una invasión de páncreas, los pedículos hepáticos y esplénicos, el esófago y menos a menudo el duodeno, la vesícula biliar y el hígado.

La invasión precoz de los ganglios linfáticos del estómago puede producirse por embolia linfática. Los primeros órganos invadidos se encuentran cerca del píloro, a lo largo de la curvatura menor, en el epiplón gastrohepático y a lo largo de aorta torácica.

Por penetración linfática, se dice que probablemente así se origina la diseminación difusa del carcinoma por el organismo. Es frecuente la propagación de células cancerosas desde el estómago hacia abajo hasta la pelvis en periodos avanzados.

A veces se afectan los ganglios situados a lo largo de la aorta abdominal en regiones tan bajas como los vasos iliacos y la penetración se extiende en casos excepcionales a los linfáticos situados a lo largo de los vasos dentro de la región inguinal.

Otras de las regiones donde es frecuente la propagación a partir de los ganglios preaórticos es la que corresponde a los ganglios situados en la base del mesoyeyuno, cerca de los ganglios lumbares desde esta región se produce a veces gradualmente la propagación hacia afuera hasta el mesentérico del yeyuno.

La penetración linfática incluye la invasión de los ganglios en los epiplones gastrohepáticos, así como el epiplón mayor sigue de igual manera la invasión cancerosa en los linfáticos situados en el ligamento redondo del hígado formando metástasis superficiales en el ombligo.

La metástasis del hígado puede producirse de tres maneras :

1.- Por penetración linfática.

2.- A través de la vena porta.

3.- Por embolia hematógena. Aquí la invasión de difusa e invade los pulmones. Con frecuencia hay hepatomegalia de crecimiento rápido con numerosos nódulos de aproximadamente del mismo tamaño, sin otras metástasis abdominal se debe a invasión por vía portal.

INCAPACIDAD

Cuando la enfermedad se encuentra en un estado avanzado el paciente se encuentra incapacitado para efectuar sus funciones habituales como son :

- a).- Almacenamiento y expulsión controlada de alimentos hacia el intestino delgado.
- b).- Digestión péptica (incapacidad para abstraer el hierro).
- c).- Demolición de los grandes bolos alimenticios en el antro.
- d).- Se verá afectada la barrera antibacteriana para mantener estéril el intestino delgado.
- e).- La secreción del factor intrínseco la cual es imprescindible para la absorción de la vitamina B-12.
- f).- Incapacidad para movilizarse, esto se da por rigidez de articulaciones, de la continuidad muscular y dolor.
- g).- Incapacidad para realizar prácticas de higiene por debilidad ocasionada por anemia.
- h).- Incapacidad laboral y social.

DEFECTO O DAÑO

Hay irrigación insuficiente y nutrición inadecuada para mantener el tejido funcional. El estómago no se encuentra en condiciones de seguir sus funciones habituales.

Puede haber trastornos emocionales que crean tensiones psicológicas y físicas.

Esta enfermedad afecta directamente la producción de Factor intrínseco, el cual facilita la absorción de la vitamina B-12 exógena, después de una gastrectomía total o parcial se convierte en albergue de una cantidad de bacterias el intestino delgado.

MUERTE

La muerte sobreviene como cualquiera de las complicaciones, ya que el estómago se encuentra incapacitado para realizar sus funciones habituales normales. Hay falla orgánica sistemática principalmente y un aumento de proteínas.

La carcinoma tiene un pronóstico pésimo, menos del 10% de los pacientes son curados, señalándose así un índice de supervivencia de 3 a 5 años según el desarrollo de cáncer en ganglios linfáticos.

NIVELES

DE

PREVENCIÓN

PREVENCIÓN PRIMARIA

PROMOCIÓN A LA SALUD

- 1.- Fomento a la salud
- 2.- Orientar a las personas a llevar un control médico
- 3.- El ejercicio mejora la salud
- 4.- Hábitos higiénicos personales como : baño diario, cambio de ropa, aseo bucal, etc.
- 5.- Higiene ambiental, ejemplo : no tirar la basura en la calle.
- 6.- Higiene de los alimentos.
- 7.- Impartir charlas sobre : educación sexual, planificación familiar.
- 8.- Control de fauna nociva.
- 9.- Recreación sana.
- 10.- Mejoramiento del ambiente familiar y escolar.
- 11.- Capacitación familiar y laboral.

PROTECCIÓN ESPECÍFICA

Preparar charlas a grupos de riesgo sobre :

- 1.- Evitar la ingesta de alimentos muy condimentados, picantes, irritantes o alimentos a base de productos ahumados.
- 2.- Evitar fumar o ingerir bebidas alcohólicas.
- 3.- Llevar una dieta balanceada que incluya alimentos ricos en fibra, además de frutas y verduras frescas.
- 4.- Evitar contacto con agentes carcinógenos como fertilizantes, insecticidas, etc.
- 5.- Visitar regularmente al doctor para control.
- 6.- Desarrollar programas de detección de enfermedades.
- 7.- Evitar el uso prolongado de antiácidos, antagonistas de la histamina.

PREVENCIÓN SECUNDARIA

Dx PRECOZ :

Los métodos diagnósticos son similares a los de la úlcera gástrica.

- 1.- Historia clínica.
- 2.- Biometría hemática (para descubrir si hay datos de anemia).
- 3.- Coprológico (para buscar sangre oculta en heces).
- 4.- Química sanguínea (para recuento de leucocitos y plaquetas).
- 5.- Grupo sanguíneo y Rh.
- 6.- Examen general de orina.
- 7.- La gastroscopia y biopsia gástrica son los métodos de diagnóstico mas preciso con una exactitud de 90 a 100%.
- 8.- Rayos X de abdomen.

Se emplea la ingesta de bario como medio de contraste para observar la lesión de la mucosa o defectos de turgencia.

TRATAMIENTO

En el cáncer gástrico temprano, la intervención quirúrgica es curativa.

En las lesiones del antro se hará una gastrectomía subtotal, incluyendo los nódulos linfáticos regionales de la vecindad del tumor. Los enfermos con cáncer del cardias y el fondo deben ser tratados con gastrectomía proximal.

La gastrectomía total casi nunca está indicada para tratamiento.

La resección paliativa está indicada en pacientes con enfermedad incurable, aunque la supervivencia puede no mejorar, estos pacientes pueden obtener beneficios considerables del alivio de obstrucción, la hemorragia y la mejor nutrición.

Se ha demostrado que la quimioterapia por combinación mejora los índices de respuesta del carcinoma gástrico y prolonga la supervivencia.

La quimioterapia es la administración de fármacos antineoplásicos que provocan la destrucción de células tumorales al obstaculizar sus funciones, incluyendo la división celular. Se emplea ante todo como tratamiento de neoplasias generalizadas y no en lesiones localizadas tratados con operaciones o radioterapia, su combinación con estas modalidades o ambas se utiliza para reducir la masa tumoral en el preoperatorio.

La radioterapia consiste en el empleo de radiaciones ionizantes para frenar la proliferación celular. Este tratamiento puede escogerse cuando el objetivo es la curación del trastorno.

La mayoría de los pacientes cancerosos reciben de alguna forma radiación en algún momento de su tratamiento. Es utilizada para controlar el cáncer cuando no es posible extirparlo quirúrgicamente.

La radiación paliativa a menudo se utiliza para aliviar los síntomas de metástasis especialmente cuando ha llegado al cerebro, huesos o tejidos blandos.

Los individuos con adenocarcinoma gástrico inoperable pueden mejorar con la radioterapia de alto voltaje. La radiación es bastante útil para controlar la hemorragia.

LIMITACIÓN DEL DAÑO

La medida terapéutica que va a interrumpir el curso de la enfermedad, es la extirpación parcial del tumor, o en su defecto la realización de gastrectomía total.

La quimioterapia es otra medida que mejora las condiciones físicas del paciente y alarga la supervivencia.

La radioterapia es útil cuando el objetivo es la curación del trastorno o como tratamiento paliativo para aliviar síntomas de metástasis.

Mantener el aporte de nutrientes esenciales es de suma importancia.

PREVENCIÓN TERCIARIA

REHABILITACIÓN

Esta depende del estadio en que se encuentre y el tratamiento recibido.

El total de recuperación no es posible, pero si se controla parcialmente su evolución, y se lucha por prolongar la vida del paciente y mantenerlo estable tanto físico como emocional y mentalmente. Además de integrar de nuevo al paciente a la sociedad, se le enseña a vivir y cómo utilizar al máximo sus capacidades para llevar a cabo las actividades que le sean posible realizar y tratar de luchar para su máximo bienestar y estadio de recuperación posible.